

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL “REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE INTEGRATIVE (ASI) EROGABILI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E SOLVENZA AZIENDALE”

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona della Dr.ssa Maria Beatrice Stasi

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	AVV. MONICA ANNA FUMAGALLI
IL DIRETTORE SANITARIO	DOTT. FABIO PEZZOLI
IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO F.F.	DR.SSA SIMONETTA CESA

Vista la vigente normativa nazionale e regionale in materia di esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e, in particolare:

- Il d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
- il·DM 31.7.1997
- il·DPCM 27.3.2000
- la·DGR Lombardia n. V11/3373 del 9.2.2001
- la·DGR Lombardia n. VI11/2308 del 5.4.2006
- la·DGR Lombardia n. VII/5162 del 25.7.2007
- la·DGR Lombardia n. XI/3540 del 7.9.2020
- la·l.r. Lombardia n. 23/2015
- la·l.r. Lombardia n. 15/2018
- il·d.l. n. 158/2012, convertito in l. n. 189/2012
- la·l. n. 120/2007 (art. 1, comma 4 e s.m.i.)
- l'Accordo Stato Regioni in data 18.11.2010 e in data 19.2.2015

Visto il CCNL 19.12.2019 dell'area della sanità e in particolare:

- l'art. 7, comma 5, lett. d), che demanda alla contrattazione collettiva integrativa i criteri generali per la definizione del regolamento aziendale per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria nonché per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti interessati, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali;

- il titolo VIII che, agli artt. 114 e seguenti, disciplina la libera professione intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, a eccezione dei dirigenti delle professioni sanitarie;

Richiamati:

- la deliberazione n. 1412 adottata in data 17.10.2013 con la quale fu disposto l'atto aziendale inerente le modalità organizzative dell'attività libero-professionale del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario dell'azienda ospedaliera (ora ASST),
- i provvedimenti n. 1532 del 9.10.2015, n. 121 del 26.1.2017, n. 2280 del 22.12.2017 e n. 1674 del 19.9.2019, con i quali sono state apportate parziali modifiche al regolamento sopracitato a oggi vigente;

Dato atto che, in considerazione del processo di riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo, con particolare riferimento alla recente DGR n. XI/3540 del 7.9.2020 di approvazione delle linee guida regionali in materia di attività libero-professionale intramuraria dei dirigenti dipendenti del Servizio sanitario lombardo secondo le previsioni della l.r. Lombardia 28.11.2018 n. 15, risulta necessario provvedere alla revisione e aggiornamento della disciplina in materia di libera professione;

Precisato che i previsti i criteri generali per la definizione del regolamento aziendale per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria nonché l'attribuzione dei relativi proventi a dirigenti interessati sono stati definiti in sede di contrattazione collettiva integrativa con le OO.SS. della dirigenza e recepiti con deliberazione n. 2230 del 26.11.2021;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario f.f.;

DELIBERA

1. di approvare il “Regolamento per la gestione delle attività sanitarie integrative (ASI) erogabili in libera - professione intramuraria e solvenza aziendale” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che il nuovo regolamento entrerà in vigore dal 1.1.2022, dando atto che, dalla medesima data, cesserà di avere efficacia qualsiasi altra regolamentazione in materia vigente in azienda, nonché ogni accordo/provvedimento in contrasto con quanto in esso disposto;
3. di dare mandato alle strutture coinvolte di dare esecuzione, ognuno per quanto di rispettiva competenza, a tutte le incombenze per la corretta applicazione di quanto contenuto nell'atto di cui al punto 1.

IL DIRETTORE GENERALE

dr.ssa Maria Beatrice Stasi

Regolamento per la gestione delle Attività Sanitarie Integrative (ASI) erogabili in Libera professione intramuraria e Solvenza aziendale

Atto aziendale di regolamentazione
della attività in Solvenza aziendale
della Libera Professione Intramuraria

Sommario

1 - Introduzione, scopi e i principi generali	4
1.1 Linea generale di indirizzo	4
1.2 Tipologie di Attività Sanitarie Integrative (ASI) della ASST	5
2 - Definizione delle attività regolamentate	5
3 - Forme d'esercizio	6
3.1 - "Libera professione intesa in senso stretto" (LPs)	9
3.1.1 - Attività ambulatoriale in LPs presso strutture aziendali	9
3.1.2 - Attività ambulatoriale in LPs presso gli studi privati esterni (intramoenia allargata)	12
3.1.3 - Attività in regime di ricovero in LPs	14
3.2 - Solvenza aziendale (SLVa)	18
3.2.1 - Attività clinica ambulatoriale in SLVa	18
3.2.2 - Attività di diagnostica strumentale e laboratorio in SLVa	19
3.2.3 - Altre attività specialistiche e prestazioni aziendali in convenzione richieste da terzi in SLVa	20
3.2.4 - Altre attività specialistiche e prestazioni aziendali in convenzione richieste all'ASST da strutture accreditate	20
3.2.5 - Attività clinica nell'ambito di sperimentazioni e i trials clinici profit	21
3.2.6 - Certificazioni monocratiche rese per conto dell'ASST	22
3.2.7- Prestazioni della Commissione Medica Locale	23
3.2.8 - Vaccinazioni in co-pagamento	23
3.3 - Attività di consulenza	24
3.3.1 (a) consulenze professionali	24
3.3.1 (b) Consulti e perizie medico-legali	26
3.4 - Area a Pagamento (AP)	26
3.6 - Prestazioni escluse	28
4 - Vincoli normativi e tutela assicurativa	30
4.1 - Rapporto tra attività istituzionali e libero-professionale	30
4.2 - Contabilità separata	30
4.3 - Vincoli per il rispetto di istituti normativi e contrattuali	30
4.4 - Tutele assicurative	30
4.5 - Trattamento dei dati personali dei dipendenti e dell'utenza	31
5 - Referenti di funzioni aziendali	32
5.1 - Direttore Generale (DG)	32
5.2 - Collegio di Direzione (in breve CdD)	32
5.3 - Direzione Medica (DM) e Direzione Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS)	32

5.5 - Centro Unico Prenotazione e Servizi (CUPS)	33
5.6 - UOC Information and Communication Technology (ICT)	33
5.7 - UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane (PGRU)	34
5.8 - UOC Ricerca Innovazione e Brand Reputation (RIBR)	34
5.9 - UOC Programmazione Finanza e Controllo (PFC)	34
5.10 - UOS Comunicazione e relazioni esterne	35
6 - Calcolo delle tariffe e delle competenze	36
6.1 - Concetti generali	36
6.2 - Fondo di perequazione dirigenza sanitaria	36
6.3 - Fondo di perequazione personale di supporto	37
6.4 – Incentivi economici da attribuire al personale dirigenziale degli altri ruoli che, con la propria attività, rende possibile l'organizzazione per l'esercizio della libera professione intramuraria	37
6.2 - Procedure di calcolo delle tariffe	38
Tabella 1.A Calcolo tariffa attività in LPs ambulatoriale	38
Tabella 1.B Calcolo tariffa attività in LPs ambulatoriale ALLARGATA	39
Tabella 2. Calcolo tariffa attività in LPs – Ricovero (attività chirurgica)	40
Tabella 3. Calcolo tariffa attività in LPs – Ricovero attività chirurgica	41
Tabella 4. Tariffe orarie di riferimento da utilizzarsi in prima applicazione per le attività svolte in regime di SLVa, Area a pagamento (AP), partecipazione ad attività LPI (supporto diretto e collaborazione)	42
Tabella 5. Categorie di costi fissi aziendali da caricarsi forfettariamente sulle tariffe unitarie delle diverse prestazioni erogabili in regime di LPI ambulatoriale	45
7 – Criteri di definizione degli onorari professionali per LPs	46
7.1 - Concetti generali	46
7.2 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime ambulatoriale	46
7.3 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime di ricovero con oneri parziali a carico del SSR	46
7.4 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime di ricovero con oneri a totale carico del paziente.	46
8 – Elenco adempimenti	47
9 - Sanzioni e norme finali	48
9.1 - Sanzioni	48
9.2 - Norma finale	48
10 – Elenco abbreviazioni	49

1 - Introduzione, scopi e i principi generali

Il presente regolamento definisce le condizioni per l'esercizio delle Attività Sanitarie Integrative (ASI) intendendo per tali il complesso di attività i cui oneri di rimborso non siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ivi comprese le attività professionali svolte in regime di libera professione intramuraria, che l'Azienda intende erogare nel contesto organizzativo di tutte le proprie attività istituzionali.

Il presente regolamento si applica alle attività ad al personale che opera presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII (ASST-PG23).

1.1 Linea generale di indirizzo

Preliminarmente alla definizione del presente regolamento la ASST-PG23 individua il seguente quadro di riferimento e di indirizzo generale per sviluppare un' area organizzativa specificamente dedicata alla gestione di servizi a pagamento da offrire sul mercato sanitario in parallelo ed in modo integrato alle altre attività istituzionali erogate con oneri a carico del SSN.

Sono individuate quali finalità quelle di:

- fornire un livello di offerta sanitaria integrativa e non sostitutiva a quella rappresentata dai servizi prestati all'utenza per conto del SSN;
- assicurare risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione continuando a garantire prioritariamente tutti i livelli di assistenza previsti dal SSN;
- salvaguardare la libera scelta individuale degli utenti che si rivolgono alla struttura;
- aprire spazi di attività che consentano il corretto esercizio della libera professione intramuraria per i dirigenti dell'area medica e sanitaria che hanno optato per mantenere un rapporto contrattuale di esclusività;
- contribuire alla crescita complessiva della produttività aziendale e del livello di risposta alle richieste degli utenti sia nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza che per prestazioni ulteriori che saranno comunque individuate sempre in base a criteri di appropriatezza;
- valorizzare le competenze professionali di tutto il patrimonio di risorse umane aziendale che rappresenta il principale elemento di qualità e competitività dei servizi che l'Azienda rende disponibili;
- mettere in primo piano il ruolo di reciproca interdipendenza che c'è tra l'ASST ed i suoi Professionisti, che all'interno della organizzazione della Azienda costruiscono la propria crescita professionale e la propria capacità operativa;
- garantire coerenza con le finalità istituzionali dell'Azienda tutelandone l'integrale e prioritario assolvimento;
- garantire sostanziale parità di trattamento degli utenti, indipendentemente dalla loro scelta di avvalersi del regime istituzionalmente a carico del SSN ovvero di quello libero-professionale e di solvenza aziendale, assicurando la medesima qualità di prestazioni ed il rispetto equilibrato dei tempi di risposta;
- garantire la trasparenza dell'offerta di prestazioni e delle tariffe attraverso un sistema tariffario che tenga conto delle esigenze di completa copertura dei costi aziendali e del margine di finanziamento previsto dalla normativa per abbattimento liste attesa e prevenzione, oltre che di una adeguata valorizzazione economica delle professionalità del personale dipendente operante nell'Azienda;
- assicurare che l'organizzazione aziendale garantisca, con tutto il proprio personale e con le proprie strutture, la continuità di cura ed assistenza fornita abitualmente a tutti gli utenti indipendentemente dal regime di assistenza scelto;

1.2 Tipologie di Attività Sanitarie Integrative (ASI) della ASST

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 15 – quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dal CCNL 19/12/2019 Area della sanità, le tipologie di Attività Sanitarie Integrative sono le seguenti:

- a) libera professione individuale caratterizzata dalla libera scelta, da parte dell'utente, del singolo professionista cui viene richiesta la prestazione ai sensi dell'art. 114, comma 4 del CCNL 19/12/2019 Area della sanità, quali ad esempio prestazioni terapeutiche e/o diagnostiche, certificazioni, relazioni tecnico-sanitarie o perizie medico-legali richieste a fini privati;
- b) libera professione in équipe, ai sensi del suddetto art. 114 comma 4, svolta in équipe all'interno delle strutture aziendali caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente singolo o associato anche attraverso forme di rappresentanza, quali ad esempio le assicurazioni;
- c) partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse;
- d) partecipazione ai proventi di attività professionali a pagamento, richieste da terzi (utenti singoli, associati, aziende o enti) all'Azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, d'intesa con le équipes dei servizi interessati e nel rispetto delle direttive regionali in materia;
- e) ai fini e per gli effetti del presente regolamento, si considerano prestazioni erogate in regime libero-professionale ai sensi dell'art. 15-quinquies, comma 2, lettera d), del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, anche le prestazioni richieste in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dall'Azienda ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste d'attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive (cosiddetta area a pagamento), soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti, in accordo con le équipes dei servizi interessati.

Tali attività sono da erogarsi secondo gli stessi standard dell'attività istituzionale, con criteri non inferiori ai requisiti previsti dall'accreditamento e degli standard definiti dal nomenclatore.

2 - Definizione delle attività regolamentate

Ai fini e per gli effetti del presente regolamento a seconda che il professionista venga incaricato dal paziente o dalla ASST le Attività Sanitarie Integrative della ASST vengono distinte in:

Libera professione intesa in senso stretto (LPs)

Per attività svolte in LPs si intendono le attività professionali che i dirigenti medici e gli altri dirigenti sanitari, avendo optato per il rapporto di lavoro esclusivo, possono esercitare in favore e su libera scelta dell'assistito che individua nominativamente il professionista di riferimento cui affidarsi fiduciarmente e con oneri a proprio carico. Possono coinvolgere prestazioni erogate in regime ambulatoriale, di day hospital, day surgery e di ricovero ordinario.

Solvenza aziendale (SLVa)

Per attività in Solvenza si intendono le prestazioni richieste all'Azienda senza scelta nominativa del professionista a cui affidarsi:

- da singoli utenti;
- da organizzazioni collettive (es. assicurazioni o fondi integrativi) ovvero da altre aziende o strutture sanitarie e non, che si rivolgono all'ASST per ottenere prestazioni secondo tariffe predefinite tramite contratti o convenzioni onerose;

Attività di consulenza

Per tale forma di attività si intende la consulenza richiesta all'Azienda da soggetti terzi rientrante nelle altre attività a pagamento previste dall'art. 115 comma 1 lett. d) del CCNL 19.12.2019 Area Sanità e disciplinata dall'articolo 117 "altre attività a pagamento" del citato CCNL.

Trattandosi di attività svolta in nome e per conto dell'Azienda, essa è organizzata e disciplinata dall'Azienda medesima. L'attività è svolta individualmente o in équipe e può essere erogata sia all'interno che all'esterno delle strutture aziendali previa stipula di apposita convenzione che disciplina le condizioni economiche, i rapporti tra le parti e le modalità di erogazione delle prestazioni nel rispetto del principio della fungibilità e rotazione del personale, compatibilmente con le esigenze di servizio e l'articolazione oraria, senza precludere il soddisfacimento in via prioritaria delle necessità istituzionali, senza aggravio delle liste di attesa e garantendo i volumi prestazionali aziendali.

Attività in "Area a Pagamento" (AP)

Per attività in AP si intendono le prestazioni aggiuntive richieste dall'Azienda, d'intesa con i dirigenti medici, sanitari e personale del comparto o con l'équipe dei servizi interessati, ad integrazione dell'attività erogata con oneri a carico del SSN al fine di ridurre le liste di attesa. Si tratta di una modalità di attivazione di servizi straordinaria, motivata da esigenze non derogabili di controllo delle liste di attesa e da utilizzarsi per periodi concordati, con motivato provvedimento della Direzione aziendale.

3 - Forme d'esercizio

Le ASI hanno la finalità di ampliare l'offerta di prestazioni sanitarie fornite dalla Azienda garantendo al cittadino il diritto di scegliere la modalità di cura più consona alle proprie esigenze ed eventualmente anche di individuare direttamente il proprio medico curante di fiducia, all'interno delle strutture aziendali.

L'Azienda, al momento della richiesta della prestazione, deve permettere al cittadino di conoscere con chiarezza la spesa che dovrà sostenere. Il preventivo, salvo esigenze straordinarie verificatesi durante la prestazione, deve contenere tutti gli elementi certi degli oneri addebitabili e le indicazioni orientative sugli oneri incerti in ragione di variabili non definibili preventivamente.

Al fine di garantire ulteriormente il cittadino circa le modalità di esercizio delle ASI, l'Azienda si impegna ad espletarle mediante standard qualitativi ed organizzativi non inferiori a quelli assicurati per tutte le altre attività.

È riconosciuto e garantito il diritto di parità nel trattamento sanitario fra i pazienti interessati alle prestazioni di cui al presente regolamento ed i pazienti in regime di attività erogate con oneri a carico del SSN, ciò con riferimento a tutte le prestazioni previste o che si rendono necessarie ai fini dell'assistenza sanitaria, sia ordinarie che urgenti, dell'accoglienza amministrativa e di ogni altro servizio aziendale.

Tutto il personale dell'Azienda è tenuto a prestare la propria attività, nell'ambito del rapporto di lavoro in essere con la stessa, per fornire ai cittadini che accedono alle ASI tutti i servizi aziendali e gli stessi standard assistenziali e di accoglienza amministrativa assicurati a coloro che fruiscono di prestazioni erogate a carico del SSN.

Sono impegnati nella partecipazione alla erogazione di tutti i servizi necessari agli utenti che fanno ricorso alla LPI o SLVa anche i dirigenti che abbiano optato per il rapporto di lavoro "non esclusivo", in quanto tale condizione comporta comunque la completa disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio.

Per le **prestazioni svolte in LPI**, che necessitano del supporto diretto di altre professioni sanitarie, l'Azienda provvede a organizzarne la presenza necessaria con proprio personale in orario di servizio ovvero ricorrendo anche a personale che volontariamente intenda prestare la propria opera professionale in orario aggiuntivo, e a fronte del corrispettivo previsto.

Anche per le **prestazioni svolte in SLVa**, valutate le esigenze organizzative generate, provvede alla organizzazione del lavoro opportuna per le attività sia di supporto sanitario specifico che di collaborazione generica, riservandosi di ricorrere in tutto o in parte, ove necessario, anche a personale che volontariamente intenda prestare la propria opera professionale in orario aggiuntivo, e a fronte del corrispettivo previsto.

Tali attività di supporto o collaborazione dovranno di norma coincidere con quelle abitualmente previste per le stesse prestazioni erogate a carico del SSN.

In conformità a quanto avviene per tutte le altre attività aziendali, è a disposizione degli utenti l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per le segnalazioni di eventuali disservizi.

Il tempo dedicato allo svolgimento delle prestazioni di LPI e SLVa viene rilevato attraverso timbratura con causale differenziata rispetto all'attività ordinaria per l'attività svolta in Azienda.

Per garantire un corretto monitoraggio è necessario stabilire il tempo medio per le attività e prestazioni qui di seguito indicate:

- attività di ricovero ordinario, day hospital o day surgery sono comunicate dalle singole Strutture.
- attività ambulatoriale, di diagnostica strumentale e laboratorio, l'impegno orario viene individuato per prestazione o attività all'atto della richiesta di autorizzazione presentata dal professionista o dall'équipe.

La liquidazione dei compensi per le prestazioni erogate in LPI e SLVa potrà avvenire solo a fronte di un monte ore causalizzato congruo e solo a fronte della restituzione del debito di orario a cui il dipendente è tenuto in base a quanto definito dal CCNL.

Eventuale credito orario causalizzato derivante da tale attività verrà azzerato in quanto già remunerato come ASI.

E' condizione legittimante la remunerazione dell'attività libero-professionale l'assenza di debito orario rispetto all'orario di lavoro istituzionale (come stabilito dal CCNL vigente)

Attività dei dirigenti sanitari

L'esercizio di ogni forma di attività in LPs prevista deve essere preventivamente valutata dalla Direzione aziendale che, accertato che nulla osti al suo esercizio, autorizza l'utilizzo di spazi e attrezzature aziendali.

Il rispetto dei volumi programmati e delle prescrizioni organizzative e tecniche fornite dalla Azienda sono vincolanti per il mantenimento delle autorizzazioni in essere anche in riferimento a quanto previsto nel Piano Aziendale Operativo.

