



Domanda di modifica 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. Alfredo Bisogno Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 954 del 09.09.2020

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadro/a¹ nella disciplina di PSICHIATRIA

In servizio presso l'U.O. Salute Mentale n. 3 Mercato S. Severino/Sarno/Pagani

del Macro-Centro di Responsabilità Dipartimento Salute Mentale

specialista in Psichiatria e Psicoterapia

e-mail

PEC

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 equipollente? PSICHIATRIA
 - 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

1

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incaricati giuridicamente.

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

B



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. Alfredo Bisogno 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"/> X
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via Roma, 25 Comune di Nocera Inferiore prov. SA CAP 84014
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/> X
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via Balzico, 46 Comune di Cava dei Tirreni prov. SA CAP 84013
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/> ³
(art.8 ter co.1 lett.b D.lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/> X

³ 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.

A 

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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	18,30	19,15	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Lunedì	19,15	20,30	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16,30	17,15	Secondo studio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17,15	21,15	Secondo studio	SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,30	17,15	Secondo studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17,15	20,30	Secondo studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	9,30	10,30	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Sabato	10,30	12,30	Domiciliare	SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.076/89.7	VISITA PSICHIATRICA.....	45 min	€ 80,00
94121.001/94.12.1	VISITA DI CONTROLLO PSICHIATRICA.....	30 min	€ 70,00
94300.001/94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE PER SEDUTA.....	45 min	€ 60,00
94191.002/94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO.....	45 min	€ 70,00
89700.076/89.7	VISITA PSICHIATRICA DOMICILIARE.....	45 min	€ 90,00
94121.001/94.12.1	VISITA DI CONTROLLO PSICHIATRICA DOMICILIARE.....	30 min	€ 80,00

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 29/03/2023__

Il/la 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

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ 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.



Domanda di modifica 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. Anna Visconti Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 1144 del 29.09.2021

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente PSICOLOGO

Inquadramento¹ nella disciplina di Psicoterapia

in servizio presso l'U.O. UOSM 3

del Macro-Centro di Responsabilità DSM

specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica

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: Psicoterapia
- 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 _____

B) di essere autorizzato/a a svolgere l'ALPI allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale 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 incaricati giuridicamente.

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

³ Detta richiesta potrà essere accolta solo a completamento dell'infrastruttura di rete da parte dell'ASL Salerno



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. Anna Visconti 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 Studio <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via C.so V. Emanuele,120 Comune Salerno prov. Sa CAP84100	
Secondo Studio <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via A. Cesarano,154 Comune Pagani prov. SA CAP 84016	
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"/>	

⁴ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

R

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 ⁵	Tipo di accesso
Lunedì 1° st	15,00	18,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì 1° St	19,00	21,00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì 1° St	15,00	18,00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì 1° st	19,00	21,00		SECONDO ACCESSO
Giovedì 11 St	15,00	18,00		PRIMO ACCESSO
Giovedì 11 st	19,00	21,00		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.

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

K

Y

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
94300.001	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE PER SEDUTA	45,00 MIN	€ 70,00
94420.001	PSICOTERAPIA DI COPPIA PER SEDUTA	50,00 MIN	€ 100,00
94440.001	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	120,00 MIN	€ 150,00
.....	€
.....	€
.....	€

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 _____

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.

Il Richiedente

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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.).