



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

**DECRETO N. 95 DEL 05.11.2018**

**OGGETTO: Modifiche ed Integrazioni DCA 60 del 5.7.2018 “Linee di indirizzo regionali per l’adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N –**

*(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 -punto iv “adozione di provvedimenti per il governo delle liste di attesa, prevedendo una riduzione della relativa entro l’anno 2018, in coerenza con il programma operativo 2016-2018*

**VISTA**

la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l’art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l’obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA**

l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l’anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA**

la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - “*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*”;

**VISTA**

la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l’attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell’art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA**



## **Regione Campania**

### **Il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

#### **VISTA**

la delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss.mm.ii.*;

**VISTA** la richiamata deliberazione del 10 luglio 2017 che:

- assegna al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto iv "adozione di provvedimenti per il governo delle liste di attesa, prevedendo una riduzione della relativa entro l'anno 2018, in coerenza con il programma operativo 2016-2018",,

**VISTA** la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

**RICHIAMATA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, secondo cui *"nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"*;

**VISTO** che con Decreto n. 60 del 5.7.2018 sono state emanate le "Linee Guida Regionali per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N;

**PRESO ATTO** che il Tavolo di Verifica degli adempimenti regionali con il Comitato LEA ha formulato nel verbale della riunione del 18.7.2018 specifici rilievi inerenti il DCA 60/2018;



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

**RITENUTO** di dover recepire i rilievi del Tavolo e pertanto riformulare l' allegato A) avente ad oggetto "Linee di indirizzo Regionali per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N che sostituisce l'Allegato A) del DCA 60/2018;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR;

**DECRETA**

per tutto quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1. di **APPROVARE** il documento "Linee di indirizzo per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N", (Allegato A ) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto, conforme ai rilievi formulati dai ministeri affiancanti
2. di **ISTITUIRE** l'Organismo Regionale "Commissione Paritetica Regionale in materia di ALPI", deputato alla raccolta dati sulle attività libero professionali intramurarie di tutte le strutture sanitarie pubbliche, alla loro elaborazione e alle relative attività di verifica e controllo;
3. di **DARE MANDATO** alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. di provvedere alla costituzione della Commissione Paritetica ALPI Regionale;
4. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
5. di **INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al B.U.R.C. per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la  
Tutela della Salute  
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA



*REGIONE CAMPANIA*

**Linee di indirizzo Regionali  
per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività  
Libero Professionale Intramuraria  
per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e  
Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza  
Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N.**

## **Indice dei contenuti**

### **Normativa di riferimento**

#### **Capo I – Principi generali**

Articolo 1 - Definizione ed obiettivi

Articolo 2 – Forme di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria

Articolo 3 – Incompatibilità ed esclusioni

Articolo 4 – Personale coinvolto nell'esercizio dell'attività libero professionale

#### **Capo II – Aspetti organizzativi**

Articolo 5 – Liste di attesa per le prestazioni in attività libero professionali

Articolo 6 - Prenotazioni, pagamenti, fatturazioni, rendicontazioni

Articolo 7 - Attività di programmazione e monitoraggio

Articolo 8 – Tariffe, trattenute e ripartizioni dei proventi

Articolo 9 - Sanzioni

#### **Capo III – Organismi di promozione, verifica e governo dell'ALPI**

Articolo 10 – Ruolo e funzioni della Commissione Paritetica ALPI

Articolo 11 - Ruolo e funzioni dell'Ufficio ALPI

## Normativa di riferimento

Ai fini della redazione delle presenti linee guida si è tenuto conto:

- Legge 502/1992 e s.m.i.;
- Legge 724 del 23/12/1994 di accompagnamento alla finanziaria 1995;
- Legge 662 del 23/12/1996 (“misure di razionalizzazione della finanza pubblica”);
- D.M. 31/07/1997 pubblicato in G.U. 5/8/1997 “linee guida dell’organizzazione dell’attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del SSN”;
- L 448 del 23/12/98 art. 72 “Disposizioni per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria”;
- L 488 del 23/12/99 art. 28 “Riqualificazione dell’assistenza sanitaria e attività libero professionale”;
- DPCM 27/03/2000 “Atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale”;
- L 388 del 23 dicembre 2000;
- DGRC n°4061 del 7/09/2001 “Direttive sulle liste d’attesa in applicazione dell’art. 3 del D. Leg124/98 e della DGRC 3513/01 e linee guida per l’atto aziendale sull’attività libero professionale intramuraria del personale dipendente delle aziende del SSR”;
- DGRC n°1541 del 12/04/2001 e successivi chiarimenti;
- DL 29/03/2004 n°81 convertito con Legge 26/05/2004 n°138;
- L 248 del 4 agosto 2006;
- L 120 del 3 agosto 2007;
- CCNL della dirigenza sanitaria, dal 1998-2001 e successivi;
- Accordo tra la Regione Campania e OOSS Area della Dirigenza Medica, Veterinaria e S.P.T.A. ex art. 9 CCNL 3 novembre 2005 “Linee di indirizzo per la formulazione degli accordi aziendali” (DGRC n°214/2007);
- Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 18 novembre 2010 in G.U. n°6 del 10 gennaio 2011;
- L n°189 dell’8 novembre 2012 (conversione del D.L. n°158 del 13 settembre 2012);
- DCA n°18 del 18.02.2013;
- Decreto Legge 13 settembre 2012, n°158 (c.d. Decreto Balduzzi), pubblicato in G.U. n°214 del 13 settembre 2012;
- DCA n°34 dell’8.08.2017.