L'attività libero-professionale è prestata di norma nella disciplina di appartenenza del professionista all'interno dell'Azienda e limitatamente alle prestazioni abitualmente erogate in autonomia dallo stesso in regime ordinario nell'ambito della struttura di appartenenza. Nel rispetto dei fondamentali principi di deontologia professionale, etici e scientifici e di rispetto dei requisiti di sicurezza del paziente, l'Azienda determina i criteri per autorizzare l'erogazione in regime libero-professionale di prestazioni sia ordinarie che eventualmente non comprese tra quelle ordinariamente svolte a livello aziendale (prestazioni in deroga), acquisito il parere degli organi tecnici competenti.

Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero professionale nella propria struttura o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal Direttore Generale, acquisito il parere degli organi tecnici competenti, ad esercitare l'attività in una disciplina equipollente a quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di un'anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa (atto di indirizzo D.C.P.M. 27 marzo 2000 - art. 5, comma 4). Ai fini del rilascio della "Autorizzazione in deroga", la cui validità sarà comunque limitata al periodo di svolgimento dell'incarico dirigenziale in corso, il professionista interessato dovrà presentare alla Direzione Aziendale, a corredo della richiesta, un dettagliato curriculum professionale e formativo nonché assumere l'impegno all'aggiornamento periodico nella predetta disciplina, il rispetto del quale costituirà condizione vincolante per l'eventuale rinnovo.

La procedura prevista per l'iter autorizzativo è la seguente:

- a) il Dirigente interessato presenta la propria richiesta alla Direzione Medica (DM) competente per le attività del servizio di appartenenza utilizzando gli opportuni moduli previsti per le varie tipologie di attività autorizzabili;
- b) il Direttore Medico è titolare della istruttoria per il nulla osta e l'autorizzazione all'utilizzo di spazi e attrezzature aziendali; procede alla istruttoria acquisendo i pareri degli organi tecnici competenti per la specialità [che certificano la competenza a svolgere in autonomia l'attività richiesta motivando l'eventuale diniego] e del direttore della direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS) qualora nella attività sia richiesto il coinvolgimento di altre professioni sanitarie del comparto per validarne la congruenza;
- c) nei casi che non presentano criticità la cui istruttoria ha esito positivo, la DM autorizza lo svolgimento

dell'attività;

- d) nei casi che presentano criticità o richieste in deroga, la DM trasmette gli esiti dell'istruttoria al Collegio di Direzione ovvero la Commissione paritetica che assume gli orientamenti da proporre alla Direzione aziendale.

Attività del personale del comparto

(personale definito dal CCNL "di supporto")

Il personale del comparto a tempo pieno può collaborare, in funzione della propria competenza e a seguito di richiesta, all'esercizio dell'attività libero professionale/solvenza del personale dirigente ed essere conseguentemente retribuito (qualora opti per operare in orario aggiuntivo al proprio debito orario) con specifici compensi a carico della gestione separata dell'attività libero - professionale intramuraria, di cui all'art. 3, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, definiti nella contrattazione decentrata e con provvedimento aziendale.

Il supporto alla libera professione intramoenia viene distinto in diretto ed indiretto.

Come per l'attività resa dai dirigenti medici e sanitari, anche l'attività di supporto resa dal personale del comparto deve essere di norma svolta in timbratura causalizzata e al di fuori dall'orario di lavoro e delle attività previste dall'ordinario impegno di servizio.

Il **supporto diretto** di cui all'art. 4, comma 2, del D.M. Sanità 31.07.1997 (*GU n.181 del 5-8-1997*) è l'attività svolta da personale delle professioni sanitarie o personale di altre qualifiche del comparto direttamente coinvolto, singolarmente o in équipe, nei processi di erogazione delle prestazioni libero professionali o solvenza aziendale.

Gli aspetti organizzativi relativi alla partecipazione del personale di supporto diretto sono gestiti dalla DPSS secondo meccanismi che garantiscano la partecipazione di tutto il personale aderente. Il personale può essere individuato dal responsabile dell'équipe delle professioni sanitarie.

L'attività è riferita all'intera équipe quando per sua natura non sia possibile l'attribuzione diretta della stessa a singoli operatori. In questo caso la partecipazione ad attività di supporto dell'attività libero-professionale/solvenza aziendale è obbligatoria. Negli altri casi, la partecipazione fuori il normale orario di lavoro è volontaria e dà diritto a ricevere le quote economiche destinate al personale di supporto diretto.

L'eventuale disponibilità a svolgere funzioni di supporto extra orario deve essere espressamente dichiarata. Il personale aderisce, su base volontaria, all'attività di supporto garantendo ore aggiuntive da attivare secondo necessità. L'adesione viene espressa, di norma, su base annuale o periodica ed impegna il dipendente al mantenimento dell'impegno dichiarato, salvo motivate e documentate necessità.

L'individuazione del personale di supporto diretto viene effettuata prioritariamente tra il personale appartenente all'unità interessata o, in subordine, appartenente al relativo Dipartimento/area omogenea in funzione delle competenze richieste.

Il compenso è computato su base oraria facendo riferimento alla corrispondente voce della Tabella 4.2.b.1 e 4.2.b.2 (SLVa).

Il **supporto indiretto** di cui all'art. 4, lettere a) e c), del D.M. Sanità 31.07.97 (*GU n.181 del 5-8-1997*) e all'art. 12, lettere a) e c), del D.P.C.M. 27/3/2000 è l'attività svolta da personale delle professioni sanitarie o personale di altre qualifiche del comparto che, nell'ambito della propria attività, rende possibile l'esercizio delle attività in libera professione o solvenza aziendale.

Il supporto indiretto è l'attività svolta dal personale del comparto, sanitario e non sanitario, a supporto dell'attività libero professionale/solvenza aziendale mediante attività di accettazione/accoglienza del paziente oppure che operando in modo "indistinto" presso reparti e servizi non necessariamente e direttamente coinvolti nell'erogazione delle prestazioni a pagamento, comunque collabora per assicurarne l'esercizio con un maggiore carico di lavoro.

L'attività di supporto sanitario di accoglienza deve essere svolta, su base volontaria, preferibilmente dal personale appartenente al dipartimento di afferenza dei professionisti che svolgono l'attività LPs, ovvero in subordine, in caso di non disponibilità di tale personale, dal personale di altri dipartimenti/area omogenea. Gli aspetti organizzativi relativi alla partecipazione del personale sanitario del supporto indiretto sono gestiti dal DPSS secondo meccanismi che garantiscano la partecipazione di tutto il personale aderente.

Il compenso è computato su base oraria facendo riferimento alla corrispondente voce della Tabella 4.2.b.3 e 4.2.b.4 (SLVa).

3.1 - “Libera professione intesa in senso stretto” (LPs)

3.1.1 - Attività ambulatoriale in LPs presso strutture aziendali

Sedi – Viene svolta esclusivamente negli spazi aziendali o comunque resi disponibili dall’Azienda in ambito delle agende informatizzate specificamente attivate.

Tali spazi saranno connessi alla rete informatica aziendale in modo da garantire la tracciabilità delle prestazioni erogate e delle attività collegate ed in particolare la corretta procedura in sequenza delle attività di prenotazione, accettazione del paziente, registrazioni dei dati clinici e delle prescrizioni, corrispondenza con le fatturazioni delle prestazioni eseguite.

I professionisti che intendono utilizzare specifiche attrezzature sanitarie diagnostiche disponibili all’interno delle strutture aziendali tra quelle delle quali fanno normalmente uso nell’attività ordinaria (quali ad esempio ecografi, elettrocardiografi ecc.) dovranno farne specifica richiesta all’Azienda. La loro effettiva disponibilità qualora autorizzata sarà onerosa e subordinata al prioritario utilizzo aziendale delle stesse.

Ai sensi dell’art. 4 del D.Lgs. 254/2000, per il professionista è inoltre possibile l’esercizio dell’attività libero professionale al domicilio dell’assistito. La predetta attività è consentita solo quando ciò sia reso necessario dalla particolare natura della prestazione o dalla condizione dell’utente o dal carattere occasionale e straordinario della prestazione stessa. L’attività a domicilio è svolta al di fuori dell’impegno di servizio e dal normale orario di lavoro, fatto comunque salvo l’assolvimento dei impegni istituzionali e salvaguardando la piena funzionalità della struttura aziendale di appartenenza. In ogni caso l’attività in argomento non deve essere svolta in via d’urgenza.

L’esecuzione delle prestazioni a domicilio deve essere richiesta dal professionista e preventivamente autorizzata dall’Azienda. Per l’accettazione del pagamento della prestazione, il professionista utilizzerà il modulo obbligazione di pagamento. Il suddetto modulo deve essere compilato in ogni campo, indicando specificatamente il luogo, la data e l’orario di esecuzione della prestazione. Detti moduli dovranno essere presentati entro e non oltre dieci giorni dal rilascio al Back Office CUP per la fatturazione.

Orari e programmazione – Le fasce orarie sono predefinite e concordate con l’Azienda per consentire la gestione unificata informatizzata delle agende e delle liste di attesa. Non sono ammesse prestazioni professionali non preventivamente registrate nel sistema centralizzato di agende aziendale.

Tali attività, sono aggiuntive rispetto all’attività svolta nel debito orario complessivo e deve quindi essere effettuata al di fuori dell’orario di servizio, al di fuori dell’orario dei turni di pronta disponibilità e di guardia medica attiva e deve essere organizzata in modo da rendere evidente che trattasi di attività distinta da quella istituzionale utilizzando, apposita rilevazione oraria (timbratura causalizzata).

Per le attività diagnostiche che richiedano la disponibilità di attrezzature di alta tecnologia (es. TAC, RMN ecc.) il cui utilizzo viene routinariamente programmato quotidianamente per le attività aziendali, il professionista, in fase di autorizzazione, può fornire la disponibilità a calendarizzare le proprie agende per la LPs, ed eventualmenete SLVa, nella fasce orarie esterne alla programmazione ordinaria, marginali dei giorni feriali o nelle giornate prefestive, individuando e assicurandosi, ove necessaria, l’adesione del personale di supporto.

La programmazione individuale delle agende deve essere preventivamente pianificata e confermata definitivamente almeno entro il limite temporale massimo del termine del mese precedente. Questo in modo da consentire la corretta programmazione dell’utilizzo degli spazi e del personale; la scadenza massima di cui sopra è prevista per tenere conto della eventuale variabilità occasionale di presenze dei professionisti che partecipano alla turnistica di servizio obbligata (ad es. turni di guardia) o di assenze programmate con l’ordine di servizio mensile.

L’apertura di ciascuna agenda deve trovare puntuale corrispondenza con gli spazi (numero di ambulatorio) assegnati alla specifica attività dalla Direzione Medica e comunicata al servizio prenotazioni gestito dal CUPS.

Le fasce orarie di apertura del servizio di attività dedicata alla LPs sono di norma, salvo diverse disposizioni o assegnazioni di competenza della DM, le seguenti:

16:00 / 20:00 giorni feriali
8:00 / 12:30 sabato
Chiusura nei giorni festivi

Si mantiene la possibilità di assegnare spazi in altri orari di disponibilità, comunque all'interno di fasce di apertura degli spazi ambulatoriali, laddove gli ambulatori risultino stabilmente disponibili entro tale orario in quanto la programmazione della attività istituzionale sia già conclusa.

Gli spazi sono assegnati dalla DM fino a saturazione degli "slot" disponibili. La richiesta di spazi deve essere fatta sulla base realistica dei volumi di attività generalmente erogati. Gli ambulatori non sono nominali e sono assegnati negli ambiti individuati dalle strutture operative di DM e DPSS in base alle esigenze organizzative e di dotazione strumentale.

Per le *prestazioni ambulatoriali che necessitano di spazi o ambienti specificamente attrezzati e/o di contesti organizzativi multiprofessionali* (quali ad esempio prestazioni endoscopiche, piccoli interventi chirurgici, medicazioni complesse ecc.) si procede prevedendo un opportuno numero di agende aperte contestualmente per la LPs e la SLVa a cadenza mensile o settimanale (in ragione di disponibilità ed effettive esigenze e della eventuale domanda) posizionate in coda alla fascia oraria di programmazione ordinaria e negli ambienti attrezzati ordinariamente utilizzati per tali attività.

Qualora tali prestazioni si svolgano in fasce orarie diverse, esterne alla programmazione ordinaria, il professionista scelto dall'utente, titolare della specifica attività gestita in regime LPs, è sempre l'interfaccia diretta e fiduciaria con il paziente e, qualora la prestazione necessiti di una équipe composta da più professionisti eventualmente anche di discipline diverse, provvede alla individuazione nominativa ed alla acquisizione dell'assenso e disponibilità di tutti i componenti della équipe eventualmente necessari alla erogazione della prestazione; alla definizione dell' "Onorario professionale" complessivo, comprensivo delle quote di onorario condivise e riservate agli eventuali professionisti dell'équipe. L'Azienda, verificata la disponibilità, programma la presenza di personale idoneo, in accordo con il professionista, che opera in orario aggiuntivo, con timbratura causalizzata, e viene remunerato con le tariffe previste alla Tabella 4.2 (SLVa); i tempi sono di norma quelli di riferimento del controllo di gestione aziendale per le singole prestazioni o quelli degli specifici piani esecutivi ove previsti.

Non è in alcun modo autorizzato l'esercizio della LPs al di fuori degli spazi e degli orari assegnati e senza preventiva registrazione delle prenotazioni nelle agende.

In caso di violazione è sospesa la corresponsione ai professionisti delle quote previste a loro favore dei corrispettivi eventualmente liquidati dagli utenti. Il caso potrà essere sottoposto alla valutazione del Collegio di Direzione. A seguito di accertate violazioni, saranno assunti gli eventuali provvedimenti sanzionatori proporzionati al rilievo dei fatti accertati valutando anche gli oneri generati dagli stessi con le procedure descritte nel successivo punto 9.1.

Prenotazione / Accettazione / Fatturazione - La modalità esclusiva per la gestione delle procedure di prenotazione accettazione e fatturazione avviene tramite l'apertura di agende informatizzate ed il loro utilizzo.

L'agenda viene aperta dal CUPS dopo autorizzazione della DM. L'agenda è legata al locale specifico presso il quale è autorizzata l'erogazione della prestazione ed al quale verrà indirizzato il paziente in fase di accoglienza.

La prenotazione è effettuata, di norma, telefonicamente attraverso un numero dedicato cui si aggiunge un sistema integrativo di prenotazione accessibile tramite il sito web aziendale.

La gestione amministrativa delle agende viene svolta dalla Azienda tramite personale del CUPS o di front office anche ricorrendo eventualmente all'esternalizzazione del servizio. Sono autorizzati ed abilitati ad operare per le prenotazioni sulle proprie agende anche nominativamente i singoli professionisti che ne sono titolari. I professionisti titolari delle agende non sono autorizzati e abilitati a svolgere funzioni di riscossione dei compensi.

Il personale del CUPS procede all'accettazione, fatturazione e riscossione. Le prestazioni libero professionali intramurarie ambulatoriali verranno pagate prima dell'effettuazione delle stesse, presso le casse aziendali le quali rilasceranno fattura da esibire al professionista al momento dell'esecuzione della singola prestazione.

Al fine di garantire trasparenza delle informazioni, la fattura, ove possibile, evidenzia distintamente l'onorario del professionista e gli altri costi aziendali.

Se la prestazione è resa in presidi in cui non è presente personale del CUPS ovvero quando, per causa

fortuita, gli sportelli siano chiusi, il professionista emetterà fattura senza procedere direttamente all'incasso. Nel caso non fosse possibile procedere all'emissione della fattura il professionista rilascerà all'utente il modulo di obbligazione di pagamento. Detto modulo dovrà essere presentato entro e non oltre dieci giorni dal rilascio al Back Office CUP per la fatturazione.

Qualora il professionista erogasse ulteriori prestazioni non previste nella fase di prenotazione ne darà nota scritta al paziente con la quale lo stesso si recherà al CUPS al termine della visita per emissione di seconda fatturazione o integrazione della precedente.

Qualora il professionista ritenesse per legittimi motivi di non esporre il proprio onorario all'utente ne darà opportuna nota scritta al paziente con la quale lo stesso si recherà al CUPS al termine della visita che emetterà fattura riferita alle sole quote di competenza aziendali.

Modalità di partecipazione – Il personale avente titolo all'esercizio della LPs ambulatoriale deve avere rapporto a tempo pieno, sia indeterminato che determinato, ed è:

- a) Il personale della Dirigenza Sanitaria Medica del SSN con rapporto di esclusività;
- b) Il personale della Dirigenza sanitaria non medica abilitato all'esercizio della libera professione;
- c) Il personale specialista ambulatoriale convenzionato (ex SUMAI) di cui all'art. 8 D.Lgs. 502/1992 e all'ACN 17 dicembre 2015;
- d) il personale universitario convenzionato con l'Azienda.

I professionisti che operano in Azienda con contratti atipici con rapporto di non dipendenza non possono svolgere attività in regime di libera professione individuale, possono altresì essere incaricati dalla Azienda per lo svolgimento di prestazioni a favore di pazienti anche solventi con incremento del debito orario causalizzato a fronte di un corrispettivo, previsto a carico della tariffa della prestazione, corrispondente a quello riservato al personale dipendente.

Il personale medico e dirigente sanitario che ne ha titolo e che intende attivare concretamente l'esercizio di prestazioni in LPs deve essere autorizzato dall'Azienda.

A tale scopo deve presentare richiesta di autorizzazione alla Direzione Aziendale utilizzando l'apposito modulo (**Allegato "A"**) fornito da DM competente che deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) la forma di attività libero-professionale che si intende svolgere;
- b) la disciplina in cui si intende esercitare l'attività;
- c) le prestazioni che si intendono esercitare, il relativo "Onorario del professionista fiduciario del paziente" o in alternativa la "Tariffa finale da esporre all'utente"
- d) la struttura delle agende da attivare presso il CUPS;
- e) la sede con le tipologie di spazi necessari e gli orari di esercizio dell'attività;
- f) la eventuale necessità del supporto di altre professioni sanitarie (infermieri, tecnici il cui compenso deve essere ricompreso nella "Tariffa finale da esporre all'utente");
- g) la eventuale disponibilità di strumentazioni ed attrezzature di cui intende avvalersi (che dovranno essere specificatamente indicate).

La Azienda, qualora il professionista indichi l'onorario professionale, provvederà al calcolo della tariffa da esporre all'utenza.

I professionisti che già svolgono, in quanto autorizzati, attività libero professionale e che intendono variare la modalità di effettuazione già in essere, dovranno preventivamente inoltrare alla DM apposita richiesta di autorizzazione (nel caso di richiesta di nuove prestazioni deve essere utilizzato il modulo di autorizzazione - Allegato "A")

I professionisti che intendono modificare l'opzione relativa al rapporto di esclusività devono presentare domanda entro il 30 novembre di ogni anno. La nuova tipologia di rapporto di lavoro decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Compensi e tariffe – La tariffa della singola prestazione viene definita annualmente e comunicata all'utenza; essa risulta composta della quota dell' "Onorario professionale", cui si aggiunge il costo del personale di

supporto e la quota di competenza della Azienda; l'importo dei costi di competenza aziendale viene definito (di norma con periodicità annuale) con provvedimento della direzione della Azienda contestualmente al tariffario aziendale per le prestazioni in solvenza comprendenti tutti i costi diretti e indiretti a carico della stessa cui si aggiungono tutti gli eventuali ulteriori oneri fiscali e previdenziali.

In prima applicazione e sino a nuovo provvedimento che ne ridetermini l'importo, le quote aziendali a copertura dei costi diretti e indiretti sono declinate nella tabella 5 "Categorie di costi fissi aziendali da caricarsi forfettariamente sulle tariffe unitarie delle diverse prestazioni erogabili in regime di LPI ambulatoriale". Per le prestazioni per cui sia richiesto personale di supporto diretto si aggiungerà l'importo corrispondente.

La tariffa che l'Azienda espone per la fatturazione al cliente viene calcolata sulla base dei criteri elencati nella tabella 1 e 2.

Il professionista può, in particolari circostanze e casi eccezionali, prestare gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale. In questi casi la tariffa risulta ridotta nella misura corrispondente al compenso al quale avrebbe diritto il professionista, ferme restando le quote di competenza dell'Azienda.

