

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

ASL SALERNO
Presidio Ospedaliero "San Luca"
84078 Vallo della Lucania (SA)
DIREZIONE SANITARIA
N. 10867 del 14-01-2022

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



ALL 1

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. LAMBERTI FRANCESCO Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO DI 1° LIVELLO

inquadrate¹ nella disciplina di UROLOGIA

in servizio presso l'U.O. UROLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA

specialista in UROLOGIA

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 equipollente²: UROLOGIA
- 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.

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.

AS

1



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"⁵

Il sottoscritto **Dr. LAMBERTI FRANCESCO** 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 <u>LUIGI VANVITELLI N.2</u> Comune <u>ORTA DI ATELLA</u> prov. <u>CE</u> CAP <u>81030</u>
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
ALPI domiciliare <input checked="" type="checkbox"/>

⁵ 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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	16.30	17.30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17.30	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	18.00	19.00	DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	15.30	17.30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.30	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	17.00	18.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Sabato	18.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO

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

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

Al

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.091	VISITA UROLOGICA	30 MINUTI	€ 70.00
89010.081	VISITA DI CONTROLLO UROLOGICA	20 MINUTI	€ 50.00
88761.002	ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESCICA)	30 MINUTI	€ 50.00
NO COD	VISITA UROLOGICA DOMICILIARE	30 MINUTI	€ 80.00
.....	€

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 5-1-2022

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

ASL Salerno - U.O. di UROLOGIA
Direttore: Dr. Giuseppe Benincosa

Il Richiedente

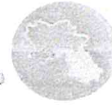


Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁷ 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.).



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”⁵

Il sottoscritto Dr. ADRIANA PUGLISI 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 type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in VIA DE HIPPOLYTIS n.30 Comune VALLO DELLA LUCANIA prov. SA CAP 84078
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
ALPI domiciliare <input checked="" type="checkbox"/>

⁵ 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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	15.00	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17.00	19.00	PRIMO STUDIO	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	15.00	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.00	19.00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	15.00	16.30	DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Sabato	16.30	18.00	DOMICILIARE	SECONDO ACCESSO

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

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.055.	VISITA NEUROCHIRURGICA	30 MINUTI	€ 120.00
89.010.046	VISITA NEUROCHIRURGICA DI CONTROLLO.	20 MINUTI	€ 100.00
NO COD	VISITA NEUROCHIRURGICA DOMICILIARE 1° e 2° accesso	30 MINUTI	€ 200.00
NO COD	VISITA NEUROCHIRURGICA A CARATTERE MEDICO LEGALE	60 MINUTI	€ 250.00
NO COD	CONSULENZA TECNICA DI PARTE	90 MINUTI	€ 400.00
.....	€

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 11/2/22

ADRIANA PUGLISI
SA 8379
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

Dot. V. Pignatelli
Direttore U.O. di Neurochirurgia
P.O. San Luca - V.leo della Lucania

A.S.L. Salerno
NA 23263

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



⁷ 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.).