

Regione Marche Azienda Sanitaria Unica Regionale AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA

0214581 | 20/12/2016 | ASURAV2 | AFFGEN | A

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. FRANCESCO DIATBALI dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- Indeterminato in regime di esclusività
determinato

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di ORL

Sede di Fabiano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

per se stesso

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

dr. dr. dr. dr. dr.

Coordinatore d'Equipe dr.

- 1. apertura di un nuovo ambulatorio.
2. la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di già autorizzato.
3. la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
4. 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)
	VEDI ALLEGATO				

- (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'ÈQUIPE:  
(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:

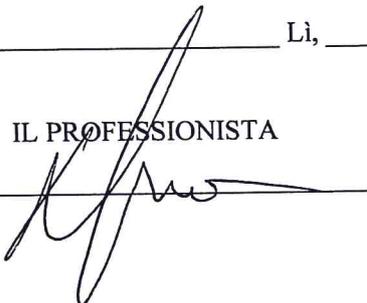
.....@.....  
.....@.....  
.....@.....

\_\_\_\_\_ Li, \_\_\_\_\_

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'ÈQUIPE



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

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

  
**Dott. Roberto Puppato**  
DIRIGENTE SANITARIO

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche per 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)

**Alla Dott.ssa A. Giretti  
Alla Dott.Ssa L.Santoni**

**Oggetto:** Richiesta Attività Intramoenia Dott. Francesco Diaferia Medico Chirurgo Specialista in Otorinolaringoiatria

Il Sottoscritto Dott. Francesco Diaferia Nato a Roma il 20/04/1978, Dirigente Medico presso l'Unità di Otorinolaringoiatria, matr. 17162, dell' Ospedale Carlo Urbani di Jesi.

**-CHIEDE ALLA SIGNORIA VOSTRA-**

L'autorizzazione a poter svolgere Attività Libero Professionale (Intramoenia), nei giorni di Lunedì, Martedì, Mercoledì, Giovedì e Venerdì dalle h.15.45 alle h 19.30. Con frequenza di appuntamenti ogni 20 minuti.

**In allegato la copia del Tariffario e la Nomenclatura delle Prestazioni da eseguire:**

1. Visita Specialistica ORL domiciliare	150 euro cod. 89.7
2. Visita Specialistica di Otorinolaringoiatria	80 euro cod. 89.7
3. Visita Specialistica successiva di Otorinolaringoiatria	50 euro cod. 89.01
4. Irrigazione dell'orecchio ( <b>Rimozione tappo di cerume</b> )	25 euro cod. 96.52
5. Esame audiometrico tonale	25 euro cod. 94.41.1
6. Impedenzometria ( timpanogramma)	20 euro cod. 95.42
7. Fibroendoscopia delle prime vie aeree ( <b>Fibrolaringoscopia</b> )	38 euro cod. 31.42
8. Esame clinico della funzionalità vestibolare	40 euro cod. 95.44.2
9. Otoemissioni acustiche	29 euro cod.20.39.1
10. Controllo di epistassi mediante cauterizzazione (e tamponamento)	30 euro cod.21.03
11. Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore	30 euro cod. 21.01
12. Medicamento respiratorio somministrato per mezzo di nebulizzatore ( <b>aerosolterapia, insufflazioni tubariche</b> )	15 euro cod.93.94
13. Potenziali evocati acustici	50 euro cod. 89.15.1
14. Rimozione di corpo estraneo intraluminale dal naso senza incisione	50 euro cod.98.12
15. Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla faringe senza incisione	50 euro cod. 98.13
16. Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'orecchio senza incisione	30 euro cod.98.11
17. Sostituzione di cannula tracheostomica (BRANCA CARDIOLOGIA)	70 euro cod. 97.23
18. Studio del nistagmo registrato spontaneo o posizionale	38 euro cod. 95.24.1
19. Stimolazioni vestibolari rotatorie	50 euro cod. 95.45
20. Sutura lacerazione labbro ( <b>branca odontostomatologia maxillo facciale</b> )	50 euro cod.27.51
21. Test clinico della funzionalità vestibolare	36 euro cod. 95.44.1

23 Altra asportazione di lesione della bocca

(branca odontostomatologia maxillo facciale)

150 euro cod. 27.49.1

24 Altra irrigazione di ferita (altre prestazioni)

25 euro cod. 96.59

25 Altra asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno 150 euro cod. 18.29

Le suddette prestazioni saranno effettuate negli stessi locali dell' U.O. Otorinolaringoiatria, al quarto piano, dell' Ospedale Carlo Urbani di Jesi.

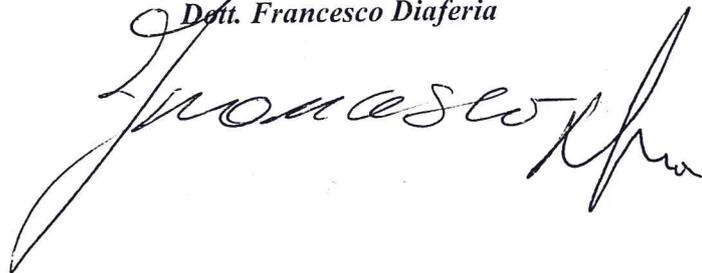
Non necessaria la presenza di personale infermieristico.

Jesi il

19/12/2016

In Fede

*Dot. Francesco Diaferia*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francesco Diaferia', written in a cursive style.