Previo parere favorevole dei dirigenti interessati, l'Amministrazione potrà stipulare eventuali convenzioni con terzi che prevedano l'applicazione di tariffe concordate per determinate categorie di utenza (Assicurazioni e Fondi).

Rendicontazione – Per le prestazioni erogate presso le strutture ambulatoriali dell'Azienda, i sistemi di gestione dell'agenda, di accoglienza ed espletamento delle procedure amministrative di incasso degli onorari con rilascio dei corrispondenti documenti di ricevuta / fatturazione, vengono gestiti esclusivamente a cura dell'Azienda presso gli sportelli del CUPS. Il professionista opera al di fuori dell'orario di lavoro, in timbratura con causale differenziata rispetto all'attività ordinaria, l'Azienda provvederà a scorporare dal monte orario timbrato in regime di apposita timbratura (timbratura causalizzata) una quota convenzionale di 20 minuti per ciascuna prestazione ambulatoriale erogata nel caso di visita standard, ovvero il tempo registrato nel database del tariffario gestito dalla struttura aziendale incaricata della gestione delle Libera professione (RIBR) per ogni altra prestazione.

Limiti e Prescrizioni – Durante l'esercizio dell'attività LPs ambulatoriale non è consentito l'uso del ricettario del SSN per la prescrizione di richieste che consentano l'accesso diretto alle prestazioni rimborsate dal SSN (cfr art. 15 quinquies, comma 4, del D. Lgs. 229/99 e s.m.i.). Al paziente viene rilasciata documentazione sanitaria (diagnosi, indicazioni prognostiche e terapeutiche, indicazioni per ulteriori accertamenti) su format aziendale informatizzato reso disponibile dall'Azienda.

È responsabilità diretta del Dirigente Medico o sanitario la corretta registrazione dei referti per le prestazioni erogate in regime libero professionale utilizzando il software aziendale o fornendo copia cartacea all'ASST. La ASST ha il compito di conservare la documentazione sanitaria attuando le medesime modalità conservative, anche sotto il profilo temporale della analoga documentazione istituzionale.

3.1.2 - Attività ambulatoriale in LPs presso gli studi privati esterni (intramoenia allargata)

L'art. 2 del D.L. del 13/9/2012, n. 158 convertito, con modificazioni nella Legge n. 189/2012, che ha modificato e integrato la Legge n. 120 del 2007, ha disciplinato il superamento dell'intramoenia allargata dando la possibilità alle Regioni di autorizzare l'adozione di un programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete.

L'art. 18 della L.R. Lombardia n. 33/2009, come novellato dalla L.R. Lombardia n. 15/2018, ha previsto la prosecuzione a livello regionale del programma sperimentale vincolandolo alla sussistenza delle condizioni previste dalla normativa nazionale e con DGR n. XI/3540 del 7/9/2020, in particolare al paragrafo 5 "Intramoenia allargata", ha stabilito che la prosecuzione del programma sperimentale potesse essere autorizzata in capo agli Enti che ne facciano specifica richiesta alla DG Welfare con cadenza annuale e che dichiarino l'esistenza delle condizioni

- necessità di disporre di spazi per svolgere le attività in specifiche fasce orarie o giornate;
- disponibilità di spazi dotati di specifiche strumentazioni diagnostiche non presenti in spazi istituzionali;
- necessità di disporre di spazi in cui è garantita nei confronti di specifica utenza una tutela di riservatezza

rinforzata in particolari aree specialistiche e in difesa della dignità personale (ad esempio pazienti divenuti non trasportabili, affetti da patologie di particolare delicatezza e/o gravità sotto il profilo sanitario e sociale).

Ciascun professionista, pertanto, in presenza delle suddette condizioni può essere autorizzato dalla ASST ad esercitare l'intramoenia allargata anche in più di uno studio, tenuto conto dell'estensione territoriale dell'Azienda ovvero di altri fattori geografici anche relativi al territorio di domicilio.

Entro il 30 settembre di ogni anno, a valere sull'anno successivo, l'ASST effettuerà una valutazione della idoneità o indisponibilità degli spazi per l'esecuzione di ASI secondo quanto definito dalla normativa vigente dichiarando di avere preventivamente messo in atto ogni necessaria e utile revisione organizzativa e programmatica, finalizzata a garantire ai professionisti la massima accessibilità e fruibilità degli spazi aziendali ed a richiedere a Regione l'attivazione/mantenimento del programma sperimentale per l'effettuazione dell'attività libero professionale presso studi esterni.

Modalità di partecipazione - Il personale medico e dirigente sanitario che ne ha titolo e che intende attivare concretamente l'esercizio di prestazioni in LPs allargata deve essere autorizzato dall'Azienda. A tale scopo deve presentare richiesta di autorizzazione alla Direzione Aziendale utilizzando l'apposito modulo (**Allegato "A2"**) fornito da DM che deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) la forma di attività libero-professionale che si intende svolgere;
- b) la disciplina in cui si intende esercitare l'attività;
- c) le prestazioni che si intendono esercitare, il relativo "Onorario del professionista fiduciario del paziente" o in alternativa la "Tariffa finale da esporre all'utente"
- d) la struttura delle agende da attivare presso il CUPS;
- e) gli orari di esercizio dell'attività;

Sarà stipulata una convenzione annuale tra ASST e il professionista interessato. Gli studi professionali, ove i professionisti possono esercitare l'intramoenia allargata, devono soddisfare i seguenti requisiti:

- utilizzo esclusivo da parte del "Professionista" della infrastruttura di rete fornita dalla "Azienda" per l'espletamento del servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, alla "Azienda" dei dati relativi ai pazienti visitati e la contestuale emissione dei documenti fiscali;
- riscossione dei pagamenti di prestazioni di qualsiasi importo esclusivamente mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione (bancomat, carta di credito).
- divieto assoluto di incassare direttamente importi in contanti, assegni e effettuare successivi periodici versamenti cumulativi (sia in contanti sia previo transito su proprio conto corrente);
- esclusione della possibilità che presso lo studio professionale individuato operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività;
- redazione di referto e consegna della copia della documentazione sanitaria per l'archiviazione della stessa presso l'ASST con possibilità di esibirla in caso di necessità. La documentazione dovrà essere stabile, rintracciabile e leggibile a distanza di tempo.

Prenotazione / Accettazione / Fatturazione - La modalità esclusiva per la gestione delle procedure di prenotazione accettazione e fatturazione avviene tramite l'apertura di agende informatizzate ed il loro utilizzo.

La ASST fornisce:

- lo strumento software di connessione dello studio alla rete informatica aziendale con collegamento accessibile via web, i cui oneri di connettività tramite banda larga ad internet sono a carico del Professionista, per il quale verranno fornite le credenziali di accesso nominative che lo abilitano a operare in remoto sulle proprie utenze di agenda per la registrazione delle prestazioni effettuate, la stampa delle fatture e la registrazione dei corrispettivi corrispondenti
- l'apparato POS tramite il concessionario della Tesoreria;

Compensi e tariffe - La tariffa della singola prestazione viene definita annualmente e comunicata all'utenza; essa risulta composta della quota dell' "Onorario professionale", cui si aggiunge l'importo dei costi di competenza aziendale viene definito (di norma con periodicità annuale) con provvedimento della direzione della Azienda contestualmente al tariffario aziendale per le prestazioni in solvenza comprendenti tutti i costi

diretti e indiretti a carico della stessa cui si aggiungono tutti gli eventuali ulteriori oneri fiscali e previdenziali.

In prima applicazione e sino a nuovo provvedimento che ne ridetermini l'importo, tale quota aziendale a copertura dei costi diretti e indiretti viene fissata in euro 17,00.

La Azienda, qualora il professionista indichi l'onorario professionale, provvederà al calcolo della tariffa da esporre all'utenza.

La tariffa che l'Azienda espone per la fatturazione al cliente viene calcolata sulla base dei criteri elencati nella tabella 1 e 2.

Limiti e Prescrizioni – Durante l'esercizio dell'attività LPs allargata non è consentito l'uso del ricettario del SSN per la prescrizione di richieste che consentano l'accesso diretto alle prestazioni rimborsate dal SSN (cfr art. 15 quinquies, comma 4, del D. Lgs. 229/99 e s.m.i.). Al paziente viene rilasciata documentazione sanitaria (diagnosi, indicazioni prognostiche e terapeutiche, indicazioni per ulteriori accertamenti) su format aziendale informatizzato reso disponibile dall'Azienda.

È responsabilità diretta del Dirigente Medico la corretta redazione dei referti per le prestazioni erogate in regime libero professionale fornendo copia cartacea all'ASST. La ASST ha il compito di conservare la documentazione sanitaria attuando le medesime modalità conservative, anche sotto il profilo temporale della analoga documentazione istituzionale.

3.1.3 - Attività in regime di ricovero in LPs

Per i pazienti che hanno richiesto di essere trattati in LPs avendo individuato direttamente il professionista di fiducia, il ricovero potrà, in base alla opzione del paziente, essere erogato:

(A) con oneri riferiti alla degenza parzialmente a carico del SSN: Si tratta di ricovero con contribuzione di una quota dello stesso da parte del SSN; secondo quanto previsto dalla D.G.R. N. VII/3373 del 09/02/2001 "per le prestazioni di ricovero o di day hospital presso la struttura di appartenenza la Regione partecipa alla spesa con quota del 70% (o del 60% per pazienti residenti fuori Regione) della tariffa prevista per tali prestazioni istituzionali a carico del SSN" ossia del DRG - Diagnosis Related Group.

(B) con oneri riferiti alla degenza totalmente a carico del paziente Si tratta di ricovero a pagamento senza il concorso, per la copertura dei costi sostenuti dall'azienda, da parte del SSN. L'intero costo del ricovero, pertanto, è posto a carico del paziente. E' da considerarsi come attività organizzata in aggiunta alla programmazione istituzionale. I ricoveri in solvenza pertanto non hanno alcun vincolo in relazione alle liste d'attesa per i ricoveri istituzionali. La programmazione deve garantire, comunque, un equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale (come previsto dal comma 3 dell'art. 15-quinquies del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.).

Sedi – Viene svolta negli spazi aziendali o comunque resi disponibili dall'Azienda nell'ambito delle opportune aree di degenza medica o chirurgica e negli slot di sala operatoria assegnati.

Orari e programmazione – Per la gestione di attività chirurgiche la programmazione del ricovero dovrà essere effettuata:

- A. nel caso di **ricovero con onere della degenza parzialmente a carico del SSN (onere degenza 5 – LIBERA PROFESSIONE)** e individuazione del professionista di fiducia, la programmazione del ricovero avverrà tenendo conto delle liste di attesa comuni alle altre attività previste nel blocco operatorio, con i livelli di priorità previsti per la medesima condizione clinica;
- i membri dell'équipe medica ed il personale delle professioni sanitarie impegnati nella attività intraoperatoria per il supporto sanitario specifico saranno quelli previsti nella normale programmazione della attività e potranno optare, in base alla preferenza individuale, per la partecipazione al di fuori del proprio debito orario, attraverso timbratura con causale differenziata rispetto all'attività ordinaria, con la remunerazione prevista nella Tabella 4.2 (SLVa) per le quote di orario preventivamente definite in base al tipo di intervento. Possono partecipare alle prestazioni nell'ambito dell'équipe tutti i dirigenti sanitari che ordinariamente prestano la loro opera per le stesse attività ivi compresi i professionisti sanitari con rapporto di lavoro atipico e di non dipendenza cui viene riconosciuto lo stesso trattamento economico previsto per il personale dipendente;

in caso di prestazioni eseguite da parte di personale dipendente con rapporto non esclusivo la

partecipazione avviene nel contesto della ordinaria attività di servizio e senza assegnazione di compenso integrativo.

- B. nel caso di **ricovero con onere della degenza totalmente a carico del paziente (onere degenza 4 – SOLVENZA)** e individuazione del professionista di fiducia, si prevederà la disponibilità di spazi di programmazione di interventi integrativi e ulteriori, in fasce orarie marginali e incrementali sull'attività ordinaria (anche facendo ricorso a fasce orarie pre-serali e giornate prefestive e festive);

i membri dell'équipe medica ed il personale delle professioni sanitarie impegnati nella attività intraoperatoria sono quelli nominativamente individuati nel programma dell'intervento presentato dal professionista e che hanno confermato la propria presenza e l'accettazione delle condizioni proposte; tale personale presta la propria attività volontariamente, al di fuori del debito orario, attraverso timbratura con causale differenziata rispetto all'attività ordinaria, per tutta la durata della prestazione effettuata e con la remunerazione prevista ed accettata nel piano di programmazione dell'intervento. Possono partecipare alle prestazioni nell'ambito dell'équipe tutti i dirigenti sanitari che ordinariamente prestano la loro opera per le stesse attività ivi compresi i professionisti sanitari con rapporto di lavoro atipico e di non dipendenza cui viene riconosciuto lo stesso trattamento economico previsto per il personale dipendente; non è ammessa in alcun caso la partecipazione nella équipe prevista per l'attività chirurgica in questa tipologia di ricovero di personale dipendente con rapporto non esclusivo.

Per l'esecuzione di prestazioni pur ricomprese nei LEA ma a favore di utenti non assistito dal SSN, che sceglie nominativamente il professionista da cui farsi curare, dovrà corrispondere sia l'intera quantificazione del DRG, sia i costi aggiuntivi per la scelta del dirigente medico/équipe curante di fiducia (onere di degenza "4"- solvenza).

Nel caso di pazienti non coperti dal SSN che non scelgono nominativamente il professionista da cui farsi curare, la programmazione del ricovero avverrà tenendo conto delle liste di attesa comuni alle altre attività previste nel blocco operatorio, con i livelli di priorità previsti per la medesima condizione clinica; sarà fatturata con tariffa prevista dal tariffario solventi e registrate tra le entrate proprie senza corresponsione di compensi per i professionisti che le hanno effettuate.

Modalità di partecipazione – Il personale, che avendo optato per il rapporto di esclusività, ha titolo all'esercizio della LPs in regime di ricovero è:

- a) il personale della Dirigenza Sanitaria medica
- b) Il personale della Dirigenza sanitaria non medica abilitato all'esercizio della libera professione
- c) il personale universitario convenzionato con l'Azienda

Il personale medico e dirigente sanitario non medico che intende attivare tale regime deve presentare richiesta alla Direzione Aziendale sulla base degli apposito modulo (**Allegato "B"**) forniti da DM e RIBR.

I professionisti che intendono modificare l'opzione relativa al rapporto di esclusività devono presentare domanda entro il 30 novembre di ogni anno; la nuova tipologia di rapporto di lavoro decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo.

L'attività libero-professionale in regime di ricovero è prestata di norma nella disciplina e limitatamente alle prestazioni erogate in regime ordinario dalla struttura di appartenenza.

Il professionista scelto dall'utente, titolare della specifica attività gestita in regime LPs di ricovero, è l'interfaccia diretta e fiduciaria con il paziente e provvede:

- a. alla **programmazione del ricovero e di quanto necessario alla sua corretta gestione clinica**, ivi comprese le attività di visita medica quotidiana, prescrizione diagnostiche, terapeutiche e farmacologiche e delle procedure di dimissione al termine del ricovero (fermo restando che per tutte le attività di assistenza, diagnostica, terapia, interventi in urgenza ecc. l'Azienda garantisce con il suo personale e la sua organizzazione tutto quanto necessario);
- b. alla **individuazione nominativa ed alla acquisizione dell'assenso e disponibilità, di tutti i componenti della équipe eventualmente necessaria** alla erogazione della prestazione, alla **attivazione di eventuali spazi di programmazione** integrativa in fasce orarie marginali e incrementali sull'attività ordinaria delle sale operatorie e/o di altre strutture e attrezzature di diagnosi e cura necessarie all'espletamento della prestazione fornendo alla DM e DPS tutti gli elementi necessari a programmare le sedute di sala operatoria;

- c. alla **definizione dell' "Onorario professionale" complessivo**, comprensivo delle quote di onorario condivise e riservate agli eventuali professionisti necessari alla erogazione della prestazione in équipe (dirigenti, infermieri, tecnici).

Compensi e tariffe – La tariffa delle prestazioni viene annualmente fissata e risulta composta da:

a. nel caso di **ricovero con onere della degenza parzialmente a carico del SSN** e individuazione del professionista di fiducia:

- o quota a carico del paziente riferita al costo del ricovero corrispondente all'importo necessario per integrare la parte di tariffa DRG prevista a carico dal SSN sino alla concorrenza del 90 % dell'intero valore tariffario a copertura di tutti i costi aziendali;
- o quota a carico del paziente riferita all' "Onorario professionale" definita in base alla richiesta economica formulata dal professionista scelto dall'utente per la gestione complessiva delle attività di sua competenza connesse al ricovero e per la propria prestazione in qualità di primo operatore da svolgersi fuori dal debito orario cui si aggiungono gli importi previsti a copertura dei compensi per l'équipe di supporto (dirigenti ed altre professioni sanitarie) per le durate orarie standardizzate a preventivo; tutti gli altri oneri aziendali compresi gli oneri residui per il personale della eventuale équipe di supporto sono coperti dalla tariffa DRG;

b. nel caso di **ricovero con onere della degenza totalmente a carico del paziente** e individuazione del professionista di fiducia:

- o quota 1 a carico del paziente riferita al costo del ricovero quantificata nel **75 % della tariffa aziendale** prevista per il DRG corrispondente nel tariffario solventi a copertura di tutti i costi aziendali ad esclusione del compenso del professionista e scelto e della eventuale équipe da questi attivata e quota relativa al costo dell'eventuale materiale protesico;
- o quota 2 a carico del paziente riferita all' "**Onorario professionale**" definito in base alla richiesta economica formulata dal professionista scelto dall'utente che comprenderà (a) importo riservato ai costi per il compenso medico fiduciario per la gestione complessiva delle attività connesse al ricovero (coordinamento clinico, visite al letto del paziente, gestione documentazione sanitaria) e per la propria prestazione in qualità di primo operatore, (b) importi riservati ai costi per i compensi membri dell'équipe per l'attività chirurgico-interventistica (es. 2° o 3° chirurgo, anestesista, anatomico patologo ecc.), (c) importi riservati ai costi per i compensi al personale delle professioni sanitarie di supporto alla specifica attività prevista (ferrista, infermiere di sala, ecc.).

L'intervento chirurgico verrà svolto nell'ambito di spazi di programmazione integrativa senza penalizzazione per le liste di attesa del SSN, in ambiti orari marginali e incrementali sull'attività ordinaria anche facendo ricorso a fasce orarie pre-serali e giornate prefestive e festive.

La **tariffa** che l'Azienda espone per la fatturazione al cliente viene calcolata sulla base dei criteri elencati nella tabella 3 e 4.

Modalità operative:

La comunicazione preliminare ai pazienti, la consegna del preventivo di spesa e la raccolta di consenso sulla scelta del trattamento da eseguirsi in LP è fatta direttamente dal medico con il quale il paziente intende instaurare rapporto fiduciario diretto. L'attività di ricovero in regime di libera professione viene erogata a fronte dell'accettazione da parte del paziente dello specifico preventivo. Da tale richiesta, sottoscritta dal paziente, deve risultare che il richiedente, edotto delle condizioni di ricovero, le accetta, quali specificatamente:

- o scelta del medico fiduciario
- o prestazioni alle quali sarà sottoposto (ricovero/intervento principale);
- o tipologia di ricovero e relativo preventivo economico

Al momento dell'accettazione del preventivo il paziente effettua il versamento di un acconto pari al 100% del valore del preventivo stesso e ne dà comunicazione al medico fiduciario che programma il ricovero che, nel caso di intervento in seduta aggiuntiva (onere degenza 4 – SOLVENZA) individua nominativamente i componenti della équipe necessaria alla erogazione della prestazione.

L'acconto non è dovuto nel caso di pazienti titolari di polizze emesse da Assicurazioni e Fondi integrativi

convenzionati “direttamente” con l’ASST.

