

File 1

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE




Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia

ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali
ALPI DOMICILIARE

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accogliimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno
SEDE

Il sottoscritto Dr. Amendola Davide Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico di struttura a valenza dipartimentale

inquadrate¹ nella disciplina di Psichiatria

in servizio presso l'U.O. SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA SALERNO

del Macro-Centro di Responsabilità Dipartimento di Salute Mentale

specialista in Psichiatria

e-mail  Tel. 

Codice Fiscale: 

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.



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 Amendola Davide Matricola ~~XXXX~~

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

- Studio professionale
sito in Corso Garibaldi ,31
Comune Salerno prov. SA CAP 84123

Secondo Studio

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

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 domiciliare

SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”

⁵ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

W

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	16,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	20,00	Primo studio DOMICILIARE	SECONDO ACCESSO
Martedì	16,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Martedì	18,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì	16,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	18,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	9,30	11,30	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Sabato	11,30	13,00	Primo studio	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 ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700076	Visita psichiatrica	45 min	€ 150
9419002	Colloquio Psichiatrico	30 min	€ 60
94121001	Visita psichiatrica di controllo	30 min	€ 120
94420002	Psicoterapia familiare	60 min	€ 120
94420001	Psicoterapia di coppia	60 min	€ 120
94300001	Psicoterapia individuale	45 min	€ 100
89010119	Prescrizione farmacologica	10 min	€ 25
897PS03	Visita domiciliare psichiatrica	45 min	€ 200
8901PS03	Visita domiciliare psichiatrica di controllo	45 min	€ 150
89010199	Certificazione	10 min	€ 30,50
FL024/FL021	Consulenza Medicolegale di parte		€ 200/2000

⁷ 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.).

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.

Doc. DAVIDE AMENDOLA

Il Richiedente
Dott. DAVIDE AMENDOLA
Piazzetta Carlo Azeglio, 10
08100 Salerno

Data 4/2/2022

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

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza _____

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità _____

[Signature]

• È necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.

• La presente si va ad indicare da intendersi onnicomprensiva e comprensiva, oltre al compenso del dirigente, anche tutti i costi diretti e indiretti previsti dal Piano Asses del Macro-Centro di Responsabilità.

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE



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
SEDE

il sottoscritto Dr. CAIVANO VITO Matricola [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadro¹ nella disciplina di PSICHIATRIA

in servizio presso l'U.O. SPDC DI SALERNO

del Macro-Centro di Responsabilità DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

specialista in PSICHIATRIA

e-mail v.caivano@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 [redacted]

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.

[Handwritten mark]



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. _____ CAIVANO VITO _____ 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 _____ PIAVE 1 _____ Comune _____ BUCCINO _____ prov. SA _____ CAP _____ 84021 _____
Secondo Studio <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ XXIV MAGGIO 9 _____ Comune _____ EBOLI _____ prov. SA _____ CAP _____ 84025 _____
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"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	15:00	16:30	Primo Studio	PRIMO ACCESSO
Lunedì	16:30	20:00	Primo Studio	SECONDO ACCESSO
Martedì	15:00	16:30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Martedì	16:30	20:00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15:00	16:30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16:30	20:00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	20:00	21:00	Domiciliare	SECONDO ACCESSO
Giovedì	15:00	16:30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	16:30	20:00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì	15:00	16:30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	16:30	20:00	Secondo Studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	09:00	10:30	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Sabato	11:00	12:30	Secondo Studio	PRIMO ACCESSO
Sabato	15:00	19:00	Secondo Studio	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.

