



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. Fabio Panariello Matricola [REDACTED]

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

inquadrate¹ nella disciplina di Psichiatria

in servizio presso l'U.O. S.D. SPDC Salerno presso AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

del Macro-Centro di Responsabilità Dipartimento di Salute Mentale

specialista in Psichiatria

e-mail f.panariello@aslsalerno.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: Psichiatria
- *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/proprio/lo studio/i professionale/isiti 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.



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"⁴

Il sottoscritto Dr. Fabio Panariello Matricola XXXXXXXXXX

SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"

3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i

Primo StudioX

- Studio professionale
sito in Via Monticelli di Fuorni, 2B
Comune Salerno prov. Salerno CAP 84131

Secondo StudioX

- Studio professionale
sito in Via Nazionale, 189
Comune Scafati prov. Salerno CAP 84018

STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA

- 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 domiciliareX

⁴ 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"

DICHIA Di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁵	Tipo di accesso
Lunedì	15:30	17:30	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18:00	20:00	Domiciliare	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	8:30	10:30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	10:30	12:30	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì	8:30	10:30	Secondo studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	11:30	13:30	Secondo studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	8:30	10:30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Sabato	10:30	13:30	Primo studio	SECONDO ACCESSO

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

⁵ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione* (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700076	Visita psichiatrica	45 min	€ 150
94191002	Colloquio psichiatrico	30 min	€ 80
94300001	Psicoterapia individuale per seduta	45 min	€ 100
94121001	Visita psichiatrica di controllo	30 min	€ 100
897P503	Visita domiciliare psichiatrica	60 min	€ 200
L.22F	Visita Specialistica medico-legale di lieve entità con relazione scritta	45 min	€ 500
L.23F	Visita Specialistica medico-legale di lieve entità con relazione scritta <i>TESTA</i>	45 min	€ 1000
L.24F	Visita Specialistica medico-legale di alta entità con relazione scritta	45 min	€ 2000

Come già accreditato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni sopra indicate in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 05/09/23 Il Richiedente

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile dell'U.O. appartenenza
[Signature]

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Signature]



⁶ 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.).