In via del tutto eccezionale, può avvenire il passaggio dal regime libero professionale al regime istituzionale, che deve essere motivato per iscritto dal medico prescelto con argomentazioni di tipo clinico (imprevisto prolungamento della degenza, complicanze che richiedono assistenza in reparto specialistico, ecc.). Del trasferimento va informata la Direzione Medica. In questa evenienza, al medico prescelto/equipe e a tutti gli operatori del supporto di-retto/indiretto non viene corrisposto alcun provento e al paziente viene restituito l’acconto già versato.

Il giorno stesso o al massimo il giorno successivo all’intervento, il professionista o suo delegato trasmette la scheda di rendicontazione, debitamente firmata dai componenti dell’équipe, alla Direzione Medica per consentirne la verifica della conformità della pratica come risultante dal verbale operatorio e/o dalla SDO ai fini della valorizzazione finale del DRG e della corretta emissione della fattura da parte della ragioneria.

Solo dopo la dimissione potrà essere calcolato il valore finale del ricovero e fatturato al paziente l’eventuale conguaglio (positivo o negativo).

L’eventuale differenza tra il preventivo ed il consuntivo potrà essere dovuta al diverso peso del DRG riscontrato alla dimissione o di altre circostanze incidenti sulla determinazione della spesa finale

Il pagamento può essere effettuato per ordine e conto da persona od organizzazione (es. compagnie assicurative) diversa dall’utente, rispettando tuttavia i termini sopraccitati. In ogni caso la fattura finale, a valere per ogni conseguenza di carattere anche fiscale, potrà essere intestata solo all’utente che usufruisce delle prestazioni.

Il pagamento a saldo della fattura dovrà avvenire entro e non oltre trenta giorni dall’emissione della stessa.

L’attribuzione dei proventi avverrà indicativamente con lo stipendio del mese successivo all’incasso della tariffa.

Rendicontazione – (a) Per le prestazioni erogate in ambito operatorio l’Azienda provvederà a scorporare dal debito orario timbrato causalizzato una quota pari ai tempi risultanti dal registro operatorio incrementati di 30 minuti per i tempi accessori. (b) Per le prestazioni erogate al letto del paziente e tariffate quale onorario, l’Azienda provvederà a scorporare dal debito orario causalizzato del medico una quota convenzionale di 20 minuti per ciascuna giornata di ricovero. (c) Le prestazioni in ambito operatorio con tariffa di ricovero a totale carico di lavoro sono sempre svolte totalmente al fuori del debito orario con timbratura causalizzata, a fronte del compenso complessivamente previsto.

Limiti – Sono di norma erogabili in regime di libera professione prestazioni elettive e programmabili, non possono comunque essere erogate mai in regime di LPs:

- a) le prestazioni di pronto soccorso;
- b) i ricoveri nei servizi di emergenza e di terapia intensiva, nelle unità coronariche e nei servizi di rianimazione;
- c) i ricoveri erogati per attività di trapianto e di emodialisi;
- d) le prestazioni che, per altissima specializzazione, elevato rischio e/o elevato costo, sono comunque garantite dal SSN per gli aventi diritto all’assistenza sanitaria a carico dello stesso; conseguentemente, rimangono esclusi dal regime di ricovero in libera professione: a) i ricoveri di pazienti in condizioni di urgenza/emergenza, b) i ricoveri di pazienti che richiedono livelli di assistenza intensiva, c) i ricoveri di pazienti che richiedono condizioni di isolamento.

L’azienda si riserva di autorizzare, previa approvazione di progetti specifici, l’erogazione di prestazioni non ricomprese nei LEA. In questo caso i ricoveri non hanno alcun vincolo in relazione alle liste d’attesa per i ricoveri istituzionali e l’onere della degenza è totalmente a carico del paziente.

Maggior comfort alberghiero e costo camera a pagamento

Per il paziente, in regime di ricovero istituzionale oppure libero professionale ovvero in regime di solvenza, è possibile usufruire di maggior comfort alberghiero, richiedendo una stanza a pagamento nel caso in cui questa fosse disponibile al momento del ricovero.

In caso di fruizione di camera a pagamento il paziente dovrà corrispondere i seguenti corrispettivi:

Tariffa (a notte) Camera ad uso singolo: letto paziente + poltrona per accompagnatore € 100,00 + IVA al 22%)

La tariffa comprende anche tutti i pasti del paziente, esclusi quelli dell'accompagnatore

3.2 - Solvenza aziendale (SLVa)

La solvenza (attività aziendale a pagamento) è caratterizzata dalla richiesta all'ASST, quale unico titolare del rapporto di collaborazione, di prestazioni sanitarie che possano essere erogate all'interno delle strutture aziendali senza la scelta nominale del professionista.

3.2.1 - Attività clinica ambulatoriale in SLVa

Programmazione – Nel corso dell'anno di competenza la DM in collaborazione con RIBR elabora il piano delle attività da svolgere tenendo conto delle necessità connesse alla esecuzione dei contratti e delle convenzioni attivate e delle richieste pervenute predisponendo per le attività ambulatoriali l'attivazione delle agende di prestazioni da gestire in SLVa.

Sono programmate nell'ambito delle prestazioni in solvenza e nelle relative liste di attesa separate, anche le prestazioni per utenti aderenti a programmi di copertura assistenziale integrativa con i quali l'Azienda ha sottoscritto specifiche convenzioni.

Sedi – Viene svolta negli spazi individuati dall'Azienda all'interno di proprie strutture facendo riferimento a specifica calendarizzazione gestita tramite il sistema di agende unificato.

Orari – Il responsabile/Direttore della Struttura, cui fa capo il pool di professionisti che per ciascuna specialità garantisce la continuità del servizio, calendarizza la partecipazione individuale con un piano di programmazione delle agende, assicurando la coerenza con la programmazione delle attività aziendali per tutti i professionisti assegnati.

Nella programmazione è possibile prevedere, per i professionisti che aderiscono volontariamente a tale opzione, il ricorso ad orario aggiuntivo a quello previsto dal debito orario, in regime di timbratura causalizzata mediante l'utilizzo di apposito codice, in regime assimilato alla libera professione.

Per prestazioni con prevalente impegno di tecnologie biomediche o di ambienti specificamente attrezzati (diagnostica per immagini, endoscopie ecc.) la programmazione potrà essere effettuata nell'ambito delle prestazioni ordinarie mantenendo contabilità separata di rendicontazione. L'eventuale personale di supporto necessario alla esecuzione della prestazione che partecipa alle prestazioni effettivamente erogate potrà optare per operare oltre il debito orario contrattuale, ricevendo i compensi previsti nel calcolo della tariffa e computando i tempi corrispondenti in incremento al proprio debito orario individuale. Nell'ambito delle UOC si potranno definire, previo accordo tra le figure professionali coinvolte e registrato presso RIBR nel piano attuativo della attività, modalità di gestione condivise della ripartizione di competenze economiche.

Tariffa – La tariffa prevista per la prestazione nel tariffario solventi è definita periodicamente con provvedimento aziendale.

I ricavi ed i costi inerenti alle suddette prestazioni saranno rilevati in bilancio nell'ambito della contabilità separata dell'attività libero-professionale, i relativi compensi per i dirigenti con rapporto di esclusività e quelli per il personale di supporto, saranno registrati nell'apposita contabilità sezionale.

L'attività in SLVa viene attivata e promossa dall'Azienda che ne definisce le politiche tariffarie orientate a garantire l'equilibrio costi/ricavi aziendali tenendo conto della copertura dei costi diretti e indiretti di produzione aziendale dei servizi erogati, della loro promozione presso gli utenti interessati, dei compensi per i professionisti coinvolti nella esecuzione delle prestazioni, del margine operativo. La definizione delle politiche tariffarie è orientata anche in relazione ai volumi di prestazioni richiesti dai committenti ed alle strategie commerciali e di immagine individuate dalla Direzione dell'Azienda.

L'entità di compenso riservata ai singoli professionisti viene definita nel tariffario aziendale approvato con provvedimento aziendale per tale tipologia di attività con le tariffe orarie riportate nella Tabella 4.2. (SLVa) ovvero nell'ambito di "obiettivi prestazionali incentivati" finanziati con le risorse introitate e definiti con

appositi piani attuativi.

Modalità di adesione – L'attività in SLVa, essendo attività aziendale ordinaria, viene svolta da tutto il personale dipendente nell'ambito dei piani di lavoro periodicamente programmati.

L'adesione alla partecipazione all'esercizio delle attività in SLVa ambulatoriale in orario aggiuntivo al debito orario e, ove possibile, in regime di timbratura causalizzata e può essere svolta da:

- a) dirigenti sanitari dipendenti con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno
- b) Specialisti ambulatoriali convenzionati di cui all'art. 8 D.Lgs. 502/1992 e all'ACN 17 dicembre 2015
- c) Personale universitario convenzionato con l'Azienda;
- d) dirigenti sanitari non dipendenti con caratteristiche professionali coerenti alle esigenze delle attività cliniche previste, selezionati in base a criteri di qualificazione ed esperienza idonei a garantire gli stessi standard di assistenza che l'Azienda è in grado di fornire con il proprio personale dipendente, che svolgono la propria attività nella Azienda con contratti specificamente individuati;
- e) personale del comparto afferente alle professioni sanitarie

L'Azienda procede annualmente a raccogliere ed aggiornare l'elenco dei professionisti per specialità che danno la propria disponibilità a partecipare alle attività in solvenza aziendale in orario aggiuntivo. La revoca della disponibilità deve essere data con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla variazione prevista per consentire la corretta programmazione della attività.

Rendicontazione – Il professionista opera oltre il debito orario e, ove possibile, in regime di timbratura causalizzata. L'Azienda provvederà a scorporare dal debito orario timbrato con apposito codice di causalizzazione una quota convenzionale di 20 minuti per ciascuna prestazione ambulatoriale erogata nel caso di visita, ovvero il tempo corrispondente al compenso ricevuto in base alle tariffe previste per la solvenza aziendale.

Limiti – Non possono essere erogate in regime di SLVa le prestazioni di pronto soccorso e di emergenza urgenza. Tali prestazioni, in caso di pazienti non coperti dal SSN, saranno fatturate con tariffa prevista dal tariffario solventi ma registrate tra le entrate proprie e senza corresponsione di compensi per i professionisti che le hanno effettuate.

3.2.2 - Attività di diagnostica strumentale e laboratorio in SLVa

Le attività svolte in regime di SLVa sono definite dall'Azienda nell'ambito di specifiche convenzioni stipulate tramite RIBR e/o di richieste di prestazioni individuali.

Le prestazioni professionali corrispondenti sono effettuate in équipe oltre il debito orario ed in regime di timbratura causalizzata lo svolgimento delle attività viene organizzato durante la normale fascia oraria di programmazione del lavoro.

Ove non fosse possibile la rilevazione dell'orario tramite i sistemi oggettivi, la timbratura causalizzata viene sostituita dal tempo standard predefinito sulla base del tempo impiegato per l'esecuzione della medesima prestazione in regime istituzionale (es. Dipartimento di laboratorio, Dipartimento di diagnostica per immagini). In questo caso, all'atto della liquidazione dei compensi, il tempo delle prestazioni erogate sarà sottratto al monte ore in eccedenza al debito orario del dipendente. E' condizione legittimante la remunerazione dell'attività libero-professionale l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale

Le modalità di erogazione delle prestazioni corrispondenti sono definite annualmente nell'ambito del negoziato di budget dipartimentale previa definizione dei livelli di saturazione dell'utilizzo di tempi di attività ordinaria e delle attrezzature disponibili. Per le attività aggiuntive, il programma annuale può definire le eventuali quantità di prestazioni richieste ai professionisti ed al personale di supporto (équipe medica e altre professioni sanitarie) che partecipano alla produzione, da finanziarsi con quote percentuali dei corrispondenti ricavi generati utilizzando come riferimento i compensi di cui alla Tabella 4.2 (SLVa).

La tariffa della prestazione e la quota di compenso riservata ai singoli professionisti viene definita con

provvedimento aziendale con piano esecutivo collegato al Tariffario aziendale.

Tale attività può, a richiesta del dirigente interessato, essere considerata assimilata alla attività libero-professionale intramuraria e sottoposta alla disciplina per tale attività ovvero considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate, in conformità a quanto previsto nel CCNL ¹. In quest'ultimo caso l'importo indicato viene decurtato degli oneri previdenziali e di ogni altra imposta a carico della Azienda.

¹ (art. 117 comma 7 CCNL 19/12/2019 Area della sanità)

3.2.3 – Altre attività specialistiche e prestazioni aziendali in convenzione richieste da terzi in SLVa

Le attività cliniche specialistiche e/o i servizi richiesti alla Azienda da strutture esterne, pubbliche o private (ad esclusione delle strutture sanitarie acreditate) , all'interno delle strutture aziendali o presso le rispettive sedi, sono definite dall'Azienda nell'ambito di specifiche convenzioni stipulate tramite RIBR.

Possono essere erogate in questo ambito, oltre alle prestazioni sanitarie di cui al comma 6 dell'art 117 CCNL 19/12/2019 Area della sanità, anche prestazioni di carattere non sanitario eventualmente richieste all'Azienda in ragione di competenze o esperienze specificamente maturate e con la partecipazione di professionalità.

Il Responsabile / Direttore della Struttura, cui fa capo il pool di professionisti che per ciascuna specialità o tipologia di attività, garantisce gli aspetti organizzativi delle prestazioni previste, calendarizza la partecipazione individuale con un piano di programmazione delle agende, o comunque della attività programmate, assicurando la coerenza con la gestione delle turnistiche per le altre attività istituzionali per tutti i professionisti assegnati, facendo ricorso anche ad eventuale orario aggiuntivo a quello di servizio per i professionisti che aderiscono volontariamente a tale opzione. Per prestazioni con prevalente impegno di tecnologie biomediche la programmazione potrà essere effettuata nell'ambito delle prestazioni ordinarie mantenendo contabilità separata di rendicontazione.

La tariffa della prestazione è definita a livello aziendale e la quota di compenso riservata ai singoli professionisti che optino per l'attività in orario aggiuntivo (nel caso di prestazioni eseguite in strutture aziendali), fa riferimento agli importi definiti nella Tabella 4.2 (a) e 4.2 (b).

All'atto della liquidazione dei compensi, il tempo delle prestazioni erogate sarà sottratto al monte ore in eccedenza al debito orario del dipendente. E' condizione legittimante la remunerazione dell'attività libero-professionale l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale.

Tale attività può, a richiesta del dirigente interessato, essere considerata attività libero-professionale intramuraria e sottoposta alla disciplina per tale attività ovvero considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate, in conformità a quanto previsto nei CCNL. In quest'ultimo caso l'importo indicato viene decurtato degli oneri previdenziali e di ogni altra imposta a carico della Azienda.

3.2.4 – Altre attività specialistiche e prestazioni aziendali in convenzione richieste all'ASST da strutture accreditate

Qualora le attività cliniche specialistiche siano richieste alla Azienda da strutture sanitarie private accreditate a contratto, da svolgersi all'interno delle strutture aziendali, devono essere definite dall'Azienda nell'ambito di specifiche convenzioni stipulate tramite RIBR. La stipula della convenzione non può in alcun caso costituire titolo ai fini dell'accreditamento.

Possono essere autorizzate attività a favore di tali strutture a condizione che sia rispettata almeno una delle seguenti condizioni:

- Nell'ambito di discipline che la normativa nazionale e/o regionale affida in via esclusiva alle strutture pubbliche (es. attività di supporto all'attività trasfusionale prevista esclusivamente in capo ai SIMT pubblici)
- In favore di pazienti afferenti alla struttura privata accreditata, qualora per la corretta gestione del paziente sia necessaria una prestazione non prevista nell'accreditamento della struttura richiedente e siano stati

esplicitamente dichiarati dalle parti gli interessi strategici che motivano l'ASST a partecipare a tale attività

Tale attività può, a richiesta del direttore dell'unità interessata, essere svolta oltre il debito orario ed essere considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate, in conformità a quanto previsto all'art. 117 comma 7 e 8 del CCNL 19/12/2019 Area sanità attingendo al fondo per la retribuzione di risultato di cui all'art. 95 del contratto il cui punto 4, lettera d, statuisce che il fondo possa essere incrementato dalle risorse derivanti dall'applicazione dell'art.43 della L. n. 449/97.

In quest'ultimo caso il compenso spettante viene decurtato degli oneri previdenziali e di ogni altra imposta a carico della Azienda.

L'ASST, specificandolo nel provvedimento di approvazione della convenzione, finalizza una percentuale del fatturato introitato (in prima applicazione 20%) come contributo da destinare alla remunerazione del personale. Il restante 80% sarà da qualificare come entrata propria.

All'atto della liquidazione dei compensi, al personale destinatario del riconoscimento economico incentivante viene richiesto un orario aggiuntivo proporzionale al rapporto fra gli introiti di competenza e il valore orario medio indicato per ciascun profilo professionale nella nella Tabella 4.2 (c).

E' condizione legittimante la remunerazione l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale.

Ove le attività non siano ricomprese nell'ambito di specifiche convenzioni, queste sono da considerarsi attività istituzionale svolta nell'ambito del normale orario di servizio. Il fatturato sarà interamente registrato tra le entrate proprie dell'azienda senza diritto al riconoscimento di specifici compensi.

3.2.5 - Attività clinica nell'ambito di sperimentazioni e i trials clinici profit

Rientrano nella solvenza aziendale anche la partecipazione a sperimentazioni e i trials clinici profit sulla base di protocolli approvati dal Comitato Etico.

Le attività aggiuntive (ulteriori alla normale pratica clinica) necessarie alla corretta esecuzione delle sperimentazioni possono prevedere il coinvolgimento di:

- a) dirigenti sanitari dipendenti con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno
- b) Specialisti ambulatoriali convenzionati di cui all'art. 8 D.Lgs. 502/1992 e all'ACN 17 dicembre 2015
- c) Personale universitario convenzionato con l'Azienda;
- d) personale del comparto afferente alle professioni sanitarie (tecnici, infermieri) a tempo pieno.

La liquidazione delle competenze per quote orarie validate dal direttore della struttura/ responsabile cui fa capo il pool di professionisti coinvolti nell'attività sarà effettuata, per tutte le categorie di personale autorizzato, successivamente all'accertamento delle corrispondenti entrate.

L'entità di compenso riservata ai singoli professionisti fa riferimento agli importi orari definiti nella Tabella 4.2 (a) e 4.2 (b).

Tale attività deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio in regime di timbratura causalizzata. Ove non sia possibile la timbratura causalizzata contestuale, la destinazione delle ore di attività dovrà essere regolarizzata entro i termini di chiusura dei cartellini. Rimane comunque condizione legittimante la remunerazione dell'attività di sperimentazione l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale.

3.2.6 - Certificazioni monocratiche rese per conto dell'ASST

Al fine di ampliare la fascia oraria di accesso ad alcune prestazioni istituzionali, agevolando così l'utenza e riducendo i tempi di attesa, i medici afferenti alla UOC Medicina legale, UOC PreSST - Servizio prevenzione, autorizzazioni e certificazioni e UOC PreSST – Servizi sanitari e di continuità possono, in orario aggiuntivo al debito orario e a seguito di adesione volontaria, rilasciare in solvenza aziendale le seguenti certificazioni medico legali:

- idoneità alla guida di veicoli e natanti,
- idoneità all'uso e alla detenzione di armi,
- cessione del quinto dello stipendio o per concessione prestiti o fidi,
- idoneità psico-fisica per uso lavoro (sana e robusta costituzione)

Con riferimento alle sole prestazioni necessarie per il rilascio delle certificazioni monocratiche a pagamento presso la rete territoriale (patenti cat. A e B e porto d'armi) si prevede quanto segue (accordo con OO.SS. aree dirigenziali del 28.08.2019 recepito con deliberazione n. 1642 del 12.09.2019)

Personale coinvolto - Il personale che ha titolo a svolgere tale attività sono i dirigenti medici e il personale amministrativo di supporto (collaborazione indiretta) assegnato all'UOC PreSST – Servizio prevenzione, autorizzazioni e certificazioni e all'UOC PreSST – Servizi sanitari e di continuità, i dirigenti medici e il personale amministrativo dell'UOC Medicina Legale, con riserva di estendere successivamente l'accesso a tali prestazioni ad altri ambiti della dirigenza.

