

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. 4/D.G. del 10.12.2020, del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti, Dott.ssa Marinella D'Innocenzo, Legale Rappresentante

E

Il Dr. FIORAVANTI PAOLO MARIA nato il 08/09/1954 C.F. FRVPMR54P08H282Y
Dirigente Medico a tempo indeterminato nella disciplina di Chirurgia Vascolare in servizio presso la UOC di Chirurgia Vascolare del Presidio Ospedaliero Rieti-Amatrice 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.1122 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.1974 del 25/09/2020 è stato preso atto della sottoscrizione dell'Accordo con il Dr. FIORAVANTI PAOLO MARIA, per lo svolgimento dell'Attività Libero Professionale Intramuraria nella disciplina di CHIRURGIA VASCOLARE;
- Il Dr. FIORAVANTI PAOLO MARIA ha formulato in data 24 marzo 021 domanda di integrazione del precedente accordo, inserendo n. 2 prestazioni:
 - 88.77.2_3 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE. ARTERIOSA € 100.00
 - 88.77.2_3 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE. VENOSA € 100.00come 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

L'Accordo tra l'Azienda Sanitaria Locale Rieti ed il Dr. FIORAVANTI PAOLO MARIA prosegue alle medesime condizioni dell'Accordo sottoscritto in data 15 settembre 2020.

Rieti, li 29.03.21

Il Professionista

Dr. Paolo Maria Fioravanti

Per l'Azienda Sanitaria Locale Rieti

Direttore Sanitario Dott.ssa Assunta De Luca



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Data: 24/03/2021

All'attenzione del Direttore Generale

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

Il sottoscritto dott: FIORAVANTI PAOLO MARIA Codice Fiscale: _____
 Unità Operativa: UOC Chirurgia Vascolare
 Qualifica: Professional esp. >15 anni area MV
 Incarico: _____
 Disciplina: Chirurgia Vascolare
 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, CHIRURGIA VASCOLARE, P.O. RIETI - Poliambulatori P.Terra STANZAPOLI 17);

Giorno indicato	Mattina		Pomeriggio	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Giovedì			14:00	17:00

Chiede inoltre a codesta Amministrazione di potergli mettere a disposizione:

- N° personale di supporto: 7

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
• 88.73.5_2	05	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI A RIPOSO	20	54,50	100,00	100
• 88.73.5_4	05	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI CON PROVA FISICA	20	54,50	100,00	50
• 88.75.2_2	69	ECOCOLOR DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	20	54,50	100,00	150
• 88.77.2_4	05	ECO(COLOR) DOPPLER ARTERIE RENALI	20	54,50	100,00	50
• 89.7_15	05	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	20	52,50	80,00	100
• 88.77.2_3	05	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE. VENOSA	20	54,50	100,00	40
• 88.77.2_2	05	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE. ARTERIOSA	20	54,50	100,00	40

La tariffa della prestazione a carico del cliente pagante è determinata secondo i criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramuraria. 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.: _____