



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. **SALVATORE GUERCIO NUZIO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di Pediatria

in servizio presso l'U.O. C. di Pediatria

del Macro-Centro di Responsabilità PO "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia (SA)

specialista in Pediatria

e-mail: [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>: Pediatria
- *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.



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

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

Il sottoscritto: Dr. Salvatore Guercio Nuzio 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**

- Macro-Centro di Responsabilità :
  - Distretto Sanitario  \_\_\_\_\_
  - Ospedale  Santa Maria della Speranza di Battipaglia
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_
- Ambulatorio c/o Palazzo dell’Amministrazione
- Piano terra Stanza n° 9
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via Fiorignano, 1, 84091, San Marzano sul Sarno (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: \_\_\_\_\_

<sup>3</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"**

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario</b>			
<b>Giorni</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>	<b>Tipo di accesso</b>
Lunedì	14,30	18,00	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,30	19,30	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....	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
89700.062	VISITA PEDIATRICA	30 minuti	€ 90,00
89010.059	VISITA di CONTROLLO PEDIATRICA	15 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 09/10/2023

SALVATORE RICCIARDO, M.D., Ph.D.  
**Il Richiedente**  
U.O.C. PEDIATRICA  
ASL Salerno - Catapaglia  
Matr. 14880

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**  
ASL SALERNO  
Il Direttore/Responsabile U.O. appartenenza  
U.O.C. PEDIATRICA  
Dr. Resp. Dott.ssa **ELSONORA ARDIA**

**Parere favorevole**  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CALABRIA  
ASL Salerno  
EDOLI - BUFTIAGLIA - ROCCOPIAVESE  
Dr. Resp. Dott.ssa **ELSONORA ARDIA**

<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.).

**SEZIONE D "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero**

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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.

Data 02/02/23

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 U.O. appartenenza  
Dr. Resp. Dott.ssa ELEONORA ARDIA

SALVATORE SUCCHIO MITRO M.D., Ph.D.  
 Inquirente  
 SOCCORSO DI NEUROLOGIA  
 SOCCORSO DI PEDIATRIA  
Dr. Resp. Dott.ssa Eleonora Ardia

Parere favorevole  
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

AVVIGLIANO CAMPAJOLA  
 DIRETTORE RESPONSABILE  
 U.O. DI NEUROLOGIA  
Dr. Resp. Dott.ssa Nicoletta Tosi

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 modifica 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. GUERCIO NUZIO SALVATORE Matricola** 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di Pediatria

in servizio presso l'U.O.C. di Pediatria

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia

specialista in Pediatria

e- mail  Tel. 

Codice Fiscale: 

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>: Pediatria
- 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>4</sup>

Il sottoscritto Dr. GUERCIO NUZIO SALVATORE Matricola [REDACTED]

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

**3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i**

Primo Studio

**STRUTTURE SANITARIE NON ACCREDITATE ■**

- Struttura sanitaria NON accreditata [REDACTED] autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento [REDACTED]  
Comune di [REDACTED] prov. [REDACTED]
- Struttura sanitaria NON accreditata \_\_\_\_\_ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

ALPI domiciliare

<sup>4</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>5</sup>	Tipo di accesso
Lunedì				
Lunedì				
Martedì				
Martedì				
Mercoledì				
Mercoledì				
Giovedì	15,00	18,00	Centro sanitario NON accreditato	PRIMO ACCESSO
Giovedì	18,00	19,15	Centro sanitario NON accreditato	SECONDO ACCESSO
Venerdì				
Venerdì				
Sabato				
Sabato				

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

<sup>5</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

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

Codice Prestazione <sup>6</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.062	VISITA PEDIATRICA	30 minuti	€ 90,00
89010.059	VISITA di CONTROLLO PEDIATRICA	15 minuti	€ 7 0,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 09/10/2023

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 servizi istituzionali.

**Parere favorevole**  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
**Dr. Resp. Dott.ssa ELEONORA ARDA**

**SALVATORE RICHIENDELLI, Ph.D.**  
DIPARTIMENTO MEDICO  
U.O.C. DI PEDIATRICA  
Sezione di Pediatria  
PO Santa Maria della Speranza - Battipaglia  
ASL SALERNO - Min. 174880

**Parere favorevole**  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
**Dr. Resp. Dott.ssa NICOLETTA VOCA**

<sup>6</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.).