W

OP

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.076	Visita psichiatrica	45 min	€ 100
94121.001	Visita di controllo psichiatrica	30 min	€ 80
94300.001	Psicoterapia individuale per seduta	45 min	€ 80
	Visita psichiatrica domiciliare	45 min	€ 200
	Visita di controllo psichiatrica domiciliare	30 min	€ 200
94191.002	Colloquio Psichiatrico	30 min	€ 80
	Prestazioni per il trattamento primario (terapeutico specialistico)	45 min	€ 80
VICERT	Visita per certificazione clinica	60 min	€ 130

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

12/01/2022

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 Sanitario di appartenenza
S.P.D.C. SALERNO
Dot. DAVIDE AMENDEOLA
N. Iscriz. Albo SA 6053

Il Richiedente
Dot. VITO CAVANO
P.C. Albo N. SA 10879

A.S.L. SALERNO

Dipartimento Salute Mentale

S.P.D.C. SALERNO

Dot. VITO CAVANO

P.C. Albo N. SA 10879

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁷ 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.).

ALX 3

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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
SEDE

Il sottoscritto **Dr. De Marinis Tito** Matricola

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

Inquadrate¹ nella disciplina di Psichiatria

in servizio presso il D.S.M ASL Salerno

del Macro-Centro di Responsabilità Dipartimento di Salute Mentale ASL Salerno

specialista in Psichiatria – Neurologia – Medicina Legale

e-mail t.demarinis@aslsalerno.it Tel.

Codice Fiscale:

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/PSICHIATRIA FORENSE**
- 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 garanzia 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"¹

Il sottoscritto Dr. De Marinis Tito Matricola ~~XXXX~~

SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"

<input checked="" type="checkbox"/> DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i Come da autorizzazione del 04/05/2020
Primo Studio <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Viale Verdi n.29 Comune Salerno prov. SA CAP 84131
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
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 type="checkbox"/>

¹ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

Handwritten signature/initials

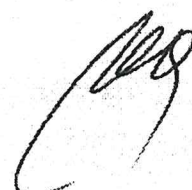
Handwritten signature

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 ²	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16,00	17,30		PRIMO ACCESSO
Martedì	17,30	19,00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16,00	17,30		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17,30	19,00		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16,00	17,30		PRIMO ACCESSO
Giovedì	17,30	19,00		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.

² Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.




SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata" - MODIFICA COMPENSI/PRESTAZIONI

Codice Prestazione ³ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.076	Visita psichiatrica	30 minuti	€ 82,00
89700.075	Visita neuropsichiatrica domiciliare	45 minuti	€ 102,00
89700.076	Visita neuropsichiatrica domiciliare oltre 10 Km dalla propria residenza	60/120 minuti	€ 152,00
94021.001	Somministrazione Test psicodiagnostici	50 minuti	€ 502,00
FL026	Consulenza specialistica di parte in sede civile	60 minuti	€ 502,00
FL028	Consulenza specialistica di parte in sede penale	60 minuti	€ 1002,00
FL027	Consulenza specialistica di parte in sede penitenziaria	60 minuti	€ 402,00

Comunità autorizzata all'erogazione 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 22/02/2022

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

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. di appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



³ 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.).

11/11/14

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE



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
SEDE

Il sottoscritto **Dr. Iodice Davide** Matricola **[REDACTED]**

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di **Dirigente Medico**

inquadrate¹ nella disciplina di **Psichiatria**

in servizio presso l'U.O. **SPDC Salerno**

del Macro-Centro di Responsabilità **Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno**

specialista in **Psichiatria**

e-mail **d.iodice@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/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.

14



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. **Iodice Davide** 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 X
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via Sei settembre n°14 Comune Salerno prov. Sa CAP. 84128
Secondo Studio X
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via S. Uberto N°37 Comune Policoro prov. MT CAP. 75025
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 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"

