

Il giorno 18/09/2024 alle ore 14:30, presso la sede dell'ASST di Crema, sita in Crema Largo Ugo Dossena 2, ha avuto luogo l'incontro

tra

l'ASST di Crema, rappresentata dalla delegazione Aziendale trattante

e

i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali di categoria firmatarie del CCNL vigente. Al termine dell'incontro le parti hanno sottoscritto l'allegato accordo.

Preliminarmente viene dato atto che:

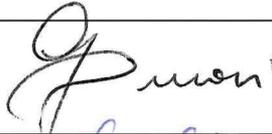
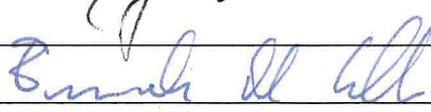
- Nei precedenti incontri sindacali è stata discussa l'IPOTESI DI CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO AZIENDALE – ANNO 2024 relativo al “REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ LIBERO – PROFESSIONALE”;
- In data 03/09/2024 è stata inviata l'ultima versione del sopracitato regolamento;

Le Parti convengono:

- Di procedere alla sottoscrizione dell'IPOTESI DI CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO AZIENDALE – ANNO 2024 relativo al “REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ LIBERO – PROFESSIONALE” che si allega (**Allegato 1**).
- di precisare che il suddetto accordo diventerà esecutivo dopo il positivo esito del controllo da parte del Collegio sindacale ai sensi dell'art. 10, comma 6 del CCNL 2/11/2022 e degli artt. 40, comma 3sexies e 40-bis, comma 1 del d.tgs. n.165/2001

Letto, confermato e sottoscritto.

La Delegazione Aziendale

Il Direttore Amministrativo: Dott. Giuseppe Ferrari	
Direttore GSRU: Dott. Emanuele Dil Carelli	
Direttore DAPSS: dr.ssa Annamaria Bona	

La Delegazione Sindacale

FP CGIL	
FEDERAZIONE CISL MEDICI	
UIL FPL	<i>Vito Frattini, [Signature]</i>
FESMED	
AAROI EMAC	
ANAAO ASSOMED	<i>[Signature]</i>
CIMO	<i>[Signature]</i>

REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ LIBERO - PROFESSIONALE

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in red ink]

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

INDICE

Indice	pag. 2
Fonti normative	pag. 4
CAPO I - NORME GENERALI	
Art. 1 - Definizioni	pag. 6
Art. 2 - Principi	pag. 6
Art. 3 - Tipologie di attività Libero-Professionali	pag. 7
Art. 4 - Criteri di svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria	pag. 7
Art. 5 - Ambiti di esercizio dell'attività libero-professionale	pag. 9
Art. 6 - Attività che non costituiscono attività libero-professionale	pag. 9
Art. 7 - Attività libero-professionale e orario di servizio	pag. 10
Art. 8 - Criteri per la determinazione delle tariffe	pag. 11
Art. 9 - Opzione tra il rapporto intra ed extra-moenia	pag. 12
Art. 10 - Copertura assicurativa	pag. 12
Art. 11 - Soggetti abilitati	pag. 13
Art. 12 - Tipologie di attività libero-professionali	pag. 13
CAPO II - ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE AMBULATORIALE E IN REGIME DI RICOVERO	
Art. 13 - Sede di svolgimento	pag. 14
Art. 14 - Autorizzazione	pag. 14
Art. 15 - Modalità di prenotazione	pag. 18
Art. 16 - Pagamento	pag. 18
Art. 17 - Riparto delle tariffe	pag. 19
Art. 18 - Personale di supporto all'attività libero-professionale	pag. 19
Art. 19 - Attività libero-professionale in regime di ricovero	pag. 21
Art. 20 - Responsabilità del professionista e dell'Azienda	pag. 23
Art. 21 - Modalità di controllo	pag. 23
Art. 22 - Comitato di Garanzia (Organismo paritetico di verifica)	pag. 25
Art. 23 - Sanzioni	pag. 25
CAPO III - ATTIVITA' AZIENDALI A PAGAMENTO	
Art. 24 - Attività richieste a pagamento da terzi all'Azienda	pag. 26

Art. 25 - Attività richieste a pagamento dall'Azienda ai propri dipendenti	pag. 27
CAPO IV - NORME FINALI	
Art. 26 Fondo di perequazione	pag. 27
Art. 27 Fondo Balduzzi	pag. 28
Art. 28 - Entrata in vigore	pag. 28
ALLEGATI	
Allegato 1 - Modulo di autorizzazione	pag. 29
Allegato 2 - Conflitto d'interessi	pag. 32
Allegato 3 - Visto di benessere degli spazi	pag. 33
Allegato 4 - Check list	pag. 34
Allegato 5 - Modulo autorizzazione équipe	pag. 36
Allegato 6 - Check list équipe	pag. 39
Allegato 7 - Domiciliari	pag. 41
Allegato 8 - Parere medico legale	pag. 43
Allegato 9 - Medico competente	pag. 44
Allegato 10 - Consulto	pag. 45
Allegato 11 - Consulto	pag. 46
Allegato 12 - Obbligo al pagamento per prestazioni domiciliari	pag. 48
Allegato 13 - Ripartizione delle tariffe	pag. 49
MODULO 1A - LP - Ricoveri	pag. 52
MODULO 2 - LP - Ricoveri	pag. 53
MODULO 1B - LP - Ricoveri	pag. 54
MODULO 3 - LP - Ricoveri	pag. 55
APPENDICE	
ALPIA	Pag. 56

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "Marta" or similar, written vertically along the right margin of the table.

Handwritten initials or signature in blue ink at the bottom right of the page.

FONTI NORMATIVE

- Legge n. 412 del 30/12/1991 art. 4, comma 7;
- Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.
- Legge n. 662 del 23/12/1996 art. 1, commi 5-19;
- D.M. 31/07/1997 del Ministro della Sanità "Linee guida dell'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria";
- D.M. 31/07/1997 del Ministro della Sanità "Attività libero-professionale e incompatibilità";
- Legge n. 448 del 23/12/1998 art. 72, commi 4-16;
- D.P.C.M. 27/03/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale";
- D.G.R. n. VII/3373 del 9/02/2001 "Approvazione delle linee guida per l'attività libero-professionale (A.L.P.)"
- D.G.R. n. 2308 del 05/04/2006 "Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l'attività libero-professionale intramuraria";
- D.G.R. n. VIII/5162 del 25/07/2007 "Determinazioni in ordine all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria";
- Legge n. 120 del 03/08/2007 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria;
- L.R. n. 33 del 30/12/2009 "Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo";
- Accordo CSR n. 189 del 28/10/2010;
- Accordo CSR n. 198 del 18/11/2010;
- Legge n. 189 del 08/11/2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 158 del 13/09/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (Legge Balduzzi);
- D.M. 21/02/2013 del Ministero della Salute "Modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 1, co. 4, lett. a-bis) della L. n. 120 del 03/08/2007 e ss.mm";
- Accordo CSR n. 19 del 19/02/2015;
- L. n. 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (Legge Gelli-Bianco);
- D.G.R. n. X/6963 del 31/07/2017 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende socio

sanitarie territoriali (ASST) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017”;

- L.R. n. 15 del 28/11/2018 “Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all'allegato 1 della L.R. n. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)” che ha introdotto il comma 8 ter all'art. 18 della L.R. n. 33/2009;
- D.G.R. n. XI/3540 del 07/09/2020 “Approvazione linee guida in materia di attività libero-professionali intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL”;
- DGR n. XI/7013 del 26/9/2022 “Potenziamento dei servizi sanitari regionali: sviluppo della collaborazione tra gli Enti pubblici del SSR”;
- CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019-2021 - sottoscritto in data 23/01/2024 di seguito indicato CCNL del 23/01/2024;
- CCNL del Comparto Sanità - triennio 2019-2021 - sottoscritto in data 02/11/2022 di seguito indicato CCNL del 02/11/2022;
- CCNL dell'Area delle Funzioni Locali - triennio 2016-2018 - sottoscritto in data 17/12/2020 di seguito indicato CCNL del 17/12/2020.

CAPO I
NORME GENERALI

Art. 1

DEFINIZIONE

Ai sensi delle Linee guida in materia di attività libero-professionale di cui alla DGR n. XI/3540/2020 e dell'art. 88, c. 4 del CCNL del 23/01/2024, per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e sanitario si intende l'attività svolta dal personale dipendente della dirigenza medica e sanitaria (psicologi, biologi, farmacisti, chimici, fisici - ad eccezione dei dirigenti delle professioni sanitarie) a rapporto esclusivo, individualmente o in équipe, al di fuori dell'orario di lavoro e dell'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, di day surgery o di ricovero, in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del SSN.

Art. 2

PRINCIPI

L'attività libero-professionale intramuraria è esercitata nel rispetto dei seguenti principi:

- salvaguardia del diritto del cittadino alla continuità delle cure intesa quale scelta sia del professionista, sia della modalità organizzativa ritenuta più soddisfacente;
- garanzia della prevalenza dell'attività istituzionale definita dai LEA sull'attività libero-professionale intramuraria, sia in termini di orario che di volumi di prestazioni;
- netta separazione tra l'esercizio della libera professione intramuraria e l'esercizio dell'attività professionale a pagamento di cui all'art. 89, c.2 del CCNL del 23/01/2024;
- assenza di contrasto e concorrenzialità con le finalità e gli obiettivi delle attività istituzionali dell'Azienda;
- identificazione di modalità organizzative non di ostacolo agli interessi aziendali e al pieno svolgimento delle attività istituzionali dell'ASST;
- sviluppo degli strumenti organizzativi più idonei, al fine di consentire lo svolgimento della libera professione intramuraria all'interno delle strutture aziendali;
- prestazione, di norma, dell'attività di libera professione intramuraria nella disciplina di appartenenza, eccezionalmente in altra disciplina, qualora in possesso dei titoli idonei.

Art. 3

TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALI

Per il personale dirigente medico e sanitario il rapporto di lavoro esclusivo comporta la possibilità di esercizio dell'attività libero-professionale nelle seguenti tipologie:

- il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale individuale, al di fuori dell'impegno di lavoro, nell'ambito delle strutture messe a disposizione dall'Azienda;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolte in équipe al di fuori dell'impegno di lavoro, all'interno delle strutture aziendali;
- la possibilità di partecipare ai proventi di attività, richieste a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, al di fuori dell'impegno di lavoro, in struttura di altra azienda del Servizio Sanitario Nazionale o di altra struttura sanitaria privata non accreditata e non contrattualizzata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture; tali attività sono consentite ai sensi della DGR 3540 del 7/09/2020 solo se a carattere occasionale;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi (singoli, associati, aziende o enti) all'azienda e regolate da convenzioni o contratti, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di lavoro anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa secondo programmi predisposti dall'azienda, d'intesa con le équipe dei servizi interessate.

L'esercizio dell'attività libero-professionale può avvenire contemporaneamente nelle diverse tipologie sopra descritte, che non debbono intendersi alternative tra loro e può essere esercitata in più sedi.

Art. 4

CRITERI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA

L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria deve svolgersi sulla base ed in osservanza dei criteri così individuati.

L'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero-professionale che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessaria per i compiti istituzionali.

L'attività libero-professionale non può comportare per ciascun dirigente un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

L'ASST, in sede di definizione annuale del budget, negozia con i dirigenti responsabili delle Strutture Complesse i volumi di attività istituzionale che devono essere in ogni caso assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza concorda i volumi di attività libero-professionale complessivamente erogabili dalla Struttura che, ai sensi delle disposizioni vigenti, non possono superare globalmente i volumi di attività istituzionali eseguite nell'orario di lavoro.

Nello svolgimento dell'attività libero-professionale non è consentito l'uso del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale in nessun caso e per nessun tipo di prestazione.

L'attività deve essere sempre documentata obbligatoriamente mediante compilazione di una refertazione utilizzando i sistemi informatici dell'ASST.

La refertazione segue le regole di gestione della documentazione sanitaria (archiviazione, rilascio, ecc.) vigenti in Azienda, deve essere redatta in forma elettronica e firmata digitalmente, così da renderla disponibile per la pubblicazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Salvo quanto previsto al comma precedente, nello svolgimento dell'attività libero-professionale è consentito l'uso di modulistica personale purché vi sia in essa il riferimento al rapporto del professionista con l'Azienda.

L'attività in argomento deve svolgersi al di fuori del normale orario di lavoro e dei turni di pronta disponibilità, secondo una programmazione che garantisca prioritariamente l'attuazione della funzione e dei fini istituzionali.

Qualora sia autorizzato lo svolgimento dell'attività in questione nelle strutture e negli spazi utilizzati per l'attività istituzionale, l'organizzazione della Struttura Complessa deve assicurare orari diversi per le due attività, privilegiando comunque l'attività istituzionale; in particolare per lo svolgimento dell'attività libero-professionale dovranno essere fissate fasce temporali precedenti o successive a quelle in cui viene erogata l'attività istituzionale.

L'attività libero-professionale non può comunque contrastare con i fini istituzionali e con gli interessi dell'Azienda.

I professionisti dipendenti di quest'ASST devono essere posti nelle migliori condizioni per esercitare il diritto alla libera professione, che coincide con l'analogo diritto di scelta del cittadino nei confronti del professionista.

Le tariffe libero-professionali sono autorizzate dall'Azienda sulla base della richiesta del singolo professionista e dei componenti delle équipes coinvolte, anche interdisciplinari. La tariffa deve essere unica per tutte le sedi aziendali presso cui viene esercitata l'attività libero-professionale.

