

Alleg. 1



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
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. Giuseppe Mazarella Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 728 del 05/2022

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico 1° Livello

Inquadrate/a¹ nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia

in servizio presso l'U.O. Ortopedia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. VILLA MALTA DI SARNO

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/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.

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”

Il/La sottoscritto/a Dr. Giuseppe Mazzarella 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 X
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via Maria Iervolino 4 Comune Salerno prov. (SA) CAP 84133
SECONDO STUDIO X
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Piazza Della Concordia 29 Comune Salerno prov. (SA) CAP 84127
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 X

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.

W

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	Studio⁴	Tipo di accesso
Lunedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16:00	16:20	Primo Studio	PRIMO ACCESSO
Martedì	16:21	16:40	Primo Studio	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	17:00	17:20	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17:21	17:40	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	16:00	16:20	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	16:21	16:40	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	17:00	17:20	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:40	18:00	Domiciliare	SECONDO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.060	VISITA ORTOPEDICA	20 MIN	€ 130.00
89010.055	VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA	10 MIN	€ 100.00
81920.001	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE IN ART-LEGAMENTO	10 MIN	€ 120.00
96590.014	MEDICAZIONE ORTOPEDICA	10 MIN	€ 90.00
96590.018	RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	10 MIN	€ 80.00
93564.001	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	10 MIN	€ 80.00
NO COD	VISITA DOMICILIARE	20 MIN	€ 300.00
L22F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI LIEVE DIFFICOLTA'		€ 150.00
L23F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI MEDIA DIFFICOLTA'		€ 350.00
L24F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICO LEGALI CON RELAZIONE SCRITTA DI ALTA DIFFICOLTA'		€ 700.00

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 17/02/2023

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in medicina ortopedica e traumatologica
 l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

ASL SALERNO

P.O. "VILLA MALTA" - SARNO

U.O.C. ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dirigente Responsabile

Dott. MICHELE GISONI

NA 28521

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Il Direttore Sanitario

P.O. "VILLA MALTA"

Dott. Rocco Mario Calabrese

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.