

REGIONE DEL VENETO



ULSS7  
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40  
36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1578 DEL 23/08/2024

DELIBERAZIONE  
del

***DIRETTORE GENERALE***

Nominato con D.P.G.R. n. 13 del 26/02/2024

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.

dott.ssa ELISABETTA ZAMBONIN

DIRETTORE SANITARIO f.f.

dr. ENZO APOLLONI

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMOENIA IN REGIME AMBULATORIALE: DR. ENRICO MARIA  
GABRIELETTO.

IL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA  
dott. Carlo Bramezza

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale  
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi  
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE  
Anno Proposta: 2024 Numero Proposta: 1588/24

*Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: per il Dirigente f.to dott.ssa Michela Piccinini.*

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale riferisce quanto segue.

Premesso che con nota prot. n. 74325 del 14/08/2024 il dr. Enrico Maria Gabriele, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOSD Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Santorso, ha chiesto l'autorizzazione a svolgere le seguenti prestazioni in regime di libera professione ambulatoriale:

| <b>Dirigente</b>      | <b>Prestazione</b>                                                                                 | <b>Tariffa</b> |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Enrico Maria Gabriele | Pancoloscopia con biopsia + sedazione + eventuale polipectomia endoscopica in fase di colonscopia. | 320,00 €       |
| Enrico Maria Gabriele | Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia + sedazione.                                         | 250,00 €       |
| Enrico Maria Gabriele | Prima visita gastroenterologica.                                                                   | 130,00 €       |
| Enrico Maria Gabriele | Visita gastroenterologica di controllo.                                                            | 100,00 €       |

Considerato che in merito a tale richiesta, acquisita agli atti, hanno espresso parere favorevole il Responsabile dell'UOSD Endoscopia Digestiva di Santorso e il Direttore Medico dell'Ospedale di Santorso.

Vista la congruità delle prestazioni ambulatoriali richieste, dei relativi codici e tariffe in rapporto al Catalogo Veneto Prescrivibile, nonché la congruità delle tariffe in rapporto agli artt. 9 e 24 del Regolamento Aziendale vigente.

Accertato che le prestazioni richieste sono le stesse garantite in regime istituzionale e con le stesse modalità di esecuzione.

Ritenuto di provvedere alla conservazione degli atti presso l'ufficio competente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché alle successive autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali firmate rispettivamente dal Medico richiedente, dal Direttore di Unità Operativa, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza, senza che intervenga ulteriore provvedimento formale. Gli aggiornamenti connessi alle variazioni in parola saranno pubblicati nel sito aziendale, al seguente link: <https://www.aulss7.veneto.it/Prenotare> (sezione Libera Professione - Elenco medici e tariffario), con i dettagli utili per la consultazione da parte dei cittadini.

Richiamate le disposizioni regolanti la materia, e in particolare:

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato da ultimo dal D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e successive modifiche;
- L. 23 dicembre 1999, n. 488;
- D.lgs. 2 marzo 2000, n. 49;
- D.P.C.M. 27 marzo 2000;
- D.lgs. 28 luglio 2000, n. 254;
- Circolare Regionale 10 maggio 2001, n. 5, recante le linee guida relative alla disciplina per l'attività libero-professionale intramoenia, integrata dalla D.G.R.V. 11 febbraio 2005, n. 360;
- L. 3 agosto 2007, n. 120 e successive modifiche;
- Circolare Regionale 9 aprile 2018, n. 131384, avente ad oggetto "Attività libero professionale. Ricognizione della disciplina regionale e precisazioni";

- Regolamento Aziendale della libera professione intramoenia, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1037 del 29/08/2018 (come da ultimo modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 839 del 19/05/2023);
- C.C.N.L. – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità Triennio 2019 - 2021, sottoscritto il 23 gennaio 2024.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone, pertanto, di autorizzare il dr. Enrico Maria Gabriele, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOSD Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Santorso, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nella richiesta prot. n. 74325 del 14/08/2024.

## IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'UOC competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

## DELIBERA

1. di autorizzare il dr. Enrico Maria Gabriele, Dirigente Medico a rapporto esclusivo dell'UOSD Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Santorso, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nella richiesta prot. n. 74325 del 14/08/2024, il cui testo costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1);
2. di conservare, presso gli uffici competenti dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, la richiesta di autorizzazione summenzionata nonché le future autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali, firmate rispettivamente dal Medico richiedente, dal Responsabile di Unità Operativa, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza e concesse senza che intervenga ulteriore provvedimento formale;
3. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.L. 14/3/2013 n. 33;
4. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

| <div>REGIONE DEL VENETO</div> <div><div>ULSS7</div><div>PEDEMONTANA</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | <div>AL DIRETTORE GENERALE</div> <div>e, p.c. AL DIRETTORE SANITARIO</div> <div>tramite: IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA</div> <div>IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE</div> <div>IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------|---------|---------|-----------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|---------|-----------|---------|---------|-----------------|-----------|------------------------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|-----------------|---------|---------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|---------|---------|-----------------|
| RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Il sottoscritto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | GABRIELETTO ENRICO MARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| specialista in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                | GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| in servizio presso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                | UOSD ENDOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| <div>Chiede di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'équipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva.</div> <div>A tal fine dichiara di voler effettuare le seguenti prestazioni, eseguite anche in regime istituzionale, con gli stessi livelli qualitativi e con le stesse modalità di esecuzione:</div> |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Codice<br>(secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Prestazione                                                                                                    | <table><thead><tr><th>Tipologia di costi*</th><th>durata minuti<br/>SSN</th><th>Tariffa<br/>SSN*</th><th>durata minuti<br/>LP</th><th>Tariffa<br/>LP</th><td rowspan="5">Personale di<br/>supporto n° 2</td></tr></thead><tbody><tr><td>45.25_2 +<br/>99.29_a_0 +<br/>eventuale<br/>45.42_2</td><td>PANCOLONSCOPIA CON<br/>BIOPSIA + SEDAZIONE +<br/>EVENTUALE POLIPECTOMIA<br/>ENDOSCOPICA IN FASE DI<br/>COLONSCOPIA</td><td>[ A6.A ]</td><td>[ 40' ]</td><td>€ . 247,10</td><td>[ 40' ]</td><td>€ . 320</td><td>SI [ X ] NO [ ]</td></tr><tr><td>45.16_2 +<br/>99.29_A_0</td><td>ESOFAGOGASTRODUODENOSC<br/>OPIA (EGDS) CON BIOPSIA +<br/>SEDAZIONE</td><td>[ A6.A ]</td><td>[ 40' ]</td><td>€ . 96.35</td><td>[ 40' ]</td><td>€ . 250</td><td>SI [ X ] NO [ ]</td></tr><tr><td>89.7A.9_2</td><td>PRIMA VISITA<br/>GASTROENTEROLOGICA</td><td>[ A1 ]</td><td>[ 30' ]</td><td>€ . 20,50</td><td>[ 30' ]</td><td>€ . 130</td><td>SI [ ] NO [ X ]</td></tr><tr><td>89.01.9</td><td>VISITA GASTROENTEROLOGICA<br/>DI CONTROLLO ENTRO 12 MESI<br/>DALLA 1ª</td><td>[ A1 ]</td><td>[ 30' ]</td><td>€ . 14,25</td><td>[ 30' ]</td><td>€ . 100</td><td>SI [ ] NO [ X ]</td></tr></tbody></table> | Tipologia di costi* | durata minuti<br>SSN | Tariffa<br>SSN*               | durata minuti<br>LP                                                                                                                                | Tariffa<br>LP | Personale di<br>supporto n° 2 | 45.25_2 +<br>99.29_a_0 +<br>eventuale<br>45.42_2 | PANCOLONSCOPIA CON<br>BIOPSIA + SEDAZIONE +<br>EVENTUALE POLIPECTOMIA<br>ENDOSCOPICA IN FASE DI<br>COLONSCOPIA | [ A6.A ] | [ 40' ] | € . 247,10 | [ 40' ] | € . 320 | SI [ X ] NO [ ] | 45.16_2 +<br>99.29_A_0 | ESOFAGOGASTRODUODENOSC<br>OPIA (EGDS) CON BIOPSIA +<br>SEDAZIONE | [ A6.A ] | [ 40' ] | € . 96.35 | [ 40' ] | € . 250 | SI [ X ] NO [ ] | 89.7A.9_2 | PRIMA VISITA<br>GASTROENTEROLOGICA | [ A1 ] | [ 30' ] | € . 20,50 | [ 30' ] | € . 130 | SI [ ] NO [ X ] | 89.01.9 | VISITA GASTROENTEROLOGICA<br>DI CONTROLLO ENTRO 12 MESI<br>DALLA 1ª | [ A1 ] | [ 30' ] | € . 14,25 | [ 30' ] | € . 100 | SI [ ] NO [ X ] |
| Tipologia di costi*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | durata minuti<br>SSN                                                                                           | Tariffa<br>SSN*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | durata minuti<br>LP | Tariffa<br>LP        | Personale di<br>supporto n° 2 |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| 45.25_2 +<br>99.29_a_0 +<br>eventuale<br>45.42_2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PANCOLONSCOPIA CON<br>BIOPSIA + SEDAZIONE +<br>EVENTUALE POLIPECTOMIA<br>ENDOSCOPICA IN FASE DI<br>COLONSCOPIA | [ A6.A ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 40' ]             | € . 247,10           |                               | [ 40' ]                                                                                                                                            | € . 320       |                               | SI [ X ] NO [ ]                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| 45.16_2 +<br>99.29_A_0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ESOFAGOGASTRODUODENOSC<br>OPIA (EGDS) CON BIOPSIA +<br>SEDAZIONE                                               | [ A6.A ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 40' ]             | € . 96.35            |                               | [ 40' ]                                                                                                                                            | € . 250       |                               | SI [ X ] NO [ ]                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| 89.7A.9_2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRIMA VISITA<br>GASTROENTEROLOGICA                                                                             | [ A1 ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | [ 30' ]             | € . 20,50            |                               | [ 30' ]                                                                                                                                            | € . 130       |                               | SI [ ] NO [ X ]                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| 89.01.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | VISITA GASTROENTEROLOGICA<br>DI CONTROLLO ENTRO 12 MESI<br>DALLA 1ª                                            | [ A1 ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | [ 30' ]             | € . 