L'attività libero-professionale intramuraria, oltre che nell'ambito dell'orario di lavoro, non potrà essere esercitata dal personale della dirigenza medica e sanitaria e dal personale di supporto diretto e indiretto nelle seguenti situazioni:

- rapporto di lavoro non esclusivo;
- rapporto di lavoro a impegno ridotto;
- assenze per malattia o infortunio;
- astensioni obbligatorie e/o facoltative ai sensi del D. Lgs. 151/2001 e L. 53/2000;
- ferie;
- turni di pronta disponibilità o di guardia;
- sospensione dal servizio per provvedimenti cautelari;
- inidoneità, con limitazione, allo svolgimento di determinate prestazioni limitatamente alle stesse;
- sciopero (del dirigente che esercita la libera professione);

- permessi e/o congedi retribuiti e non, che interessano l'intero arco della giornata;
- periodo di aspettativa a vario titolo;
- assenze per Legge 104/1992 (sia ad ore che a giornata intera) nei giorni di fruizione dell'assenza.

L'ALPI non è consentita relativamente ai ricoveri nei servizi di emergenza e di terapia intensiva, nelle unità coronariche e nei servizi di rianimazione.

L'ALPI non può essere in ogni caso esercitata in tutte le ipotesi in cui la stessa sia in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'ente ovvero sia di ostacolo alla piena funzionalità dei servizi e all'assolvimento dei compiti di istituto.

Non può essere esercitata nel caso in cui si configurino situazioni individuali di conflitto di interesse e più in generale di incompatibilità in funzione delle attività svolte.

L'ALPI non può in nessun caso essere esercitata a favore di strutture sanitarie accreditate a contratto.

Articolo 5

AMBITI DI ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

1. I dirigenti sanitari possono svolgere attività libero-professionale nella disciplina di appartenenza, purché le prestazioni offerte in regime libero-professionale siano erogate anche in via istituzionale oppure nei casi di prestazioni non previste nei LEA purché la copertura assicurativa aziendale in essere sia comprensiva anche della suddetta tipologia di prestazioni.
2. Il personale che in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza non può esercitare l'attività libero-professionale nella propria SC o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal Direttore Generale, acquisito il parere favorevole del Direttore Medico e del Direttore Sanitario, ad esercitare l'attività in altra SC dell'Azienda o 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, purché tale attività sia compresa tra quelle erogate in via istituzionale oppure nei casi di prestazioni non previste nei LEA in presenza di copertura assicurativa aziendale.

Articolo 6

ATTIVITÀ CHE NON COSTITUISCONO ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

- 1) Non rientrano tra le attività libero-professionali, e quindi eseguibili anche dai dirigenti a rapporto non esclusivo, ancorché comportino la corresponsione di emolumenti e indennità le seguenti attività:
 - a) partecipazione ai corsi di formazione, corsi di laurea, master e scuole di specializzazione e diploma, in qualità di docente;
 - b) collaborazioni a riviste e periodici scientifici e professionali;

- c) partecipazioni a commissioni di concorso o altre commissioni presso Enti e ministeri (ad esempio: commissione medica di verifica dello stato di invalidità civile e di handicap)
 - d) relazioni a convegni e pubblicazione dei relativi interventi;
 - e) partecipazione ai 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 professionale resa in qualità di CTU presso i tribunali.
2. Le attività e gli incarichi di cui al precedente comma possono essere svolti previa autorizzazione da parte dell'Azienda che dovrà valutare se, in ragione della continuità o della gravosità dell'impegno richiesto nonché della sussistenza di un conflitto d'interesse, non siano compatibili con l'attività e gli impegni.

Fatto salvo quanto previsto dalle vigenti norme di legge, nessun compenso è dovuto per le suddette attività qualora debbano essere svolte per ragioni istituzionali in quanto strettamente connesse all'incarico conferito. In tal caso vale il principio dell'onnicomprendività.

Articolo 7

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E ORARIO DI SERVIZIO

- 1) L'attività libero-professionale è svolta oltre l'orario di servizio del Dirigente.
- 2) L'attività libero-professionale ambulatoriale di norma comporta la timbratura di fine orario di lavoro presso il Presidio in cui si opera e la timbratura causalizzata di inizio e fine attività.

La liquidazione ai professionisti dell'onorario spettante è subordinata all'effettuazione nel semestre dell'orario istituzionale previsto; in caso di significativa e comprovata carenza dell'orario istituzionalmente previsto, il pagamento dell'onorario sarà sospeso sino all'assolvimento del debito orario dovuto.

- 3) Nel caso in cui le condizioni tecniche e organizzative impediscano la distinzione temporale tra attività SSN e ALPI (ad esempio attività di laboratorio) e per le prestazioni erogate in regime di ricovero, l'attività è svolta fuori orario di servizio, ma all'interno della timbratura di inizio-fine turno.

In tal caso ciascuna prestazione effettuata genera un debito orario definito "tempo-prestazione" di norma fissato al momento del rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento.

Il “tempo-prestazione” non può essere inferiore a quello adottato per l’attività istituzionale salvo giudizio di congruità della Direzione Medica dei Presidi.

Il debito orario deve essere recuperato nel semestre in cui si è generato. In assenza di eccedenza oraria sufficiente nel semestre, la quota riconosciuta al medico è proporzionalmente ridotta.

Per le Strutture Complesse rispetto alle quali risultasse oggettivamente impossibile la determinazione di un “tempo-prestazione” (ad es. laboratorio) il debito orario sarà calcolato in base al rapporto Euro 80,00 = 1 ora.

Per l’attività libero-professionale in regime di ricovero si fissa un tempo assistenziale forfettario pari a 30 minuti per ogni giornata di degenza in regime libero-professionale a cui si aggiunge, se effettuati, il tempo di esecuzione intervento chirurgico o di esecuzione dell’esame diagnostico dichiarato dal dirigente, validato dalla Direzione Medica dei Presidi e che deve risultare sulla documentazione trasmessa per la liquidazione dei compensi alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

4) I “tempi prestazione” sono soggetti a revisione in occasione del rinnovo dell’autorizzazione.

Articolo 8

CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE

Le tariffe sono determinate dagli specialisti interessati e approvate dalla Direzione. Non possono essere inferiori ai valori delle corrispondenti prestazioni indicati nel Nomenclatore tariffario.

Le tariffe possono essere revisionate su richiesta del professionista interessato.

Criteria generali

Le tariffe delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica strumentale ed esami di laboratorio, e di ricovero in regime ordinario o di day hospital, al netto dei compensi stabiliti per i dirigenti, devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti dall’Azienda, devono comprendere la copertura degli oneri fiscali ed in particolare prevedono le seguenti voci:

1. Quota ASST, comprensiva della remunerazione dei costi sostenuti dall’Azienda, compresa IRAP;
2. compensi del personale di supporto diretto, comprensivi degli oneri riflessi dovuti;
3. quota a remunerazione del fondo a favore del supporto indiretto, comprensiva degli oneri riflessi dovuti;
4. quota per il fondo aziendale di perequazione dei dirigenti pari al 5% della tariffa, al netto della quota a favore dell’Azienda;
5. quota a favore della dirigenza non sanitaria ai sensi dell’art. 90, co.3, del CCNL del 23/01/2024;

6. quota pari al 5% del compenso del libero-professionista vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa ai sensi dell'art. 1, co. 4, lett.c), della L. 120/2007 come modificata ed integrata dalla L.189/2012;

Art. 9

OPZIONE TRA IL RAPPORTO INTRA ED EXTRA - MOENIA

1. In osservanza alla Legge n. 138 del 26/05/2004 di conversione del D.L. n. 81/2004 l'esercizio dell'attività libero-professionale da parte dei dirigenti sanitari appartenenti a strutture sanitarie pubbliche, prevede la facoltà di opzione tra il rapporto intra ed extra moenia.

L'art 2-septies della citata legge, sostituendo il comma 4 dell'art. 15-quater del D.lgs. 502/92, prevede la possibilità per i dirigenti medici e sanitari di optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro esclusivo/non esclusivo, con effetto a far data dal 1° gennaio dell'anno successivo.

2. L'opzione esercitata è annualmente reversibile.

3. L'Azienda curerà il controllo delle opzioni per l'esercizio della libera professione, acquisendo dagli interessati tutti i dati occorrenti per il concreto espletamento della medesima e curandone altresì il relativo aggiornamento.

4. L'opzione per il rapporto esclusivo non comporta automaticamente l'effettivo esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia, che, esclusa l'attività di ricovero, necessita sempre di autorizzazione.

5. Il professionista che svolge attività libero-professionale extramoenia, può esercitare detta attività esclusivamente in ambito privato. Il professionista, nell'ambito di questa opzione, opera a titolo personale ovvero senza alcun rapporto con il S.S.N. e con l'Azienda Sanitaria di appartenenza.

6. Ai dirigenti che hanno optato per il rapporto non esclusivo, e quindi per l'attività libero-professionale extramuraria, è fatto divieto di esercitare, sotto qualsiasi forma, la libera professione intramuraria.

7. L'opzione per il rapporto non esclusivo e quindi l'esercizio della libera professione extramuraria non esonera il dirigente a garantire la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza.

Articolo 10

COPERTURA ASSICURATIVA

L'Azienda ai sensi di quanto previsto dall'art. 10, co. 1, della L n. 24 del 8/03/2017 e dal CCNL 23/01/2024 garantisce la copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi, comprese le spese di assistenza tecnica e legale, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni di terzi, relativamente anche all'attività libero-professionale, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

Art. 11

SOGGETTI ABILITATI

Sono soggetti abilitati a svolgere attività libero-professionale intramuraria tutti i dirigenti medici, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi (ad eccezione dei dirigenti delle professioni sanitarie) in rapporto di dipendenza a qualsiasi titolo presso l'ASST, che non abbiano optato per l'attività professionale extramuraria, fatto salvo le ulteriori specifiche di cui ai seguenti commi.

Al solo fine della ripartizione dei proventi derivanti dalla tariffazione dell'attività libero-professionale, partecipa anche il personale del comparto sanitario e amministrativo (art. 12, co. 1, lett. c) del DPCM 27/03/2000) nonché il personale dirigente dei ruoli tecnico-professionale ed amministrativo (art. 90, c.3 del CCNL del 23/01/2024), che collabora a vario titolo per assicurare l'espletamento della libera professione dei professionisti interessati.

Articolo 12

TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALI

L'esercizio della libera professione avviene al di fuori dell'orario di servizio e si può svolgere in forma individuale o in équipe nelle seguenti tipologie di attività:

A. - Attività libero-professionale ambulatoriale

- A.1 - Attività ambulatoriale individuale in spazi messi a disposizione dall'ASST che non richiedono uso di apparecchiature dell'Azienda;
- A.2 - Attività ambulatoriale individuale in spazi messi a disposizione dall'ASST che richiedono uso di apparecchiature dell'Azienda;
- A.3 - Attività ambulatoriale in équipe in spazi messi a disposizione dall'ASST che non richiedono uso di apparecchiature dell'Azienda;
- A.4 - Attività ambulatoriale in équipe in spazi messi a disposizione dall'ASST che richiedono uso di apparecchiature dell'Azienda;
- A.5 - Prestazioni a domicilio;
- A.6 - Pareri medico legali a richiesta di Compagnie Assicuratrici o privati
- A.7 - Attività di medico competente
- A.8 - Consulti presso strutture di ricovero

B. - Attività libero-professionale in regime di ricovero o day hospital

C. Attività aziendali a pagamento (paragrafo 4.4 delle Linee Guida in materia di ALPI di cui alla DGR XI/3540 del 7/09/2020 - art. 89, c. 3, lett. d) del CCNL del 23/01/2024)

- C.1 - Attività richieste a pagamento da terzi all'Azienda (Convenzioni - Attività di consulenza a strutture sanitarie del SSN, strutture sanitarie non accreditate, strutture pubbliche non sanitarie, istituzioni socio-sanitarie).
- C.2 - Attività richieste a pagamento dall'Azienda ai propri dipendenti (Area a pagamento) - Prestazioni finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa.

CAPO II
ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE AMBULATORIALE E IN REGIME DI RICOVERO

Articolo 13

SEDI DI SVOLGIMENTO

L'attività libero-professionale ambulatoriale può essere svolta:

- o presso il poliambulatorio del Presidio di Crema nella parte appositamente riservata;
- o presso i poliambulatori periferici di Rivolta d'Adda, Soncino, Castelleone negli ambulatori istituzionali;
- o presso gli ambulatori istituzionali del Presidio di Crema per le prestazioni che necessitano dell'utilizzo di apparecchiature non ricomprese tra quelle in dotazione al Poliambulatorio di libera professione e per le visite correlate e contestuali a tali prestazioni strumentali.

L'attività libero-professionale in regime di degenza si svolge esclusivamente presso le stanze a ciò riservate.

Articolo 14

AUTORIZZAZIONE

Le autorizzazioni per lo svolgimento dell'attività libero-professionale ambulatoriale di cui alla lett. A del precedente art. 12 hanno validità triennale; prima della scadenza il professionista deve riproporre specifica istanza.

A1-A2) L.P. ambulatoriale individuale in spazi messi a disposizione dall'ASST

La richiesta di autorizzazione va presentata alla SC Area Accoglienza - Cup Aziendali - Attività di monitoraggio della Libera Professione di seguito indicata per brevità Area Accoglienza, utilizzando l'allegato 1 accluso al presente regolamento sottoscritto dal dirigente richiedente e dal responsabile della SC di appartenenza, inserendo le informazioni richieste tra cui il codice e la descrizione delle prestazioni, l'orario proposto, il tempo prestazione, le tariffe, il volume annuo di attività. Qualora lo svolgimento

dell'attività fosse previsto presso gli spazi istituzionali dell'ASST, lo specialista dovrà compilare anche l'allegato 3 accluso sottoscritto dal responsabile della SC di appartenenza a cui competono gli spazi da utilizzare.

L'Area Accoglienza completa l'istruttoria mediante compilazione di check list (allegato 4) acquisendo il parere della Direzione Medica dei Presidi circa la sussistenza delle condizioni previste per il rilascio dell'autorizzazione.

Le richieste, completata l'istruttoria, vengono inviate al Direttore Generale per l'autorizzazione, previa acquisizione di visto di benestare del Direttore Sanitario/Direttore SocioSanitario per rispettiva competenza.