L'adesione allo svolgimento di tale attività, in orario aggiuntivo al debito orario, è volontaria.

Programmazione – Il direttore dell'UOC PreSST – Servizio prevenzione, autorizzazioni e certificazioni, tenendo conto delle adesioni acquisite, programma, sulla base di 6 prestazioni/ora e dell'ottimizzazione delle risorse, le sedute mensili dedicate a tale attività, con i rispettivi orari e sedi, prevedendo di norma almeno 4 sedute mensili.

Le sedute per l'attività in solvenza vengano programmate in coda alla presenza ordinaria feriale e il sabato mattina.

Tariffa – La tariffa prevista per le certificazioni medico legali a pagamento è definita dal tariffario regionale e l'entità del compenso dovuto agli operatori interessati per le citate prestazioni a pagamento, svolte fuori orario di lavoro e risultanti dalle rendicontazioni, è pari a:

- per il personale medico 58 % della tariffa utente;
- per il personale amministrativo del comparto 16 % della tariffa utente;

Le quote di cui sopra tengono conto dei costi aziendali quantificati nella misura del 26 % della tariffa utente. Il compenso di cui sopra è da intendersi al lordo di imposte e oneri previdenziali, se dovuti, a carico dell'ASST.

Rendicontazione – Il personale medico e amministrativo di supporto opera oltre il debito orario e in regime di timbratura causalizzata.

La regolamentazione operativa nonché la periodica rendicontazione è in capo al direttore dell'UOC PreSST – Servizio prevenzione, autorizzazioni e certificazioni avvalendosi del supporto del personale amministrativo della struttura.

L'attività di rendicontazione, così come l'attività di accettazione e riscossione della tariffa è svolta dal personale amministrativo del comparto in regime di solvenza, mentre le attività di prenotazione sono assicurate in orario di servizio.

Monitoraggio dell'attività, aggiornamento e formazione – La UOC di Medicina Legale effettua il monitoraggio dell'attività e cura l'aggiornamento e la formazione dei professionisti incaricati di effettuare gli accertamenti, attraverso periodici incontri formativi e informativi, prediligendo modalità formative basate su problematiche cliniche e medico legali.

3.2.7- Prestazioni della Commissione Medica Locale

La Commissione Medica Locale (CML) è prevista dall'art. 119 comma 4 del D. Lgs. N. 285/92 e regolamentata dall'art. 330 del DPR n. 495/92.

E' costituita con provvedimento del Presidente della regione, presso la UU.OO. di Medicina Legale Aziendale ed ubicata di norma nel capoluogo di provincia.

L'ambito di competenza si identifica, solitamente, con il territorio provinciale, in stretta correlazione con le articolazioni periferiche del Ministero degli Interni (Prefetture) e del Ministero dei Trasporti (Uffici Territoriali della Motorizzazione Civile) sinergicamente operanti sull'applicazione delle norme in materia di circolazione stradale.

Il responsabile dell'UOC Medicina Legale, in qualità di presidente della CML, tenendo conto di specializzazione, titoli, formazione, esperienza, attitudine al lavoro collegiale e ai rapporti con l'utenza, formula la proposta motivata di nomina dei componenti alla propria direzione strategica, che vi provvede con atto aziendale. Analogamente opera in caso di necessità di sostituzione e/o integrazione dei singoli componenti.

Operatività – Il Presidente della CML convoca la Commissione in relazione al numero e alla natura delle richieste. Per la Commissione opera un ufficio di segreteria che organizza le sedute curando, altresì, la convocazione di coloro che devono sottoporsi agli accertamenti sanitari, la raccolta e l'archiviazione della documentazione sanitaria degli esaminati, nonché gli adempimenti agli obblighi informativi e comunicativi con le istituzioni di riferimento e con gli utenti. Per l'attività di segreteria si avvale di personale in servizio presso la UOC di Medicina Legale o presso le articolazioni aziendali territoriali, in caso di espletamento dell'attività nelle sedi decentrate.

Tariffe e rendicontazione - Le tariffe per le prestazioni della Commissione Medica Locale per l'accertamento dei requisiti psicofisici per la guida dei veicoli a motore e la ripartizione delle stesse sono stabilite dal Decreto del Ministero dei trasporti 14/09/1998. La Regione provvede a fornire indicazioni in merito agli adeguamenti tariffari sulla base dell'andamento ISTAT del costo della vita.

L'entrata è contabilizzata in bilancio tra le entrate proprie.

Gli importi, introitati dalla ASST sede di Commissione, sono finalizzati per il 90% al pagamento dei componenti e per il restante 10% alle spese di funzionamento della commissione come da normativa. I componenti della Commissione medica Locale che hanno rapporto di dipendenza con l'ASST hanno diritto al pagamento solo se l'attività viene effettuata fuori orario di servizio e a condizione che non siano in situazione di debito orario. Analogo diritto al pagamento viene riconosciuto all'attività di supporto amministrativo quando effettuato fuori dall'orario di servizio.

A tutto il personale destinatario del riconoscimento economico viene richiesto un prolungamento orario, con timbratura causalizzata, proporzionale al rapporto fra gli introiti di competenza e il tempo corrispondente al compenso ricevuto in base agli importi orari riportati nella tabella 4.1.

La periodica rendicontazione è in capo al direttore dell'UOC Medicina Legale, avvalendosi del supporto del personale amministrativo della struttura, al quale viene riconosciuto diritto al pagamento in caso di attività effettuata fuori dall'orario di servizio.

E' condizione legittimante la remunerazione dell'attività l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale.

Aggiornamento e formazione - La UOC di Medicina Legale cura l'aggiornamento e la formazione dei professionisti incaricati di effettuare gli accertamenti, attraverso periodici incontri formativi e informativi, prediligendo modalità formative basate su problematiche cliniche e medico legali.

3.2.8 – Vaccinazioni in co-pagamento

Le vaccinazioni in co-pagamento per finalità di prevenzione individuale sono offerte ad un costo calmierato che è il risultato della somma tra la quota di somministrazione fissa e il costo del vaccino.

La somministrazione del vaccino può essere prestata dai dirigenti medici e personale infermieristico afferenti alle unità competenti, su opzione volontaria, fuori orario di servizio. La quota di compenso riservata ai singoli professionisti che optino per svolgere l'attività fuori orario di servizio con timbratura cusulizzata è definita a livello aziendale con riferimento agli importi definiti nella Tabella 4.2 (a) e 4.2 (b).

E' condizione legittimante la remunerazione dell'attività libero-professionale l'assenza di debito orario nello svolgimento dell'attività istituzionale.

Tale attività può, a richiesta del dirigente interessato, essere considerata attività libero-professionale intramuraria e sottoposta alla disciplina per tale attività ovvero considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate, in conformità a quanto previsto nei CCNL. In quest'ultimo caso l'importo indicato viene decurtato degli oneri previdenziali e di ogni altra imposta a carico della Azienda.

3.3 - Attività di consulenza

Per tale forma di attività si intende la consulenza richiesta all'Azienda da soggetti terzi rientrante nelle altre attività a pagamento previste dall'art. 115 comma 1 lett. d) del CCNL 19.12.2019 Area Sanità e disciplinata dall'articolo 117 "altre attività a pagamento" del citato CCNL.

Ne consegue che tale attività è riservata a coloro che prestano servizio con rapporto di lavoro esclusivo.

Trattandosi di attività svolta in nome e per conto dell'Azienda, essa è organizzata e disciplinata dall'Azienda medesima. Il rapporto convenzionale intercorre esclusivamente tra l'Azienda e l'ente convenzionato stesso.

In nessun caso, questa forma di ASI può essere esercitata a favore di strutture sanitarie private accreditate a contratto.

I dipendenti della Azienda possono essere autorizzati o incaricati allo svolgimento di attività di consulenza richieste alla azienda da soggetti terzi. Tali attività sono svolte al di fuori del debito orario previsto per le attività aziendali.

Rientrano in questo ambito:

- consulenze professionali (3.3.1 a)
- consulti (3.3.1 b)

A queste tipologie di incarichi si applicano i criteri e le salvaguardie previste dall'art. 53 del d.lgs. n.165/2001 e non devono sussistere condizioni di conflitto di interessi con il rapporto d'impiego alle dipendenze dell'Azienda, sia in forma di conflitto reale ed accertato che di conflitto meramente potenziale, in relazione alle funzioni svolte dal dipendente o, più in generale, con riferimento alle funzioni istituzionali dell'Azienda nel suo complesso.

3.3.1 (a) consulenze professionali

Rientrano in questo ambito le attività svolte al di fuori dell'orario di lavoro e dell'impegno di servizio e all'esterno delle strutture aziendali.

L'attività di consulenza viene autorizzata previa acquisizione del parere favorevole del direttore della Struttura complessa e del direttore di dipartimento di appartenenza che attesta la compatibilità dell'attività con le primarie esigenze di servizio, l'opportunità e la convenienza della stipula del rapporto convenzionale.

Qualora l'attività richiesta da terzi sia svolta in orario di servizio, l'attività è considerata istituzionale rientrante tra le entrate proprie dell'ASST ed al personale non viene riconosciuto alcun compenso economico.

L'attività di consulenza non deve in alcun caso essere in contrasto con i fini istituzionali dell'Azienda, né contrastare, anche in via potenziale, con gli interessi della stessa.

Possono espletarsi, eventualmente ove necessario, anche con il supporto di una équipe di professionisti

necessari alla esecuzione delle prestazioni.

Il dipendente incaricato dalla ASST di erogare le prestazioni rilascia specifica dichiarazione relativa alla eventuale condizione di conflitto di interesse così come sopra definito e di assenza di ogni altra condizione di incompatibilità.

Di norma deve essere garantito il rispetto dei principi di fungibilità e di rotazione di tutto il personale disponibile ad erogare le prestazioni (art. 5 comma 3 D.M. 31 luglio 1997 - Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N.; art. 117 comma 8 lettera e) del CCNL 19.12.2019 Area sanità), compatibilmente con le esigenze di servizio e l'articolazione oraria, senza precludere il soddisfacimento in via prioritaria delle necessità istituzionali, senza aggravio delle liste di attesa e garantendo i volumi prestazionali aziendali.

Le modalità di erogazione delle prestazioni in consulenza sono definite mediante apposita convenzione tra il committente e l'ASST che attesti che la attività non è in contrasto con gli interessi della ASST oppure con le finalità ed i compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale e non determini una condizione di conflitto di interesse anche potenziale. Nella convenzione sono inoltre disciplinati:

- (a) i limiti orari minimi e massimi dell'impegno, i quali devono essere compatibili con l'articolazione dell'orario di lavoro;
- (b) la natura della prestazione, che non può configurare un rapporto di lavoro subordinato e deve essere a carattere occasionale;
- (c) il corrispettivo complessivo (comprensivo del compenso riservato al professionista e di ogni eventuale rimborso delle spese a suo carico, dei costi e competenze a favore della Azienda), e le modalità di svolgimento delle prestazioni che, di norma, non prevedono utilizzo di strutture e attrezzature aziendali;
- (d) il compenso del professionista viene definito dallo stesso in accordo con l'Azienda, gli importi riferiti agli oneri a proprio carico e all'eventuale utilizzo di strutture e attrezzature aziendali sono definiti dalla Azienda.

Qualora l'attività consulenziale richiesta abbia carattere occasionale, non si darà luogo a stipula di una convenzione, ma si procederà con autorizzazione all'incarico da parte della Direzione medica, verificati i presupposti per la concessione della stessa.

Ai soggetti terzi titolari della convenzione l'Azienda fatturerà, oltre agli importi riferiti ai compensi previsti per il professionista, gli oneri a carico della azienda derivanti da costi diretti e indiretti generati della attività anche per eventuale utilizzo di risorse o attrezzature aziendali, da IRAP e/o oneri previdenziali a suo carico quantificati nella quota prevista dalle normative vigenti e i propri costi di gestione del contratto in quota corrispondente al 3% sul totale dell'importo contrattualizzato; il corrispettivo previsto a favore dei dipendenti per le attività viene corrisposto dal contraente all'Azienda che provvederà a trattenere la quota del 5% prevista a suo favore dal CCNL per tali forme di consulenza e la quota del 5% prevista all'art. 1 comma c della L. 120 del 3 agosto 2007 come modificata dalla L. 189 dell'8 novembre 2012;

RIBR verifica con il contraente esterno le condizioni contrattuali, predispone il testo di provvedimento ed il contratto da proporsi per la sottoscrizione da parte dei legali rappresentanti degli enti.

Il titolare della convenzione provvede a trasmettere con cadenza di norma mensile a RIBR la rendicontazione delle prestazioni effettuate per consentirne la corretta fatturazione e la eventuale verifica su tempi e modi di erogazione oltre che la non interferenza con gli impegni presso la ASST; la corresponsione delle somme di competenza del professionista viene autorizzata successivamente alla verifica da parte della PFC e controllo dell'effettiva disponibilità delle somme versate dal contraente.

Si individua quale limite massimo cumulativo individuale autorizzabile nell'arco dell'anno per attività di consulenza che prevedono prestazioni sanitarie quello di 30 giornate lavorative

Le somme eventualmente corrisposte in eccesso non sono autorizzate; analogamente a quanto previsto per i compensi ricevuti per attività non autorizzate ai sensi del comma 7 dell'art. 53 d.Lgs.165/2001, tali somme introitate dalla Azienda sono assegnate in incremento del fondo di risultato aziendale per l'anno successivo.

È possibile altresì espletare, mediante stipula di apposita convenzione con l'indicazione nominativa del professionista, l'attività di medico competente (nell'ambito delle attività previste dall'art. 39, comma 2, del d.lgs. n. 81/2008), l'attività di sorveglianza fisica della radioprotezione per mezzo di esperti di radioprotezione e la sorveglianza sanitaria dei lavoratori radioesposti per mezzo del medico autorizzato

(nell'ambito delle attività previste dagli artt. 128 e 134 del d.lgs. n. 101/2020). Tale attività può essere richiesta all'Azienda da datori di lavoro pubblici o privati ed esercitata dai dirigenti a rapporto esclusivo che risultino regolarmente iscritti nei rispettivi elenchi nazionali:

- elenco dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro
- elenco degli esperti di radioprotezione fisica
- elenco dei medici autorizzati.

3.3.1 (b) Consulti e perizie medico-legali

I consulti sono una tipologia di consulenza a carattere occasionale fatta a favore di un singolo paziente.

Per consulto si intende l'espressione di un secondo parere medico in ordine ad un quesito diagnostico o ad un indirizzo terapeutico relativo ad uno specifico caso clinico.

Il consulto è ammesso esclusivamente nella disciplina di appartenenza e deve essere in ogni caso effettuato al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Può essere svolto al domicilio del paziente, oltre che presso una struttura del SSN ed in una struttura privata non accreditata con il SSN in cui il paziente è ospitato.

Per il suo espletamento si rinvia a quanto disciplinato per le prestazioni a domicilio dal presente Regolamento (art. 3.1.1).

Rientra nell'attività disciplinata dal presente articolo anche la produzione di perizie medico-legali e certificazioni tecniche di parte (CTP). Tali attività sono prestate nella disciplina di appartenenza, fuori dall'orario di servizio e senza arrecare pregiudizio alla normale attività di istituto.

L'importo di ciascuna relazione medico-legale sarà determinato dal medico a seconda della complessità del caso esaminato. Secondo la vigente normativa fiscale, le perizie medico-legali sono soggette ad IVA.

3.4 - Area a Pagamento (AP)

Per attività in AP si intendono le prestazioni richieste dall'Azienda ai propri dirigenti sanitari ad integrazione dell'attività erogata con oneri a carico del SSN per garantire prestazioni aggiuntive al fine di ridurre le liste di attesa o fronteggiare eventuali carenze di organico. Si tratta di una modalità di attivazione di servizi straordinaria, motivata da esigenze non derogabili di controllo delle liste di attesa e da utilizzarsi per periodi predefiniti e limitati con motivato provvedimento della Direzione aziendale.

L'Azienda provvede ad erogare le prestazioni avvalendosi di professionisti della specifica specialità richiesta, che effettuano le prestazioni in orario aggiuntivo al normale debito orario in regime di timbratura mediante l'utilizzo di apposito codice di causalizzazione, con i compensi definiti, per la dirigenza, all'art. 24 comma 6 del CCNL 19.12.2019 Area sanità, e riportati nella tabella 4.1.

Programmazione – I volumi massimi di attività da svolgersi eventualmente in AP sono approvati annualmente dalla Direzione Aziendale nell'ambito dei negoziati di budget che costituiscono il "Piano Aziendale Operativo delle Attività" per le diverse strutture aziendali ove si verificano le condizioni previste a presupposto di tali attività dalle normative vigenti. Nel corso dell'anno di competenza la DM, in collaborazione con il CdG e PFC, elabora ed attiva le applicazioni specifiche tenendo conto delle necessità connesse al governo dei tempi di attesa per le attività disponendo la attivazione delle agende di prestazioni da gestire in AP.

Sedi – Viene svolta negli spazi aziendali o comunque resi disponibili dall'Azienda al fine di gestire le prestazioni ambulatoriali che presentino tempi di attesa superiori a quelli massimi indicati dalla Regione.

Orari – Le fasce orarie entro cui svolgere le prestazioni in regime di AP sono concordate tra l'Azienda e la Struttura coinvolta e, in ogni caso, aggiuntive rispetto a quelle già utilizzate per lo svolgimento delle altre attività istituzionali.

Modalità di adesione – Nell'ambito delle strutture autorizzate in seguito alla negoziazione diretta, può partecipare alle attività svolte in regime di Area a pagamento, su base volontaria, il personale dipendente

con rapporto di lavoro a tempo pieno:

- a) della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria non medica con rapporto di lavoro esclusivo;
- b) sanitario del comparto che svolge funzioni di supporto all'attività, contribuendovi direttamente;
- c) amministrativo e tecnico del comparto che svolge ulteriori funzioni di supporto all'attività.

Il personale medico specialista ambulatoriale può partecipare, ai sensi dell'art 39 dell'ACN 17 dicembre 2015, all'attività in regime di Area a pagamento qualora, oltre a ricorrere le condizioni precedentemente richiamate, nell'ambito della struttura autorizzata non siano presenti, del tutto o in misura sufficiente, dirigenti in regime di esclusività disposti a prendervi parte su base volontaria. A tale personale si applica il medesimo trattamento economico orario previsto per i dirigenti medici dell'ASST.

L'adesione del dipendente a svolgere la propria attività lavorativa in regime di AP è personale. L'adesione, che costituisce il presupposto per accedere ad altri istituti dell'attività aziendale remunerati oltre il debito orario, può essere presentata in qualunque momento al Direttore di Struttura, il quale – ad ogni variazione nelle adesioni - dovrà trasmettere a DM e RIBR l'elenco aggiornato del personale disponibile all'esecuzione dell'attività.

Il personale che partecipa al progetto di rientro dei tempi di attesa eseguendo prestazioni in AP non deve essere, nell'arco semestrale, in debito orario.

Nel caso in cui le adesioni espresse dal personale appartenente ad un'Unità Strutturale fossero insufficienti per garantire l'incremento dell'attività concordato, è possibile ricorrere, nell'ordine, al personale di altre Unità dello stesso Dipartimento ed eventualmente, in subordine, al personale di Unità di altri Dipartimenti, previa verifica, da parte dei singoli responsabili dei gruppi professionali delle strutture erogatrici, dei requisiti professionali posseduti dal personale. Spetta altresì al singolo Responsabile di unità la gestione e l'organizzazione, anche sotto il profilo orario dell'attività, di concerto con i responsabili dei gruppi professionali.

La revoca dell'adesione a svolgere attività in area a pagamento, dovrà pervenire in forma scritta a DM e RIBR con un preavviso di almeno 30 giorni e decorrerà dall'inizio del trimestre successivo, salvo diverso parere del Direttore di Struttura o del Direttore della DPSS.

