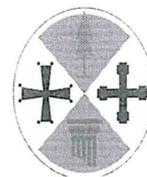




Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Prot. n. 36954 del 06/09/2024

AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"Renato Dulbecco"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

OK MAIL INVIATA  
6/09/24

Ai Dirigenti Medici AOU Renato Dulbecco

Oggetto: Compilazione richiesta di autorizzazione/conferma per l'effettuazione di attività libero professionale intramoenia.

Gentilissimi,

com'è noto la regolamentazione dell'attività libero professionale non è stata ancora definitivamente disciplinata. Il DPGR 150 del 16/12/2013, presupposto della deliberazione aziendale n. 566 del 16/05/2024 è stata disapplicato dal DCA 114 del 03/06/2024; il DCA 114 del 03/06/2024, è stato osservato, con rilievi, dai ministeri affiancati; L'Azienda regionale che governa il sistema sanitario, Azienda Zero, ha avviato un'attività di riordino sulla stessa materia; alcune pronunce giurisprudenziali sono intervenute sull'applicazione delle pregresse attività aziendali.

Pur tuttavia, per la preliminare armonizzazione delle attività propedeutiche allo svolgimento dell'attività libero professionale, anche in favore dell'imminente attivazione del sovracup regionale, si inoltra allegato alla presente, il modello di richiesta/conferma per l'effettuazione dell'attività libero professionale intramoenia, per la nuova Azienda Ospedaliero Universitaria Renato Dulbecco.

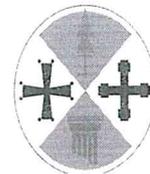
La compilazione e la sottoscrizione dello stesso è preliminare alla stipula di nuovi contratti per la prosecuzione dell'esercizio della libera professione intramuraria.

La richiesta allegata deve essere compilata e trasmessa entro e non oltre giorno 13 c.m.

Le SS.LL, nella compilazione del modello avranno cura di indicare con esattezza la tipologia della prestazione che si richiede di erogare ed il codice regionale/ministeriale della prestazione. Entrambi, devono corrispondere a quanto indicato nel nomenclatore regionale, consultabile sul sito aziendale istituzionale alla sezione centro unico di prenotazione link: **Catalogo delle Prestazioni - Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale** pubblicato sul **portale della Regione Calabria** (<https://www.regione.calabria.it/website/portaltemplates/view/view.cfm?15722>).



AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"Renato Dulbecco"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Per completezza si segnala che l'istanza presentata da ciascuno dovrà esplicitare con chiarezza: i giorni, gli orari, gli onorari (non le tariffe) per ciascuna prestazione al lordo del 5% della quota Balduzzi prevista dalla vigente normativa, i fattori della produzione impiegati nella prestazione specifica.

Si coglie l'occasione per comunicare che il 16 settembre c.m., dalle 9,30, alle 12,30 il personale della SOD Alpi supportato dal personale della SOC Programmazione e Controllo, sarà presente presso il presidio di Germaneto e dalle ore 14,30 alle 17,00 presso la sala di radioterapia del presidio Ciaccio per sottoporre alle SS.LL. la nuova procedura da adottare.

S.O.D. ALPI E CONVENZIONI  
Il Dirigente Responsabile  
Dott.ssa Laura Fondacaro



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"Renato Dulbecco"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

- Al Dir Resp. ALPI
- Al Direttore Sanitario
- AOU RENATO DULBECCO

### RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DI ATTIVITA' LIBEROPROFESSIONALE INTRAMOENIA

Il/la sottoscritto/a Prof./Prof.ssa Dott./Dott.ssa: \_\_\_\_\_  
 In qualità di \_\_\_\_\_  
 Dipartimento: \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Ai sensi della vigente normativa, l'autorizzazione all'espletamento di prestazione libero- professionale intramoenia in regime ambulatoriale e/o in regime di ricovero ordinario e day hospital .

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni false o mendaci:

1. Di voler erogare i seguenti tipi di prestazioni singole a fini assistenziali

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

o i seguenti pacchetti di prestazioni:

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

2. Che le prestazioni saranno svolte al di fuori dell'orario di lavoro, durante la fascia pomeridiana, al fine di salvaguardare l'attività istituzionale, nei seguenti giorni e nelle seguenti fasce orarie:

\_\_\_\_\_

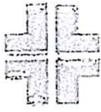
\_\_\_\_\_

3. Che le prestazioni saranno svolte presso la seguente struttura aziendale

\_\_\_\_\_

4. Di avvalersi delle seguenti strumentazioni ed apparecchiature

\_\_\_\_\_

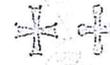


SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"Renato Dulbecco"

Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

5. Che l'équipe è così composta (da compilare se l'attività è svolta all'interno delle strutture aziendali)

.....  
.....

6. Di utilizzare il seguente personale non medico di supporto (da compilare se l'attività è svolta all'interno delle strutture aziendali)

.....

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Firma del Dir.Resp.ALPI \_\_\_\_\_

.....  
.....

Autorizzazione del Direttore Sanitario

- si autorizza
- non si autorizza, per i seguenti motivi:

Data Firma e timbro del Direttore Sanitario

progressivo CODICE PRESTAZIONE  
DESCRIZIONE  
PRESTAZIONE  
ONORARIO  
PERSONALE DI  
SUPPORTO  
APPARECCHIATURE  
UTILIZZATE  
MATERIALE DI CONSUMO  
UTILIZZATO  
progressivo  
CODICI DELLE  
PRESTAZIONI  
DESCRIZIONE DEL  
PACCHETTO DI  
PRESTAZIONI  
ONORARIO PER  
INTERO  
PACCHETTO  
PERSONALE DI  
SUPPORTO  
APPARECCHIATURE  
UTILIZZATE  
MATERIALE DI CONSUMO  
UTILIZZATO  
I  
I  
101