L'autorizzazione è immediatamente inoltrata in copia a cura dell'Area Accoglienza al Dirigente interessato ed al Direttore della SC di appartenenza, al CUP-LP, alla Direzione Medica dei Presidi e alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Il CUP-LP predispone ed attiva le agende di prenotazione inserendo: sede di svolgimento dell'attività, specialità e centro di costo relativo al medico autorizzato, tipologia di prestazione, fasce orarie e tariffe dell'attività autorizzata.

In caso di impossibilità allo svolgimento di una seduta programmata, è consentito lo spostamento della seduta in altra o altre fasce orarie della medesima giornata o in altra giornata della medesima settimana, oppure, eccezionalmente, nella settimana precedente o successiva.

E' inoltre consentita la prenotazione di prestazioni al di fuori e in aggiunta rispetto alle fasce orarie autorizzate, fino ad un massimo di 2 prestazioni per seduta (urgenze).

Lo spostamento e la nuova prenotazione, nei casi di cui ai due precedenti commi, sono consentiti compatibilmente alla disponibilità di ambulatori.

Per le variazioni continuative di prestazioni e/o variazione del monte ore richiesto è necessaria la presentazione di una nuova istanza ed il rilascio di una nuova autorizzazione.

Per le variazioni di sede, giorno ed orari che non vanno a modificare la tipologia di prestazioni autorizzate e il monte ore totale è necessaria una semplice comunicazione all'Area Accoglienza, alla Direzione Medica ed al CUP-LP per le conseguenti verifiche. Seguirà comunicazione da parte dell'Area Accoglienza al Dirigente interessato ed al Direttore della SC di appartenenza, al CUP-LP ed alla Direzione Medica dei Presidi.

Per le variazioni tariffarie è necessaria una semplice comunicazione all'Area Accoglienza e al CUP-LP.

A3-A4) L.P. ambulatoriale in équipe in spazi messi a disposizione dall'ASST

Ad eccezione della SC di Laboratorio per le richieste da parte di singoli cittadini ad accesso non programmato, ciascuna UO ha la possibilità di erogare in équipe attività libero-professionale a pagamento caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente singolo o associato anche attraverso forme di rappresentanza.

Il Responsabile della Struttura interessata deve a tal fine inoltrare apposita richiesta di autorizzazione all'Area Accoglienza mediante l'utilizzo dell'allegato 5.

L'Area Accoglienza completa l'istruttoria mediante compilazione di check list (allegato 6) acquisendo il parere della Direzione Medica dei Presidi circa la sussistenza delle condizioni previste per il rilascio dell'autorizzazione.

Le richieste, completata l'istruttoria, vengono inviate al Direttore Generale per l'autorizzazione previa acquisizione di visto di benestare del Direttore Sanitario/SocioSanitario per rispettiva competenza.

L'autorizzazione è immediatamente inoltrata in copia a cura dell'Area Accoglienza al Responsabile dell'équipe richiedente, al CUP-LP, alla Direzione Medica dei Presidi e alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Il CUP-LP predispone ed attiva le agende di prenotazione inserendo: sede di svolgimento dell'attività, specialità e centro di costo della SC, tipologia di prestazione, fasce orarie e tariffe dell'attività autorizzata.

In caso di impossibilità allo svolgimento di una seduta programmata, è consentito lo spostamento della seduta in altra o altre fasce orarie della medesima giornata o in altra giornata della medesima settimana, o eccezionalmente nella settimana precedente o successiva.

E' inoltre consentita la prenotazione di prestazioni al di fuori ed in aggiunta rispetto alle fasce orarie autorizzate, fino ad un massimo di 2 prestazioni per seduta (urgenze).

Lo spostamento e la prenotazione, nei casi di cui ai due precedenti commi, sono consentiti compatibilmente alla disponibilità di ambulatori.

Per le variazioni continuative di prestazioni e/o variazione del monte ore richiesto è necessaria la presentazione di una nuova istanza ed il rilascio di una nuova autorizzazione.

Per le variazioni di sede, giorno ed orari che non vanno a modificare la tipologia di prestazioni autorizzate e il monte ore totale è necessaria una semplice comunicazione all'Area Accoglienza, alla Direzione Medica ed al CUP-LP per le conseguenti verifiche. Seguirà comunicazione da parte dell'Area Accoglienza al Dirigente interessato ed al Direttore della SC di appartenenza, al CUP-LP ed alla Direzione Medica dei Presidi.

Per le variazioni tariffarie è necessaria una semplice comunicazione all'Area Accoglienza e al CUP-LP.

A5) Prestazioni a domicilio

La richiesta di autorizzazione per l'erogazione di prestazioni a domicilio può essere inoltrata dagli specialisti a rapporto esclusivo già autorizzati allo svolgimento di attività libero-professionale individuale intramoenia fuori orario di lavoro, mediante utilizzo dell'allegato 7 da inoltrare all'Area Accoglienza per la relativa istruttoria. A seguito di rilascio di autorizzazione da parte del Direttore Generale, l'Area Accoglienza provvederà a darne comunicazione ai soggetti interessati per i seguiti di competenza.

Ogni prestazione a domicilio dovrà essere preventivamente prenotata sul software di prenotazione.

A6-A7) Pareri medico legali a richiesta di Compagnie Assicurative o privati- Attività di Medico Competente

La richiesta di autorizzazione per l'attività in oggetto viene inoltrata all'Area Accoglienza mediante utilizzo degli allegati moduli 8 e 9.

Non è richiesta la preventiva determinazione delle tariffe.

A seguito di autorizzazione da parte del Direttore Generale, l'Area Accoglienza provvede a darne comunicazione ai soggetti interessati per i seguiti di competenza.

Per lo svolgimento della suddetta attività è necessario che per ciascun caso sia preventivamente inoltrata alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità la lettera d'incarico. Al termine dell'attività il professionista dovrà trasmettere alla stessa SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità la nota riepilogativa dell'attività svolta per la successiva fatturazione.

A8) Consulti presso strutture di ricovero

Per consulto presso strutture di ricovero si intende la richiesta saltuaria di una prestazione specialistica, diagnostica e/o terapeutica, richiesta dal paziente o da un familiare dello stesso, per avvalersi contro corrispettivo delle prestazioni dello specialista.

Ciascun consulto, riferito al medesimo paziente, può essere comprensivo di più prestazioni/accessi, purché nel corso del medesimo ricovero.

Il consulto può essere svolto esclusivamente nella disciplina di appartenenza (esercitata nell'ASST).

Ciascun consulto deve essere preventivamente autorizzato dal Direttore Generale; a tal fine il dirigente interpellato deve presentare richiesta per recarsi presso la sede esterna di degenza del ricoverato mediante utilizzo dell'allegato 10.

Prima dell'effettuazione del consulto lo specialista dovrà acquisire dal paziente, o suo familiare, l'allegato 11 contenente l'impegno al pagamento, rilasciandone copia al sottoscrittore.

A seguito di effettuazione del consulto lo specialista dovrà trasmettere il suddetto allegato 11 all'Area Accoglienza al fine di procedere alla successiva fatturazione a cura della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

B) LP in regime di ricovero

Lo svolgimento di attività libero-professionali in regime di degenza non comporta una specifica autorizzazione individuale: tutti i dirigenti a rapporto esclusivo sono autorizzati allo svolgimento di attività libero-professionale in regime di degenza entro i limiti e secondo le modalità definite nel presente atto, previa approvazione del tariffario individuale.

Articolo 15

MODALITÀ DI PRENOTAZIONE

Per tutte le tipologie di attività libero-professionale ambulatoriale è previsto un sistema di prenotazione differenziato rispetto all'attività istituzionale.

1. Le prestazioni ambulatoriali da erogare presso gli spazi messi a disposizione dall'Azienda o al domicilio del paziente possono essere prenotate dal cittadino o dal medico attraverso uno dei seguenti canali:
 - allo sportello CUP-LP;
 - tramite apposito numero telefonico attivo presso lo sportello CUP-LP
 - inviando una mail all'indirizzo: prenotazioni.lp@asst-crema.it;
2. Per i pareri medico legali nonché per la medicina del lavoro è previsto, per ogni singolo caso, l'inoltro da parte dello specialista della "lettera d'incarico" alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

Le visite necessarie alla stesura della relazione peritale devono essere preventivamente prenotate sul sistema CUP-LP con tariffa 0 ed all'utente dovrà essere rilasciato il foglio di registrazione della prestazione sul quale dovrà essere indicato che trattasi di "accesso per perizia".

3. Per i consulti presso strutture di ricovero è prevista per ogni singolo caso l'acquisizione di autorizzazione preventiva.

L'erogazione delle prestazioni in regime libero-professionale deve avvenire sempre previa prenotazione con le modalità sopra descritte.

E' ammessa l'erogazione di prestazioni gratuite; tali prestazioni dovranno essere preventivamente prenotate a tariffa 0 o sul sistema CUP-LP o mediante segnalazione alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità o tramite preventiva autorizzazione; all'utente dovrà essere rilasciato il foglio di registrazione della prestazione sul quale dovrà essere indicato che trattasi di "visita/prestazione gratuita".

Le prestazioni libero-professionali erogate in regime di degenza, sono prenotate con le modalità indicate al successivo art. 19.

Articolo 16

PAGAMENTO

Per le prestazioni ambulatoriali, il pagamento deve avvenire preventivamente o contestualmente all'erogazione attraverso uno dei seguenti canali:

- presso gli appositi sportelli mediante carte elettroniche di pagamento;
- presso le casse automatiche dell'ASST;
- tramite il canale PagoPA.

Per l'attività svolta presso il domicilio del cliente, in relazione alla peculiarità di dette prestazioni, verrà fornito ai dirigenti che svolgono attività in regime libero-professionale il POS cordless.

Al Dirigente sarà rilasciata dal CUP-LP, prima dell'erogazione della prestazione al domicilio, la relativa fattura da consegnare all'utente all'atto del pagamento.

Fermo il divieto per il professionista di ritirare di persona titoli di pagamento o denaro contante, nei casi in cui si rilevi l'assoluta impossibilità di effettuare il pagamento preventivo tramite una delle sopra elencate modalità, verrà richiesto all'utente di sottoscrivere una "obbligazione di pagamento" (allegato 12) e gli sarà consegnato il modulo per il pagamento tramite sistema PagoPa preventivamente rilasciato al professionista unitamente alla fattura dal Cup-LP.

Per le prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero, le modalità di fatturazione e pagamento sono specificate al successivo art. 19.

Articolo 17

RIPARTO DELLE TARIFFE

Il pagamento delle spettanze relative all'attività libero-professionale individuale è effettuato di regola entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi.

Il pagamento mensile, relativamente all'attività ambulatoriale che non richiede l'utilizzo di tecnologie, viene effettuato prevedendo una trattenuta a copertura dei costi aziendali pari a quanto previsto dall'allegato 13.

La percentuale a copertura dei costi aziendali sarà la medesima per tutta l'attività libero-professionale ambulatoriale non strumentale indipendentemente dalla sede di svolgimento dell'attività (ambulatori di LP, ambulatori istituzionali, Poliambulatori di Rivolta d'Adda, Soncino, Castelleone).

Per le prestazioni strumentali che richiedono l'utilizzo di tecnologie, la quota a copertura dei costi aziendali è pari all'80% del valore previsto dal nomenclatore tariffario per le corrispondenti prestazioni.

Il pagamento delle spettanze relative all'attività libero-professionale svolta in équipe (art. 14, lett. A3-A4 e art. 24) è previsto con periodicità semestrale.

I criteri di riparto delle tariffe sono indicati nel prospetto allegato 13.

Articolo 18

PERSONALE DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Per supporto si intendono tutte le attività svolte dal personale del comparto in collaborazione con l'attività del medico ovvero finalizzate all'erogazione dell'ALPI.

La partecipazione del personale che presta supporto allo svolgimento delle attività libero-professionali è volontaria se svolta al di fuori dell'orario di servizio e dietro corrispettivo.

Se l'attività di supporto è svolta in orario di servizio e nell'ambito dell'attività istituzionale non dà diritto al riconoscimento di specifici compensi.

Qualora l'attività di supporto sia espletata fuori orario di servizio, è prevista la timbratura causalizzata di inizio e fine attività.

Le forme di partecipazione alla libera professione intramuraria del personale di supporto sono le seguenti:

a) collaborazione diretta, comprendente l'attività espressamente dedicata all'esercizio della libera professione e può essere:

- a supporto di tutti i professionisti che operano negli ambulatori dedicati alla libera professione.

Tale attività è prioritariamente garantita dalla DAPSS tramite personale non dipendente appositamente contrattualizzato nelle forme consentite.

In caso di necessità per assenza del personale appositamente contrattualizzato, il supporto è garantito tramite personale dipendente.

Ai fini dell'erogazione del compenso al personale del comparto interessato, la DAPSS comunica mensilmente alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane i nominativi del personale che ha svolto l'attività; il compenso è erogato sulla base del monte ore dedicato all'attività in questione come risultante dalle timbrature causalizzate.

- a supporto del singolo professionista che chiede in fase di autorizzazione il supporto dedicato degli operatori del comparto.

La DAPSS, su richiesta all'Area Accoglienza, comunica se l'attività è svolta in orario o fuori orario di servizio.

Anche in questo caso se l'attività di supporto è espletata fuori orario di servizio è prevista la timbratura causalizzata di inizio e fine attività.

Per l'erogazione del compenso l'Area Accoglienza inoltra semestralmente alla DAPSS l'elenco delle prestazioni che hanno comportato l'utilizzo di supporto diretto e la DAPSS provvede a fornire i nominativi del personale coinvolto.

Per lo svolgimento di tale attività di supporto è previsto il riconoscimento di una quota pari al 10% da calcolare sulla tariffa utente detratta la quota Azienda.