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio⁶	Tipo di accesso
Lunedì	19,00	19,40	Primo Studio	Visita Domiciliare
Martedì	15,00	18,00	Primo Studio	Secondo Accesso
Martedì	18,00	18,40	Primo Studio	Primo Accesso
Giovedì	15,00	18,00	Primo Studio	Secondo Accesso
Giovedì	18,00	18,40	Primo Studio	Primo Accesso
Venerdì	9,00	09,40	Primo Studio	Primo Accesso
Venerdì	17,00	17,40	Secondo Studio	Primo Accesso
Venerdì	18,00	20,00	Secondo Studio	Secondo accesso
Sabato	15,00	18,00	Secondo Studio	Secondo Accesso
Sabato	18,00	18,40	Secondo Studio	Primo Accesso
Sabato	19,00	20,00	Secondo Studio	Secondo Accesso
Sabato	20,00	20,40	Secondo Studio	Visita Domiciliare

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.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.076	VISITA PSICHIATRICA I ACCESSO	40 min	€ 100,00
94121.001	VISITA PSICHIATRICA II ACCESSO	30 min	€ 70,00
94300.001	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE PER SEDUTA	40 min	€ 60,00
94420.002	PSICOTERAPIA FAMILIARE PER SEDUTA	60 min	€ 70,00
.....	VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE	.....	€ 150,00
.....	CONSULENZA TECNICA DI PARTE	.....	€ 1000,00
.....	OSSERVAZIONI A CTU	.....	€ 500,00
.....	RELAZIONE CLINICA	.....	€ 200,00

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 12/01/2022
A.S.L. SALERNO
 Dipartimento Salute Mentale
S.P.O.C. SALERNO
Dott. DAVIDE IODICE
 N. Iscrit. Albo SA-6059

Il Richiedente
A.S.L. SALERNO
 Dipartimento Salute Mentale
S.P.O.C. SALERNO
Dott. DAVIDE IODICE
 Isc. Albo N. NA 32317

⁷ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

• E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.

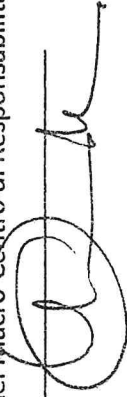
• La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprendente, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

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.

A.S.L. SALERNO
Dipartimento Salute Mentale
PATERNO SALERNO
Il Direttore/Responsabile appartenenza
N. Iscriz. Albo SA 6959

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.

La tariffa che si va ad indicare è da intendersi onnicomprensiva 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.).

14/5

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE



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
SEDE

Il sottoscritto Dr. **MIGNONE MARIA LAURA** Matricola

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO _____
 inquadrato¹ nella disciplina di PSICHIATRIA _____
 in servizio presso l'U.O. SPDC NOCERA INFERIORE _____
 del Macro-Centro di Responsabilità DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL SA
 specialista in PSICHIATRIA _____
 e-mail Tel.
 Codice fiscale:

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

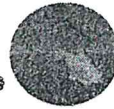
CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia
 • nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: PSICHIATRIA *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.



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. Maria Laura Mignone 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

- Studio professionale
sito in Via R. Mauri n.110
Comune Salerno prov. SA CAP 84131

Secondo Studio

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

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 domiciliare

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"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	16,00	17,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	17,00	20,00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	19,00	20,00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	19,00		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,00	17,00		PRIMO ACCESSO
Venerdì	17,00	20,00		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
89700.076	VISITA PSICHIATRICA.....	50 MIN.	€ 60,00
94121.001	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	50 MIN.	€ 60,00
94300.001	PSICOTERAPIA COGNITIVO INDIVIDUALE	50 MIN.	€ 60,00
	CONSULTO	60 MIN.	€ 60,00
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato in istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono erogare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla ASL SA-P.O. "Umberto I" U.O. SPDC

Data 11/07/2022

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 com. Att. 10/11/03 "Umberto I" U.O. SPDC

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
Dott.ssa Mignone Maria Laur SA 907322

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
Dott. Giulio Corrietti

Il Richiedente
Dott.ssa Mignone Maria Laur
SA 907322

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
Dott. Giulio Corrietti

⁷ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

• E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.

• La tariffa che 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 regionale attuato (es. compenso equipe o personale di supporto, spesa amministrativa, fondo comune comparto, ecc.).