

ALL-1

ALPI ALLARGATA - IS1



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. Giulia D'Agostino Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

inquadrato¹ nella disciplina di PSICHIATRIA

in servizio presso l'U.O. SALUTE MENTALE 6 PONTECAGNANO BATTIPAGLIA

del Macro-Centro di Responsabilità _____

specialista in PSICHIATRIA

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:
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/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.

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.

1



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”⁵

Il sottoscritto Dr. _____ Giulia D’Agostino _____ Matricola _____

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 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ B. Corenzio, 22 _____ Comune _____ Salerno _____ prov. _____ SA _____ CAP _____ 84100 _____ |
| Secondo Studio <input checked="" type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Parco San Felice, 6 _____ Comune _____ Salerno _____ prov. _____ SA _____ CAP _____ 84100 _____ |
| STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">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 domiciliare <input checked="" type="checkbox"/> |

⁵ 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 ⁶ | Tipo di accesso |
| Lunedì | 15,00 | 17,00 | SECONDO STUDIO | PRIMO ACCESSO |
| Lunedì | 17,00 | 18,00 | SECONDO STUDIO | SECONDO ACCESSO |
| Martedì | 16,00 | 17,00 | AL DOMICILIO | PRIMO ACCESSO |
| Martedì | 17,00 | 18,00 | AL DOMICILIO | SECONDO ACCESSO |
| Mercoledì | 15,00 | 17,00 | PRIMO STUDIO | PRIMO ACCESSO |
| Mercoledì | 17,00 | 19,00 | PRIMO STUDIO | 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.


⁶ 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 |
|---|--|------------------------------|-------------------------|
| 94121.001 | VISITA DI CONTROLLO PSICHIATRICA | 60" | € 110,00 |
| 89700.076 | PRIMA VISITA PSICHIATRICA | 60" | € 110,00 |
| 94300.001 | Psicoterapia individuale (per seduta) | 60" | € 70,00 |
| 94420.001 | Psicoterapia familiare e di coppia (per seduta) | 60" | € 90,00 |
| 89700.076 | VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE | 60" | € 110,00 |

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 18/10/2013

Richiedente


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


U. O. COMPLESSA SALUTE MENTALE
N°6 ASL SA (DS 65 e 68)

IL DIRETTORE
Dr. Enrico Di Cerbo
MATR. ASL 6944 - CIPIMM SA5964

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



⁷ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriale

- 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.).