Il supporto diretto espletato fuori orario di servizio è volontario e comporta l'accettazione, da parte del personale interessato, dell'effettuazione di prestazioni orarie aggiuntive a fronte del compenso previsto.

b) collaborazione indiretta comprende l'attività esercitata dal personale di comparto per rendere possibile lo svolgimento dell'ALPI.

Per attività di supporto indiretto s'intende l'insieme delle attività necessarie per l'esercizio della Libera Professione, ma dedicate in modo indistinto anche all'attività istituzionale. A differenza dell'attività di supporto diretto, quella di supporto indiretto non è programmabile con riferimento ad una specifica prestazione. In particolare, è da considerare di supporto indiretto l'attività prestata dal personale che svolge nell'azienda le attività correlate all'organizzazione della libera professione.

L'ammontare della quota accantonata per il supporto indiretto viene destinata annualmente alle Strutture che hanno prestato supporto indiretto.

La percentuale per la collaborazione indiretta è fissata dal presente Regolamento come previsto dall'Allegato 13 e viene distribuita annualmente.

La distribuzione delle quote determina per ciascun dipendente interessato un aumento del debito orario calcolato come segue: Euro 35,00/1ora per l'Area degli Assistenti e dei Professionisti della Salute e dei Funzionari ed Euro 25,00/1ora per l'Area del Personale di Supporto e l'Area degli Operatori.

Articolo 19

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE IN REGIME DI RICOVERO

TARIFFARIO

I professionisti interessati a tale attività dovranno definire un tariffario relativo all'onorario professionale applicando un moltiplicatore per singolo DRG, da applicare alla tariffa ordinaria del tariffario DRG, da 0,00 fino ad un massimo di 5,00.

Detto moltiplicatore dovrà considerare anche la quota del 20% a copertura dei maggiori costi di produzione.

A carico dell'assistito SSN sarà addebitata, in aggiunta all'onorario professionale come sopra determinato, anche una quota del 30% del DRG, come previsto dalla normativa regionale, mentre per il "solvente in proprio" l'intero importo.

A titolo esemplificativo si riporta di seguito lo schema per la determinazione della tariffa a carico del paziente SSN

Tariffa ordinaria DRG (in Euro)	Valore di produzione DRG (in Euro)	20% DRG (in Euro)	Moltiplicatore	Parcella équipe lorda (in Euro)	30% DRG (in Euro)	Totale tariffa a carico paziente SSN (in Euro)	Totale tariffa a carico paziente solvente (in Euro)
1.000,00	1.200,00	200,00	3,10	3.100,00- 200,00= 2.900,00	300,00	2.900,00 +200,00+ 300,00= 3.400,00	2.900,00+ 200,00+ 1.000,00 = 4.100,00

RICOVERO IN LIBERA PROFESSIONE

L'attività libero-professionale in regime di degenza si svolge esclusivamente presso le stanze a ciò riservate.

Per le prestazioni con contributo SSN, il corrispettivo economico è desunto dal tariffario aziendale come segue:

onere a carico assistito:

onorario lordo équipe

30% tariffa DRG

onere a carico Regione

70% tariffa DRG

Le tariffe vengono applicate ogni qualvolta viene richiesta la prestazione del professionista da parte dell'assistito.

L'assistito deve preliminarmente prendere contatto con lo specialista.

Il professionista dovrà descrivere l'intervento/prestazione da eseguirsi in libera professione con l'individuazione del corrispondente DRG (Modulo 1A-LP).

Il preventivo di spesa verrà predisposto e sottoposto al paziente da parte dell'Ufficio Accettazione-Ricoveri; tale preventivo deve riportare la tariffa prevista nel tariffario (Modulo 2-LP). Contestualmente l'Ufficio Accettazione-Ricoveri chiederà al paziente se voglia usufruire del servizio di differenza alberghiera.

In particolare, nel preventivo deve essere indicato:

- COME TOTALE, il valore della colonna del tariffario denominata "Tariffa utente SSN";
- il valore della "Quota DRG paziente 30%" come indicato nel tariffario;
- il valore dell'"Onorario lordo équipe medica" determinato sottraendo dal "Totale" la "Quota DRG paziente 30%".

Il preventivo accettato verrà rilasciato in copia all'utente e trasmesso al professionista.

Indicativamente una settimana prima della data prevista del ricovero, l'assistito dovrà versare un acconto pari al 50% del preventivo come da fattura emessa dall'Ufficio Accettazione-Ricoveri per l'acconto dell'intervento.

La lista d'attesa per le "stanze solventi" viene gestita dal coordinatore infermieristico del reparto che dovrà definire con il professionista interessato la data di ricovero/intervento e darne comunicazione al paziente e all'Ufficio Accettazione-Ricoveri.

Sulla lista dei ricoveri inoltrata quotidianamente all'Ufficio Accettazione-Ricoveri, il coordinatore infermieristico deve segnalare i pazienti che saranno ricoverati in regime di libera professione.

Il giorno precedente quello previsto per la dimissione, il professionista dovrà comunicare all'Ufficio Accettazione-Ricoveri la data di dimissione e consegnare la scheda di sala operatoria ed il modulo 3-LP indicante la ripartizione della parcella tra i componenti l'équipe.

L'Ufficio Accettazione-Ricoveri provvederà ad emettere la fattura di saldo e a consegnarla o recapitarla all'assistito.

L'Ufficio Accettazione-Ricoveri provvederà altresì a trasmettere copia di entrambe le fatture relative all'intervento svolto alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità unitamente al modulo 3-LP, alla SDO ed alla scheda di sala operatoria se presente per i successivi adempimenti di competenza.

RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI E DELL'AZIENDA

1. Nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria il dirigente ha le stesse responsabilità personali (penale e civile) e amministrative (disciplinare, contabile) di quelle assunte in orario di servizio.
2. Fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni di legge e dalla disciplina contrattuale vigente nel tempo, l'Azienda garantisce la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, anche in ordine alla loro attività libero-professionale intramuraria senza la previsione di alcuna rivalsa, salvo nel caso di dolo o colpa grave.
3. L'Azienda risponde di eventuali danni causati a terzi durante lo svolgimento dell'attività libero-professionale solamente se esercitata nelle sedi autorizzate.
4. Ferma la succitata piena responsabilità individuale di ciascun professionista nell'esercizio di prestazioni libero-professionali, la responsabilità generale e la vigilanza sul corretto funzionamento del sistema della libera professione compete alla Direzione Medica dei Presidi.

Articolo 21

MODALITÀ DI CONTROLLO

1. Al fine di valutare la corretta applicazione delle regole contenute nel presente atto, di garantire l'attività istituzionale e di salvaguardare la piena tutela dell'utenza che sceglie il canale libero-professionale, l'Azienda prevede una serie di controlli, periodici e a campione, tesi a verificare che l'attività libero-professionale sia coerente con le presenti disposizioni. Per ogni controllo viene redatto apposito verbale per i seguiti di competenza.
2. In particolare, è previsto:
 - che la richiesta di nuova autorizzazione ovvero di rinnovo dell'autorizzazione già concessa sia corredata da apposita dichiarazione che attesti l'assenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, con assunzione diretta, da parte del dichiarante, di responsabilità nelle ipotesi di dichiarazioni non veritiere e di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (cfr. allegato 2);
 - Il Responsabile diretto del professionista dovrà redigere relazione periodica da inviare alla Direzione Medica dei Presidi, di norma a cadenza annuale, dalla quale emerga, nel rispetto del presente Regolamento, che nell'esercizio dell'attività libero-professionale non sono risultati elementi che pregiudichino il corretto svolgimento dell'attività e degli adempimenti istituzionali o evidenzino situazioni di conflitto di interessi e/o concorrenza sleale;
 - la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane procede ad una serie di controlli periodici e a campione attraverso il controllo incrociato delle timbrature al fine di valutare e verificare il volume orario reso in attività istituzionale e il volume orario in attività libero-professionale nonché al fine di verificare che l'attività libero-professionale sia svolta fuori dai periodi che inibiscono la normale attività lavorativa;

- l'Area Accoglienza, con il supporto della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e del SIA, sulla base dei dati forniti dai sistemi di rilevazione presenze, di refertazione e di prenotazione, procede ad una serie di controlli periodici e a campione al fine di verificare che l'attività libero-professionale sia svolta, ove previsto, in regime di timbratura causalizzata nonché secondo le autorizzazioni rilasciate (sede, ambulatorio, giorno, fascia oraria).

In caso di inosservanza, l'Area Accoglienza segnala la circostanza alla Direzione Medica dei Presidi per l'interpello del professionista, la verifica delle motivazioni e gli eventuali provvedimenti conseguenti;

- la Direzione Medica dei Presidi effettua, con cadenza trimestrale, ai sensi della DGR X/6963 del 31/07/2017, "il monitoraggio sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni rese in attività istituzionale e in attività libero-professionale" con le modalità definite dalla Regione Lombardia con nota prot. 19833 del 04/08/2017, e procede all'invio, al termine di ciascun trimestre, di una sintetica relazione alle strutture della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, nella quale viene illustrato il volume di attività in ALPI per le prestazioni ricomprese nel flusso ALPI VOLUMI e il rapporto tra attività in ALPI e i volumi delle stesse prestazioni rese in regime istituzionale;
- la Direzione Medica di Presidio controlla inoltre periodicamente il rapporto tra attività ambulatoriale istituzionale (L.E.A.), e corrispondente attività libero-professionale al fine di individuare le Strutture Complesse ed i singoli medici che hanno rapporti tra attività libero professionale anche domiciliare e attività istituzionale superiore a 1. Inoltre, verranno monitorate le liste d'attesa affinché non siano superate le tempistiche delle classi di priorità in regime L.E.A., qualora le medesime prestazioni venissero erogate anche in regime libero professionale.

Qualora gli esiti delle attività di controllo a livello di Struttura Complessa evidenziassero squilibri nel rapporto tra attività libero-professionale ed attività istituzionale (rapporto maggiore di 1), la Direzione Medica dei Presidi, procederà ad una segnalazione al Responsabile della Struttura Complessa con invito ad adottare misure per riportare il valore dei suddetti rapporti nel rispetto dei limiti di legge.

Nel caso in cui a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verificano, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati (comma concordato nell'incontro sindacale del 9/7/2009 - DGR VIII/09581 del 11/06/2009 - DGR VIII/2308 del 5/4/2006).

- LA SS Controllo di Gestione confronta con cadenza trimestrale l'attività prenotata e quella incassata evidenziando le prestazioni gratuite e le mancate presentazioni. I report sono messi a disposizione trimestralmente alla Direzione Medica dei Presidi ed al Comitato di cui al successivo art. 22.

Articolo 22

COMITATO DI GARANZIA (ORGANISMO PARITETICO DI VERIFICA)

1. La Direzione Generale istituisce apposito organismo di verifica, costituito in forma paritetica con i soggetti sindacali, a cui competono le funzioni di cui all'art.15 quinquies, comma 3 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., ed in particolare:
 - a) controllo e valutazione dei dati relativi all'attività libero-professionale intramuraria e dei suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero-professionale, che comunque non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati;
 - b) verificare che siano rispettati i piani di attività previsti nella programmazione aziendale nonché i volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipe sulla base delle indicazioni nazionali e regionali;
 - c) proporre al Direttore Generale i provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione della libera professione;
 - d) esprimere parere sulle questioni portate all'attenzione del Comitato.
2. Il Comitato viene convocato di norma con cadenza trimestrale.
3. Semestralmente e comunque in caso di rilevazione di significativi scostamenti dei costi di bilancio, l'organismo verifica l'andamento complessivo dell'attività libero-professionale anche ai fini di una eventuale rinegoziazione delle modalità di costruzione delle tariffe.

Articolo 23

SANZIONI

1. Fatto salvo quanto previsto in tema di responsabilità penale e civile dal vigente ordinamento giuridico, la violazione delle norme regolamentari aziendali è fonte di responsabilità disciplinare sanzionabile ai sensi di quanto previsto dai CCNL vigenti e dal Regolamento aziendale di disciplina della dirigenza.
2. Resta ferma la possibilità per la Direzione Generale in caso di violazione delle norme regolamentari aziendali in materia di svolgimento dell'attività libero-professionale di disporre con provvedimento motivato la sospensione temporanea, anche in via cautelativa, oppure la revoca delle autorizzazioni concesse.

CAPO III
ATTIVITA' AZIENDALI A PAGAMENTO

Articolo 24

ATTIVITÀ RICHIESTE A PAGAMENTO DA TERZI ALL'AZIENDA (ES: CONVENZIONI - ATTIVITA' DI CONSULENZA A STRUTTURE SANITARIE DEL SSN, STRUTTURE SANITARIE NON ACCREDITATE, STRUTTURE PUBBLICHE NON SANITARIE, ISTITUZIONI SOCIOSANITARIE SENZA SCOPO DI LUCRO - PRESTAZIONI OCCASIONALI)

L'attività in questione può essere svolta, previo parere del Responsabile della Struttura interessata, durante l'orario di lavoro, e quindi in regime istituzionale aziendale, oppure fuori dall'orario di lavoro, cioè in regime libero-professionale.

Quando l'attività è svolta durante l'orario di lavoro, il corrispettivo viene determinato autonomamente dall'Azienda e va ad esclusivo beneficio dell'Azienda; al dirigente spetta il rimborso delle spese sostenute per il raggiungimento del luogo dove viene svolta l'attività, secondo le regole in essere per il trattamento di missione.

Quando l'attività è svolta fuori dall'orario di lavoro, il corrispettivo viene proposto dal Responsabile della Struttura.

Nello svolgimento dell'attività deve essere garantito di norma il rispetto del principio della fungibilità e rotazione del personale che eroga la prestazione.

Qualora venga richiesto lo svolgimento di attività continuativa, è prevista la stipula di apposita convenzione; in caso di prestazioni occasionali, lo svolgimento dell'attività è autorizzato mediante comunicazione del Direttore Generale.

I compensi vengono riscossi dall'Azienda secondo le modalità indicate nell'accordo.

