



**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 D.ssa CIRILLO ROSA      Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico inquadrato <sup>1</sup> nella disciplina di MEDICO in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA del Macro-Centro di Responsabilità Presidio Ospedaliero Oliveto Citra 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**

<p><b>A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</li> <li>• 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</li> </ul>
---

<p><b>B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Interna in regime di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni Ambulatoriali <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario <input type="checkbox"/> / Day Hospital/Day Surgery <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>individualmente <input type="checkbox"/> o in équipe <input type="checkbox"/> (di seguito elencata)</p>
---

Nominativo	Qualifica

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> 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"<sup>3</sup>**

Il sottoscritto D.ssa CIRILLO ROSA

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  **P.O. Oliveto Citra**  
\_\_\_\_\_
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - Sede Oliveto Citra
- Ambulatorio ORTOPEDIA
- Piano I° Stanza n° \_\_\_\_\_
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via Michele Clemente

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

- Ospedale: \_\_\_\_\_
- U.O. \_\_\_\_\_

Tipologia di locali: \_\_\_\_\_

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

*h*

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario</b>			
<b>Giorni</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>	<b>Tipo di accesso</b>
Lunedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì:			PRIMO ACCESSO
Mercoledì:			SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	14:30	16:00	PRIMO ACCESSO
Venerdì	16:00	17:30	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO

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

*h*

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale**

Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.060	Visita Specialistica Ortopedica	30 min.	€ 100,00
89010.055	Visita Specialistica Ortopedica di controllo	30 min.	€ 70,00
96590.014	Medicazione Ortopedica	30 min.	€ 30,00
81920.001	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione e nel legamento	30 min.	€ 70,00
83980.001	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale in altri tessuti molli	30 min.	€ 70,00
89700.060	Certificato Medico ad uso legale in carta semplice	1 ora	€ 120,00
89010.055	Certificato Medico ad uso legale in carta complicata	2 ore	€ 250,00

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 \_\_\_\_\_

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]*  
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
DOTT. GIAMPIERO CALABRO  
Dirigente Medico SA 10200

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
*[Firma]*  
DOTT. DANIELE FILIPPO

**SEZIONE D "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero**

<sup>4</sup> 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.).



**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. CIRILLO ROSA**

**Matricola** [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di MEDICO

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

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Oliveto Citra

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 equipollente<sup>2</sup>: 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.

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> 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 ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali**  
**ALPI DOMICILIARE**

**"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"<sup>5</sup>**

Il sottoscritto Dr.

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>Primo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale <b>PROPRIO STUDIO</b> sito in Via <b>ALDO MORO, n. 4B</b> Comune <b>BARONISSI</b> prov. <b>SALERNO</b> CAP <b>84081</b></li></ul>
<b>Secondo Studio</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Comune prov. CAP</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria <b>NON</b> accreditata [redacted] autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento [redacted] rilasciato da Dipartimento di Prevenzione dell' [redacted] in data [redacted] sito in [redacted] Comune [redacted] prov. [redacted] CAP</li></ul>
<b>ALPI domiciliare</b> <input type="checkbox"/>

Di essere consapevole che la convenzione richiesta vieta ogni rapporto diretto tra il Professionista incaricato di effettuare la prestazione e la Struttura privata e pertanto si obbliga a non corrispondere nessuna forma di remunerazione diretta al medico;

<sup>5</sup> 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 <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì				PRIMO ACCESSO
Lunedì				SECONDO ACCESSO
Martedì				PRIMO ACCESSO
Martedì				SECONDO ACCESSO
Mercoledì				PRIMO ACCESSO
Mercoledì				SECONDO ACCESSO
Giovedì	16,00	17,30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17,30	19,00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì				PRIMO ACCESSO
Venerdì				SECONDO ACCESSO
Sabato	10,00	12,00	Primo Studio	PRIMO ACCESSO
Sabato				SECONDO ACCESSO

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

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.



**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.060	Visita Specialistica Ortopedica	30 min.	€ 100,00
89010.055	Visita Specialistica Ortopedica di controllo	30 min.	€ 70,00
96590.014	Medicazione Ortopedica	30 min.	€ 30,00
81920.001	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione e nel legamento	30 min.	€ 70,00
83980.001	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale in altri tessuti molli	30 min.	€ 70,00
	Certificato Medico ad uso legale in carta semplice	1 ora	€ 120,00
	Certificato Medico ad uso legale in carta complicata	2 ore	€ 250,00

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 09/04/21.

*[Signature]*  
Richiedente 96 SG SA

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.

*[Signature]*  
Parere favorevole  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
DOTT. GIAMPIERO CALABRO,  
Dirigente Medico SA 10200

*[Signature]*  
Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
Il Direttore Sanitario  
Dot. Umberto DI FILIPPO

<sup>7</sup> 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 equivo o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).