

Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero
Crediti Prestazioni Sanitarie

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa VIOLU ALESSANDRO
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

☒ indeterminato
☐ determinato

in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura – Reparto) di _____

Sede di ☐ Fabriano ☒ Jesi ☐ Ancona ☐ Senigallia

CHIEDE

☒ per se stesso

☐ per l'équipe, denominata: _____ in qualità di
_____ ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti
dirigenti:

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

Coordinatore d'Équipe dr. _____

- ☐ l'apertura di un nuovo ambulatorio.
- ☒ la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di RM e TC con contrasto già
autorizzato. in libera professione personale
- ☐ la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- ☐ l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
14900	ANGIO - TC		250,00 €	30 min	SI
14902	"		250,00 €	"	SI
14907	"		250,00 €	"	SI
13990	"		250,00 €	"	SI
14000	"		250,00 €	"	SI

16050 RIELABORAZIONE TC 50,00 €

- (1) il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).
- (2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

ORARIO OPERATIVITA' (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

(descrizione) _____

MATERIALI IMPIEGATI (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale garze, telini ecc.)

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'EQUIPE:
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

COMUNICAZIONI: il/i richiedente/i con la sottoscrizione prende/ono atto che tutte le comunicazioni inerenti la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/ono di inviare le e-mail al/ai seguenti indirizzi:

violotg@yahoo.it@.....
.....@.....
.....@.....

16.12.2016 Li, 088

IL PROFESSIONISTA



OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

Direttore di Dipartimento (solo in caso in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)

Dirigente Professioni Sanitarie (solo per richieste di cui ai punti 1,4)



Jesi, 16.12.2016

Al Direttore della A.V. 2
Dr. Maurizio Bevilacqua

Al Dirigente U.O Libera Professione
Dott.ssa Anita Giretti

Oggetto: Modifica dell'organizzazione di Attività libero-professionale personale intra-moenia del Dr. Violo per Pazienti esterni paganti in proprio.

Il sottoscritto Dr. Alessio Violo, in servizio presso il reparto di radiologia dell'ospedale di Jesi, in qualità di dirigente di medico di I livello richiede, previo consenso favorevole del Direttore Dr. Osvaldo Pirani, una modifica dell'organizzazione di attività libero-professionale intramoenia Personale per Pazienti paganti in proprio per esami di Tomografia Assiale Computerizzata e di Risonanza Magnetica Nucleare già esercitata dal sottoscritto a partire dal 2014 nel giorno di Venerdì pomeriggio.

Nella fattispecie si richiede l'inserimento di esami di Risonanza Magnetica Nucleare senza mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa da eseguire nel giorno di Venerdì pomeriggio a scapito degli esami di RM con mezzo di contrasto paramagnetico con la seguente organizzazione:
- esecuzione di 3 esami di RM con mezzo di contrasto a cadenza di 1 ora a partire dalle ore 14:00 fino alle ore 17:00.

- esecuzione di 4 esami di RM senza mezzo di contrasto a cadenza di 30 minuti a partenza dalle ore 17:00 alle ore 19:00 con ultimo appuntamento disponibile alle ore 18:30.

La seconda modifica da apportare rispetto all'organizzazione attuale è rappresentata dall'inserimento di esami di TAC senza mezzo di contrasto iodato per via endovenosa da eseguire nel giorno di Venerdì pomeriggio a scapito degli esami TAC con somministrazione di mezzo di contrasto attualmente effettuati con la seguente organizzazione:

- esecuzione di 5 esami di TAC con mezzo di contrasto iodato a cadenza di 30 minuti a partire dalle ore 14:15 fino alle 16:15.

- esecuzione di 9 esami di TAC senza mezzo di contrasto iodato a cadenza di 15 minuti a partire dalle 16:45 fino alle 19:00 con ultimo appuntamento disponibile alle ore 18:45.

Rimangono inalterati i nominativi del personale tecnico ed infermieristico che già partecipano all'attività libero professionale del Dr Violo.

Si allegano le tipologie e le tariffe degli esami di Risonanza Magnetica e di Tomografia Assiale Computerizzata senza mezzo di contrasto che verranno aggiunte all'attuale organizzazione.

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Regione Marche - Area Vasta n. 2

IL DIRETTORE
DIagnostica

E Fisiologia Clinica
Dr. OSVALDO PIRANI

Per favore
Anita

Dr. Alessio Violo

VENERDI POMERIGGIO

RM

14:00	3 MDC
15:00	
16:00	
17:00	NO ⁴ MDC
17:30	
18:00	
18:30	

TC

14:15	5 MDC
14:45	
15:15	
15:45	
16:15	
16:45	
17:00	9 NO MDC
17:15	
17:30	
17:45	
18:00	
18:15	
18:30	
18:45	

* Revisione tariffe tunnel a ore (30, € e non 40c)

* Revisione tariffe TC ogni 30 min