

ALPI ALLARGATA -IS1

ASL SALERNO  
Presidio Ospedaliero "San Luca"  
84078 Vallo della Lucania (SA)  
DIREZIONE SANITARIA

PON 101786 del 18.05.2023

ASL Salerno  
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno  
SEDE

Il sottoscritto Dr PALUMBO ANNA RITA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA  
specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
e- mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale: [REDACTED]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- o in alternativa di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni \_\_\_\_\_

B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere  
ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”<sup>5</sup>**

Il sottoscritto **Dr PALUMBO ANNA RITA** Matricola XXXXXXXXXX

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>Primo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via PECORARI N°7 Comune NOCERA SUPERIORE prov. SA CAP 84015</li></ul>
<b>Secondo Studio</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>ALPI domiciliare</b> <input type="checkbox"/>

<sup>5</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15.00	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17.00	19.00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	9.00	11.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	11.00	13.00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

3

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	20 MINUTI	€ 50.00
89010.039	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	20 MINUTI	€ 50.00
89260.002	VISITA OSTETRICA	20 MINUTI	€ 50.00
89010.057	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	15 MINUTI	€ 50.00
88782.001	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	15 MINUTI	€ 50.00
88780.004	ECOGRAFIA OSTETRICA	15 MINUTI	€ 50.00
88797.001	ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINALE	15 MINUTI	€ 50.00
88781.001	ECOGRAFIA OVARICA PER MONITORAGGIO OVULAZIONE	15 MINUTI	€ 50.00
91385.001	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	10 MINUTI	€ 15.00

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza<sup>1</sup>

Data 18/05/2013

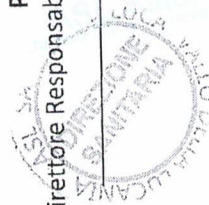
Il Richiedente [firma]

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

**Parere favorevole**  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza [firma]

**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità [firma]



<sup>7</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

• E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.

• La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).



Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno  
SEDE

Il sottoscritto Dr. SODANO LUCA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO 1° LIVELLO  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
del Macro-Centro di Responsabilità PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA  
specialista in ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
e-mail: [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale: [REDACTED]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

- A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia
- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
  - o in alternativa di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni

B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
  - Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario  / Day Hospital/Day Surgery
- individualmente  o in équipe  (di seguito elencata)

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

**"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"<sup>3</sup>**

Il sottoscritto Dr. LUCA SODANO

Matricola

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

**DICHIARA di voler svolgere l'ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede**  
VALLO DELLA LUCANIA

- Macro-Centro di Responsabilità :
  - Distretto Sanitario  \_\_\_\_\_
  - Ospedale  X
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Sede VALLO DELLA LUCANIA
- Ambulatorio AMBULATORIO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- Piano IV° Stanza n° sn
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) VIA CAMMAROTA n.7 84078 VALLO DELLA LUCANIA (SA)

**DICHIARA di svolgere l'ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede**

- Ospedale: \_\_\_\_\_
- U.O. \_\_\_\_\_

Tipologia di locali: \_\_\_\_\_

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

<sup>3</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario

Giorni	Dalle ore	Aile ore	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	15,00	16,00	PRIMO ACCESSO
Martedì	16,00	17,00	SECONDO ACCESSO
Mercoledì			PRIMO ACCESSO
Mercoledì			SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....	SECONDO ACCESSO
Sabato			PRIMO ACCESSO
Sabato			SECONDO ACCESSO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.060	VISITA ORTOPEDICA.	30 MINUTI	€ 100,00
89010.055	VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA	20 MINUTI	€ 70,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data \_03/05/2023

Il Richiedente

.....  
Parere favorevole in merito alla compatibilità dell'attività libero

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

*[Signature]*  
Direttore U.O. Ortopedia e Traumatologia  
Avilio MACCHINARO  
SASO77

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



<sup>4</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).





Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno  
S E D E

Il sottoscritto Dr. SODANO LUCA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
del Macro-Centro di Responsabilità PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA  
specialista in ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
e-mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale: [REDACTED]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- o in alternativa di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni \_\_\_\_\_

B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere  
ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

**"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"<sup>5</sup>**

Il sottoscritto Dr. SODANO LUCA

Matricola XXXXXXXXXX

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>	
<b>Primo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/> X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studio professionale              sito in Via OTTAVIO VALIANTE 28              Comune VALLO DELLA LUCANIA      prov. SA      CAP 84078</li> </ul>	
<b>Secondo Studio</b> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studio professionale              sito in Via _____              Comune _____ prov. _____ CAP _____</li> </ul>	
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____              autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____              in data _____              sito in Via _____              Comune _____ prov. _____ CAP _____</li> </ul>	
<b>ALPI domiciliare</b> <input type="checkbox"/>	

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

<sup>5</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì				PRIMO ACCESSO
Mercoledì				SECONDO ACCESSO
Mercoledì	...	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì				PRIMO ACCESSO
Venerdì				SECONDO ACCESSO
Sabato	9:00	10:00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Sabato	10:00	12:00	Primo studio	SECONDO ACCESSO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.060	VISITA ORTOPEDICA	30 MIN	€ 100,00
89010.055	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	20 MIN	€ 70,00

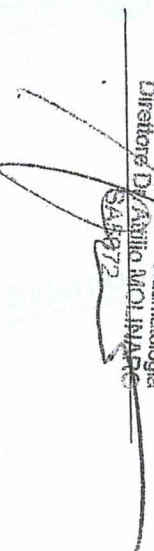
Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 03/05/2023

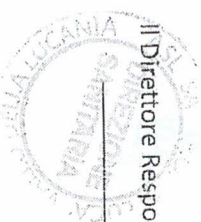
Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
PO S. LUCA, S. PIETRO, S. ANTONIO, S. GIORGIO, S. GIUSEPPE  
Direttore Dr. ANTONIO IANARONE  
344872



Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



<sup>7</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

52