



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 - 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Monitoraggio equilibrio volumi prestazionali attività istituzionale e A.L.P.I. – Modulistica

Ai Direttori di Dipartimento, Presidio e
Distretto Sanitari

Ai Direttori di U.O.C., U.O.S.D. e
U.O.S. Sanitarie

LORO SEDE

E,p.c. Alla Direzione Sanitaria Aziendale
Al Responsabile deli Sito WEB
Sede

Prendendo atto di quanto stabilito nella seduta della Commissione Paritetica di Verifica A.L.P.I. del 20 dicembre 2022, e richiamando le pregresse circolari prot. n.93216 del 09.09.2019, n.21066 del 18.02.2020, nonché n.26072 del 22.02.2022, in merito al monitoraggio dell'attività svolta in istituzionale ed in a.l.p.i

SI DISPONE

di utilizzare esclusivamente l'allegato prospetto che consente di indicare in maniera chiara e specifica le prestazioni svolte.

Si ribadisce che, come già disposto nelle predette circolari, il prospetto allegato debitamente sottoscritto dal Dirigente autorizzato allo svolgimento dell'A.L.P.I. e dal Responsabile dell'U.O. di appartenenza, dovrà essere trasmesso mensilmente e puntualmente al Direttore di P.O./Distretto/Dipartimento di pertinenza.

Questi ultimi, effettuate tempestivamente le verifiche di competenza, **dovranno inviare alla Commissione Paritetica di Verifica A.L.P.I. soltanto i report da cui si rilevino anomalie e/o incongruenze,** entro i primi 10 giorni del mese successivo a quello di competenza, per gli adempimenti conseguenziali.

Si invita il Responsabile del sito Web a provvedere a pubblicare sul sito Aziendale questa circolare e il modello allegato.

Il Responsabile U.O.C. Risorse Umane
Dr Danilo Faro Antonio Palazzolo



Il Commissario Straordinario
Dott. Vincenzo Spera

MONITORAGGIO EQUILIBRIO PRESTAZIONALE ATTIVITA' ISTITUZIONALE ED ALPI

Dr _____ Matr. _____ U.O. _____

PRESIDIO/DISTRETTO/DIPARTIMEBNTO _____

Mese _____ Anno _____

	Attività Ambulatoriale Istituzionale	Consulenze interne per pazienti degenti di altre UU.OO. (EQUIVALENTI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE)	Totale Istituzionale	A.L.P.I.
Visite _____ _____	n.	n.	n.	n.
Prestazioni strumentali aggregate per tipologie simili (indicare le tipologie) _____ _____	n.	n.	n.	n.

Firma Dirigente _____

Firma Responsabile U.O. _____