Compensi e tariffe – Le prestazioni sono erogate nell'ambito dei compiti di istituto dell'Azienda a favore degli utenti del SSN con le corrispondenti tariffe.

I compensi previsti per le prestazioni aggiuntive erogate in regime di AP saranno liquidati al personale che ha effettivamente prestatato le attività aggiuntive autorizzate. Le prestazioni erogate vengono verificate a consuntivo con cadenza quadrimestrale e le somme da erogarsi ai dipendenti che ne hanno titolo sono liquidate entro il secondo mese successivo. Nell'ambito della verifica di ciascun quadrimestre sono liquidabili al solo personale che ha partecipato alle attività programmate come AP – e con le tariffe di AP- esclusivamente le ore effettivamente prestate in eccesso al debito orario, ove possibile in regime di timbratura mediante l'utilizzo di apposito codice di causalizzazione per il quadrimestre di riferimento senza possibilità di cumulo/recupero rispetto ai periodi precedenti e successivi.

Lo svolgimento di attività in regime di AP al di fuori dell'orario di servizio comporta una remunerazione aggiuntiva delle risorse umane coinvolte in tale attività. Tale remunerazione (indicata nella Tabella 4.1) è determinata come segue:

- personale della dirigenza: tariffa oraria lorda prevista dall'art. 24, comma 6 del CCNL 19.12.2019 Area sanità
- personale del comparto: tariffa oraria lorda in base alla qualifica ed alla tipologia di complessità prestazionale.

La remunerazione per l'attività in regime di Area a pagamento avviene, per le diverse categorie professionali coinvolte, unicamente sulla base dei compensi stabiliti e delle ore effettivamente dedicate all'attività stessa nel rispetto dei volumi di produzione oraria concordati per i diversi tipi di prestazione attraverso i progetti autorizzati; non sono pertanto contemplati compensi aggiuntivi né in caso di superamento dell'orario concordato per l'esecuzione delle prestazioni, né in caso di superamento dei volumi di produzione oraria pattuiti.

3.5 - Rispetto della normativa sull'orario di lavoro

Considerato il fondamentale obiettivo di consentire il pieno reintegro delle energie psico-fisiche, il dirigente si attiene alle previsioni normative in materia di orario di lavoro contemplate dal D. Lgs. nn. 66/2003.

Durante la fruizione delle 11 ore di riposo giornaliero, le ore dedicate allo svolgimento della libera professione intramuraria, ivi incluse le prestazioni aggiuntive di cui al comma 2 dell'art. 115 del CCNL 19.12.2019 Area sanità, non potranno comunque superare la misura di 3 ore, purchè siano garantite almeno 8 ore continuative di riposo necessarie per il recupero psico-fisico.

3.6 – Prestazioni escluse

Non sono erogabili le prestazioni che - per condizioni oggettive, strutturali o per l'organizzazione del supporto necessario - risultino economicamente negative per l'ASST o che, in base a valutazioni della Direzione aziendale, si pongano in contrasto o in concorrenza agli interessi dell'ASST.

Nei casi e secondo la tempistica prevista dalla legge, sono altresì escluse le prestazioni di emergenza-urgenza, ivi comprese quelle erogate in regime di ricovero nei reparti o servizi di: Pronto Soccorso, Rianimazione, Terapia Intensiva, TSO, Serd, Dialisi, attività certificatoria esclusivamente attribuita al SSN e ogni attività riservata in via esclusiva al SSN, prestazioni Legge 194/78, prestazioni non erogate dall'Azienda in regime istituzionale.

Non rientrano fra le attività libero professionali e non sono pertanto disciplinate dal presente Regolamento, ancorché comportino la corresponsione di emolumenti o indennità, le seguenti attività:

- a) attività didattiche, in via esemplificativa: docenza in corsi di formazione, per diplomi universitari e scuole di specializzazione, ecc;
- b) collaborazioni editoriali;
- c) partecipazione a commissioni di concorso o altre commissioni presso enti pubblici e ministeri;
- d) relazioni a convegni e pubblicazioni dei relativi interventi;
- e) partecipazioni a comitati scientifici;
- f) partecipazioni ad organismi istituzionali della propria categoria professionale o sindacale non in veste di dirigente sindacale;
- g) attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o con rimborso delle spese sostenute, a favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, organizzazioni, e associazioni di volontariato o altre organizzazioni senza fine di lucro, previa comunicazione all'azienda della dichiarazione da parte dell'organizzazione interessata della totale gratuità delle prestazioni;
- h) attività richiesta dagli organi giudiziari ai singoli professionisti (CTU).

Tutte le predette attività, ancorché a titolo gratuito, quando non contrastino con le esigenze di servizio, con il buon nome aziendale o non configurino conflitto d'interesse, possono essere svolte solo previa autorizzazione o comunicazione e al riguardo si rinvia all'apposita regolamentazione aziendale in materia (attività extraistituzionali di cui all'art. 53 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i).

Le attività normate dal presente regolamento non devono interferire con la programmazione delle attività istituzionali (turnistica mensile) con la quale devono essere compatibili e nello specifico non sono consentite in concomitanza di:

- a) turni di guardia e turni di pronta disponibilità;
- b) malattia, infortunio;
- c) astensioni obbligatorie e facoltative dal servizio per gravidanza e maternità/paternità;
- d) astensioni dal servizio per congedi parentali;
- e) assenza per l'intera giornata per aggiornamento professionale;
- f) aspettative a vario titolo;

- g) permessi retribuiti che interessano l'intero arco di durata della giornata (es. permessi per particolari motivi personale o familiari, permessi sindacali, permessi ex L. 104/92);
- h) nelle giornate di riduzione oraria giornaliera ex L. 104/92
- i) ferie;
- j) congedo per rischio radiologico o anestesiologicalo;
- k) adesione allo sciopero, per orari coincidenti con quelli di astensione dal lavoro;
- l) articolazioni flessibili dell'orario di servizio con regime di impegno ridotto (Dirigenza) e a tempo parziale (Comparto)
- m) distacco sindacale al 100%;
- n) sospensioni dal servizio per applicazione di sanzione disciplinare e/o in stato di sospensione cautelare dal servizio.

Qualora l'attività libero-professionale risulti prestata in una delle condizioni ostantive elencate, il relativo compenso sarà trattenuto dall'ASST, che valuterà, altresì, in relazione all'inadempienza rilevata, l'adozione di eventuali ulteriori provvedimenti.

4 – Vincoli normativi e tutela assicurativa

4.1 - Rapporto tra attività istituzionali e libero-professionale

Nella contrattazione annuale di budget con i dirigenti Responsabili delle équipes (CdR), vengono definiti i volumi di attività istituzionale che devono essere assicurati, in relazione alle risorse assegnate e i tempi medi di attesa delle prestazioni erogate. Il rispetto di tali volumi è condizione necessaria per la autorizzazione a svolgere tutte le forme di erogazione di prestazioni normate nel presente regolamento.

Il volume di prestazioni prodotte in LPs, cumulativamente dai membri delle équipes, non può mai superare il volume prodotto in regime ordinario.

Le prestazioni erogabili sono di norma le stesse erogate in ambito aziendale per l'attività istituzionale. Nel rispetto dei fondamentali principi di deontologia professionale, etici e scientifici, l'Azienda, attraverso l'organo tecnico competente, determina i criteri per autorizzare eventualmente l'erogazione in regime libero-professionale di prestazioni non comprese tra quelle ordinariamente svolte a livello aziendale (prestazioni in deroga).

4.2 - Contabilità separata

L'Azienda provvede alla tenuta di una contabilità separata per la rilevazione dei costi e dei ricavi connessi alla gestione delle camere a pagamento (art. 3, comma 6 e 7, della Legge n. 724/94) e per la gestione di progetti finalizzati ad assicurare l'attività libero professionale (art. 15-septies dlgs n.502/92) nonché delle attività svolte il SLVa che danno luogo a compensi assimilati al regime libero professionale e ad altri istituti contrattuali ad esso collegati.

La specifica contabilità non può presentare a fine esercizio disavanzo.

La rendicontazione annuale dei ricavi, dei costi e del risultato dell'attività libero-professionale costituisce parte integrante della relazione del Direttore Generale da trasmettere a corredo del bilancio.

4.3 - Vincoli per il rispetto di istituti normativi e contrattuali

L'Azienda espleta in modo coordinato verifiche periodiche di norma semestrali sull'attività erogata nei vari regimi prestazionali, utilizzando appositi report forniti da Sistemi informativi, Controllo di Gestione, Direzione medica e Direzione delle Professioni Sanitarie.

La valutazione di eventuali scostamenti, rispetto alla programmazione fissata o altre anomalie rilevate, viene sottoposta all'organo tecnico competente che assume le decisioni di merito.

L'esercizio dell'attività libero professionale non dovrà comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda. Nel caso in cui la contabilità separata presenti un disavanzo, il Direttore Generale, previa valutazione dell'organo tecnico competente, assume tutti i provvedimenti necessari a partire dall'adeguamento delle tariffe, dall'aumento della quota riservata all'amministrazione e fino all'eventuale sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione.

4.4 - Tutele assicurative

Il personale autorizzato all'esercizio della attività in regime libero professionale resa all'interno dell'ASST o all'esterno per effetto di convenzioni sottoscritte dalla Azienda, risponde ad ogni effetto delle prestazioni professionali erogate. Ai sensi delle vigenti norme contrattuali, l'Azienda stipula polizze assicurative aziendali per la copertura della responsabilità civile verso terzi (R.C.T.) riguardante i casi di danni materiali arrecati a terzi dai professionisti dipendenti nello svolgimento delle loro attività. Tale copertura si estende

anche all'attività resa in regime di LPI purché erogata nel rispetto delle condizioni di cui al presente atto, fatte salve le ipotesi di dolo o colpa grave. La responsabilità civile verso terzi nell'ipotesi di colpa grave può essere coperta mediante specifica polizza stipulata dai singoli sanitari.

Le ASI rientrano a pieno titolo nella copertura dell'Azienda per responsabilità civile professionale e personale.

Per i dirigenti sanitari che operano in regime di LPs non è prevista la copertura INAIL contro il rischio infortuni, né è prevista una specifica polizza assicurativa a carico dell'Azienda. I predetti rischi sono tutelabili esclusivamente mediante polizze infortuni individuali attivate a discrezione dai medesimi sanitari.

La copertura assicurativa dell'Azienda per responsabilità civile si estende anche al personale dell'Area Comparto che svolge attività di supporto ovvero di collaborazione all'attività libero professionale intramuraria. Tale personale è assicurato anche presso l'INAIL.

E' esclusa ogni altra garanzia assicurativa con oneri a carico della Azienda.

4.5 - Trattamento dei dati personali dei dipendenti e dell'utenza

Tutti i dati personali inerenti l'esercizio della libera professione formano oggetto di trattamento per le funzioni organizzative, di verifica e di controllo proprie dei diversi Uffici ed organismi aziendali competenti in materia, limitatamente a quanto è di stretta competenza degli stessi e nel pieno rispetto della dovuta riservatezza.

I predetti dati potranno essere comunicati, per quanto di competenza, agli organismi di verifica e controllo aziendali di cui al presente Regolamento o ad altri organismi o organi esterni competenti in materia.

Al fine di promuovere la maggiore informazione sulla offerta di attività in LPs, l'Azienda procede alla diffusione che ritiene più idonea ed opportuna (presso il CUPS e sul sito internet aziendale), dei seguenti dati:

- a) nome e cognome dei professionisti
- b) unità strutturale di appartenenza,
- c) disciplina specialistica,
- d) prestazioni,
- e) tariffe.

Rientrano nei dati personali soggetti a trattamento interno all'Azienda e sottoposti ai criteri di riservatezza, fatti salvi gli obblighi di trasparenza definito dalla normativa, anche le somme percepite a diverso titolo nell'ambito della attività libero professionale.

L'Azienda risponde del trattamento dei dati personali gestiti dalle Strutture competenti e nomina collaboratori incaricati a compiere operazioni di trattamento dei dati per conto dell'Azienda, in virtù di qualsiasi tipologia di rapporto, ciascuno con riferimento alle funzioni e ai compiti specificamente attribuiti.

In relazione ai dati personali l'Azienda predispone e fornisce anche attraverso supporto informatico a tutti i professionisti e ai dirigenti erogatori, in modo riservato, ovvero ai responsabili (o ai coordinatori) delle équipes tenuti alla medesima riservatezza verso i singoli collaboratori, una specifica reportistica relativa ai loro compensi dell'attività libero-professionale erogata.

Il trattamento dei dati personali degli utenti delle ASI è assicurato dall'Azienda con le stesse modalità in uso per quelli dei cittadini che fruiscono del SSN.

5 - Referenti di funzioni aziendali

5.1 - Direttore Generale (DG)

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario e dal Direttore Amministrativo per le rispettive competenze, è l'organo di governo delle attività di cui al presente regolamento e, sentito il Collegio di Direzione ovvero la Commissione paritetica,

- a) adotta il "Regolamento per la gestione delle ASI";
- b) espleta le funzioni autorizzative e di vigilanza di cui al presente regolamento, direttamente o avvalendosi delle strutture aziendali preposte;
- c) approva periodicamente il "Tariffario aziendale delle prestazioni";
- d) autorizza l'esercizio della LPs in deroga;
- e) revoca le autorizzazioni o sospende le attività in presenza di condizioni di violazioni del regolamento Aziendale o di carenza, anche intervenuta nel corso dell'esercizio, dei presupposti previsti dalla normativa (squilibrio costi rispetto ai ricavi, mancato rispetto dei volumi programmati nel piano aziendale ecc.).

5.2 - Collegio di Direzione (in breve CdD)

Il Collegio di Direzione nell'ambito delle proprie funzioni di supporto alla Direzione aziendale partecipa anche alle attività di indirizzo e programmazione strategica delle ASI ed alla definizione del loro rapporto quantitativo con le altre attività che l'Azienda eroga per compito di istituto.

Il Collegio di Direzione svolge inoltre le funzioni riservate dalla normativa vigente alla "Commissione di garanzia", in particolare:

- a) definisce i criteri in merito all'esercizio della LPs "in deroga" e fornisce al DG il proprio parere rispetto alle specifiche richieste in deroga;
- b) esprime parere in merito all'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni per l'esercizio delle ASI;
- c) esprime parere in merito alla pubblicità ed informazione relativamente ai piani aziendali concernenti, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionali comprese le attività sanitarie integrative.

5.3 – Direzione Medica (DM) e Direzione Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS)

La DM sovrintende all'organizzazione e programmazione di quanto necessario all'espletamento delle prestazioni sanitarie erogabili in ASI, nel rispetto della normativa e degli indirizzi aziendali.

La DM gestisce in via ordinaria l'istruttoria autorizzativa per le richieste di attivazione o rinnovo all'esercizio della LPI acquisendo il parere di merito professionale e tecnico da parte dei competenti Direttori di Struttura complessa o dipartimento e formulando la proposta di provvedimento di competenza del Direttore generale; nei casi che prevedono richieste in deroga rispetto alla disciplina del settore di assegnazione del professionista o che si configurano con problemi o criticità particolari trasferisce la competenza di vaglio per la formulazione della proposta finale al Collegio di Direzione.

La DM provvede a redigere una relazione annuale che sintetizzi quanto emerge nel corso delle rilevazioni trimestrali nazionali cui è tenuta l'ASST (flusso MTA e ALPI)

DM e DPSS provvedono congiuntamente a organizzare e garantire le funzioni di supporto e collaborazione alle ASI.

DM e DPSS nell'ambito dell'ordinaria attività di controllo della organizzazione e degli orari di lavoro svolgono attività di sorveglianza e controllo sullo svolgimento delle ASI verificando la corrispondenza di

modi e nei luoghi autorizzati, il rispetto delle prescrizioni e dei protocolli operativi. L'esito dei predetti controlli deve essere trasmesso alla Direzione Aziendale e al PGRU per i seguiti di competenza.

5.4 – Organismo di promozione e verifica: Commissione Paritetica ASI

Il Direttore Generale nomina la Commissione Paritetica ASI, quale organismo di promozione, verifica e garanzia della libera professione, costituito ai sensi dell'art. 15 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dell'art. 5, comma 2, lettera h) del DPCM Sanità del 27/03/2000, ed in conformità a quanto previsto dall'art. 114, comma 5, del CCNL 19/12/2019 Area della sanità (che prevede la creazione di appositi organismi di verifica), nonché in ottemperanza della Legge n. 120/2007, quale osservatorio a composizione paritetica, costituito da componenti designati in rappresentanza dell'Azienda e componenti designati dalle Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica e sanitaria, con atto congiunto da inoltrarsi al Direttore Generale. La designazione dei componenti risulterà da apposito atto aziendale. La Commissione Paritetica ha funzioni propositive e di verifica del regolare svolgimento dell'attività Libero Professionale Intramuraria.

I compiti della Commissione Paritetica sono:

- vigilare sull'andamento dell'attività libero professionale con relazioni di norma annuali, da inviare al Direttore Generale;
- dirimere eventuali questioni circa l'interpretazione del regolamento, nonché le vertenze che possono insorgere da parte di singoli dirigenti sanitari per tutte le questioni inerenti l'esercizio dell'ASI;
- formulare proposte di nuove procedure organizzative o di eventuali modifiche ed integrazioni del regolamento.

Per lo svolgimento di tali attività la Commissione si avvale delle risultanze istruttorie degli uffici in materia.

La Commissione Paritetica si riunisce di norma almeno due volte all'anno ed è composta da:

- il Direttore della UOC RIBR o suo delegato, con funzioni di Presidente;
- il Direttore della Direzione Medica o suo delegato;
- il Direttore della DPSS o suo delegato
- un rappresentante della UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane (PGRU)
- 4 rappresentanti designati dalle Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica e sanitaria

5.5 - Centro Unico Prenotazione e Servizi (CUPS)

La Struttura CUPS provvede a:

1. gestire le procedure organizzative e amministrative relative alla LP e SLVa;
2. gestire il sistema di agende di prenotazione centralizzato;
3. gestire la fatturazione delle prestazioni all'utenza sanitaria;
4. gestire la riscossione delle tariffe.

5.6 - UOC Information and Communication Technology (ICT)

La Struttura ICT provvede a:

- garantire gli strumenti informatici necessari al governo delle attività in ASI ivi comprese l'accesso condiviso ai database centralizzati, le condizioni di gestione centralizzate di prenotazione e rendicontazione delle prestazioni negli spazi aziendali e l'accessibilità per quelli esterni, le condizioni di utilizzo di sistemi di pagamento tracciabili;
- a trasferire sui sistemi informatici aziendali gli aggiornamenti riferiti alla codifica delle prestazioni e le relative tariffe previste dai provvedimenti aziendali.

5.7 - UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane (PGRU)

La Struttura PGRU provvede a:

1. Fornire e mantenere aggiornati i dati riferiti al personale operante nell'azienda necessari alla gestione di programmazione e rendicontazione delle attività in ASI.
2. Gestire le procedure connesse alla opzione del personale della dirigenza sanitaria riferite alla adesione individuale o meno al regime di esclusività.
3. Gestire le causali di registrazione di presenza in servizio all'interno o all'esterno del debito orario in relazione alle indicazioni ricevute dalle rendicontazioni di competenza di DM, DPSS, Dipartimento amministrativo.
4. Dare seguito alle disposizione dei pagamenti conseguenti alle attività svolte in ASI ricevute da RIBR.
5. Controllare che l'attività libero professionale sia svolta fuori dall'orario di lavoro e fuori da periodi che inibiscono la normale attività lavorativa (controllo a campione).