In caso di attività svolta fuori dall'orario di lavoro, il pagamento di quanto di spettanza ai dirigenti è previsto:

- successivamente all'incasso in caso di attività svolta individualmente
- ovvero con periodicità semestrale per l'attività svolta in équipe. I criteri di riparto sono indicati nell'allegato 13.

L'attività in questione può essere svolta all'interno delle strutture aziendali (ad es. attività di laboratorio) o presso altra Azienda.

Nella contrattazione con la Struttura Complessa, si determinano le modalità operative di svolgimento dell'attività. Qualora l'attività sia svolta all'interno delle strutture aziendali in regime di timbratura, nei casi in cui non sia possibile la distinzione temporale tra attività istituzionale e convenzionale, per la quantificazione del debito orario a carico del dipendente a fronte del compenso economico attribuito, si applica il parametro di valore orario di euro 60 = 1ora.

Articolo 25

ATTIVITÀ RICHIESTE A PAGAMENTO DALL'AZIENDA AI PROPRI DIPENDENTI

AREA A PAGAMENTO

PRESTAZIONI FINALIZZATE ALLA RIDUZIONE DEI TEMPI D'ATTESA - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La richiesta di attivazione di prestazioni aggiuntive quali attività a pagamento art.89, c2 del CCNL 23/01/2024 è avanzata dall'Azienda alle équipes interessate in relazione a prestazioni critiche in termini di appropriatezza, qualità e/o tempi di erogazione e limitatamente a situazioni eccezionali, previa assicurazione del rispetto dei livelli di produzione negoziati in sede di budget a fronte del debito orario contrattuale e del compenso previsto a titolo di retribuzione di risultato.

La modalità di svolgimento dell'attività a pagamento e le modalità di controllo e le sono definite negli accordi sottoscritti tra azienda ed équipe interessata.

L'adesione del dipendente all'attività aggiuntiva avviene su base volontaria e l'elenco degli aderenti è tenuto aggiornato dal Direttore della Struttura che ha ottenuto l'autorizzazione, previa verifica del possesso dei requisiti, distinguendo tra personale dirigente e personale del comparto, la cui adesione è gestita invece dalle articolazioni della DAPSS.

Non possono essere svolte prestazioni aggiuntive in concomitanza:

- permessi e/o congedi retribuiti e non, che interessano anche l'intero arco della giornata;
- periodo di aspettativa a vario titolo;
- ferie, recupero festivo o recupero ore;
- impegno orario ridotto (part-time - allattamento);
- assenze per Legge 104/1992 (sia ad ore che a giornata intera) nei giorni di fruizione dell'assenza;
- pronta disponibilità;
- malattia e/o infortunio;
- sospensione dal servizio per motivi disciplinari;
- inidoneità, con limitazione, allo svolgimento di determinate prestazioni limitatamente alle stesse;
- saldo orario negativo rispetto a quello istituzionalmente dovuto;
- contratto di lavoro non esclusivo (extra-moenia).

In linea generale l'istituto della libera professione non è effettuabile nelle giornate in cui si fruisce di istituti sospensivi della prestazione, anche parziali.

Le prestazioni rese in regime di prestazioni aggiuntive rientrano nell'attività di servizio ai fini delle quantificazioni previste ai sensi del D.Lgs 66/2003.

Tutte le attività svolte in area a pagamento devono essere rilevate con apposita timbratura causalizzata in ingresso e in uscita, al fine di conteggiare puntualmente le ore aggiuntive effettuate dal personale. Non verranno riconosciute quale attività aggiuntive le prestazioni lavorative giornaliere inferiori ad un'ora continuativa (non frazionata), oltre tale limite l'attività verrà riconosciuta al minutaggio.

A maggior dettaglio:

- Personale del Comparto NON TURNISTA: il saldo mese contrattualmente previsto (36 ore settimanali) e il saldo progressivo ANNUALE (anno corrente) devono essere pari o superiore a zero;
- Personale del Comparto TURNISTA: il saldo mese contrattualmente previsto deve essere positivo o non inferiore ad un saldo negativo pari a 10 ore, il saldo progressivo ANNUALE deve essere sempre positivo;
- Dirigenza: il saldo mese contrattualmente previsto deve essere positivo o non inferiore ad un saldo negativo pari a 10 ore (limitatamente a riposi compensativi fruiti nel mese corrente e riferiti a precedenti mensilità), il saldo progressivo ANNUALE deve essere sempre positivo;

Per il personale appartenente alla Dirigenza Area Sanità La la modalità di remunerazione si conforma al parametro orario di 80 € /ora previsto dall'art. 89, c^ 3 del CCNL 23/01/2024. I turni di guardia notturna eccedenti l'orario di lavoro, così come previsto dall'art.89 c.6 del CCNL 23/01/2024, saranno remunerati 640 €/turno di 12 ore.

Per il Personale del Comparto sanità appartenente all'Area dei Professionisti delle Salute e dei funzionari e all'Area degli Assistenti, la modalità di remunerazione viene fissata al parametro orario di 40€ /ora, per il personale appartenente all'Area degli Operatori e all'Area del personale di Supporto, la tariffa applicata è pari a 25€/ora.

Si specifica che nel computo della tariffa non sono compresi gli oneri riflessi.

Sono fatte salve eventuali evoluzioni normative a valenza regionale o nazionale che definiscono diverse tariffe in funzione di specifiche aree di attività.

Anche ai dirigenti che aderiscono alla richiesta di svolgimento di prestazioni aggiuntive quali attività a pagamento, le ore settimanali destinate ad attività non assistenziale sono pari a ore 4.

CAPO IV
NORME FINALI

Articolo 26

FONDO DI PEREQUAZIONE

1. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5, co. 2, lett. e), del DPCM 27/3/2000 e dai CCCNLL vigenti, una percentuale pari al 5% dei proventi dell'attività libero-professionale, al netto delle quote previste a favore dell'Azienda, è accantonata per la costituzione del fondo aziendale da destinare alla perequazione per quelle discipline mediche e del ruolo sanitario che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria.
2. Accedono al fondo di perequazione i Dirigenti Medici e Sanitari a rapporto di lavoro esclusivo che in funzione delle attività svolte o della disciplina di appartenenza, hanno una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria.
3. Dalla ripartizione di tale fondo non può derivare per i destinatari un beneficio economico superiore a quello medio percepito dai dirigenti che espletano l'attività libero-professionale, calcolato dal rapporto tra incasso totale al netto delle trattenute ASST e il numero dei medici autorizzati all'esercizio della libera professione.
4. Analogamente, a valere sulle risorse derivanti dalle tariffe al netto delle quote previste a favore dell'Azienda, viene finalizzata una quota pari allo 1,5% per l'attribuzione di incentivi economici al personale dirigenziale degli altri ruoli professionale, tecnico ed amministrativo che con la propria attività rende possibile l'organizzazione per l'esercizio dell'ALPI (art. 90, c.3 del CCNL 23/01/2024).
5. Il valore di tale incentivo attribuito a ciascun dirigente non può superare il valore medio attribuito al personale medico e sanitario che abbia una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria, di cui ai commi precedenti.
6. La ripartizione dei fondi e incentivi di cui ai commi precedenti avviene secondo criteri stabili con le OO.SS. in sede di contrattazione collettiva integrativa.

Articolo 27

FONDO BALDUZZI

Ai sensi di quanto previsto della Legge 189/2012, una quota pari al 5% dei compensi spettanti ai dirigenti, al netto di quote a favore dell'Ente, delle quote fondo previste dai regolamenti e dagli eventuali compensi spettanti al personale di supporto diretto (DGR XI/3540/2020) e derivanti dall'attività libero-professionale svolta all'interno delle strutture aziendali, in regime ambulatoriale e di ricovero, nonché dai consulti, perizie di

parte, prestazioni domiciliari, è accantonata dall'Ente e vincolata a interventi di prevenzione, anche con investimenti, ovvero per finanziare l'acquisizione di prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa istituzionali.

Articolo 28

ENTRATA IN VIGORE

Il presente Regolamento sostituisce la regolamentazione adottata con la deliberazione n. 902 del 22.12/2022 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema ed entrerà in vigore dalla data di adozione della delibera.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

MODULO PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE
ESERCIZIO ATTIVITA' L.P. AMBULATORIALE INTRAMOENIA INDIVIDUALE

- NUOVA AUTORIZZAZIONE
- AGGIORNAMENTO AUTORIZZAZIONE
- RINNOVO

Alla SC Area Accoglienza – Cup – Attività di monitoraggio della Libera Professione dell'ASST di Crema

Il sottoscritto Dott. Cell

dependente di codesta Azienda a rapporto esclusivo presso la SC di

con la qualifica di in possesso della/e specializzazione in:

1.

2.

DICHIARA

- Di essere dipendente a tempo pieno
- Di essere stato dichiarato idoneo senza limitazioni allo svolgimento dell'attività

CHIEDE

di effettuare l'attività libero-professionale individuale nella seguente disciplina:

indicativamente a far tempo da:..... (dopo almeno 60 giorni dalla richiesta)

utilizzando per lo svolgimento di tale attività i seguenti locali:

poliambulatori riservati alla LP di Crema

poliambulatori istituzionali di

altro

eseguendo le prestazioni di seguito indicate:

cod. prest.	descriz. prestazione	tariffa (compreso bollo)	durata prest.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

nei seguenti giorni ed orari:

giorno	orario

Per un totale di circa _____ prestazioni/anno

Il sottoscritto chiede inoltre di poter utilizzare la seguente dotazione strumentale, di proprietà dell'Azienda, presente nel locale prescelto per l'espletamento dell'attività:

.....

supporto diretto: SI NO

quale: (tipologia e

nomi)

.....

Si impegna a utilizzare con cura la struttura e le attrezzature di proprietà dell'ASST e a comunicare con 30 giorni di anticipo l'eventuale cessazione dell'attività con l'obbligo dell'evasione delle prestazioni già prenotate.

Il Sottoscritto dichiara che le tariffe proposte sono da intendersi al lordo delle quote trattenute dall'Azienda per la copertura di:

- Costi aziendali (diretti ed indiretti)
- Fondi contrattuali
- Fondo previsto dalla Legge n. 189 del 8.11.2012 (Legge Balduzzi)

Data Timbro e Firma del Richiedente

VISTO DI BENESTARE DEL RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA DI APPARTENENZA

Data Firma del Responsabile SC.....

VISTO DI BENESTARE DEL RESPONSABILE DEGLI SPAZI RICHIESTI

Il sottoscritto, in qualità di Responsabile del Dipartimento /SC/ Servizio
 presa visione della presente domanda

[] *esprime parere favorevole* all'utilizzo della sede e delle attrezzature in dotazione negli orari proposti
 [] *esprime parere contrario* in quanto.....

Data Firma del Responsabile.....

[Handwritten signatures and initials]

VISTO DI BENESTARE DEL DIRETTORE SANITARIO/DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Data Firma del Direttore Sanitario/SocioSanitario.....

AUTORIZZAZIONE

Vista la richiesta in data _____

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

il Dott.

all'esercizio dell'attività libero-professionale ambulatoriale intramuraria individuale secondo le modalità indicate nella check list allegata.

Data

IL DIRETTORE GENERALE

[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

ALLEGATO 2

Il/La _____ sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, dipendente di codesta
Azienda a rapporto esclusivo presso l'UO _____ con
la qualifica di _____ in riferimento all'attività di libera
professione svolta a decorrere dalla data di autorizzazione, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt.
46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto
stabilito dall'art. 75 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

1) Ai sensi dell'art. 6 del DPR n. 62/2013:

di **NON** trovarsi nelle situazioni di conflitto d'interessi di cui al succitato art. 6 (avere avuto nell'ultimo triennio in prima persona, o propri parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con soggetti privati che abbiano interessi in attività, decisioni dell'ufficio/struttura di assegnazione);

oppure

che, in capo alla propria persona, o propri parenti ed affini entro il secondo grado, coniuge o convivente, sono esistiti e/o sussistono rapporti di collaborazione con i seguenti soggetti privati aventi interessi in attività, decisioni dell'ufficio/struttura di assegnazione:

2) altresì l'insussistenza di qualsiasi altra situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi e si impegna, nel periodo di validità dell'incarico, a far permanere l'assenza di tali situazioni e a comunicare eventuali variazioni alle predette dichiarazioni;

3) infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____

Firma _____

VISTO DI BENESTARE DEL RESPONSABILE DEGLI SPAZI RICHIESTI

ESERCIZIO ATTIVITA' L.P. AMBULATORIALE INTRAMOENIA INDIVIDUALE

Richiesta presentata dal dott. in data

Secondo quanto previsto dalle normative vigenti deve essere garantita, tramite adeguata articolazione oraria, la separazione temporale dell'utilizzo degli spazi da parte dell'utenza in SSN e in ALPI.

Pertanto, il sottoscritto Dott. in qualità di Direttore della SC di..... presa visione della domanda in oggetto attesta e garantisce che **l'attività di Libera Professione sarà svolta in orari differenti rispetto allo svolgimento dell'attività istituzionale** e che effettuerà i controlli necessari ad assicurare siffatta situazione.

Data

Firma del Direttore della SC

.....



11) La SC di appartenenza del medico mantiene un rapporto di prevalenza tra attività Istituzionale e L.P.

SI NO (non autorizzabile)

12) I tempi prestazione indicati dal medico sono congrui (anche se non corrispondenti a quelli previsti in istituzionale)

SI NO (non autorizzabile)

SE RICHiesto L'UTILIZZO DI SPAZI DEDICATI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE

13) Le prestazioni richiedono l'utilizzo di attrezzature non disponibili negli spazi ambulatoriali dedicati all'esercizio della libera professione

SI NO (non autorizzabile)

14) Gli spazi richiesti sono disponibili ed il loro utilizzo è compatibile con le norme in materia di accreditamento (requisiti specifici organizzativi, igiene edilizia, sicurezza, idoneità dell'ambulatorio e delle attrezzature impiegate)

SI NO (non autorizzabile)

SE RICHiesto L'UTILIZZO DI POLIAMBULATORI

15) Gli spazi richiesti possono essere utilizzati nei seguenti giorni ed orari:

.....
.....
.....
.....

