

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

N. 925/AV5 DEL 30/07/2018

**Oggetto: Autorizzazione svolgimento prestazioni in libera professione intramoenia
Dr. Antonio Braccischi, Dirigente Medico presso l'U.O. Di Anatomia Patologica dello
Stabilimento Ospedaliero di Ascoli Piceno.**

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

- DETERMINA -

- Di autorizzare, in base al vigente Regolamento di Area Vasta sull'esercizio della libera professione intramuraria, il Dr. Antonio Braccischi, Dirigente Medico a tempo indeterminato dell'Unità Operativa Di Anatomia Patologica dello Stabilimento Ospedaliero di Ascoli Piceno, a svolgere l'attività libero professionale, nella disciplina di Anatomia Patologica, presso gli ambulatori dell'Anatomia Patologica di Ascoli Piceno, per le prestazioni e alle condizioni contenute nelle istanze ID 984590 del 12/06/2018 e ID 984591 del 12/06/2018 e nel prospetto di sviluppo della tariffa, entrambi allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale (Allegati n. 1, 2 e n. 3);
- Di dare atto che le elaborazioni tariffarie indicate nell'allegato prospetto potranno essere oggetto di successiva revisione e/o modifica;
- Di dare atto che gli effetti del presente provvedimento avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di adozione dello stesso;
- Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
- Di dare atto che dal presente provvedimento non deriva alcun onere finanziario a carico dell'Area Vasta n.5;
- Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17della L.R. 26/96 e s.m.i.;
- Di trasmettere il presente atto al dipendente Dr. Antonio Braccischi e, per quanto di competenza, alla Direzione Sanitaria Ospedaliera ed alle UU.OO. Gestione Risorse Umane, SIA, Economico-Finanziaria ed all'Ufficio CUP/Cassa.

Il Direttore di Area Vasta
(Avv. Giulietta Capocasa)

La presente determina consta di n. 17 pagine di cui n. 13 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

U.O.C. “U.R.P. e Qualità”

Riferimenti Normativi

- Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 e ss.mm.ii., ad oggetto: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- D.P.C.M. 27 marzo 2000, ad oggetto: “*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale*”;
- C.C.N.L. 1998/2001 della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N. entrati in vigore il 9 giugno 2000 e C.C.N.L. del 5.11.2005
- Decreto Legge n. 223 del 4/7/2006, convertito nella Legge n. 248 del 4/8/ 2006, ad oggetto: “*Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*”;
- Legge n. 120 del 3/8/2007, ad oggetto: “*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*”;
- Legge n. 189 del 8/11/2012 (c.d. Riforma Balduzzi), ad oggetto: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*”;
- Delibera di Giunta Regione Marche n.1796 del 28/12/2012, ad oggetto: “*Legge 3 agosto 2007, n. 120 e successive modificazioni ed integrazioni - Disposizioni temporanee ed urgenti in materia di attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del SSR*”;
- Delibera di Giunta Regione Marche n.646 del 6/5/2013, ad oggetto: “*Legge 3 agosto 2007, n. 120, art. 1, comma 4 - Disposizioni temporanee ed urgenti per gli enti del Servizio sanitario regionale, in materia di attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria. Modificazione della deliberazione n. 1796 del 28/12/2012*”;
- Delibera di Giunta Regione Marche n.1168 del 29/07/2013, ad oggetto: “*Legge 3 agosto 2007, n. 120, articolo 1, comma 4 - Ulteriori disposizioni temporanee ed urgenti per gli enti del Servizio sanitario regionale, in materia di attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria. Parziale modificazione della deliberazione n. 646/2013*”;
- Delibera di Giunta Regione Marche n.1743 del 27/12//2013, ad oggetto: “*Legge 3 agosto 2007, n. 120, articolo 1, comma 4 - Proroga disposizioni temporanee ed urgenti per gli enti del Servizio sanitario regionale, in materia di attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria*”;
- Delibera di Giunta Regione Marche n.106 del 23/02/2015, ad oggetto: “*Legge n. 120/2007 art. 1 commi 4, 5 e 6; L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. a) - Approvazione linee d'indirizzo agli enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della dirigenza medica veterinaria e sanitaria e per l'adozione dei piani aziendali dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria. Revoca deliberazioni n. 1812/2000 e n. 972/2008*”;
- Determina del Direttore n. 277/AV5 del 17/03/2016 dell'Area Vasta 5 ad oggetto: “*Approvazione e recepimento del regolamento per l'esercizio dell'attività Libero Professionale (ALPI)*”.

