

All 1



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
S E D E

Il sottoscritto Dr. Di Cola Enrico Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico
inquadrate¹ nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia
in servizio presso l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia
del Macro-Centro di Responsabilità Ospedale Civile di Battipaglia "Santa Maria della Speranza"
specialista in Ortopedia e Traumatologia; Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.
e-mail: [REDACTED]@libero.it; 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.

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)

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 sottoscritto Dr. Di Cola Enrico , Matricola ~~5957~~

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 P.O. “S. Maria della Speranza” Battipaglia
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. _ Ortopedia e Traumatologia Sede BATTIPAGLIA
- Ambulatorio ___Piano Terra Palazzina Amministrativa_____
- Piano ___Terra___ Stanza n° 9
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) ___ via Fiorignano 84091 Battipaglia (SA) _____

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

- Ospedale: di Battipaglia “Santa Maria della Speranza”
- U.O. Ortopedia e Traumatologia

Tipologia di locali: ___Blocco Operatorio – camera di degenza dedicata_____

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

W

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

DICHARA 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	PRIMO ACCESSO
Martedì	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	14,15	15;30	PRIMO/ 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.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
87700.060	Visita Ortopedica	15 min.	€ 98,00
89010.055	Visita di controllo Ortopedica	10 min.	€ 70,00
81920.001	Iniezione sostanza terap. in articolazione - legamento (escluso farmaco)	5 min.	€ 50,00
96590.014	Medicazione ortopedica	10 min.	€ 40,00
93510.001	GESSO GRANDI SEGMENTI (CORSETTO)	30 MIN	€ 198,00

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 equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

93543.001	GRESSO PICCOLI SEGMENTI (COSCIA – PIEDE)	20 MIN	€ 118,00
	CTP - VISITA ORTOPEDICA (SEMPLICE) AI FINI MEDICO-LEGALI	20 MIN	€ 118,00
	CTP - VISITA ORTOPEDICA (COMPLESSA) AI FINI MEDICO-LEGALI	30 MIN	€ 198,00

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 28/12/2022

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

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CAMPANIA
ASL SALERNO
 DEA 1° LIVELLO
 EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE
 Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

- 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 equipe 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
544	Sostituzione di articolazione maggiori o reimpianto degli arti inferiori (protesi d'anca + ginocchio)	€ 2000
232	Intervento in artroscopia articolazioni maggiori	€ 1000
227	Interventi su tessuti molli senza cc (alluce valgo)	€ 500
225	Interventi sul piede e sul valgo pediatrico	€ 500
006	Decompressione tunnel carpale	€ 250
229	Intervento su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc (dito a scatto)	€ 250

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 28/12/2022

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



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile

REGIONE MARIGLIANO
ASL SALERNO
DEPT. LIVELLO

EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE
Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

- 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 equipe 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. Di Cola Enrico Matricola: 5957

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico;
inquadro¹ nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia;
in servizio presso l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia,
del Macro-Centro di Responsabilità P.O. di Battipaglia "Santa Maria della Speranza";
specialista in Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico;
e-mail: enricodicola@libero.it Tel. 328 6266635;
Codice Fiscale: DLNRC60A08A345R.

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

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.

W

7¹



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. Di Cola Enrico Matricola **5957**

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 Fogazzaro, 57/a Comune di Battipaglia, prov. (Sa), CAP 84091
Secondo Studio <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Colombo, 28 Comune di Bellizzi, prov. (Sa), CAP 84092
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	17,30	20,30	Primo studio	Primo e secondo accesso
Mercoledì	17,30	21,00	Primo studio	Primo e secondo accesso
Venerdì	16,30	20,30	Secondo studio	Primo e secondo accesso
Sabato	14,30	20,30	Visite domiciliari	Primo e 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.

K

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
87700.060	Visita Ortopedica	15 min.	€ 98,00
89010.055	Visita di controllo Ortopedica	10 min.	€ 70,00
	Visita specialistica domiciliare	15 min.	€ 198,00
	Visita specialistica domiciliare di controllo	15 min.	€ 148,00
81920.001	Iniezione sostanza terap. in articolazione - legamento (escluso farmaco)	5 min.	€ 50,00
96590.014	Medicazione ortopedica	10 min.	€ 40,00
93510.001	GESSO GRANDI SEGMENTI (CORSETTO)	30 MIN	€ 198,00
93543.001	GESSO PICCOLI SEGMENTI (COSCIA - PIEDE)	20 MIN	€ 118,00


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.).

	CTP - VISITA ORTOPEDICA (SEMPLICE) AI FINI MEDICO-LEGALI	20 MIN	€ 118,00
	CTP - VISITA ORTOPEDICA (COMPLESSA) AI FINI MEDICO-LEGALI	30 MIN	€ 198,00

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 28/12/2022


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



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



REGIONE CAMPANIA
ASL SALERNO
DEA 1° LIVELLO
EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE
Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi onnicomprensiva 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.).