16) Le condizioni tecnico-organizzative consentono la distinzione spazio-temporale tra attività SSN e ALPI?

SI (timbratura causalizzata) NO (timbratura ordinaria istituzionale)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

Parere favorevole

Parere favorevole

Parere non favorevole

Parere non favorevole

DIRETTORE MEDICO DEI PRESIDII

DIRETTORE AREA ACCOGLIENZA

Data _____

Data _____

**MODULO PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE
 ESERCIZIO ATTIVITA' L.P. AMBULATORIALE INTRAMOENIA IN EQUIPE**

- NUOVA AUTORIZZAZIONE**
- AGGIORNAMENTO AUTORIZZAZIONE**
- RINNOVO**

*Alla SC Area Accoglienza – Cup – Attività di monitoraggio
 della Libera Professione dell'ASST di Crema*

Il sottoscritto Dott. Direttore della SC di

Cell chiede autorizzazione all'esercizio di attività L.P. ambulatoriale intramoenia in
 équipe da parte dei seguenti medici a tempo pieno e a rapporto esclusivo della predetta SC.

NOMINATIVI

utilizzando per lo svolgimento di tale attività i seguenti locali:

poliambulatori riservati alla LP di Crema

poliambulatori istituzionali di.....

altro

eseguendo le prestazioni di seguito indicate:

cod. prest.	descriz. prestazione	tariffa (compreso bollo)	durata prest.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten signature and initials in blue ink]

nei seguenti giorni ed orari:

giorno	orario

Per un totale di circa _____ prestazioni/anno

Il sottoscritto chiede inoltre di poter utilizzare la seguente dotazione strumentale, di proprietà dell'Azienda, presente nel locale prescelto per l'espletamento dell'attività:

.....

supporto diretto: SI NO

quale: (tipologia e nomi)

Si impegna a utilizzare con cura la struttura e le attrezzature di proprietà dell'ASST e a comunicare con 30 giorni di anticipo l'eventuale cessazione dell'attività con l'obbligo dell'evasione delle prestazioni già prenotate.

Data Firma del Responsabile della SC

VISTO DI BENESTARE DEL RESPONSABILE DEGLI SPAZI RICHIESTI

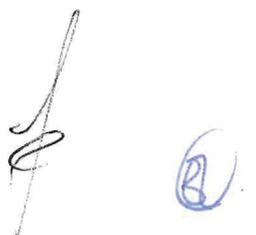
Il sottoscritto, in qualità di Responsabile del Dipartimento /SC/ Servizio
 presa visione della presente domanda

[] **esprime parere favorevole** all'utilizzo della sede e delle attrezzature in dotazione negli orari proposti
 [] **esprime parere contrario** in quanto.....

Data Firma del Responsabile.....

VISTO DI BENESTARE DEL DIRETTORE SANITARIO/DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Data Firma del Direttore Sanitario/SocioSanitario.....



AUTORIZZAZIONE

Vista la richiesta in data _____

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

il Dott.

all'esercizio dell'attività libero-professionale ambulatoriale intramuraria individuale secondo le modalità indicate nella check list allegata.

Data

IL DIRETTORE GENERALE

.....

[Handwritten signature in blue ink, oriented vertically on the right side of the page]

[Handwritten mark or signature at the bottom right]

[Handwritten mark or signature at the bottom right]

CHECK LIST

Allegato 6

AUTORIZZAZIONE LIBERA PROFESSIONE

DOTT. _____ DATA RICHIESTA _____

POLIAMBULATORI LP CREMA POLIAMBULATORI PERIFERICI STRUMENTALE DOMICILIARE

AREA ACCOGLIENZA – CUP – ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DELLA LIBERA PROFESSIONE

- 1) **Le ore complessive autorizzate ai medici dell'équipe in L.P. intramoenia anche individuale presso tutte le sedi sono inferiori a 38 per n. componenti équipe**
 SI NO (non ammissibile - modificare richiesta)
- 2) **E' indicato il codice prestazione**
 SI NO (ammissibile solo se non LEA secondo attestazione della Direzione Medica)
- 3) **Il tempo prestazione indicato dall'équipe è uguale in tutte le sedi, per tutti gli specialisti ed è coincidente a quello previsto nelle autorizzazioni individuali (esclusa l'attività domiciliare)**
 SI NO (non ammissibile - modificare richiesta)
- 4) **La tariffa richiesta dall'équipe è uguale in tutte le sedi in cui l'équipe svolge l'attività L.P. (esclusa l'attività domiciliare)**
 SI NO (non ammissibile - modificare richiesta)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

CUP

- 6) **Il tempo prestazione indicato dal medico è uguale a quello previsto in istituzionale**
 SI NO (ammissibile solo in presenza di giudizio di congruità della Direzione Medica)
Vedi tabella allegata SI NO
- 7) **La tariffa richiesta dall'équipe è superiore a quella prevista nel Tariffario Regionale**
 SI NO (non ammissibile - modificare richiesta)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI

- 8) **Le prestazioni rientrano nella disciplina di appartenenza**
 SI NO (autorizzabile solo dal Direttore Generale)
- 9) **Le prestazioni sono erogate dall'ASST**
 SI NO (autorizzabile solo se non LEA)
- 10) **Le prestazioni rientrano nei LEA**
 SI NO (autorizzabile)
- 11) **La SC di appartenenza del medico mantiene un rapporto di prevalenza tra attività Istituzionale e L.P.**
 SI NO (non autorizzabile)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

12) I tempi prestazione indicati dall'équipe sono congrui (anche se non corrispondenti a quelli previsti in istituzionale)

SI NO (non autorizzabile)

SE RICHiesto L'UTILIZZO DI SPAZI DEDICATI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE

13) Le prestazioni richiedono l'utilizzo di attrezzature non disponibili negli spazi ambulatoriali dedicati all'esercizio della libera professione

SI NO (non autorizzabile)

14) Gli spazi richiesti sono disponibili ed il loro utilizzo è compatibile con le norme in materia di accreditamento (requisiti specifici organizzativi, igiene edilizia, sicurezza, idoneità dell'ambulatorio e delle attrezzature impiegate)

SI NO (non autorizzabile)

SE RICHiesto L'UTILIZZO DI POLIAMBULATORI

15) Gli spazi richiesti possono essere utilizzati nei seguenti giorni ed orari:

.....
.....
.....
.....

16) Le condizioni tecnico-organizzative consentono la distinzione spazio-temporale tra attività SSN e ALPI?

SI (timbratura causalizzata) NO (timbratura ordinaria istituzionale)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

Parere favorevole

Parere favorevole

Parere non favorevole

Parere non favorevole

DIRETTORE MEDICO DEI PRESIDI

DIRETTORE AREA ACCOGLIENZA

Data _____

Data _____

[Handwritten signature and initials]

VISITA DOMICILIARE

[Handwritten signature]

Il sottoscritto Cell

SC di.....

visto l'art. 15 quinquies, comma 2, lettera D, del D. Lgs. 502/92, come integrato dall' art. 4 del D. Lgs. 28.07.2000 n°254, premesso:

- di essere in rapporto esclusivo con l'Azienda;
- **di essere già autorizzato** allo svolgimento dell'attività libero-professionale individuale intramuraria, fuori dall'orario di servizio,

CHIEDE

di essere autorizzato ad erogare la prestazione sanitaria in regime libero-professionale individuale presso il domicilio dei propri assistiti che ne facciano espressa richiesta per uno dei seguenti motivi:

- o in relazione alle particolari prestazioni sanitarie richieste
- o in relazione al rapporto fiduciario preesistente
- o avuto riguardo al carattere occasionale o straordinario della prestazione

Dichiaro che le tariffe che saranno applicate saranno le seguenti:

[Handwritten mark]

cod. prest.	descriz. prestazione	tariffa (compreso bollo)	durata prest.

[Handwritten mark]

nei seguenti giorni ed orari:

giorno	orario

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Prendo atto delle modalità previste dall'Azienda per la concessione dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero-professionale in tale tipologia ed in particolare:

- **la prestazione deve essere sempre preceduta dalla prenotazione agli uffici CUP-LP;**
- **deve essere utilizzato il POS cordless per il pagamento al domicilio;**
- **il pagamento deve essere fatturato dall'ASST attraverso i propri sistemi contabili.**

Sono consapevole che:

- la prestazione può essere erogata solo previa autorizzazione e registrazione sull'applicativo aziendale
- l'Azienda potrà in qualsiasi momento effettuare controlli circa il corretto svolgimento dell'attività.

Il Sottoscritto dichiara che le tariffe proposte sono da intendersi al lordo delle quote trattenute dall'Azienda per la copertura di:

- Costi aziendali (diretti ed indiretti)
- Fondi contrattuali
- Fondo previsto dalla Legge n. 189 del 8.11.2012 (Legge Balduzzi)

Data.....

Timbro e firma specialista

.....

Visto Responsabile della SC

Visto Direttore Medico dei Presidi

Visto Direttore Sanitario/SocioSanitario

AUTORIZZAZIONE

Vista la richiesta in data _____

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

il Dott.

all'esercizio dell'attività libero-professionale ambulatoriale intramuraria individuale.

Data

IL DIRETTORE GENERALE

[Handwritten signature in blue ink]

MODULO PER RICHIESTA
AUTORIZZAZIONE ALLA FORMULAZIONE DI PARERI MEDICO LEGALI IN REGIME LIBERO-
PROFESSIONALE A RICHIESTA DI COMPAGNIE ASSICURATIVE O PRIVATI

Il sottoscritto Dott.
SC Specialità
Cell

chiede di essere autorizzato alla formulazione di pareri medico legali in regime libero professionale su richiesta
Compagnie Assicurative o privati.

L'autorizzazione è richiesta per n.perizie annue (entità indicativa).

Prendo atto che l'attività in questione dovrà essere svolta con le seguenti modalità:

1. Lo specialista dovrà tempestivamente trasmettere la lettera di conferimento all'incarico alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
2. Le tariffe saranno definite in relazione ad ogni caso sulla base della complessità dello stesso;
3. Eventuali visite necessarie alla stesura della relazione verranno effettuate presso il poliambulatorio di Crema riservato allo svolgimento dell'attività libero-professionale.
4. La visita dovrà essere preventivamente prenotata al CUP-LP. L'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in questione comporta infatti la configurazione di agenda per la registrazione di "visita per perizia" a tariffa 0.
5. La fattura sarà emessa dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità su richiesta del medico che dovrà indicare il relativo importo;
6. Ai fini della verifica del rispetto di prevalenza dell'attività istituzionale all'attività libero-professionale, sarà considerato un tempo forfettario di 2 ore per ciascuna perizia.

Crema, Firma e timbro.....

Nulla osta: il Responsabile della SC - Dott.

Firma e timbro

**IL DIRETTORE GENERALE
AUTORIZZA/NON AUTORIZZA**

il Dott.

allo svolgimento di attività libero-professionale per la formulazione di perizie medico legali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria o Compagnie Assicurative o privati.

L'autorizzazione è concessa in via transitoria. L'eventuale variazione delle quote applicate sarà operante anche in costanza del rapporto senza necessità di adozione di apposito provvedimento.

Crema.....

Visto: il Direttore Sanitario/SocioSanitario

IL DIRETTORE GENERALE

MODULO PER RICHIESTA
AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI MEDICO COMPETENTE IN REGIME LIBERO-
PROFESSIONALE

Il sottoscritto Dott.....

SC Specialità.....

Cel.....

Chiedo di essere autorizzato allo svolgimento di attività di Medico Competente in regime libero-professionale.

L'autorizzazione è richiesta per un totale di circa n. dipendenti annui (entità indicativa)

Prendo atto che l'attività in questione dovrà essere svolta con le seguenti modalità:

2. Lo specialista dovrà tempestivamente trasmettere la lettera di conferimento dell'incarico alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e per conoscenza alla SC Area Accoglienza – Cup – Attività di monitoraggio della Libera Professione.
3. Nella lettera di conferimento dell'incarico dovrà essere specificato il numero di dipendenti per i quali è richiesto lo svolgimento dell'attività di medico competente ed il compenso pattuito.
4. Per ciascuna Azienda, lo specialista dovrà indicare periodicamente alla SC. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità l'importo da fatturare.
5. Ai fini della verifica del rispetto di prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero-professionale, sarà considerato il numero dei dipendenti a cui si riferisce l'attività di medico competente.

Crema, Firma e timbro.....

Nulla osta: Il Responsabile della SC - Dott.

Firma e timbro.....

**IL DIRETTORE GENERALE
AUTORIZZA/NON AUTORIZZA**

il Dott.

allo svolgimento di attività libero-professionale di Medico Competente.

L'autorizzazione è concessa in via transitoria. L'eventuale variazione delle quote applicate sarà operante anche in costanza del rapporto senza necessità di adozione di apposito provvedimento.

Crema.....

Visto: il Direttore Sanitario/SocioSanitario

IL DIRETTORE GENERALE

MODULO PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE CONSULTI PRESSO STRUTTURE DI RICOVERO

IL SOTTOSCRITTO _____ Cell _____

SC _____

SPECIALISTA IN _____

CHIEDE

di essere autorizzato ad erogare attività di consulto nella disciplina di appartenenza
a favore del paziente _____

ricoverato presso la Struttura _____.

Il consulto è previsto nelle seguenti date _____.

Prende atto che il consulto può essere erogato solo previa autorizzazione.

A seguito di effettuazione del consulto lo specialista dovrà trasmettere il modulo allegato, sottoscritto dal paziente o da un suo familiare, alla SC Area Accoglienza – Cup – Attività di monitoraggio della libera professione al fine di procedere alla successiva fatturazione, a cura della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

Nessun compenso potrà essere direttamente incassato dallo specialista.