Motivazioni

Con Delibera di Giunta n. 106 del 23/2/2015, la Regione Marche ha approvato le linee di indirizzo agli Enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria.

Con Determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 430 del 16/6/2015, in attuazione di quanto indicato nella citata Delibera di Giunta n. 106/15, è stato adottato lo schema tipo di regolamento per l'esercizio dell'attività libero-professionale nelle Aree Vaste.

Con Determina del Direttore n. 277/AV5 del 17/03/2016, è stato adottato il Regolamento dell'Area Vasta 5, relativo alle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario.

Con note ID 984590 del 12/06/2018 e ID 984591 del 12/06/2018, che si allegano al presente atto, di cui formano parte integrante e sostanziale (Allegati n. 1 e 2) il Dr. Antonio Braccischi, Dirigente Medico a tempo indeterminato dell'Unità Operativa Di Anatomia Patologica dello Stabilimento Ospedaliero di Ascoli Piceno, ha chiesto l'autorizzazione all'espletamento dell'attività libero professionale, nella disciplina di Anatomia Patologica, da svolgersi presso gli ambulatori dell'Anatomia Patologica di Ascoli Piceno, per le prestazioni e alle condizioni contenute nella suddetta richiesta.

Il Dr. Antonio Braccischi ha preso atto dell'elaborazione delle tariffe, sviluppate sulla base degli onorari richiesti, della revisione del valore relativo ai costi e delle vigenti disposizioni in materia, che vengono riportate nell'allegato prospetto, anch'esso parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato n. 3).

Si precisa che la suddetta elaborazione tariffaria potrà essere, comunque, oggetto di successiva revisione e/o modifica.

La Direzione Medica Ospedaliera ha espresso, per quanto di competenza, il proprio parere favorevole sul rilascio dell'autorizzazione al Dr. Antonio Braccischi all'espletamento delle citate prestazioni libero-professionali intramurarie, come risulta dalla dichiarazione apposta in calce sulla menzionata richiesta ID 984590 del 12/06/2018.

Si dà atto che la presente determina non comporta impegno di spesa a carico del bilancio di questa Amministrazione.

Pertanto, per le considerazioni espresse in premessa,

SI PROPONE

- Di autorizzare, in base al vigente Regolamento di Area Vasta sull'esercizio della libera professione intramuraria, il Dr. Antonio Braccischi, Dirigente Medico a tempo indeterminato dell'Unità Operativa Di Anatomia Patologica dello Stabilimento Ospedaliero di Ascoli Piceno, a svolgere l'attività libero professionale, nella disciplina di Anatomia Patologica, presso gli ambulatori dell'Anatomia Patologica di Ascoli Piceno, per le prestazioni e alle condizioni contenute nelle istanze ID 984590 del 12/06/2018 e ID 984591 del 12/06/2018 e nel prospetto di sviluppo della tariffa, entrambi allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale (Allegati n. 1, 2 e n. 3)
- Di dare atto che le elaborazioni tariffarie indicate nell'allegato prospetto potranno essere oggetto di successiva revisione e/o modifica;
- Di dare atto che gli effetti del presente provvedimento avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di adozione dello stesso;

- Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
- Di dare atto che dal presente provvedimento non deriva alcun onere finanziario a carico dell'Area Vasta n.5;
- Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17della L.R. 26/96 e s.m.i.;
- Di trasmettere il presente atto al dipendente Dr. Antonio Braccischi e, per quanto di competenza, alla Direzione Sanitaria Ospedaliera ed alle UU.OO. Gestione Risorse Umane, SIA, Economico-Finanziaria ed all'Ufficio CUP/Cassa.