5.8 - UOC Ricerca Innovazione e Brand Reputation (RIBR)

La UOC RIBR provvede a:

1. Coordinare la gestione e l'organizzazione dei settori che per i vari ambiti di competenza presidiano le attività collegate (la UOC PFC, CUPS, DMP e DPSS, PGRU, ICT).
2. Predisporre i preventivi da esporre all'utenza sulla base dei tariffari aziendali e della documentazione proposte dai professionisti per le prestazioni.
3. Gestire preliminarmente e rendicontare le attività in SLVa derivate da convenzione, coordinare la gestione dalla contabilità separata del budget generato dalle attività in ASI.
4. Redigere i contratti previsti per le prestazioni da erogarsi a terzi gestendo le condizioni di eventuale politiche di sconti da motivarsi sulla base di predefiniti volumi di attività significativi, erogazioni di prestazioni organizzativamente strutturate con riduzione degli oneri per l'Azienda (es. prelievi cumulativi, pre-lavorazione dei campioni, trasporto ecc.).
5. Coordinare la gestione delle convenzioni con organizzazioni collettive (es. assicurazioni o fondi integrativi) o aziende sanitarie che si rivolgono all'ASST per ottenere prestazioni con oneri a proprio carico.
6. Fornire gli elementi contabili preliminari alla liquidazione ai dipendenti dei compensi derivanti dalle ASI tenuto conto dei ricavi e dei piani esecutivi vigenti fornendo le disposizioni dei pagamenti conseguenti alle attività svolte in ASI alle UOC PFC e PGRU.
7. Predisporre l'invio ai professionisti dei riepiloghi mensili dell'attività svolta, distinta per tipologia;
8. Produrre i report di sintesi delle attività monitorate riferite ai ricavi e costi generati e fornire i dati di propria competenza necessari alla redazione della contabilità separata nell'ambito del bilancio aziendale previsto dalla normativa di competenza della UOC PFC.
9. Redigere la rendicontazione annuale dei ricavi, dei costi e del risultato dell'attività libero-professionale che dovrà costituire parte integrante della relazione del Direttore Generale da trasmettere a corredo del bilancio.

5.9 - UOC Programmazione Finanza e Controllo (PFC)

La UOC PFC provvede con le sue diverse strutture organizzative interne a:

- fornire e validare i dati relativi ai costi aziendali (controllo di gestione) e alle tariffe
- emettere delle fatturazioni per le prestazioni erogate

- provvede alle scritture contabili riferite alla attività svolte ivi compresa la contabilità separata prevista dalla normativa.

5.10 - UOS Comunicazione e relazioni esterne

L'UOS Comunicazione e relazioni esterne provvede a:

- aggiornare le sezioni relative alla LP sul sito aziendale.

6 - Calcolo delle tariffe e delle competenze

6.1 - Concetti generali

Si richiama preliminarmente il principio che tutte le attività sanitarie integrative delle prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, con oneri a carico dei soggetti che tali prestazioni richiedano, dovranno trovare remunerazione con tariffe che coprano tutti i costi, senza oneri negativi quindi per il bilancio aziendale e prevedendo opportune quote di margine operativo di autofinanziamento aziendale.

Pertanto i criteri generali e parametri di riferimento saranno:

- (a) le valorizzazioni periodicamente stimate del Controllo di gestione per quanto riguarda i costi per la produzione dei servizi comprese le percentuali di incremento attribuite ai costi indiretti non calcolati analiticamente tra le voci di costo;
- (b) le valorizzazioni riferite alle competenze riservate all'Azienda per l'uso di spazi e attrezzature rese disponibili in termini assoluti e di margine operativo percentuale;
- (c) le quote percentuali riservate ai fondi perequativi della dirigenza sanitaria ed eventualmente di quella non sanitaria e del comparto da applicarsi in detrazione ai compensi previsti per le rispettive categorie;
- (d) le quote percentuali riferite agli oneri riflessi derivanti dai compensi erogati al personale del comparto o della dirigenza che opera non in regime libero professionale;
- (e) le quote percentuali riferite all' IRAP da applicarsi a tutti i compensi erogati;
- (f) ogni altro onere derivante da normative vigenti al momento della erogazione dei compensi;
- (g) il "compenso orario SLVa" o "compenso a prestazione SLVa" previsto per i professionisti che erogano la prestazione professionale in regime di solvenza aziendale e per il personale di supporto diretto eventualmente necessario (équipe medica);
- (h) il "compenso orario attività AP" previsto per i professionisti che erogano la prestazione professionale in regime di AP e per il personale di supporto diretto eventualmente necessario (altre professioni sanitarie);
- (i) il compenso professionale richiesto dal professionista per sé ed eventualmente per l'équipe coinvolta nella attività di LPs;
- (j) il tempo convenzionale da scorporare dal monte orario timbrato in regime di apposita timbratura
- (k) Quota % riservata alla Azienda che ricomprende la quota percentuale prevista all'art. 1 comma c della L. 120 del 3 agosto 2007, come modificata dalla L. 189 dell'8 novembre 2012.

La quota di tariffa che per le prestazioni ambulatoriali individua l'importo di competenza aziendale viene definita (di norma con periodicità annuale) con provvedimento della Direzione Aziendale nell'ambito del tariffario aziendale per le prestazioni in solvenza; la quota aziendale è uguale alla tariffa definita per i solventi, detratti il compenso del professionista ed eventualmente il compenso del personale sanitario di supporto coinvolto nella erogazione della prestazione, e comprende i costi aziendali per personale delle altre professioni sanitarie, ammortamento spazi e attrezzature generiche e specifiche della prestazione, servizi di prenotazione e gestione delle agende, gestione amministrativa, altri costi indiretti e margine operativo aziendale.

6.2 - Fondo di perequazione dirigenza sanitaria

Ai fini della costituzione dei fondi aziendali da destinare alla "perequazione per le discipline mediche e veterinarie che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria" e per la dirigenza sanitaria non medica si individua per l'accantonamento una quota pari al 5% della massa di tutti i proventi dell'attività LPs individuale e d'équipe svolta in ambito aziendale al netto delle quote a favore della

Azienda. Tale accantonamento non si applica ai compensi erogati per altre forme di assegnazioni di compenso diverse dalla LPs (consulenze, SLVa, AP ecc.).

Dalla ripartizione del Fondo non può derivare agli aventi diritto un beneficio economico superiore a quello medio percepito dai dirigenti che espletano l'attività libero professionale.

Le modalità di distribuzione di detti fondi agli aventi diritto sono definite in ambito di contrattazione integrativa aziendale.

6.3 - Fondo di perequazione personale di supporto

Analogamente a quanto previsto per la dirigenza sanitaria si determina la costituzione di un fondo destinato alla perequazione del personale di comparto che abbia una limitata possibilità di partecipazione alle attività collegate alle ASI e si individua per l'accantonamento una quota pari al 5% della massa di tutti i proventi erogati al personale di supporto che ha partecipato alle attività in regime di LPI, LPs e SLVa al di fuori del debito orario.

6.4 – Incentivi economici da attribuire al personale dirigenziale degli altri ruoli che, con la propria attività, rende possibile l'organizzazione per l'esercizio della libera professione intramuraria

Ai sensi dell'art. 116, comma 3, del CCNL 19/12/2019 Area sanità, viene attribuito l'8% della quota Azienda (quota aziendale a copertura dei costi diretti e indiretti) - sino ad un massimo di 100.000 euro, al lordo degli oneri aziendali (IRAP, INPS e INAIL) - alla costituzione del fondo per gli incentivi economici da distribuire al personale dirigenziale a tempo pieno dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale in servizio in Azienda.

Annualmente, sulla base del consuntivo dell'anno precedente, è stimata la percentuale adeguata per l'incentivo alla Dirigenza ATP rispetto ai criteri sopra richiamati, tenuto conto del numero degli dirigenti e dell'importo medio percepito dai professionisti che effettivamente espletano attività LPs.

Dalla ripartizione del Fondo non può derivare agli aventi diritto un beneficio economico superiore a quello medio attribuito al personale sanitario avente diritto alla perequazione di cui all'art. 5, comma 2, lett. e) del DPCM 27/3/2000.

Le modalità di distribuzione di detti incentivi agli aventi diritto sono definite in ambito di contrattazione integrativa aziendale.

6.2 - Procedure di calcolo delle tariffe

Tabella 1.A Calcolo tariffa attività in LPs ambulatoriale			
La tariffa esposta dalla Azienda al cliente deriva dalla Sommatoria delle seguenti voci:			
Voce	Tipologia di onere	Titolare	Prima applicaz.
1	<p>Cumulo dei costi aziendali riferiti alla prestazione escluse le competenze previste per il professionista. (Comprende: Canone utilizzo di spazi specificamente dedicati alla attività, Canone utilizzo e ammortamento di attrezzature diagnostiche, Costi gestione servizi di prenotazione / accoglienza / rendicontazione / fatturazione, Costi aziendali per il personale, Costi indiretti)</p> <p><i>Ridotta del 10% per le prestazioni di alta tecnologia erogate in fasce orarie esterne alla programmazione routinaria (fasce orarie marginali nei giorni feriali e prefestivi).</i></p>	CdG / Mrk	Var
2	<p>Onorario professionale richiesto dal dirigente titolare della attività in LPs e della eventuale équipe. Comprensivo di:</p>		
2.1	A - <i>Compenso netto corrisposto al professionista</i>	PROF	Var
2.2	B - <i>Quota % Fondo di perequazione dirigenza sanitaria calcolata su voce A*</i>	Pers	5%
2.3	C - <i>Quota % riservata alla Azienda (Balduzzi) calcolata su voce A</i>	Norma	5%
3	<p>Costi aziendali per IRAP calcolata su voce 2.1 % = come prevista nella normativa vigente</p>	Norma	%
4	<p><i>Per le prestazioni che richiedano partecipazione di personale di supporto:</i></p> <p>Tariffa professionale per personale sanitario di supporto specifico eventualmente richiesto dal professionista per l'erogazione della prestazione (diagnostica radiologica / ECG ecc.) e svolto fuori dal debito orario, compensato con tariffa prevista nella tab. 4.2 per i tempi convenzionalmente definiti per la prestazione</p> <p>Comprensivo di:</p>		
4.1	A - <i>Compenso netto di competenza del personale sanitario del comparto</i>	PROF	Var
4.2	B - <i>Quota % Fondo di perequazione personale di supporto calcolata su voce A*</i>	Pers	5%
5	<p>Costi aziendali per oneri riflessi compensi comparto calcolati su voce 4.1 % = come prevista nella normativa vigente</p>	Norma	%
6	<p>Costi aziendali per IRAP calcolata su voce 4.1 % = come prevista nella normativa vigente</p>	Norma	%

* La quota percentuale assegnata al Fondo perequazione è al lordo di ogni eventuale competenza accessoria prevista (Irap, Oneri riflessi ecc.)

Tabella 1.B Calcolo tariffa attività in LPs ambulatoriale ALLARGATA			
La tariffa esposta dalla Azienda al cliente deriva dalla Sommatoria delle seguenti voci:			
Voce	Tipologia di onere	Titolare	Prima applicaz.
1	Cumulo dei costi aziendali riferiti alla prestazione escluse le competenze previste per il professionista. (Comprende: costo software, POS, commissioni transazioni e assistenza)	CdG / Mrk	Var
2	Onorario professionale richiesto dal dirigente titolare della attività in LPs e della eventuale équipe. Comprensivo di:		
2.1	<i>A - Compenso netto corrisposto al professionista</i>	PROF	Var
2.2	<i>B - Quota % Fondo di perequazione dirigenza sanitaria calcolata su voce A*</i>	Pers	5%
2.3	<i>C - Quota % riservata alla Azienda (Balduzzi) calcolata su voce A</i>	Norma	5%
3	Costi aziendali per IRAP calcolata su voce 2.1 % = come prevista nella normativa vigente <i>Ai fini della determinazione del reddito, i compensi percepiti dal personale dipendente del Servizio sanitario nazionale per l'attività libero-professionale intramuraria, esercitata presso studi professionali privati a seguito di autorizzazione del direttore generale dell'azienda sanitaria, costituiscono reddito nella misura del 75 per cento (Agenzia Delle Entrate - Risoluzione 190/E del 22/11/2001)</i>	Norma	%

* *La quota percentuale assegnata al Fondo perequazione è al lordo di ogni eventuale competenza accessoria prevista (Irap, Oneri riflessi ecc.)*

Tabella 2. Calcolo tariffa attività in LPs – Ricovero (attività chirurgica)

Per i ricoveri medici e chirurgici a favore di pazienti con copertura a carico del SSN

Tutte le attività mediche e chirurgiche previste rientrano esclusivamente nella programmazione e nelle liste di attesa delle attività ordinarie in cui vengono inserite con analoghi criteri.

La tariffa esposta dalla azienda al cliente deriva dalla Sommatoria delle seguenti voci:

Voce	Tipologia di onere	Titolare	1^applicaz.
1	Copertura dei costi di ricovero riferiti al DRG		
1.1	Quota parte del valore del DRG a carico del paziente corrispondente alla quota residua per arrivare al 90 % del valore del DRG riconosciuto dal SSN (SSN copre il 60% - 70% in base alla residenza anagrafica)	DAz	20% 30%
1.2	Oppure per i pazienti solventi in proprio o con copertura assicurativa non convenzionata, valorizzazione prevista nel <u>Tariffario aziendale</u> per il DRG in regime di solvenza.	DAz	90%
1.3	Valore di eventuale materiale protesico non compreso nel DRG	CdG	
2	Attività chirurgica di Sala Operatoria richiesta dal paziente al professionista		
2.1	Tariffa professionale richiesta dal dirigente titolare della attività in LPs per prestazione di sala operatoria come primo operatore (tempo convenzionale risultante da registro operatorio) così composta:	PROF	Var
2.2	A – Compenso netto corrisposto al professionista	PROF	Var
2.3	B - Quota % Fondo di perequazione dirigenza sanitaria calcolata su voce A *	Pers	5%
24	C - Quota % riservata alla Azienda (compreso Balduzzi) calcolata su voce A		5%
3	Costi aziendali per IRAP calcolata su voce 2.2 % = come prevista nella normativa vigente	Norma	%
4	Compenso dell'équipe medica e del personale di supporto calcolata con le tariffe della tabella 4.2 (SLVa) per le ore indicate nel programma individuato dal professionista quale "Quota oraria convenzionale standardizzata" per il tipo di intervento previsto (Allegato B) al lordo di tutti gli oneri accessori (IRAP, oneri riflessi, perequazione ecc.)	DAz	Var

* La quota percentuale assegnata al Fondo perequazione è al lordo di ogni eventuale competenza accessoria prevista (Irap, Oneri riflessi ecc.)

Tabella 3. Calcolo tariffa attività in LPs – Ricovero attività chirurgica

Per i ricoveri medici e chirurgici a favore di pazienti con copertura a TOTALE LORO CARICO di tutte le attività previste

Le attività mediche e chirurgiche previste non rientrano nella programmazione ordinaria e le attività chirurgiche di sala operatoria rientrano in programmazione integrativa, aggiuntiva a quella ordinaria, in fasce orarie marginali e incrementali.

La tariffa esposta dalla Azienda al cliente deriva dalla Sommatoria delle seguenti voci:

Voce	Tipologia di onere	Titolare	Prima applicaz.
1	Copertura dei costi di ricovero riferiti al DRG		
1.1	Tariffa aziendale prevista per il DRG in regime di solvenza <u>scontata del</u>	DAz	25%
1.2	Valore di eventuale materiale protesico non compreso nel DRG		
2	Visita a letto del paziente e gestione ricovero:		
2.1	A - Onorario professionale richiesto dal dirigente titolare della attività in LPs per prestazione quotidiana per giorno di ricovero (tempo convenzionale 20 m')	PROF	Var
2.2	B - Quota % Fondo di perequazione dirigenza sanitaria calcolata su voce A *	Pers	5%
2.3	C - Quota % riservata alla Azienda (Balduzzi) calcolata su voce A+B	Norma	5%
3	IRAP computata su voce 2.1	Norma	8,5%
4	Attività chirurgica di Sala Operatoria per l'attività richiesta dal paziente al professionista		
4.1	A- Onorario professionale richiesto dal dirigente titolare della attività in LPs per tutta l'équipe coinvolta per la prestazione di sala operatoria (primo operatore / Altri operatori/ anestesista ecc.) come dettagliato della scheda di programmazione prevista e secondo le tariffe di categoria chirurgica predefinite. (tempo convenzionale oltre debito orario risultante da registro operatorio)	PROF	Var
4.2	B - Quota % Fondo di perequazione dirigenza sanitaria calcolata su voce A *	Pers	5%
4.3	C - Quota % riservata alla Azienda (compreso Balduzzi) calcolata su voce A+B		5%
4.4	D - Costi aziendali per IRAP calcolata su voce 4.1 % = come prevista nella normativa vigente IRAP	Norma	8,5%
4.5	E - Onorario professionale complessivo quota personale di supporto specifico S.O. (partecipanti équipe comparto)	PROF	Var
4.6	F - Quota % Fondo di perequazione personale di supporto calcolata su voce E*	Pers	5%
4.7	Oneri riflessi compensi comparto calcolati su voce 4.5	Norma	23,8%
4.8	IRAP computata su voce 4.5	Norma	8,5%

* La quota percentuale assegnata al Fondo perequazione è al lordo di ogni eventuale competenza accessoria prevista (Irap, Oneri riflessi ecc.)

Tabella 4. Tariffe orarie di riferimento da utilizzarsi in prima applicazione per le attività svolte in regime di SLVa, Area a pagamento (AP), partecipazione ad attività LPI (supporto diretto e collaborazione)

[importo per ora di attività aggiuntiva assegnata ed effettuata oltre il debito orario, in regime di timbratura mediante l'utilizzo di apposito codice di causalizzazione]

Tab 4.1 compenso orario in regime di Area a Pagamento

		8,5%	23,8%		
	Compenso orario ai dipendenti *	Irap	oneri riflessi OR a carico azienda	Costo orario aziendale **	
4.1.1	Dirigenza sanitaria	60,00	5,10	65,10	
4.1.2	Professioni sanitarie	35,00	2,98	8,33	46,31
4.1.3	Altro personale collaborazione indiretta	22,00	1,87	5,24	29,11

* Compenso in busta paga al lordo di oneri e imposte a carico del dipendente

** Costo aziendale comprende quota oneri previdenziali e imposte a carico della Azienda

Tab 4.2 (a) compenso orario in regime di SLVa dirigenza

		8,5%	23,8%	5,0%		
	Compenso orario dipendenti con OR ***	Compenso regime previdenziale LP *	Irap	oneri riflessi OR	Balduzzi	Costo orario aziendale **
4.2a.1	69,49		5,91	16,54		91,94
4.2a.2	Dirigenza san.	81,00	6,89		4,05	91,94

* Compenso al lordo di oneri e imposte a carico del dipendente

** Costo aziendale comprende quota oneri previdenziali e imposte a carico della Azienda

*** La corresponsione di compenso orario con OR (Oneri previdenziali) o in regime previdenziale LP viene utilizzato in base alla scelta individuale del dirigente

**Tab 4.2 (b) compenso orario in regime di SLVa,
e partecipazione o supporto a LPs personale comparto
per attività svolta volontariamente oltre il debito orario in regime di
timbratura causalizzata**

			5,0%		8,5%	23,8%
	*** Costo orario aziendale	* Compenso orario al lordo perequazione	Fondo Perequazione	** Compenso orario lordo BP dipendente	Costo Irap	Costo oneri riflessi OR
4.2b.1	Professioni sanitarie prestazioni da nomenclatore	65,45	50,00	2,50	47,50	4,04 11,31
4.2b.2	Professioni sanitarie Supporto Diretto	60,12	46,00	2,30	43,70	3,72 10,40
4.2b.3	Professioni sanitarie Collaborazione	43,12	33,00	1,65	31,35	2,66 7,46
4.2b.4	Altro personale collaborazione indiretta	37,90	29,00	1,45	27,55	2,34 6,56

* Compenso al lordo di oneri e imposte a carico del dipendente e del fondo di perequazione

** Compenso in busta paga (BP) al lordo di oneri e imposte a carico del dipendente

*** Costo aziendale comprende quota oneri previdenziali e imposte a carico della Azienda

Tab 4.2 (c) compenso orario per attività svolte a favore di strutture accreditate

		8,5%	23,8%	5%		
	Compenso orario al dipendente *	Irap	oneri riflessi OR a carico azienda	Fondo Perequazione	Costo orario aziendale **	
4.1.1	Dirigenza sanitaria	69,49	5,91	16,54	0	91,94
4.1.2	Professioni sanitarie	43,70	3,72	10,40	2,30	60,12
4.1.3	Altro personale collaborazione indiretta	27,55	2,34	6,56	1,45	37,90

* Compenso in busta paga al lordo di oneri e imposte a carico del dipendente

** Costo aziendale comprende quota oneri previdenziali e imposte a carico della Azienda

Tabella 5. Categorie di costi fissi aziendali da caricarsi forfettariamente sulle tariffe unitarie delle diverse prestazioni erogabili in regime di LPI ambulatoriale

PRESTAZIONE	Costi fissi
VISITA SPECIALISTICA	€ 25,00
VISITA SPECIALISTICA CON ATTREZZATURA SEMPLICE (es. elettrocardiografo / colposcopio ecc.)	€ 30,00
VISITA SPECIALISTICA CON SUPPORTO DIAGNOSTICO DI ATTREZZATURA MAGGIORE (es. Ecografo / emg / urodinamica)	€ 35,00
ECOGRAFIA / ECG separata in corso di visita	€ 25,00
INFILTRAZIONE/TERAPIA SCLEROSANTE separata in corso di visita	€ 20,00
PRESTAZIONE SPECIALISTICA in anestesia locale (es. riparazione retina laser)	€ 55,00
PRESTAZIONE SPECIALISTICA IN AMBULATORIO SPECIFICAMENTE ATTREZZATO in anestesia locale (es. Riunito / Gastrosopia/cistosopia/asportazione lesione/estrazione ch.dente / asportazione cisti mascellare/ asportazione calazio)	€ 74,00
APPARATO RISONANZA MAGNETICA MUSCOLOSCELETRICA	€ 60,00

Per le prestazioni non previste in questo allegato si farà riferimento alle quote di copertura dei costi aziendali previsti nei piani esecutivi delle prestazioni erogabili in solvenza aziendale

7 – Criteri di definizione degli onorari professionali per LPs

7.1 - Concetti generali

Gli onorari professionali sono definiti dai singoli professionisti aventi titolo all'esercizio della attività LPs concordandoli con l'Azienda. Tali Onorari saranno esposti con trasparenza all'utenza preventivamente alla esecuzione delle prestazioni in forma di preventivo sia per le attività ambulatoriali che per quelle in regime di ricovero e incrementano la quota aziendale

7.2 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime ambulatoriale

Gli onorari professionali sono definiti dai singoli professionisti di norma annualmente dandone comunicazione alla Azienda in fase di autorizzazione o di rinnovo della stessa. La tariffa complessiva conseguente all'onorario proposto non potrà essere inferiore alla tariffa prevista dal tariffario aziendale per la solvenza

7.3 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime di ricovero con oneri parziali a carico del SSR

Gli onorari professionali sono definiti dai singoli professionisti di norma annualmente dandone comunicazione alla Azienda in fase di autorizzazione o di rinnovo della stessa.