14,25            |                               | [ 30' ]                                                                                                                                            | € . 100       | SI [ ] NO [ X ]               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| (*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| <div>Ripartizione della tariffa:</div> <div>A6.A : Prestaz. Strumentale con personale di supporto e costi fissi da scheda prestazione a copertura dei costi aziendali.</div> <div>A1: Visita senza personale di supporto (coperura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario )</div>                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               |                                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Giorni di attività                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                | LUNEDI' dalle _____ alle _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                      |                               | *MARTEDI' dalle 18:00 alle 19:30                                                                                                                   |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | MERCOLEDI' dalle _____ alle _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                               | GIOVEDI' dalle 16:00 alle 19:40                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | VENERDI' dalle _____ alle _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | SABATO dalle _____ alle _____                                                                                                                      |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | * JOLLY                                                                                                                                            |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Sede di erogazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                | Ospedale/Distretto/Dipartimento: ALTO VICENTINO - SANTORSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                      |                               | Regione del Veneto-Azienda ULSS7                                                                                                                   |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | Struttura / Ambulatorio: POLO ENDOSCOPICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                      |                               | P.O. di rete Santorso                                                                                                                              |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | Strumentazione utilizzata: SALA ENDOSCOPICA, ENDOSCOPIO, DEVICES ENDOSCOPICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                               | U.O.S.D. di Endoscopia                                                                                                                             |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Luogo e data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                | SANTORSO, 31/7/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                      |                               | dr. Enrico Maria Gabriele                                                                                                                          |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Il dirigente che esercita l'attività libero professionale intramuraria è "autorizzato" al trattamento dei dati (ex art. 29 Reg. UE 679/2016).                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | IL RICHIEDENTE<br>(firma)                                                                                                                          |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| ATTESTAZIONE DI COMPATIBILITA' ORGANIZZATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Regione Veneto-Azienda ULSS 7 «Pedemontana»                                                                                                        |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Il Direttore dell'Unità Operativa END. DIGESTIVA attesta che la richiesta è compatibile con le attività istituzionali del Servizio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Direttore Unità Operativa                                                                                                                          |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Luogo e data SANTORSO, 31/7/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | U.O.S.V.D. di ENDOSCOPIA P.O. SANTORSO                                                                                                             |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| VERIFICA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Dr. CUOCO LUCIO                                                                                                                                    |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Verifica disciplina, prestazioni, codici, tariffe e tempistica: positiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | PZ 2655                                                                                                                                            |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Luogo e data _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Il Direttore UOC Direzione Amministrativa di Ospedale<br>(dott.ssa Maria Oliveria Cordiano)                                                        |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| NULLA OSTA DELLA DIREZIONE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Maria Oliveria Cordiano<br>12.08.2024 08:25:02<br>GMT+01:00                                                                                        |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Verifica spazi e orari: positiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione concede il nulla-osta all'esercizio della libera professione intra-moenia richiesta. |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
| Luogo e data _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione                                                                                      |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                               | Mario Grattarola<br>14.08.2024<br>10:49:04<br>GMT+02:00                                                                                            |               |                               |                                                  |                                                                                                                |          |         |            |         |         |                 |                        |                                                                  |          |         |           |         |         |                 |           |                                    |        |         |           |         |         |                 |         |                                                                     |        |         |           |         |         |                 |