

APP 1

ALPI ALLARGATA - IS1

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  
S E D E

Il sottoscritto Dr.ssa Maria Laura Mignone \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente ___ Medico _____
inquadrate <sup>1</sup> 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**

<p>A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: _Psichiatria _____</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) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:</p> <p>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.</p> <p>A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.</p>
---

<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.

W

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"<sup>5</sup>

Il sottoscritto Dr.  Maria Laura Mignone  Matricola

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 type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via <u> R. Mauri n.110 </u> Comune <u> Salerno </u> prov. <u> SA </u> CAP <u> 84131 </u></li></ul>
<b>Secondo Studio</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via <u> </u> Comune <u> </u> prov. <u> </u> CAP <u> </u></li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata <u> </u> P.IVA <u> </u> autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento <u> </u> rilasciato da <u> </u> in data <u> </u> sito in Via <u> </u> Comune <u> </u> prov. <u> </u> CAP <u> </u></li></ul>
<b>ALPI domiciliare</b> <input checked="" type="checkbox"/>

<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"

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

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	16,00	17,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	17,00	20,00		SECONDO ACCESSO
Martedì	16,00	17,00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17,00	20,00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	19,00	20,00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	19,00		SECONDO ACCESSO
Giovedì	19,00	20,00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	16,00	19,00		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,00	17,00	domiciliare	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17,00	20,00	domiciliare	SECONDO ACCESSO
Sabato	09,00	10,00		PRIMO ACCESSO
Sabato	10,00	12,00		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.

2

SEZIONE C "tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700076	Visita Psichiatrica.....	50 min	€ 102,00
94120001	Visita Psichiatrica di controllo.....	50 min	€ 82,00
94420001	Psicoterapia di coppia .....	50 min	€ 82,00
94300001	Psicoterapia cognitivo Individuale .....	50 min	€ 60,00
897PS03	Visita domiciliare psichiatrica.....	90 min	€ 152,00
FL026	Consulenza medico legale.....	60 min	€ 202,00

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 25/08/2022

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionista 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

<sup>7</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- Il 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.).

ASL Salerno U.O. SP...  
dott.ssa Maria Laura Mignone  
Il Richiedente  
dott.ssa Mignone  
SA 007232  
Mignone