7.3.1 – Onorario del medico fiduciario per la gestione complessiva delle attività connesse al ricovero (coordinamento clinico, visite al letto del paziente, gestione documentazione sanitaria) in ragione di una prestazione da rendicontarsi per ogni giornata di ricovero con computo convenzionale di 20 minuti

7.3.2 – Onorario del medico fiduciarmente scelto dal paziente per l'attività chirurgica di sala operatoria in qualità di primo operatore. Tali importi sono definiti dai singoli professionisti di norma annualmente dandone comunicazione alla Azienda in fase di autorizzazione o di rinnovo della stessa con il criterio di classificazione dei diversi interventi proposti nell'ambito di diversi livelli di complessità (*Categoria chirurgica di ALTA, MEDIA e BASSA complessità*)

7.4 – Onorari professionali per le attività di LPs in regime di ricovero con oneri a totale carico del paziente.

Gli onorari professionali sono definiti dai singoli professionisti di norma annualmente dandone comunicazione alla Azienda in fase di autorizzazione o di rinnovo della stessa.

7.4.1 – Onorario del medico fiduciario per la gestione complessiva delle attività connesse al ricovero (coordinamento clinico, visite al letto del paziente, gestione documentazione sanitaria) in ragione di una prestazione da rendicontarsi per ogni giornata di ricovero con computo convenzionale di 20 minuti

7.4.2 – Onorario del medico fiduciarmente scelto dal paziente per l'attività chirurgica di sala operatoria. Tali importi sono definiti dai singoli professionisti di norma annualmente dandone comunicazione alla Azienda in fase di autorizzazione o di rinnovo della stessa con il criterio di classificazione dei diversi interventi proposti nell'ambito di diversi livelli di complessità (*categoria chirurgica di ALTA, MEDIA e BASSA complessità*) *indicando gli importi riservati ai vari operatori sanitari dell'équipe di S.O. (1°,2° eventualmente 3°operatore, anestesista, Infermieri ecc.)*

8 - Elenco adempimenti

	Attività / Documento	Periodicità	Competenza istruttoria	Gestione Approvazione
1	“Regolamento per la gestione delle attività sanitarie integrative”	revisioni occasionali	RIBR	DG
2	Report sintesi attività LPI	annuale	RIBR	DG
3	“Documento contabile e relazione attività LP Bilancio”	annuale	PFC	DG
4	“Tariffario aziendale delle prestazioni”	annuale	CdG / RIBR	DG
5	Relazione corrispondenza volumi attività erogata in SSN e LP	semestrale	CdG / DM	CdD / DG
6	Relazione congruenza liste di attesa nei vari regimi di attività (conflitto di interessi)	annuale	DM	DG
7	Rilevazione tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali su base nazionale (flusso ALPI e MTA)	trimestrale	DM	DM
8	Consuntivo quadrimestrale AP: attività programmata, debito orario, somme liquidabili	quadrimestrale	DM / DPS / CdD PGRU	CdD / DG
9	Controllo che l'attività sia svolta fuori orario di lavoro e fuori dai periodi che inibiscono la normale attività lavorativa	occasionale	PGRU/RIBR	PGRU
10	Verifica volumi orari erogati dai singoli professionisti in SSN e LPI	annuale	PGRU	PGRU
11	Controllo attività prenotata a CUP e incassata	occasionale	CUP/RIBR	RIBR

9 - Sanzioni e norme finali

9.1 - Sanzioni

La violazione di norme regolanti le ASI, l'inosservanza della presente disciplina da parte del personale dipendente, comporta l'intervento da parte della Direzione Aziendale, con possibilità di modificare o sospendere temporaneamente l'esercizio delle attività integrative al personale inadempiente, sulla base delle inosservanze rilevate.

In particolare, le sanzioni per le infrazioni riferite alle regole aziendali per lo svolgimento di attività in Libera professione che non abbiano rilievo di carattere disciplinare generale o non si configurino come attività di competenza di altro organismo, saranno commisurate alla gravità delle infrazioni, all'eventuale recidività delle stesse. DM e RIBR attivano istruttoria e proposta di provvedimento nel cui ambito sono previste preliminari garanzie di contraddittorio, le eventuali sanzioni sono comminate dal Direttore Generale o suo delegato e possono consistere in:

- a) richiamo scritto;
- b) decurtazione di proventi dalle ASI con acquisizione degli stessi negli introiti aziendali a compensazione di maggiori costi o mancati introiti subiti dall'ASST per incuria degli erogatori delle ASI;
- c) riduzione temporanea dell'attività integrative;
- d) sospensione dell'autorizzazione all'esercizio delle ASI per un periodo non inferiore ad un mese e non superiore a dodici (12) mesi.

Nei casi in cui la contestazione non sia per violazioni di procedure previste dal presente regolamento limitatamente a specifiche attività in LP e si configuri invece con rilievo di carattere disciplinare generale viene attivata la procedura aziendale prevista per i procedimenti disciplinari da parte degli organismi competenti, ferme restando le eventuali limitazioni disposte dal Direttore della Azienda per le parti collegate alla attività in LP.

La violazione degli obblighi connessi alla esclusività del rapporto di lavoro, alla insorgenza di conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale, salvo che il fatto non costituisca reato, possono comportare la risoluzione del rapporto di lavoro e la restituzione all'ASST dei proventi percepiti per l'attività prestata in modo non conforme alla norma, e al presente Regolamento.

9.2 - Norma finale

All'entrata in vigore del presente Regolamento cessano di avere efficacia tutte le discipline regolamentari e tutti i provvedimenti adottati in precedenza dalla ASST per le stesse finalità, sulle stesse materie e istituti contrattuali e su tutte le attività collegate, fatti salvi i contenuti dei CCNL e CCIA.

In occasioni di revisioni organizzative sistematiche definite attraverso il nuovo Piano di Organizzazione (POAS) sarà predisposta una specifica tabella di trascodifica per le strutture citate nel presente regolamento che avessero vista modificata la propria denominazione, l'afferenza o la modifica di attribuzione di competenze. La tabella di trascodifica approvata dalla Direzione aziendale determinerà le conseguenti variazioni al presente regolamento senza necessità di sua riadozione.

10 – Elenco abbreviazioni

AP	Area a Pagamento
ASI	Attività Sanitarie Integrative
CdC	Centro di Costo
CdD	Collegio di Direzione
CdG	Controllo di Gestione
CdR	Centro di responsabilità
CUPS	Centro Unico Prenotazione e Servizi
DG	Direttore Generale
DM	Direzione Medica
DPSS	Direzione Professioni Sanitarie e Sociali
DRG	Diagnosis Related Group (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)
RIBR	Ricerca Innovazione e Brand Reputation
ICT	Information and Communication Technology
LPI	Libera professione intramoenia
LPs	Libera professione intesa in senso stretto
OR	Oneri previdenziali
PFC	Programmazione Finanza e Controllo
PGRU	Politiche e Gestione delle risorse umane
PSS	Personale sanitario di supporto diretto
S.O.	Sala Operatoria
SLVa	Area di solvenza aziendale
SSN / SSR	Servizio Sanitario Nazionale / Servizio Sanitario Regionale
SUMAI	Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
US	Unità strutturale
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice ad afferenza Dipartimentale
UOS	Unità Operativa Semplice

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE
Per attivare una nuova agenda o nuova prestazione/modificare tariffa già autorizzata

Da inoltrare alla DMP dopo averlo protocollato

Il sottoscritto, dirigente medico/sanitario con rapporto di lavoro esclusivo,

Cognome Nome	Matricola
In servizio presso UO	Centro di Costo
E-mail di riferimento	Luogo di erogazione (ingresso e ambulatorio)

- Chiede alla Direzione Aziendale di potere utilizzare spazi ed attrezzature aziendali per la propria attività LPI presso la sede dell'ASST Papa Giovanni XXIII

- Individua le seguenti prestazioni ambulatoriali ed i corrispondenti importi:

Codice	Descrizione	Tariffa finale Utente * <i>a cui si aggiungono €2 per bollo su importi >77.47</i>	Personale di supporto specifico (indicare la qualifica)	Apparecchiatura di media alta tecnologia richiesta	TARIFFA (a cura dell'Azienda)

*: Se viene indicata la tariffa per l'utente finale, l'ufficio incaricato provvederà al calcolo dell'Onorario professionale personale in busta paga. Per la composizione della tariffa da esporre all'utente all'onorario personale richiesto dal professionista verranno aggiunti: [1] importi relativi ai costi aziendali [2] onere per compenso dell'eventuale personale di supporto specifico richiesto, [3] onere IRAP a carico della ASST (8,5%). La somma di detti importi costituisce la tariffa da esporre all'utente. Dall'onorario professionale verranno trattenuti importi pari al 5% per Fondo perequazione dirigenza sanitaria (prevista dal CCNL) e 5% di ritenuta incrementale prevista dalla legge Balduzzi.

- Richiede

Step temporale	uno slot ogni (solo multipli di 5 minuti) _____ minuti			
	SPAZI RICHIESTI		SPAZI ASSEGNATI (a cura della DM)	
Giorno	Numero appuntamenti	Dalle ore	Numero appuntamenti	Dalle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Vincoli	<input type="checkbox"/> da 0 a 100 anni	<input type="checkbox"/> da ___ a ___ anni	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
Quesiti diagnostici	<input type="checkbox"/> Generico <input type="checkbox"/> Altro (specificare):			
Note	Preparazione (Specificare prestazione e nota)			
	Prenotazione (Specificare)			

- Dichiaro:

- di avvalersi, per la prenotazione delle prestazioni, esclusivamente degli strumenti e dell'organizzazione messi a disposizione dall'ASST, in ottemperanza alla normativa vigente (l. 3 agosto 2007, n. 120) e alle direttorie regionali in merito;
- di aver preso visione del regolamento che disciplina l'esercizio della LPI di impegnarsi a rispettarlo.

Data

Timbro e firma

___/___/___

Istruttoria a cura della DM	
Note 	Il Direttore Medico Firma _____ Data _____

LPE	Richiesta di autorizzazione LPI ALLARGATA Da utilizzare: per autorizzazione LP in studi privati esterni	<i>(da inoltrare alla DMP dopo averlo protocollato)</i>
------------	---	---

Il sottoscritto, dirigente medico / sanitario con rapporto di lavoro esclusivo,

Cognome Nome	Matricola	In servizio presso USC/USSD/USS	Recapito email a cui inviare comunicazioni
--------------	-----------	---------------------------------	--

chiede alla Direzione Aziendale di potere utilizzare per lo svolgimento della propria attività LPI **il proprio studio privato**, per il quale dichiara di essere in regola per tutte le necessarie autorizzazioni di legge, sito in

Città	Indirizzo	Numero di telefono
-------	-----------	--------------------

Con la seguente programmazione:

CALENDARIZZAZIONE AGENDE					
Giorno	dalle ore	alle ore	Cadenza temporale (1slot ogni 10, 15... minuti)	Vincolo di età	Altre note
LUNEDÌ				<input type="checkbox"/> NO (da 0 a 120 anni)	
MARTEDÌ				<input type="checkbox"/> SI (indicare vincolo):	
MERCOLEDÌ					
GIOVEDÌ					
VENERDÌ					
SABATO					
DOMENICA					

E le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONI				
Cod. prestazione (compilato a cura della AZIENDA)	Descrizione delle prestazione (es. "Visita specialistica")	Specialità di riferimento della prestazione (Es. "Allergologia")	Indicare in alternativa*: <input type="checkbox"/> Tariffa finale Utente <input type="checkbox"/> Onorario personale b.p.	TARIFFA (compilato a cura della AZIENDA)

* Se viene indicata la tariffa per l'utente finale, l'ufficio incaricato provvederà al calcolo dell'Onorario professionale personale in busta paga e viceversa. Per la composizione della tariffa da esporre all'utente all'onorario personale richiesto dal professionista verranno aggiunti: [1] importi relativi ai costi aziendali (€ 17) [2] onere IRAP a carico della ASST (8,5%). La somma di detti importi costituisce la tariffa da esporre all'utente. Dall'onorario professionale verranno trattenuti importi pari al 5% per Fondo perequazione dirigenza sanitaria (prevista dal CCNL) e 5% di ritenuta incrementale prevista dalla legge Balduzzi.

A tal fine dichiara:

di avvalersi esclusivamente dell'infrastruttura di rete (SOFTWARE AZIENDALE) per prenotazione in tempo reale e fatturazione.

A tal fine si richiede l'autorizzazione all'accesso al software, oltre che al sottoscritto, anche alle seguenti persone:

Cognome Nome	Codice fiscale	Ruolo	Numero di telefono

- di aver preso visione del regolamento che disciplina l'esercizio della LPI di impegnarsi a rispettarlo
- di assicurare la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo per il pagamento di prestazioni direttamente all'ASST (**divieto assoluto di ritirare di persona assegni o denaro contante**);
- di redigere il referto consegnando copia della documentazione sanitaria per l'archiviazione della stessa presso l'ASST PG23 con possibilità di esibirla in caso di necessità;
- l'assenza di altre tipologie contrattuali negli studi privati (professionisti non dipendenti o non convenzionati del S.S.N. ovvero dipendenti non in regime di esclusività)
- di impegnarsi a sottoscrivere la convenzione con l'Azienda necessaria per l'efficacia della autorizzazione

Data

Timbro e firma

Istruttoria a cura della DMP		
<i>Note:</i>	Il Direttore Medico del Presidio	
	<i>Firma</i>	<i>data</i>

LP RICOVERO	Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale Da utilizzare per attività in regime di ricovero	(da inoltrare alla DMP dopo averlo protocollato)
--------------------	--	---

Il sottoscritto, dirigente medico / sanitario con rapporto di lavoro esclusivo,

Cognome Nome	Matricola	In servizio presso USC/USSD/USS	Recapito email a cui inviare comunicazioni
--------------	-----------	---------------------------------	--

- chiede alla Direzione Aziendale autorizzazione a svolgere le seguenti attività in regime di **Libera professione (LPs) intramuraria** nella disciplina di appartenenza per utenti in **RICOVERO**
- individua le seguenti prestazioni e importi di "onorario professionale" personale e d'équipe da esporre all'utenza (tali importi sono da intendersi comprensivi di IRAP)

1. RICOVERO PARZIALE CARICO SSN (indicare il compenso richiesto come primo operatore ed i tempi di attività previsti per le altre diverse figure professionali che partecipano direttamente all'attività raggruppando gli interventi per macrocategorie di complessità)

Categoria Complessità	Compenso LP primo operatore (euro)	Tempo 2/3 chirurgo m'	Tempo anestesista m'	Tempo strum Inf SO m'	Tempo Altro op. m'	Tempo Altro op. m'	Tempo pers Coord m'	Giornate Ricovero previste
A								
B								
C								

2. RICOVERO TOTALE carico PAZIENTE (indicare i compensi assegnati ai vari professionisti coinvolti)

Categoria	Diaria Ricovero LP 1 operatore euro	Compenso primo operatore S.O. euro	Compenso 2 OP euro	Compenso 3 OP euro	Compenso Anestesia a euro	1° Strum. Inf. SO euro	2° Strum. Inf. SO euro	Altro euro	
A									
B									
C									

ELENCO ATTIVITA' E INTERVENTI PREVISTI

Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. Anestesista	Med. 3^operat	
				Med. 3^operat	
				Inf. Ferrista 1	
				Inf. Ferrista 2	
		Altro:			
				Med. 3^operat	
				Inf. Ferrista 1	
				Inf. Ferrista 2	
		Altro:			
				Med. 3^operat	
				Inf. Ferrista 1	
				Inf. Ferrista 2	
		Altro:			
				Med. 3^operat	
				Inf. Ferrista 1	
				Inf. Ferrista 2	
		Altro:			

Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					

Dichiara - di impegnarsi a predisporre documento di programmazione dei singoli interventi;
- di aver preso visione del regolamento che disciplina l'esercizio della LPI e di impegnarsi a rispettarlo.

Data

Timbro e firma

Istruttoria a cura della DPSS	
Validazione coerenza	
Il coordinatore	
Firma	data

Istruttoria a cura della DMP / Validazione coerenza risorse operatorie					
Parere del Direttore struttura competente: dott.		Parere del Dir. settore anestesiologicalo coinvolto: dott.		Il Direttore Medico del Presidio	
<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> CONTRARIO		<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> CONTRARIO		<input type="checkbox"/> SI PROPONE AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> SI RINVIA AL COLLEGIO di DIREZIONE	
Firma	data	Firma	data	Firma	data

In caso di parere contrario o rinvio al Collegio di Direzione allegare motivazione sottoscritta del titolare del parere

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 2470/2021)

Oggetto: APPROVAZIONE DEL "REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE INTEGRATIVE (ASI) EROGABILI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E SOLVENZA AZIENDALE"

UOC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 15/12/2021

Il responsabile
Dr. / Dr.ssa Lorini Monia Maria
Beatrice

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.2470/2021

ad oggetto:

APPROVAZIONE DEL "REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE INTEGRATIVE (ASI) EROGABILI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E SOLVENZA AZIENDALE"

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Fumagalli Monica Anna
Note:	

DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Pezzoli Fabio
Note:	

DIRETTORE SOCIOSANITARIO Facente funzione: Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Cesa Simonetta
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Publicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
