

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 -02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

**MODIFICA ACCORDO  
PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE  
PRESSO STRUTTURE AZIENDALI**

**TRA**

L'Azienda Sanitaria Locale Rieti, con sede legale in Via del Terminillo n. 42 – Rieti, Partita IVA 00821180577, in persona del Direttore Sanitario Dr.ssa Assunta De Luca, giusta delega per la sottoscrizione del presente atto, approvata con Deliberazione n. 7/D.G. del 12.12.2017, del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti, Dott.ssa Marinella D'Innocenzo, Legale Rappresentante

Il Dr. BOSCHETTO SANDRO, C.F. BSCSDR60P04A717X, Dirigente Medico a tempo indeterminato nella disciplina di Gastroenterologia in servizio presso il Presidio Ospedaliero Rieti-Amatrice -UOSD di Gastroenterologia- di seguito denominato *Professionista*;

**PREMESSO CHE**

- con DCA 440 del 18/12/2014 sono state approvate le nuove linee guida della Regione Lazio sull'ALPI, ai sensi dell'art. 1 comma 4 Legge 120/2007 e s.m.i., successivamente riformulate nell'art. 12 comma 4 dal DCA 229 del 01.07.2015;
- la deliberazione n.2198 del 20/12/2019 l'Azienda ha adottato il “Regolamento Aziendale per la disciplina dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria”;
- la deliberazione n.1151 del 30/12/2019 l'Azienda ha adottato il “Protocollo di Contrattazione integrativa aziendale in materia di Libera Professione Intramoenia della dirigenza sanitaria e medico-veterinaria e del personale non dirigente delle attività aziendali a pagamento”.
- Con Determinazione n. 2198 del 19/10/2020 è stato preso atto della sottoscrizione dell'Accordo con il Dr. BOSCHETTO SANDRO, per lo svolgimento dell'Attività Libero Professionale Intramuraria nella disciplina di GASTROENTEROLOGIA;
- Il Dr. BOSCHETTO SANDRO ha formulato in data 01 dicembre 2020 domanda di modifica del precedente accordo, limitatamente alle tariffe delle prestazioni già autorizzate, come da allegato che costituisce parte integrale e sostanziale del presente accordo.
- il Professionista si impegna al completo rispetto delle disposizioni regolamentari in materia, e delle modalità operative, già condivise, relative alla gestione delle agende ALPI e la prenotabilità delle prestazioni;
- L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, previo preavviso, il presente accordo a seguito di nuove disposizioni legislative statali o regionali, accordi sindacali, atti deliberativi o regolamentari aziendali

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

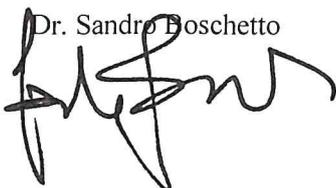
Le premesse tutte formano parte integrante della presente convenzione

Art. 1 – L'Accordo tra l'Azienda Sanitaria Locale Rieti ed il Dr. BOSCHETTO SANDRO prosegue alle medesime condizioni dell'Accordo sottoscritto in data 07 ottobre 2020.

Rieti, li 2/12/20

Il Professionista

Dr. Sandro Boschetto



Per l'Azienda Sanitaria Locale Rieti

Direttore Sanitario Dott.ssa Assunta De Luca



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMURARIA**
Data: 30/11/2020

All'attenzione del Direttore Generale

**Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali.**

Il sottoscritto dott: BOSCHETTO SANDRO Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa: UOSD Gastroenterologia  
 Qualifica: Professional esp. >15 anni area MV  
 Incarico: \_\_\_\_\_  
 Disciplina: Gastroenterologia  
 Rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

**Chiede:**

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza, al di fuori dell'orario di lavoro e compatibilmente alle esigenze di servizio:

- nei giorni e negli orari di seguito indicati;
- negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione (spazio proposto: ASL RIETI, GASTROENTEROLOGIA, P.O. RIETI - Piano Terra c/o Reparto STANZAGASTRO 3);

| Giorno indicato | Mattina |      | Pomeriggio |       |
|-----------------|---------|------|------------|-------|
|                 | Dalle   | Alle | Dalle      | Alle  |
| Martedì         |         |      | 15:00      | 19:00 |

Chiede inoltre a codesta Amministrazione di potergli mettere a disposizione:

- N° personale di supporto: 4

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni alle tariffe indicate praticate all'utenza e con i compensi indicati dal professionista.

Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono rese durante l'orario di lavoro istituzionale.

|   |           | Prestazione   | Minuti | Compenso € | Tariffa € | Quantità stimata |
|---|-----------|---|--------|------------|-----------|------------------|
| • | 49.21_0   | 58 ANOSCOPIA  | 20     | 63,50      | 110,00    | 0                |
| • | 45.13_0   | 58 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue<br>Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16) | 30     | 106,00     | 180,00    | 30               |
| • | 49.45_0   | 09 LEGATURA DELLE EMORROIDI   | 0      | 119,00     | 155,00    | 0                |
| • | 49.47_0   | 09 RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE   | 0      | 111,00     | 155,00    | 0                |
| • | 49.11_0   | 09 FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica   | 0      | 100,00     | 155,00    | 0                |
| • | 45.23.1_0 | 58 COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA  | 0      | 156,50     | 250,00    | 0                |
| • | 89.7_20   | 58 PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA  | 0      | 66,50      | 90,00     | 0                |
| • | 45.16_0   | 58 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno               | 30     | 135,00     | 220,00    | 10               |
| • | 45.25_2   | 58 PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA   | 30     | 192,50     | 300,00    | 10               |
| • | LAP1.205  | Visita Domiciliare  | 60     | 90,50      | 120,00    | 10               |

## DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Chiede inoltre a codesta Amministrazione di potergli mettere a disposizione:  
- N° personale di supporto: 4

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni alle tariffe indicate praticate all'utenza e con i compensi indicati dal professionista.

Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono rese durante l'orario di lavoro istituzionale.

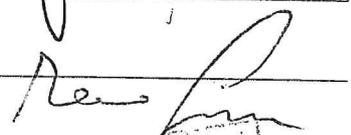
|   |         | Prestazione  | Minuti | Compenso € | Tariffa € | Quantità stimata |
|---|---------|--|--------|------------|-----------|------------------|
| • | 45.42_0 | 58 POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomi | 45     | 96,50      | 150,00    | 10               |

La tariffa della prestazione a carico del cliente pagante è determinata secondo i criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento (e relativi allegati), che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e le incompatibilità, approvato dal Direttore Generale con atto n.1122 del 20/12/2019 con particolare riferimento all'art. 21 (Tariffe e relative ripartizioni).

Con osservanza

Firma: \_\_\_\_\_

Firma Direttore U.O.: \_\_\_\_\_

  
  
**A.S.L. RIETI**  
 Dott. Maurizio Giovannoni\*  
 1:01010015900173