

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/La sottoscritto/a **DR. BUONONATO CARLO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico I livello

Inquadramento/a<sup>1</sup> nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia

In servizio presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Battipaglia

specialista in Ortopedia e Traumatologia

e-mail [REDACTED] PEC [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 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)

<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 INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

**"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"**<sup>3</sup>

Il/La sottoscritto/a Dr. BUONONATO CARLO Matricola [REDACTED]

**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
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. Ortopedia e Traumatologia Sede Battipaglia
- Ambulatorio Ortopedia
- Piano 0 Stanza n° 9
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via Fiorignano,snc Battipaglia (SA) 84091

**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.

**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	15,00	17,00	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17,00	18,00	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....	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.

*[Handwritten mark]*

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>5</sup>
89700.060	VISITA ORTOPEDICA	20	€ 90
89010.055	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	15	€ 60
81920.001	INIEZ. DI SOSTANZE TERAPEUTICHE IN ARTIC.- LEG.	10	€ 50
79700.001	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	15	€ 250
93543.001	APPARECCHIO GESSATO: COSCIA PIEDE DX	30	€ 150
93543.002	APPARECCHIO GESSATO: COSCIA PIEDE SX	30	€ 150
93547.005	APPARECCHIO GESSATO POLSO DX	30	€ 150
93547.006	APPARECCHIO GESSATO POLSO SX	30	€ 150

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 17/04/2023

ASL SALERNO  
DEA EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE  
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Dott. CARLO BUONONATO

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

ASL SALERNO  
Presidio Ospedaliero Battipaglia  
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
DIRETTORE Dr. ENRICO DI COLA

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
REGIONE CAMPANIA  
ASL SALERNO  
DEA I° LIVELLO  
EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE  
Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

<sup>4</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

<sup>5</sup> 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 amministrazione, 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.

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

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 17/04/2023

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

**ASL SALERNO**  
 Presidio Ospedaliero Battipaglia  
 U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 DIRETTORE **Dr. ENRICO DI COLA**

**ASL SALERNO**  
 U.O. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 U.O. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 DIRETTORE **Dr. CARLO BONONATO**  
 NA 3157

**Parere favorevole**  
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

REGIONE CAMPANIA  
**ASL SALERNO**  
 U.O. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 U.O. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 DIRETTORE **Dr. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza**

<sup>6</sup> Alla tariffa indicata 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), nonché il compenso per equipe o personale di supporto ove previsto ai sensi dell'art.26 del vigente Regolamento ALPI.



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/La sottoscritto/a **Dr. Carlo Buononato** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico I livello

Inquadratore/a<sup>1</sup> nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia

in servizio presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Battipaglia

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/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 \_\_\_\_\_

<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.

48



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"**

Il/La sottoscritto/a Dr. Carlo Buononato Matricola XXXXXXXXXX

**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 X</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Plinio Il Vecchio 2 D Comune Castellammare di Stabia prov. NA CAP 80053</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>3</sup></b> (art.8 ter co.1 lett. b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE X</b>

<sup>3</sup> 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.

**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	Studio <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	09:30	13:00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	15:00	19:00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	19,00	19,30	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Sabato	19,30	20,00	Domiciliare	SECONDO ACCESSO

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

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

*BE*

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
89700.060	VISITA ORTOPEDICA	20 min	€ 90
89010.055	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	15 min.	€ 60
	VISITA ORTOPEDICA DOMICILIARE	30 min.	€ 150
	VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA DOMICILIARE	30 min	€ 100
81920.001	INIEZ. DI SOSTANZE TERAPEUTICHE IN ARTIC.- LEG.	10 min	€ 50
79700.001	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	15 min	€ 250
93543.001	APPARECCHIO GESSATO: COSCIA PIEDE DX	30 min	€ 150
93543.002	APPARECCHIO GESSATO: COSCIA PIEDE SX	30 min	€ 150
93547.005	APPARECCHIO GESSATO POLSO DX	30 min	€ 150
93547.006	APPARECCHIO GESSATO POLSO SX	30 min	€ 150

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 17/04/2023

ASL SALERNO  
DEA EBOLI-BATTIPAGLIA-ROCCADASPIDE  
U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Dir. CARLO BUONONATO

NA 32578

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

ASL SALERNO  
Presidio Ospedaliero Battipaglia  
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
DIRETTORE Dr. ENRICO PUGLISI

Parere favorevole REGIONE CAMPANIA

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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

<sup>5</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

<sup>6</sup> 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 amministrazione, 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.

ALP.2



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/La sottoscritto/a Dr. Landi Giovanni Matricola : [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di \_\_Dirigente medico \_\_\_\_\_  
 Inquadro/a<sup>1</sup> nella disciplina di \_\_Ortopedia e Traumatologia \_\_\_\_\_  
 in servizio presso l'U.O. \_\_di Ortopedia e Traumatologia \_\_\_\_\_  
 del Macro-Centro di Responsabilità \_\_S. Maria della Speranza (Battipaglia) \_\_\_\_\_  
 specialista in \_\_\_\_\_ Ortopedia e Traumatologia \_\_\_\_\_  
 e- mail [REDACTED] PEC [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?: \_\_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 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)

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

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incaricati giuridicamente.

K

10

Nominativo	Qualifica
DI COLA ENRICO	Direttore U.O.C. - Referente dell'équipe
GIORNO MARIO	Dirigente Medico
LONGOBARDI MAURIZIO	Dirigente Medico
SCHETTINO VINCENZO	Dirigente Medico
BUONONATO CARLO	Dirigente Medico
.....	.....
.....	.....