Il Responsabile del Procedimento
(Massimo Lauri)

Il Dirigente f.f.
U.O.C. URP e Qualità
(Dott. Cesare Milani)

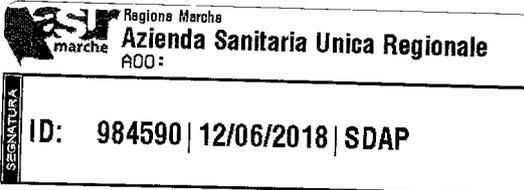
ATTESTAZIONE DEL DIRIGENTE /RESPONSABILE DELL'U.O. ECONOMICO FINANZIARIA

Il sottoscritto, vista la dichiarazione espressa dal Responsabile del Procedimento, attesta che il presente atto non comporta oneri a carico del Budget.

Il Dirigente f.f. dell'U.O.C.
Attività Economiche e Finanziarie
(Dott. Cesare Milani)

- ALLEGATI -

- n. 3 allegati.



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto
U.O.C. "Ufficio Relazioni con il Pubblico e Qualità"

Modulo ALPI n.1

Al Direttore dell'Area Vasta n.5

Al Direttore U.O.C. "URP e Qualità"

Loro Sedi

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA PRESSO SPAZI AZIENDALI.

Il/La Sottoscritto/a DOCT. ANTONIO BRACCISCHI matr. 13631

Dipendente dell'Area Vasta n.5 Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto con la qualifica di DIR. MEDICO 4° LIVELLO in servizio presso U.O. ANATOMIA PATOLOGICA

CHIEDE

L'attivazione, a far data _____, della Libera Professione Intramoenia, nella disciplina di appartenenza, presso gli spazi Aziendali secondo i calendari a fianco indicati:

N.	Sede Presidio	giorno	dalle ore	alle ore	N. prestazioni
1	U.O. ANATOMIA P.	LUNEDI	15.00	16.00	
2	" "	MARTEDI	15.00	16.00	
3	" "	MERCOLESI	15.00	16.00	
4	" "	GIOVEDI	15.00	16.00	
5	" "	VENERDI	15.00	16.00	
6	" "				



LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

DOTT. ANTONIO BRACCISCHI MATRICOLA 13631

A CURA DEL RICHIEDENTE				
N.	PRESTAZIONE		Onorario	Durata
	Descrizione	Codice Cup	Euro	Minuti
1	Esame istologico app. digerente: biopsia endoscopica (sedi multiple)	27410	50	15
2	Esame istologico app. digerente: biopsia endoscopica (sede unica)	27400	40	10
3	Esame istologico app. digerente: polipectomia endoscopica (sedi multiple)	27430	50	15
4	Esame istologico app. digerente: polipectomia endoscopica (sede unica)	27440	40	10
5	Esame istologico app. urogenitale: agobiopsia prostatica	27530	80	20
6	Esame istologico app. urogenitale: biopsia end. vescicale (sedi multiple)	27590	60	15
7	Esame istologico app. urogenitale: biopsia end. vescicale (sede unica)	27580	50	10
8	Esame istologico sistema emopoietico: agobiopsia linfonodale	27690	100	20
9	Esame istologico sistema emopoietico: asportazione linfonodo	27710	100	30
10	Esame istologico sistema emopoietico: biopsia osteomidollare	27720	100	25
11	Esame citologico urine per ricerca cellule neoplastiche	27310	20	5
12	Consulenza su vetrini allestiti in altra sede	29720	130	20
13	Esame istologico app. respiratorio: biopsia pleurica	27460	100	20
14	Esame istologico app. respiratorio: biopsia endobronchiale (sedi multiple)	27490	100	15
15	Esame istologico app. respiratorio: biopsie vie aeree (sedi multiple)	27510	70	15
16	Esame istologico app. respiratorio: biopsia laringea	27500	60	10
17	Esame istologico app. respiratorio: biopsia cavità nasale	27470	50	10
18	Esame citologico di versamenti	27300	40	10
19	Esame immunoistochimico	27750	40	15
20	Pannello immunofenotipizzazione processo linfoproliferativo	29670	80	20
21	Marcatori predittivi di risposta alla terapia	29650	50	15
22	Visita e consulto complessivo anatomo-patologico	17130	80	30
23				
24				
25				

Ascoli Piceno

Dott. Antonio Braccischi

Tutte le prestazioni sono
coperte in regime di SSN

Si richiede inoltre:

Utilizzo di personale di supporto NO - ~~SI~~

Nota: In caso di risposta affermativa, dovrà essere compilato ed allegato l'apposito Modulo ALPI n.2

Ausilio diagnostico strumentale NO - ~~SI~~

Utilizzo di beni e materiali di consumo NO - ~~SI~~

Utilizzo di apparecchiature personali ~~NO~~ - SI

Nota: In caso di risposta affermativa, dovrà essere compilato ed allegato l'apposito Modulo ALPI n.3

Si dichiara:

Di avere aderito alla vigente polizza assicurativa stipulata dall' ASUR Marche, a copertura della responsabilità civile verso terzi.

