

ALPI ALLARGATA - IS1

APP. 3

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



ASL SALERNO
Presidio Ospedaliero "San Luca"
84078 Vallo della Lucania (SA)
DIREZIONE SANITARIA
PGN. 254522 del 14.12.2021

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. ANTONELLA GUARIGLIA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente PSICOLOGO

inquadrato¹ nella disciplina di PSICOLOGIA/PSICOTERAPIA

in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA-GINECOLOGIA - CENTRO PMA- P.O. "SAN LUCA" VALLO DELLA LUCANIA
del Macro-Centro di Responsabilità _____

specialista in PSICOLOGIA CLINICA

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: PSICOLOGIA CLINICA
- 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.

GA



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. ANTONELLA GUARIGLIA 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 PAOLO BARATTA ,105/C Comune BATTIPAGLIA prov. SA CAP 84091
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"/>

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

Handwritten mark

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	Studio⁶	Tipo di accesso
Lunedì				PRIMO ACCESSO
Lunedì				SECONDO ACCESSO
Martedì	16,00	18,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Martedì	18,00	20,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Mercoledì			PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	20,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì			PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì			PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì			PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	16,00	20,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	08,00	09:00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Sabato	09:00	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
94090.001	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO PER SEDUTA	60 MIN	€ 40
94300.001	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE PER SEDUTA	60 MIN	€ 60
94420.002	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	90 MIN	€ 80
94440.001	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante	90 MIN	€ 50

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.

Il Richiedente

[Firma]

Data 30/11/2021

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
[Firma]
ASL SALERNO
P.O. "S. LUCA" Vallo della Lucania
U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore Dr Salvatore RONSINI



Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Firma]

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.).