



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO PROGETTO: "Gestione multidisciplinare dei pazienti con malattie rare epatiche"

CODICE AVVISO: DEGM-EPAGAS-PR. 1)

DESCRIZIONE: L'ASST Santi Paolo e Carlo è membro dell'ERN RARE LIVER che ha come mission quella di garantire un'assistenza di elevato standard qualitativo, condivisa ed uniforme con gli altri centri europei dei pazienti con malattie rare epatiche. Siamo anche Centro di riferimento di alcune malattie epatiche quali: epatiti autoimmuni, la colangite biliare primitiva su base autoimmune, le colangiopatie su base ereditarie e il morbo di Wilson che richiedono, a secondo dei casi, il coinvolgimento integrato di diverse discipline (genetisti, neurologo immunologo clinico, oculista, psicologo ecc.) che tenga conto delle necessità dei pazienti. I nostri pazienti accedono da tutta Italia.

UNITA' D'OFFERTA: n. 1 unità

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA: MEDICO

Laurea: Medicina e Chirurgia

Specializzazione: Medicina Interna e Gastroenterologia con obbligo d'iscrizione all'Ordine dei Medici e Chirurghi.

ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE: esperienza assistenziale e di ricerca in ambito epatologico

Centro di costo a cui assegnare la risorsa : S.C. Epatologia e Gastroenterologia.

CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:

circa n. 3 accessi settimanali per un minimo di 15 ore settimanali di attività, finalizzati alla realizzazione delle attività progettuali. Eventuale ulteriore attività prestata, non darà luogo a modificazione del compenso.

finalizzati alla realizzazione delle attività progettuali.

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 15.840,00.

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: dalla data della stipula del contratto per anni uno..

Modalità di finanziamento

- Fondi di Reparto della S.C. Epatologia e Gastroenterologia.

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della UOC/UOS/UOSD coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella UOC/UOS/UOSD interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL DIRETTORE
Dipartimento Epato-Gastro-Metabolico
F.to Prof. M. Zuin

IL DIRETTORE S.C.
Epatologia e Gastroenterologia
F.to Prof. M. Zuin

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO
F.to Dr. R. Baldelli



~~~~~  
parte riservata alla compilazione del **LIBERO PROFESSIONISTA** ( da allegare alla domanda di partecipazione)

**CODICE AVVISO: DEGM-EPAGAS-PR. 1)**

|                                                                                  |                                     |                 |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| COGNOME: _____                                                                   | NOME: _____                         | NATO/A A: _____ | ( ) IL _____ |
| RESIDENTE A: _____                                                               |                                     |                 |              |
| CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____                             |                                     |                 |              |
| DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:                   |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ accessi settimanali - oppure             |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ prestazioni complessive annuali - oppure |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> disponibilità per accessi a chiamata - oppure           |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> tariffe proposte per ciascuna prestazione – oppure      |                                     |                 |              |
| _____                                                                            |                                     |                 |              |
| _____                                                                            |                                     |                 |              |
| Data _____                                                                       | IL PROFESSIONISTA (firma leggibile) |                 |              |

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.