Di aver autonomamente sottoscritto con la Compagnia UNIPOC ovvero polizza Assicurativa per _____, che si allega in copia alla presente.

Allegati:

- 1) TARIFFE
- 2) PERSONALE DI SUPPORTO
- 3) BIOLOGO

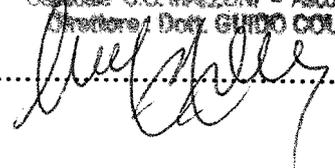
Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione degli stati e delle condizioni dichiarate nella presente richiesta.

Data 22/05/18

Antonio firma

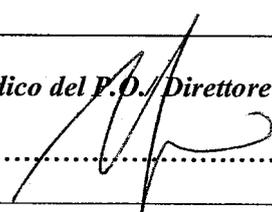
Si esprime parere favorevole e si attesta che le suddette prestazioni sono rese dall'U.O. anche in regime istituzionale.

IL DIRETTORE DELL'U.O. ANATOMIA PATOLOGICA ^{CA} Dr. GUIDO ZOLLNER
A.S.L. MARCHE - AREA VASTA N. 5
U.O. Anatomia Patologica - Ospedale "C. G. MAZZONI" - Ascoli Piceno
Direttore Dott. GUIDO COLLINA

firma 

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO _____ Dr. _____
(Solo in caso di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza Dipartimentale)

firma

<input checked="" type="checkbox"/> Parere Favorevole	<input type="checkbox"/> Non Favorevole
<hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">Il Direttore Medico del P.O. / Direttore del Distretto Sanitario</p> <p style="text-align: center;">..... </p>	

Acquisito eventuale parere del Collegio di Direzione	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in data _____	
CONCLUSIONE ITER	
da autorizzare	Il Dirigente dell'Ufficio Libera Professione
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO





Ascoli Piceno
 San Benedetto del Tronto
 U.O.C. "Ufficio Relazioni con il Pubblico e Qualità"

Modulo ALPI n. 2

Al Direttore dell'Area Vasta n.5

Al Direttore U.O.C. "URP e Qualità"

Loro Sedi

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE UTILIZZO SUPPORTO PER ATTIVITA'
 LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA PRESSO SPAZI AZIENDALI.**

Il/La Sottoscritto/a DOCT. ANTONIO BRACCISCHI matr. 13631

Dipendente dell'Area Vasta n.5 Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto con la qualifica di

DIR. MEDICO 4° LIV. in servizio presso U.O. ANAT. PATOL.

In relazione alla richiesta/autorizzazione per lo svolgimento di attività libero professionale intramoenia presso spazi aziendali

CHIEDE

L' autorizzazione all'utilizzo del Personale di Supporto per l'erogazione delle prestazione richieste/autorizzate di seguito riportate, secondo i calendari a fianco a ciascuna indicati:

PRESTAZIONE		calendario		
Descrizione	Codice Cup	giorno sett.	dalle	alle

Il compenso per il personale di supporto diretto viene stabilito con una quota per ogni prestazione calcolata sulla base del tempo medio di esecuzione e del compenso orario fissato in sede di regolamentazione in Area Vasta come di seguito indicato:

PRESTAZIONE		tempo esecuzione supporto
Descrizione	Codice Cup	
ESARE IMMUNOISTOCHEMICO	27750	
PANNELLO IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE		
PROCESSO LINFOPROLIFER.	29670	
MARKER PRELIMINARI DI		
RISPOSTA ALLA TERAPIA	29650	

Di seguito vengono indicati i nominativi dei dipendenti proposti per lo svolgimento dell'attività di supporto, che, a titolo di adesione volontaria, hanno apposto la propria firma nell'apposito spazio:

Nominativo: <u>POZZESA TABORRO ROBERTA</u> Matricola	
Qualifica <u>DIR. BIOLOGO</u>	Sede di servizio <u>UOC. ANATOMIA PATOLOG.</u>
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:	
<input type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);	
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate	
Data <u>14.05.18</u>	FIRMA <u>Roberto Taborro</u>

Nominativo: _____ Matricola	
Qualifica _____ Sede di servizio _____	
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:	
<input type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);	
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate	
Data _____ FIRMA _____	

Nominativo: _____ Matricola	
Qualifica _____ Sede di servizio _____	
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:	
<input type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);	
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate	
Data _____ FIRMA _____	

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione dei contenuti della presente richiesta.

Data _____

FIRMA _____

.....



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto
 U.O.C. "Ufficio Relazioni con il Pubblico e Qualità"

Modulo ALPI n. 2

Al Direttore dell'Area Vasta n.5
Al Direttore U.O.C. "URP e Qualità"
Loro Sedi

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE UTILIZZO SUPPORTO PER ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA PRESSO SPAZI AZIENDALI.

Il/La Sottoscritto/a DOCT. ANTONIO BRACCISCHI *matr.* 13631

Dipendente dell'Area Vasta n.5 Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto con la qualifica di

DIR. MEDICO 1° LIV. *in servizio presso* U.O. ANAC. PATOLOGICA

In relazione alla richiesta/autorizzazione per lo svolgimento di attività libero professionale intramoenia presso spazi aziendali

CHIEDE

L' autorizzazione all'utilizzo del Personale di Supporto per l'erogazione delle prestazione richieste/autorizzate di seguito riportate, secondo i calendari a fianco a ciascuna indicati:

PRESTAZIONE		calendario		
Descrizione	Codice Cup	giorno sett.	dalle	alle

Il compenso per il personale di supporto diretto viene stabilito con una quota per ogni prestazione calcolata sulla base del tempo medio di esecuzione e del compenso orario fissato in sede di regolamentazione in Area Vasta come di seguito indicato:

PRESTAZIONE		tempo esecuzione supporto
Descrizione	Codice Cup	

Di seguito vengono indicati i nominativi dei dipendenti proposti per lo svolgimento dell'attività di supporto, che, a titolo di adesione volontaria, hanno apposto la propria firma nell'apposito spazio:

Nominativo:	ROSSINI MARGHERITA	Matricola	56056
Qualifica	TECNICO DI LAB. Sede di servizio		
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data	14/5/2018	FIRMA	<i>Margherita Rossini</i>

Nominativo:		Matricola	
Qualifica			
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data		FIRMA	

Nominativo:		Matricola	
Qualifica			
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data		FIRMA	

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione dei contenuti della presente richiesta.

Data _____

FIRMA *[Firma]*





Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto
U.O.C. "Ufficio Relazioni con il Pubblico e Qualità"

Modulo ALPI n. 2

Al Direttore dell'Area Vasta n.5
Al Direttore U.O.C. "URP e Qualità"
Loro Sedi

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE UTILIZZO SUPPORTO PER ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA PRESSO SPAZI AZIENDALI.

Il/La Sottoscritto/a DOTT. ANTONIO BRACCISCHI *matr.* 13631

Dipendente dell'Area Vasta n.5 Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto con la qualifica di

DIR. MEDICO 1° LIVELLO *in servizio presso* U.O. ANAT. PATOLOGICA

In relazione alla richiesta/autorizzazione per lo svolgimento di attività libero professionale intramoenia presso spazi aziendali

CHIEDE

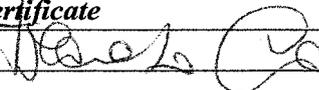
L' autorizzazione all'utilizzo del Personale di Supporto per l'erogazione delle prestazione richieste/autorizzate di seguito riportate, secondo i calendari a fianco a ciascuna indicati:

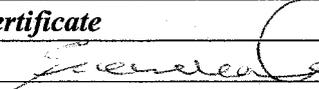
PRESTAZIONE		calendario		
Descrizione	Codice Cup	giorno sett.	dalle	alle

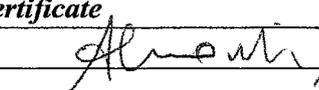
Il compenso per il personale di supporto diretto viene stabilito con una quota per ogni prestazione calcolata sulla base del tempo medio di esecuzione e del compenso orario fissato in sede di regolamentazione in Area Vasta come di seguito indicato:

PRESTAZIONE		tempo esecuzione supporto
Descrizione	Codice Cup	

Di seguito vengono indicati i nominativi dei dipendenti proposti per lo svolgimento dell'attività di supporto, che, a titolo di adesione volontaria, hanno apposto la propria firma nell'apposito spazio:

Nominativo:	CORINI FRANCESCO	Matricola	13852
Qualifica	TECNICO DI LABOR. Sede di servizio U.O. ANAT. PATOC. - AP		
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data	14/05/18	FIRMA	

Nominativo:	CROCETTI GIACOMO	Matricola	13986
Qualifica	TECNICO DI LABOR. Sede di servizio		
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data	14/05/18	FIRMA	

Nominativo:	ALZONTI ALVA	Matricola	15562
Qualifica	TECNICO DI LAB. Sede di servizio		
A tal fin, Per adesione volontaria allo svolgimento di attività di supporto dichiara:			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno (NO part-time);			
<input type="checkbox"/> di NON avere prescrizioni e/o limitazioni certificate			
Data	14/5/18	FIRMA	

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione dei contenuti della presente richiesta.

Data 14/5/2018

FIRMA


.....

	Temp o	Onorario medico	Sup Dir Tec Tempo Costo	Sup Dir Inf Tempo Costo	Baldu zzi	Sup Ind	Fondo Pereq	INAI L	Oneri sociali	Irap	Costi gen.	Costi Specific	Arrot	Tariffa CUP	Bollo	IVA	Tariffa UTENTE
17130 VISITA E CONSULTO COMPLESSIVO ANATOMO-PATOLOGICO	30	81,00	0,00 11	7,58 4,05	4,05	4,05	4,05 0,12	2,77	8,22	7,86	8,16	0,15	128,00	2,00			130,00
27300 ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI	10	38,40	0,00 11	7,58 1,92	1,92	1,92	1,92 0,09	2,26	4,23	7,36	9,28	0,04	75,00	0,00			75,00
27310 ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	5	19,70	0,00 11	7,58 0,99	0,99	0,99	0,99 0,09	2,04	2,49	7,86	12,23	0,07	55,00	0,00			55,00
27400 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	10	38,50	0,00 11	7,58 1,93	1,93	1,93	1,93 0,10	2,26	4,24	7,23	4,08	0,24	70,00	0,00			70,00
27410 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	15	49,50	0,00 11	7,58 2,48	2,48	2,48	2,48 0,10	2,39	5,27	7,54	8,15	0,05	88,00	2,00			90,00
27430 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Poliplectomia endoscopica (Sedi multiple)	15	49,50	0,00 11	7,58 2,48	2,48	2,48	2,48 0,10	2,39	5,27	7,54	8,15	0,05	88,00	2,00			90,00
27440 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Poliplectomia endoscopica (Sede unica)	10	38,50	0,00 11	7,58 1,93	1,93	1,93	1,93 0,10	2,26	4,24	7,23	4,08	0,24	70,00	0,00			70,00
27460 ES. ISTOLOGICO APP. RESPIRATORIO: biopsia pleurica	20	100,50	0,00 11	7,58 5,03	5,03	5,03	5,03 0,13	3,00	10,04	7,51	4,08	0,09	148,00	2,00			150,00
27470 ES. ISTOLOGICO APP. RESPIRATORIO: biopsia cavità nasale	10	49,00	0,00 11	7,58 2,45	2,45	2,45	2,45 0,10	2,39	5,23	7,23	4,08	0,05	83,00	2,00			85,00
27490 ES. ISTOLOGICO APP. RESPIRATORIO: biopsia endobronchiale (sedi multiple)	15	101,20	0,00 11	7,58 5,06	5,06	5,06	5,06 0,13	3,01	10,11	7,54	8,15	0,12	153,00	2,00			155,00
27500 ES. ISTOLOGICO APP. RESPIRATORIO: biopsia laringea	10	60,80	0,00 11	7,58 3,04	3,04	3,04	3,04 0,11	2,53	6,33	7,23	4,08	0,23	98,00	2,00			100,00
27510 ES. ISTOLOGICO APP. RESPIRATORIO: biopsie vie aeree (sedi multiple)	15	69,40	0,00 11	7,58 3,47	3,47	3,47	3,47 0,11	2,63	7,13	7,54	8,15	0,05	113,00	2,00			115,00
27530 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	20	78,80	0,00 11	7,58 3,94	3,94	3,94	3,94 0,12	2,74	8,01	7,54	16,31	0,09	133,00	2,00			135,00
27580 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: biopsia end. Vesiciale (sede unica)	10	49,70	0,00 11	7,58 2,49	2,49	2,49	2,49 0,10	2,39	5,29	7,23	8,15	0,10	88,00	2,00			90,00
27590 ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: biopsia end. Vesiciale (sedi multiple)	15	60,60	0,00 11	7,58 3,03	3,03	3,03	3,03 0,11	2,52	6,31	7,54	4,08	0,17	98,00	2,00			100,00
27690 ES. ISTOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: agobiopsia linfonodale	20	100,30	0,00 11	7,58 5,02	5,02	5,02	5,02 0,13	3,00	10,02	7,54	4,08	0,32	148,00	2,00			150,00
27710 ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficia	30	100,80	0,00 11	7,58 5,04	5,04	5,04	5,04 0,13	3,00	10,07	7,86	8,15	0,30	153,00	2,00			155,00
27720 ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: biopsia osteomidollare	25	98,30	0,00 11	7,58 4,92	4,92	4,92	4,92 0,12	2,97	9,83	7,86	16,31	0,28	158,00	2,00			160,00
27750 ES. IMMUNOISTOCIMICO	15	38,10	0,00 11	7,58 1,91	1,91	1,91	1,91 0,09	2,26	4,21	7,91	4,08	0,06	70,00	0,00			70,00
29650 MARCATORI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA	15	49,50	0,00 11	7,58 2,48	2,48	2,48	2,48 0,10	2,39	5,27	8,35	12,23	0,16	93,00	2,00			95,00
29670 PANNELLO IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PROCESSO LINFOPROLIFERATIVO	20	79,00	0,00 11	7,58 3,95	3,95	3,95	3,95 0,12	2,74	8,03	10,95	32,62	0,12	153,00	2,00			155,00
29720 CONSULENZA SU PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE	20	128,50	0,00 11,5	7,92 6,43	6,43	6,43	6,43 0,14	3,41	12,69	8,63	12,38	0,05	193,00	2,00			195,00

