

ALPI-Is2.1 MODELLO MODIFICA ALPI INTERNA

Alp. 1

ASL SALERNO
Presidio Ospedaliero "San Luca"
84078 Vallo della Lucania (SA)
DIREZIONE SANITARIA
n. 79196 del 06.04.2022

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

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. MASSIMO ZEOLI Matricola [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO 1 LIVELLO
inquadrate¹ nella disciplina di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA 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 equipollente²: 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 X
- Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery X

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.

W

1



"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"³

Il sottoscritto Dr. MASSIMO ZEOLI 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 X PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Sede PO S LUCA VALLO DELLA LUCANIA
- Ambulatorio ORTOPEDIA E TRUMATOLOGIA
- Piano 4° Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _VIA F. CAMMAROTA N. 7 84078 VALLO DELLA LUCANIA

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

- Ospedale: _ PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA
- U.O. ORTOPEDIA

Tipologia di locali: SALA OPERATORIA

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	PRIMO ACCESSO
Lunedì	SECONDO ACCESSO
Martedì	15.30	16.30	PRIMO ACCESSO
Martedì	16.30	17.30	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 Omnicomprensiva
89700.060	VISITA ORTOPEDICA.	20 MINUTI	€ 100.00
89010.055	VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA	20 MINUTI	€ 80.00
NO COD	CONSULENZA TECNICO DI PARTE	60 MINUTI	€ 300.00
NO COD	VISITA ORTOPEDICA A FINI MEDICO LEGALI	20 MINUTI	€ 100.00
81920.001	INFILTRAZIONI SOSTANZE TERAPEUTICHE	30 MINUTI	€ 150.00

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 27-3-2022

Il Dirigente

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]
ASL Salerno - U.O. S. ILDEGARDO
Viale della Libertà 1004
80138 Duronia CAMBRIGLIA
SA 7859

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

[Firma]
ASL Salerno - U.O. S. ILDEGARDO
Viale della Libertà 1004
80138 Duronia CAMBRIGLIA
SA 7859

⁴ 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
006	0443	DECOMPRESSIONE CANALE CARPALE	€ 3.500
225	7751	ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI E OSTEOTOMIA DEL PRIMO METATARSO	€ 3.500
219	7936	RIDUZIONE CRUENTE DI FRATTURA DI TIBIA E FIBULA CON FISSAZIONE INTERNA	€ 12.000
223	7932	RIDUZIONE CRUENTE DI FRATTURA DEL RADIO E DELL'URNA CON FISSAZIONE INTERNA	€ 12.000
209	8152	SOSTITUZIONE PARZIALE DELL'ANCA	€ 20.000
209	8154	SOSTITUZIONE TOTALE GINOCCHIO	€ 20.000
210	7935	RIDUZIONE CRUENTE DI FRATTURA DI FEMORE CON FISSAZIONE INTERNA	€ 16.000

Come già autorizzato 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 21-3-2022

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

ASST. REGIONALE P.O. S. LUCA
Via della Libertà, 100
00187 Roma (RM)

00187 Roma (RM)
Via della Libertà, 100
00187 Roma (RM)



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

- 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.).

MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGA

ASL SALERNO
Presidio Ospedaliero "San Luca"
84078 Vallo della Lucania (SA)
DIREZIONE SANITARIA
P.G.N. 79200 del 06/04/2022

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. MASSIMO ZEOLI Matricola [REDACTED]

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

inquadrato¹ nella disciplina di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA 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 equipollente²: 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.

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.

u



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. MASSIMO ZEOLI Matricola XXXXXXXXXX

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 _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
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 autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con rilasciato da in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____
ALPI domiciliare <input checked="" type="checkbox"/>

Handwritten signature

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	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì				
Mercoledì				
Giovedì	18.00	19.00	DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Giovedì	19.00	20.00	DOMICILIARE	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.

bl

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
NO COD	VISITA ORTOPEDICA DOMICILIARE 1° E 2° ACCESSO	30 MINUTI	€ 200.00

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 _____

[Signature]
Il Richiedente

Favore 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 - P.O. "S. LUCA"

[Signature]
DIRETTORE RESPONSABILE DEL MACRO-CENTRO DI RESPONSABILITÀ

dal Dipartimento CAMERANOVA

SA 7659

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Signature]
DIREZIONE SANITARIA
DELLA LUCANIA

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.).