Firma specialista

Data _____

Visto Direttore della SC _____

Parere Direttore Sanitario/Direttore SocioSanitario _____

SI AUTORIZZA L'EFFETTUAZIONE DEL CONSULTO

IL DIRETTORE GENERALE

Crema,

ALLEGATO 11 - Copia paziente

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. _____

DICHIARA

- DI ESSERE RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA _____
A _____ PROVINCIA _____
DAL GIORNO _____;
- DI AVER RICHiesto IL CONSULTO DEL DOTT. _____ E DI
ACCETTARE LA TARIFFA OMNICOMPENSIVA PARI A EURO _____ + BOLLO.
- CHE PROVVEDERA' AD EFFETTUARE IL PAGAMENTO MEDIANTE BONIFICO BANCARIO
INTESTATO ALL'ASST DI CREMA SUL CONTO CORRENTE **IT 82 H 05034 56841 00000000**
5802 – Banco BPM filiale di Crema (CAUSALE: CONSULTO PAZIENTE _____
- DOTT. _____).

PRENDE ATTO CHE

LA FATTURA VERRA' TRASMESSA A MEZZO POSTA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA SOPRAINDICATO,
SUCCESSIVAMENTE AL PAGAMENTO.

DATA _____

FIRMA

ALLEGATO II

Copia da trasmettere alla SC Area Accoglienza a cura dello specialista

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. _____

DICHIARA

- DI ESSERE RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA _____
A _____ PROVINCIA _____
DAL GIORNO _____;
- DI AVER RICHiesto IL CONSULTO DEL DOTT. _____ E DI
ACCETTARE LA TARIFFA OMNICOMPENSIVA PARI A EURO _____ + BOLLO.
- CHE PROVVEDERA' AD EFFETTUARE IL PAGAMENTO MEDIANTE BONIFICO BANCARIO
INTESTATO ALL'ASST DI CREMA SUL CONTO CORRENTE **IT 82 H 05034 56841 00000000**
5802 - Banco BPM filiale di Crema (CAUSALE: CONSULTO PAZIENTE _____
- DOTT. _____).

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGATO 12

IMPEGNO DI PAGAMENTO PRESTAZIONE DOMICILIARE

Il sottoscritto _____
dichiara di avere usufruito della seguente prestazione

avente tariffa pari a euro _____, _____
effettuata dal dott. _____ presso il proprio
domicilio.

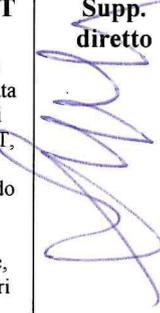
Dichiara inoltre di non aver potuto effettuare il pagamento preventivo tramite sistema Pos e pertanto
si impegna ad effettuare il pagamento della suddetta tariffa entro 30 giorni dalla data di avvenuta
prestazione tramite il modulo PagoPA consegnato dal medico al momento della visita.

Luogo e data _____

Firma _____

CRITERI DI RIPARTO PROVENTI

		Quota ASST	Supporto indiretto calcolato sulla tariffa applicata	Fondo liste attesa (L.189/2012) calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto	Fondo perequazione (art.5, co.2, lett. e) DPCM 27/3/2000 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Fondo dirigenza altri ruoli (art. 90, co.3, CCNL 23/01/2024 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Costi ASST IRAP calcolata su tariffa applicata detratti costi generali ASST, supporto indiretto, fondo liste attesa, fondo perequazione, fondo dir. altri ruoli e eventuale supporto diretto	Supp. diretto
	TOT. 1	A	B	C	D	E	F	G
L.P. di Base Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi. Se équipe: pagamento semestrale	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	16 % della tariffa o la diversa % determinata da CoGe in base a andamento dell'attività	3%	5%	5%	1,5%	8,5%	Se richiesto 10% della tariffa applicata detratta la quota azienda
L.P. Strumentale Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi; Se équipe: pagamento semestrale	Dalla tariffa applicata vengono detratti	80% della tariffa regionale	3%	5%	5%	1,5%	8,5%	Se richiesto 10% della tariffa applicata detratta la quota azienda
L.P. Domiciliare Pareri assicurativi Medico Competente (Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi. Se équipe: pagamento semestrale)	Dalla tariffa applicata vengono detratti	5% della tariffa applicata	3%	5%	5%	1,5%	8,5%	

		Quota ASST	Supporto indiretto calcolato sulla tariffa applicata	Fondo liste attesa (L.189/2012) calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto	Fondo perequazione (art.5, co.2, lett. e) DPCM 27/3/2000 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Fondo dirigenza altri ruoli (art. 90, co.3, CCNL 23/01/2024 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Costi ASST IRAP calcolata su tariffa applicata detratti costi generali ASST, supporto indiretto, fondo liste attesa, fondo perequazione, fondo dir. altri ruoli e eventuale supporto diretto	Supp. diretto
	TOT. I	A	B	C	D	E	F	G
Convenzioni attive extra Azienda (Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi. Se équipe: pagamento semestrale)	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	5% della tariffa applicata	3%	5%	5%	1,5%	8,5%	
Convenzioni attive intra Azienda di base (Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi. Se équipe: pagamento semestrale)	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	% prevista per la LP di base	3%	5%	5%	1,5%	8,5%	Se richiesto 10% della tariffa applicata detratta la quota azienda 
Convenzioni attive intra Azienda strumentale Se individuale: pagamento mensile entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi. Se équipe: pagamento semestrale	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	55% della tariffa applicata	3% della tariffa applicata	5%	5%	1,5%	8,5%	Se richiesto 10% della tariffa applicata detratta la quota azienda

		Quota ASST	Supporto indiretto calcolato sulla tariffa applicata	Fondo liste attese (L.189/2012) calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto	Fondo perequazione (art.5, co.2, lett. e) DPCM 27/3/2000 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Fondo dirigenza altri ruoli (art. 90, co.3, CCNL 23/01/2024 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Costi ASST IRAP calcolata su tariffa applicata detratti costi generali ASST, supporto indiretto, fondo liste attese, fondo perequazione, fondo dir. altri ruoli e eventuale supporto diretto F	Supp. diretto G
	TOT. I	A	B	C	D	E	F	
L.P. ricoveri Pagamento mensile entro il mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	30% DRG + 20% DRG	3% della tariffa applicata	5%	5%	1,5%	8,5%	Se richiesto, secondo indicazione dello specialista

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

MODULO 1A-LP

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME DI RICOVERO

All'Ufficio Accettazione-Ricoveri

Dott. _____

SC _____

Dati del paziente

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____

Tel.: _____ Tel.: _____ Tel.: _____

Descrizione intervento: _____

Cod. DRG: _____

Data _____

Firma del Medico

Handwritten signature in blue ink

Handwritten initials in blue ink

Handwritten signature in blue ink

Handwritten signature in blue ink

Handwritten mark in blue ink

MODULO 2-LP

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME DI RICOVERO

PREVENTIVO DI SPESA

Per le prestazioni sanitarie erogate in costanza di ricovero al/alla Sig./a _____

nato a _____ in data _____

residente a _____ Prov. _____

indirizzo _____

Codice Fiscale _____

dal Dott. _____ SC _____

Descrizione DRG individuato all'entrata: _____

Codice DRG: _____ Valore DRG: _____ GG degenza massima _____

Onorario lordo équipe medica	
Quota DRG Paziente (30%)	
TOTALE	

Si precisa che l'importo di cui sopra:

1. NON include il costo di eventuali protesi che potrebbero rendersi necessarie. Nel caso in cui vengano impiantate protesi, il paziente si obbliga sin d'ora al pagamento integrale del costo protesi sostenuto dall'ASST di Crema;
2. NON comprende la tariffa di eventuali consulenze/prestazioni ambulatoriali fruite dal paziente durante il ricovero e dallo stesso, o da suo delegato, richieste;
3. potrebbe variare a seguito dell'individuazione di un diverso DRG relativo alla diagnosi di dimissione, in sede di chiusura della Cartella Clinica, con conseguente variazione della tariffa dovuta che se di importo superiore alla tariffa preventivata è a carico totale del paziente.

Il/La paziente _____ (dati sopra riportati)

ACCETTA

il preventivo di spesa per la prestazione sanitaria da erogare in attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero e a tal fine

DICHIARA

di corrispondere a titolo di acconto un importo di Euro _____ pari al 50% della tariffa preventivata indicativamente una settimana prima dell'intervento e l'ulteriore 50% al ricevimento della fattura per il saldo;

SI OBBLIGA

al pagamento dell'eventuale differenza tra la tariffa preventivata in entrata e la tariffa definita applicando un diverso DRG relativo alla diagnosi di dimissione.

Data, _____

Firma per accettazione

Timbro e firma
Ufficio Accettazione-Ricoveri

L'ORIGINALE VIENE TRATTENUTO DALL'UFFICIO ACCETTAZIONE-RICOVERI
UNA COPIA VIENE RILASCIATA AL PAZIENTE
UNA COPIA VIENE TRASMESSA AL PROFESSIONISTA UNITAMENTE AL MODULO 3-LP

MODULO 1B-LP

Parte 1°

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME DI RICOVERO

MODIFICA DRG IN CORSO DI RICOVERO

_____ Alla Direzione Medica di Presidio

Dott. _____ SC _____

Paziente: Nome e Cognome _____

Tel.: _____ Tel.: _____ Tel.: _____

Cod. DRG iniziale: _____

Nuovo cod. DRG proposto: _____

Motivazione della richiesta: _____

Data _____

Firma del Medico

DA TRASMETTERE ALLA DIREZIONE MEDICA

MODULO 1B-LP Parte 2°

_____ All'Ufficio Accettazione Ricoveri

E p.c. Dott. _____

Nuovo cod. DRG: _____

Descrizione nuovo DRG: _____

Valore DRG (salvo complicazioni) _____

Data _____

Direzione Medica di Presidio

DA TRASMETTERE ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE RICOVERI E ALLO SPECIALISTA INTERESSATO

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top and initials 'MS' and 'JP' on the right side.]

[Handwritten signature and initials in blue ink at the bottom right corner.]

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME DI RICOVERO

All'Ufficio Accettazione-Ricoveri

Dott. _____ SC _____

Paziente _____

N. Cartella _____

Data Dimissione _____

Codice DRG _____

Descrizione DRG _____

Tariffa DRG _____

(a) ONORARIO LORDO EQUIPE MEDICA (valore presente nel preventivo)	Euro
(b) DRG 20% (=onorario lordo équipe – parcella équipe da ripartire) (a-c)	Euro
(c) PARCELLA EQUIPE DA RIPARTIRE (valore presente in delibera)	Euro

MEDICI	Cognome Nome		Onorario
Titolare		Euro	
Anestesista		Euro	
2° operatore		Euro	
3° Operatore		Euro	
...		Euro	
...		Euro	
SUPPORTO (IP e Altro)	Cognome Nome		Onorario
IP		Euro	
IP		Euro	
IP		Euro	
...		Euro	
...		Euro	
...		Euro	
TOTALE PARCELLA (=parcella équipe da ripartire) (c)		Euro	

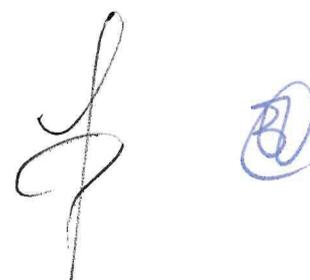
Data, _____

Timbro e Firma del Medico Titolare _____

allegati:

SDO

Scheda Sala Operatoria



APPENDICE
ALPIA

Art. 1

OGGETTO

Il presente regolamento disciplina l'esercizio dell'attività libero-professionale individuale allargata (ALPIA) del personale dipendente e costituisce un'appendice al regolamento aziendale in materia di attività libero-professionale intramuraria.

Art. 2

PRINCIPI

L'art. 2 del D.L. 158/2012 convertito, con modificazioni nella L. 189/2012, che ha modificato e integrato la L. 120/2007, ha disciplinato il residuale esercizio dell'attività libero-professionale presso studi professionali privati dei professionisti collegati in rete, in assenza di spazi idonei e sufficienti a garantire il diritto del professionista all'esercizio dell'ALPI.

Tale normativa ha previsto la necessità per le Aziende di effettuare una ricognizione degli spazi disponibili comprensiva di una dettagliata valutazione dei volumi delle prestazioni rese, allo scopo di comprendere maggiormente l'entità del fenomeno e programmare l'eventuale ricorso, ove ne fosse adeguatamente dimostrata la necessità e nei limiti delle risorse disponibili, all'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate e non a contratto, nonché attraverso la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici.

In assenza di spazi interni idonei, la stessa normativa ha stabilito la possibilità per le Regioni, di autorizzare l'adozione di un programma sperimentale, sottoposto a verifica, 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. 33/2009, così come novellato dalla L.R. 15/2018 e come stabilito dalle linee guida di Regione Lombardia approvate con DGR 3540/2020, consente la prosecuzione dell'attività di libera professione in intramoenia allargata, a condizione che l'Azienda ne faccia espressa richiesta e certifichi la sussistenza delle seguenti condizioni:

- indisponibilità degli spazi (intesa come necessità di disporre di spazi in specifiche fasce orarie o giornate - necessità di utilizzare specifiche strumentazioni diagnostiche non disponibili in spazi istituzionali - necessità di garantire nei confronti di una specifica utenza una tutela rinforzata della riservatezza, per la tutela della dignità personale dei pazienti);

- attivazione di una struttura di rete collegata al sistema Cup aziendale che consenta di verificare gli orari delle prestazioni, i volumi erogati e la corretta fatturazione;
- attivazione di misure per garantire l'emergenza assistenziale;
- tracciabilità dei pagamenti, tramite terminale POS, con costi a carico del professionista e ove non fosse possibile, tramite PagoPA;
- l'assenza di personale non dipendente del SSN oppure di personale dipendente in extramoenia;
- la stipula di una convenzione nominale annuale, adottata con relativa delibera.

La richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'intramoenia allargata da parte dell'Azienda deve essere inoltrata alla Regione ogni anno entro il 30 settembre per l'anno successivo.

Tra i presupposti necessari per poter richiedere l'autorizzazione all'esercizio dell'attività libero-professionale in tale forma figura l'indisponibilità degli spazi interni. La dichiarazione di indisponibilità degli spazi, secondo quanto stabilito dall'art. 5.1 delle Linee Guida approvate con la DRG 3540/2020 dovrà essere accertata e dichiarata dall'Azienda, unitamente alla certificazione di aver posto in essere tutte le attività programmatiche e organizzative, finalizzate a garantire ai professionisti la massima accessibilità degli spazi aziendali.

In presenza delle suddette condizioni ciascun professionista può essere autorizzato ad esercitare l'ALPI in forma 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 del professionista.

Articolo 3

STIPULA DI CONVENZIONE

Ai fini dell'esercizio dell'attività libero-professionale allargata, deve essere stipulata una convenzione annuale, rinnovabile, tra il professionista interessato e l'Azienda di appartenenza.

Articolo 4

SEDI DI SVOLGIMENTO

Negli studi professionali collegati in rete, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati con il SSN, non devono operare anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del SSN ovvero dipendenti in regime di non esclusività.

Non è in nessun caso possibile autorizzare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria allargata presso strutture private accreditate a contratto.

Articolo 5



CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE

Le tariffe sono determinate dagli specialisti interessati e approvate dalla Direzione. Non possono essere inferiori ai valori delle corrispondenti prestazioni indicati nel Nomenclatore tariffario.

Le tariffe possono essere revisionate su richiesta del professionista interessato.

Criteria generali

Le tariffe delle prestazioni devono essere remunerative e devono comprendere la copertura degli oneri fiscali; in particolare prevedono le seguenti voci:

1. quota a remunerazione dei costi fissi sostenuti dall'Azienda, compresa IRAP;
2. quota per il fondo aziendale di perequazione dei dirigenti pari al 5% della tariffa, al netto della quota a favore dell'Azienda;
3. quota a favore della dirigenza non sanitaria ai sensi dell'art. 90, co.3, del CCNL del 23/01/2024;
4. quota pari al 5% del compenso del libero-professionista vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa ai sensi dell'art. 1, co. 4, lett.c), della L. 120/2007 come modificata ed integrata dalla L.189/2012;
5. quota a remunerazione del fondo a favore del supporto indiretto, comprensiva degli oneri riflessi dovuti.

Articolo 6

AUTORIZZAZIONE

Lo specialista, oltre alla stipula della convenzione con l'Azienda, deve presentare alla SC Area Accoglienza la richiesta di autorizzazione utilizzando il modulo allegato 1 accluso al presente regolamento, sottoscritto dal dirigente richiedente e dal responsabile della struttura di appartenenza, inserendo tutte le informazioni richieste tra cui il codice e la descrizione delle prestazioni, l'orario proposto, il tempo prestazione, le tariffe, il volume annuo di attività

La SC Area Accoglienza completa l'istruttoria mediante check list (allegato 2) acquisendo il parere della Direzione Medica dei Presidi circa la sussistenza delle condizioni previste per il rilascio dell'autorizzazione.

Le richieste, completata l'istruttoria, vengono inviate al Direttore Generale per l'autorizzazione previa acquisizione di visto di benestare del Direttore Sanitario/Direttore SocioSanitario per quanto di competenza.

L'autorizzazione è immediatamente inoltrata in copia a cura della SC Area Accoglienza al dirigente interessato ed al Direttore della SC di appartenenza, al CUP-LP, alla Direzione Medica dei Presidi e alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Il CUP-LP predispone ed attiva le agende di prenotazione inserendo: sede di svolgimento dell'attività, specialità e centro di costo relativo al medico autorizzato, tipologia di prestazione, fasce orarie e tariffe dell'attività autorizzata.

Per la variazione di sede e per le variazioni continuative di giorno, orario o tipologia di prestazioni è richiesta la presentazione di una nuova istanza ed il rilascio di una nuova autorizzazione; per le variazioni tariffarie è necessaria una semplice comunicazione alla SC Area Accoglienza e al CUP-LP.

Per le variazioni continuative di prestazioni e/o variazione del monte ore richiesto è necessaria la presentazione di una nuova istanza ed il rilascio di una nuova autorizzazione.

Per le variazioni di giorno ed orari che non vanno a modificare la tipologia di prestazioni autorizzate e il monte ore totale è necessaria una semplice comunicazione all'Area Accoglienza, alla Direzione Medica ed al CUP-LP per le conseguenti verifiche. Seguirà comunicazione da parte dell'Area Accoglienza al Dirigente interessato ed al Direttore della SC di appartenenza, al CUP-LP ed alla Direzione Medica dei Presidi.

Articolo 7

MODALITÀ DI TIMBRATURA

Lo specialista è tenuto ad effettuare apposita timbratura casualizzata di inizio e fine attività, attraverso specifica APP di timbratura georeferenziata, o, in assenza, attraverso l'inserimento manuale nell'Angolo del Dipendente, inserendo la causale dedicata.

Articolo 8

MODALITÀ DI PRENOTAZIONE

Le prestazioni ambulatoriali da erogare presso gli studi degli specialisti in ALPIA possono essere prenotate dal cittadino o dal medico secondo uno dei seguenti canali:

- allo sportello CUP-LP;
- tramite apposito numero telefonico attivo presso lo sportello CUP-LP;
- inviando un'e-mail all'indirizzo: prenotazioni.lp@asst-crema.it

Verranno create apposite agende sull'applicativo Camelia per permettere la prenotazione, il pagamento della prestazione da parte dell'utente e il successivo riparto allo specialista.

Articolo 9

PAGAMENTO

Per le prestazioni ambulatoriali, il pagamento deve avvenire preventivamente o contestualmente all'erogazione esclusivamente attraverso uno dei seguenti canali:

- presso gli sportelli CUP-LP mediante carte elettroniche di pagamento;
- presso le casse automatiche dell'ASST;
- tramite il canale PagoPA;

- attraverso POS presso studi ALPIA.

Al medico specialista, prima della seduta, saranno rilasciate due copie della fattura qualora il paziente pagasse contestualmente all'esecuzione della visita:

- una copia verrà consegnata al paziente, unitamente allo scontrino POS a comprova dell'effettivo pagamento;

- l'altra sarà controfirmata dallo specialista e restituita al CUP-LP unitamente alla copia dello scontrino POS per i seguiti di competenza.

In caso di eventuale assenza dell'utente, entrambe le copie delle fatture dovranno essere riconsegnate al CUP-LP per effettuare lo storno della prestazione eventualmente già incassata sull'applicativo Camelia, unitamente a nota dello specialista attestante la mancata effettuazione della prestazione, timbrata e firmata. Qualora la prestazione fosse già stata pagata, sarà onere del CUP-LP contattare il paziente per fissare altro appuntamento ovvero, ai fini del rimborso della prestazione, richiedere l'IBAN da inoltrare alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità per i seguiti di competenza.

Per quanto riguarda l'eventuale variazione di prestazioni a pagamento in gratuite, lo specialista dovrà rinviare al CUP-LP entrambe le copie della fattura unitamente a nota controfirmata dallo specialista con richiesta di predisposizione del cambio della prestazione e di effettuazione dello storno, riportando il codice IBAN del paziente. La suddetta nota verrà trasmessa a cura del CUP-LP alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità per dar corso al conseguente rimborso.

Articolo 10

RIPARTO DELLE TARIFFE

Il pagamento delle spettanze relative all'attività libero-professionale individuale è effettuato di regola entro il secondo mese successivo a quello in cui è avvenuto l'introito dei proventi.

Il pagamento mensile viene effettuato prevedendo una trattenuta a copertura dei costi aziendali pari al 5% della tariffa richiesta dallo specialista.

La suddetta percentuale potrà essere rideterminata a valere per il periodo successivo e fino a nuova determinazione, tramite provvedimento deliberativo su proposta della SS Controllo di Gestione previa verifica del Comitato di cui all'art. 22 del Regolamento aziendale in materia di attività libero-professionale intramoenia, approvato con deliberazione n. 902 del 22/12/2022.

I criteri di riparto delle tariffe sono indicati nel prospetto allegato 3.

ALLEGATO I

MODULO PER RICHIESTA AUTORIZZAZIONE
ESERCIZIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA ALLARGATA (ALPIA)

Alla SC Area Accoglienza – Cup – Attività di monitoraggio – della Libera Professione dell'ASST di Crema

Il sottoscritto Dott. Cell
 dipendente di codesta Azienda a rapporto esclusivo presso la SC con
 la qualifica di in possesso della/e
 specializzazione in

CHIEDE

di effettuare l'attività libero-professionale individuale nella seguente disciplina
 presso il proprio studio privato sito nel Comune di (.....) in
 via eseguendo le prestazioni di seguito indicate:

cod. prest.	descriz. prestazione	tariffa (compreso bollo)	durata prest.

nei seguenti giorni ed orari:

giorno	orario

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right and initials 'cup' and 'D' at the bottom right.

DICHIARA

- 1) che l'immobile adibito a proprio studio privato è conforme alle norme edilizie del Comune in cui è ubicato e che l'impianto elettrico è conforme alla relativa normativa vigente
- 2) che in esso è autorizzato l'esercizio dell'attività sanitaria da parte dell'ATS della Val Padana con provvedimento n. del

oppure

che è stata inoltrata ad ATS della Val Padana istanza di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria con nota n. del

- 3) che il proprio studio privato si trova in (indicare la tipologia):
- a. locali privati ad uso esclusivo
 - b. locali privati ad uso congiunto
 - c. locali ad uso commerciale
- 4) che nei locali sopra indicati (indicare la tipologia):
- a. si svolgerà esclusivamente la propria attività libero-professionale;
 - b. nel caso di attività congiunte: nella stessa sede operano solo altri professionisti dirigenti del ruolo sanitario dipendenti del SSN a rapporto esclusivo e NON operano altri professionisti non dipendenti o non convenzionati del SSN ovvero dipendenti non in regime di esclusività;
- 5) di non trovarsi in alcuna situazione di:
- a. conflitto di interessi, anche potenziale
 - b. di incompatibilità
 - c. di concorrenza sleale
- 6) di non predisporre piani terapeutici di esclusiva competenza dell'Azienda
- 7) le tariffe proposte sono da intendersi al lordo delle quote trattenute dall'Azienda per la copertura di:
- Costi aziendali
 - Fondi contrattuali
 - Fondo previsto dalla Legge n. 189 del 8.11.2012 (Legge Balduzzi)

Data

Timbro e Firma del Richiedente

VISTO DI BENESTARE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Data Firma del Responsabile di SC

VISTO DI BENESTARE DEL DIRETTORE SANITARIO/SOCIOSANITARIO

Data Firma del Direttore Sanitario/SocioSanitario.....

AUTORIZZAZIONE

Vista la richiesta in data

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

il Dott.

all'esercizio dell'attività libero-professionale ambulatoriale intramuraria individuale secondo le modalità indicate nella check list allegata.

Data

IL DIRETTORE GENERALE

[Handwritten signature in blue ink, vertical]

[Handwritten signature in blue ink]

CHECK LIST

ALLEGATO 2

AUTORIZZAZIONE LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA ALLARGATA (ALPIA)

Dott. _____

data richiesta _____

AREA ACCOGLIENZA

1- La fascia richiesta si sovrappone ad altre fasce orarie in cui il medico è autorizzato per la LP?

SI (non ammissibile – modificare la richiesta) NO

2- Le ore complessive autorizzate al medico in LP (ALPI+ALPIA) sono inferiori a 38

SI NO (non ammissibile – modificare la richiesta)

3- E' indicato il codice di prestazione

SI NO (ammissibile solo se non LEA secondo attestazione DMP)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

CUP

6- Il tempo prestazione è uguale a quello previsto in istituzionale

SI NO (ammissibile solo in presenza di congruità della DMP)

7- La tariffa richiesta dallo specialista è superiore a quella prevista dal Tariffario Regionale

SI NO (non ammissibile – modificare la richiesta)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDII

8- Le prestazioni rientrano nella disciplina di appartenenza

SI NO (autorizzabile solo dal Direttore Generale)

9- Le prestazioni sono erogate dall'ASST

SI NO (autorizzabile solo se non LEA)



10- Le prestazioni rientrano nei LEA

SI NO (autorizzabile)

11- L'UO di appartenenza dello specialista mantiene un rapporto di prevalenza tra attività istituzionale e LP

SI NO (autorizzabile)

12- I tempi prestazione indicati dal medico sono congrui (anche se non corrispondenti a quelli previsti in istituzionale)

SI NO (autorizzabile)

Data _____ Pratica trattata da _____ Firma _____

DIRETTORE SC AREA ACCOGLIENZA _____

parere favorevole

parere non favorevole

Data _____ Firma _____

DIRETTORE MEDICO DEI PRESIDII _____

parere favorevole

parere non favorevole

Data _____ Firma _____

[Handwritten signatures in blue ink]

[Handwritten signatures in blue ink]

ALLEGATO 3

CRITERI DI RIPARTO PROVENTI

		Quota ASST	Supporto indiretto calcolato sulla tariffa applicata	Fondo liste attese (L.189/2012) calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto	Fondo perequazione (art.5, co.2, lett. e) DPCM 27/3/2000 calcolata sulla tariffa applicata detratti costi generali ASST e supporto indiretto e eventuale supporto diretto)	Fondo dirigenza altri ruoli (art. 90, co.3, CCNL 23/01/2024)	Costi ASST IRAP calcolata su tariffa applicata detratti costi generali ASST, supporto indiretto, fondo liste attese, fondo perequazione, fondo dir. altri ruoli e eventuale supporto diretto
	<i>TOT. 1</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>
ALPIA	Dalla tariffa applicata vengono detratti:	5 % della tariffa	3%	5%	5%	1,5%	8,5%