Temp o	Onerario medico	Sup_Dir Tempo	Tec Costo	Sup Tempo	Dir Costo	Inf Costo	Baldu zzi	3	4	5	6	Fondo Pereq	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
20	1,00	0,00	1	0,69	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,01	0,18	0,15	3,41	32,62	-0,20	38,00	0,00	38,00	0,00
15	7,00	0,00	5	3,44	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,04	0,90	0,95	0,37	4,08	0,17	18,00	0,00	18,00	0,00	

Codice Profilo	Descrizione Profilo	Codici CUP	Prestazioni Associate	Tariffa
151873	PANNELLO CON AGOBIOPSIA LP	510035	27690	138
151874	PANNELLO CON ASPORTAZIONE LP	510035	27710	138
151875	PANNELLO CON BIOPSIA OSTEOMIDOLLARE LP	510035	27720	138
151876	ESAME IMMUNOISTOCHEMICO AGOBIOPSIA PROSTATICA LP	510036	27530	98

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione degli stati e delle condizioni dichiarate in merito alla propria attività libero professionale

Firma Professionista
Antonio Braccischi

LEGENDA

Costo supporto diretto : Variabile	INAIL: 1% (col 2 + col 3 + col 5)	col 11 - Costi Specifici: Rilevati dal Controllo di Gestion
Decreto Balduzzi : 5% col 1	Oneri sociali (CPDEL, CPS): 23,8% (col 2 + col 3 + col 5	col 13: tariffa calcolata
Supporto indiretto : 5% col 1	Irap: 8,5% (col 1 + col 2 + col 3 + col 5 + col 6)	col 15: Tariffa finale assistito comprensiva di eventuale bollo o Iva
Fondo perequativo: 5% col 1	col 10 - Costi Generali: Rilevati dal Controllo di Gestion	