Eventuali variazioni dell'équipe (nel corso della durata annuale di autorizzazione) devono essere comunicate al Direttore della Macro-Struttura e al rispettivo Referente dell'Ufficio periferico ALPI.

<p><b>C) di essere autorizzato/a svolgere l'ALPI Interna impiegando le seguenti attrezzature e relativo materiale di consumo:</b></p> <p><b>D) Ambulatori con relativo materiale, strumentazione</b></p> <p>Sale operatorie con relativo materiale, strumentazione</p>
--

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

- di aver preso atto delle disposizioni contenute nel vigente Regolamento Aziendale in materia di attività libero-professionale intramoenia, nel D.Lgs. n.39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi da parte dei pubblici dipendenti, nel "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e nel "Codice di Comportamento dell'Asl Salerno", adottato con deliberazione del Direttore Generale n.426 del 7/4/2021, nel "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021" adottato dall'Asl Salerno con deliberazione del Commissario Straordinario n. 336 del 17.04.2019 ;
- di essere dipendente di questa amministrazione a tempo pieno ed esclusivo;
- che l'attività libero professionale viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dell'attività necessaria per i compiti istituzionali;
- che l'U.O. di appartenenza eroga, in regime istituzionale, le medesime prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI;
- che le prestazioni effettuate in regime libero professionale rientrano nelle tipologie di prestazioni istituzionali previste dal Servizio Sanitario Nazionale nei livelli essenziali di assistenza di cui alla normativa vigente;
- che il volume delle prestazioni effettuate in regime libero professionale non sarà prevalente rispetto a quello effettuato per compito istituzionale;
- che le tariffe relative alle prestazioni in ALPI non sono inferiori alle tariffe previste, per la medesima prestazione, a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria;
- di svolgere l'attività libero professionale fuori dall'orario ordinario di servizio;
- di aver concordato con il Direttore/Resp.le dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Resp.le del Macro-Centro di Responsabilità:
  - gli spazi dove svolgere l'ALPI interna, nonché l'utilizzo delle attrezzature e del materiale di consumo;
  - il calendario di svolgimento dell'ALPI interna;

B

11



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere  
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”<sup>3</sup>

Il/La sottoscritto/a Dr. LANDI GIOVANNI

Matricola XXXXXXXXXX

**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. SANTA MARIA DELLA SPERANZA BATTIPAGLIA
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. \_Ortopedia e Traumatologia \_\_\_ Sede \_\_\_ P.O. SANTA MARIA DELLA SPERANZA BATTIPAGLIA
- Ambulatorio \_Ortopedia \_\_\_\_\_
- Piano \_\_\_terra \_\_\_ Stanza n° \_\_\_ambulatorio di ortopedia
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) \_via Fiorignano 1\_\_\_Battipaglia (SA) 84091 \_\_\_\_\_

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

- Ospedale: \_\_\_ P.O. SANTA MARIA DELLA SPERANZA BATTIPAGLIA
- U.O. \_\_\_Ortopedia e Traumatologia \_\_\_\_\_

Tipologia di locali: \_\_\_stanze di degenza, sale operatorie con relativo materiale di consumo e strumentazione

<sup>3</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 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	...15,00...	17,00	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17,00	19,00	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.

4



SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione <sup>4</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>5</sup>
89700.060	Visita ortopedica	15	€ 70
89010.055	Visita ortopedica di controllo	15	€ 70
	Visita ortopedica domiciliare	15	€ 150
81910.001	Artrocentesi	15	€ 50
81920.001	Iniez. Sostanze terap. in articolazione-legamento	15	€ 50
96590.014	Medicazione ortopedica	15	€ 50
96590.018	Rimozione punti di sutura	15	€ 50
93543.001	Apparecchio gessato: coscia - piede dx	20	€ 100
93543.002	Apparecchio gessato: coscia - piede sx	20	€ 100
93543.005	Apparecchio gessato: polso dx	20	€ 100
93543.006	Apparecchio gessato: polso sx	20	€ 100
L22F	Visita specialistica ai fini medico-legali con relazione di lieve difficoltà	30	€ 150
L24F	Visita specialistica ai fini medico-legali con relazione di alta difficoltà	40	€ 200

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 10-05-2023

Il/La Richiedente  
ASL SALERNO  
DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-ROCCADASPIDE  
U.O.C ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Dott. GIOVANNI LANDI

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libera professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
ASL SALERNO  
Presidio Ospedaliero Battipaglia  
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
DIRETTORE Dr. ENRICO DI COLA

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
REGIONE CAMPANIA  
ASL SALERNO  
DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-ROCCADASPIDE  
Dir. San F.F. Dott.ssa Nicoletta Voza

<sup>4</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

<sup>5</sup> 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 amministrazione, 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.

nu

4

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

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
540	0443	Sindrome tunnel carpale	€ 200
72703	8391	Dito a scatto	€ 200
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 10-05-2023

**ASL SALERNO**  
**DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-ROCCADASPIDE**  
**Unità Operativa di TRAUMATOLOGIA**  
**Dott. GIOVANNI LANDI**  
 SA 10737

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.

**ASL SALERNO**  
**Parere favorevole**  
**DEA BATTIPAGLIA-EBOLI-ROCCADASPIDE**  
**Unità Operativa di TRAUMATOLOGIA**  
**DIRETTORE DI ENRICO DI COLA**

**Parere favorevole**  
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
 REGIONE CAMPANIA  
**ASL SALERNO**  
**DEA 1° LIVELLO**

<sup>6</sup> Alla tariffa indicata verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di ripartizione 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), nonché il complesso per attività e personale di supporto ove previsto ai sensi dell'art. 26 del vigente Regolamento ALPI.

15