



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/La sottoscritto/a Dr. _____ **MARCELLO D'ONOFRIO** _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____ MEDICO _____
Inquadrato/a ¹ nella disciplina _____ MEDICINA TRASFUSIONALE _____
in servizio presso l'U.O.S. _____ DI MEDICINA TRASFUSIONALE _____
del Macro-Centro di Responsabilità _____ P.O. POLLA_ ASL SALERNO _____
specialista in _____ PATOLOGIA CLINICA ED EMATOLOGIA _____
e- mail: _____ MARCELLO.DONOFRIO@PEC.ORDINEDEIMEDICISALERNO.IT _____
Codice Fiscale: _____ 01912547031 _____

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 equipollente²: **_EMATOLOGIA – MEDICINA TRASFUSIONALE**
- *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 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)

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² 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"³

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ MARCELLO D'ONOFRIO _____ 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 POLLA _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. _____ MEDICINA TRASFUSIONALE _____ Sede _____
- Ambulatorio PAZIENTI _____
- Piano _____ 2 _____ Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) L. CURTO POLLA _____

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

- Ospedale: _____
- U.O. _____

Tipologia di locali: _____

³ 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 interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	...14,00...	...16,00...	PRIMO ACCESSO
Lunedì	...16,00...	...18,00...	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 ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.038	VISITA EMATOLOGICA PRIMA VISITA	30	€ 100
89010.030	VISITA EMATOLOGICA DI CONTROLLO	20	€ 60
89700.031	VISITA MEDICINA TRASFUSIONALE PRIMA VISITA	30	€ 100
89010.026	VISITA MEDICINA TRASFUSIONALE DI CONTROLLO	20	€ 60
.....	€
.....	€
.....	€

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 _____

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
Dott. Giuseppe Pipolo
DIRETTORE
MACRO MEDICINA TRASFUSIONALE



Parere favorevole
Il/La Richiedente
Maria Teresa...
Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
Dott. Luigi Mandia

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

⁵ La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrazione, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.

ALPI ALLARGATA - IS1



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/La sottoscritto/a Dr. _____ **D'ONOFRIO MARCELLO** _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____ **MEDICO** _____

Inquadrato/a¹ nella disciplina di _____ **MEDICINA TRASFUSIONALE** _____

in servizio presso l'U.O.S. _____ **DI MEDICINA TRASFUSIONALE** _____

del Macro-Centro di Responsabilità _____ **ASL SALERNO** _____

specialista in **PATOLOGIA CLINICA ED EMATOLOGIA** _____

e-mail _____ **MARCELLO.DONOFRIO@PEC.ORDINEMEDICISALERNO.IT** _____

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 equipollente²: **_EMATOLOGIA - MEDICINA - TRASFUSIONALE**
- o in alternativa di essere autorizzato/a, 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 _____

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

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

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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"

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ D'ONOFRIO MARCELLO _____ Matricola _____

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

- Studio professionale

sito in Via _____ MAZZINI 5 _____
Comune _____ BELLIZZI _____ prov. SA _____ CAP 84092 _____

SECONDO STUDIO

- Studio professionale

sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO ³
(art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)

ALPI DOMICILIARE

³ L'attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l'Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell'Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l'atto autorizzativo rilasciato all'Ambulatorio dal Comune di competenza e l'attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.

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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	...16,00...	..17,00...		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	...17,00...	...18,00...		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	18,00	19,00		VISITE DOMICILIARI
Giovedì	...16,00...	..17,00...		PRIMO ACCESSO
Giovedì	...17,00...	...18,00...		SECONDO ACCESSO
Giovedì	18,00	19,00		VISITE DOMICILIARI
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario - ambulatorio NON accreditato, domiciliare.



ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.038	VISITA EMATOLOGICA PRIMA VISITA	30	€ 100
89010.030	VISITA EMATOLOGICA DI CONTROLLO	20	€ 60
89700.031	VISITA DI MEDICINA TRASFUSIONALE PRIMA VISITA	30	€ 100
89010.026	VISITA DI MEDICINA TRASFUSIONALE DI CONTROLLO	20	€ 60
89700.038	VISITA DOMICILIARE EMATOLOGICA	30	€ 150
89010.030	VISITA DOMICILIARE DI MEDICINA TRSFUSIONALE	20	€ 100

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 18/05/2023

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 compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Dott. Giuseppe Pignola
ASL SA - P.O. BATTIPIGLIA
U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE

DIRETTORE

Dr. Giuseppe Pignola

Il/La Richiedente

Dott. Marcello D'ONOFRIO

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con

Direzione Medica di Presidio
Dott. **Antonio Polita**
ASL SA - P.O. BATTIPIGLIA
U.O.C. Macro-Centro di Responsabilità

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Dott. L. Mandia

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n. 189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art. 26 del vigente Regolamento ALPI.

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. **VOLPE ALESSIO**

Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di **Dirigente Medico I livello**

inquadrato¹ nella disciplina di **RADIOLOGIA**

in servizio presso l'**U.O. S.D RADIOLOGIA**

del Macro-Centro di Responsabilità **P.O POLLA**

specialista in **RADIODIAGNOSTICA**

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 equipollente²: **RADIOLOGIA**
- *o in alternativa* di essere autorizzato/a, 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 _____

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² 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”

Il sottoscritto **Dr. VOLPE ALESSIO**

Matricola

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 <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via ANNIA 54 Comune POLLA prov. SA CAP 84035
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/>³ (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/>

³ L'attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l'Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell'Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l'atto autorizzativo rilasciato all'Ambulatorio dal Comune di competenza e l'attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.

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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	10.00	11.30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	11.30	13.00	PRIMO STUDIO	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.

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶ Omnicomprendiva
88732.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA DESTRA	15'	€ 50
88732.002	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA SINISTRA	15'	€ 50
88731.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	15'	€ 70
88761.001	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	15'	€ 70
88761.002	ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESCICA)	15'	€ 70
88714.001	ECOGRAFIA COLLO	15'	€ 60
88714.002	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI	15'	€ 60

88791.001	ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTANEO NAS	15'	€ 70
88796.001	ECOGRAFIA TESTICOLARE	15'	€ 70
88751.002	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINZIONALE (RPM)	15'	€ 60
88751.001	ECOGRAFIA ADDOME INF	15'	€ 60
88741.001	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	15'	€ 60
88793.009	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA	15'	€ 70
88793.006	ECOGRAFIA GINOCCHIO SX	15'	€ 70
88793.005	ECOGRAFIA GINOCCHIO DX	15'	€ 70
88793.010	ECOGRAFIA POLSO DX	15'	€ 70
88793.011	ECOGRAFIA POLSO SX	15'	€ 70
88793.012	ECOGRAFIA SPALLA DX	15'	€ 70

€

13

88793.013	ECOGRAFIA SPALLA SX	15'	€ 70
88793.003	ECOGRAFIA CAVIGLIA DX	15'	€ 70
88793.004	ECOGRAFIA CAVIGLIA SX	15'	€ 70
88793.008	ECOGRAFIA GOMITO SX	15'	€ 70
88793.007	ECOGRAFIA GOMITO DX	15'	€ 70

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 **27/02/2023**

Il/La Richiedente

Dott. Alessio Vignone

Medico Chirurgo

Specialista in Radiodiagnostica

SA 10345

Il Direttore/Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libera professionale con

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

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Ospedale "Luigi Curlo" - P.O.L.L.A. (SA)

U.O.S.D. di RADIOLOGIA

Dirigente Responsabile

Dott. Giacomo Fenza

SA 8718 - Matr. 1431

Parere favorevole

Direzione Medica di Presidio

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

ASL SAVERNO

IL Direttore

Dott. L. Magalia