## **Capo I**

### **Principi generali**

#### **Art. 1**

#### **Definizione ed obiettivi**

I Piani aziendali, redatti sulla base dei principi e dei criteri contenuti nel presente provvedimento, definiscono le condizioni per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria (di seguito definita con l'acronimo ALPI) e sono redatti con il duplice obiettivo di consentire il diritto ai pazienti di poter scegliere il proprio curante anche tra i dirigenti a rapporto esclusivo presso le Aziende Ospedaliere e territoriali, oltre che di ridurre i tempi di attesa per prestazioni sanitarie.

In tale ottica le Aziende perseguono i seguenti fini:

a) contribuire al processo riorganizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario complessivamente inteso;

b) rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda stessa sul mercato dei servizi garantiti e finanziati dal SSN, prevenendo al contempo ogni rischio di comportamenti opportunistici;

c) garantire, come sancito dalla vigente normativa, al personale dirigente a rapporto esclusivo, che opti per lo svolgimento dell'attività professionale intramuraria, l'esercizio della stessa nell'ambito dell'Azienda di appartenenza, sia in modo diretto che in forma partecipativa ai proventi derivati da rapporti instaurati con Enti terzi paganti;

d) riconoscere e garantire il diritto di parità nel trattamento sanitario fra i pazienti interessati dalle attività in regime libero professionale e i pazienti in regime di attività strettamente istituzionale, ciò con riferimento a tutte le prestazioni previste ai fini dell'assistenza sanitaria;

e) far sì che le prestazioni erogate in libera professione siano parimenti fruibili anche in regime istituzionale, prevedendo le stesse modalità organizzative di erogazione e di esecuzione e soprattutto gli stessi livelli qualitativi;

f) mettere a disposizione le prestazioni sanitarie in intramoenia come offerta integrativa e non sostitutiva delle prestazioni garantite in regime istituzionale, per cui vale il principio assoluto, sancito del resto dalla vigente normativa, del non superamento delle prestazioni erogate in libera professione rispetto a quelle erogate in regime di istituto; ancor di più le prestazioni in intramoenia non possono essere

esclusive, ossia essere erogate unicamente in regime di intramoenia. Così come non possono essere erogate in regime di intramoenia prestazioni extra-Lea;

g) prevedere specifiche sanzioni per le eventuali inadempienze riscontrate nell'ambito dell'istituto, da applicare a cura delle Direzioni Strategiche, avvalendosi dell'ausilio delle Commissioni Paritetiche Aziendali. Tali principi hanno valenza sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, prevedendo monitoraggi a cadenza trimestrale, per cui tutte le Aziende sono obbligate a verificare non solo il numero di prestazioni effettuate dai dirigenti in regime di attività libero professionale, ma anche il peso, la tipologia e la valenza specifica delle prestazioni effettuate rispetto a quelli in regime di attività ordinaria, ad esempio attraverso lo strumento dei DRG per le attività di ricovero.

A tal fine le Aziende Sanitarie devono regolamentare i volumi di attività ed i tempi di attesa, affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Ne consegue che le Aziende Sanitarie sono chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina, comprese ovviamente le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato di cui al Decreto Commissariale n. 34/2017, i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e a curare la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività. In presenza di liste d'attesa che esorbitano in maniera sistematica e continuativa i tempi massimi previsti dalla normativa regionale vigente, le Aziende Sanitarie devono ridefinire i volumi concordati di attività libero professionale fino al ristabilimento del diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti per l'attività istituzionale. Il verificarsi di squilibri significativi e duraturi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale pone l'Azienda Sanitaria nelle condizioni di dover sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe. La sospensione deve essere temporanea e si accompagna alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. La sospensione dell'attività libero professionale non può protrarsi per più di 2 mesi e non si può effettuare per più di 6 mesi all'anno, dal momento che essa deve essere un evento eccezionale, che richiama il SSR nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all'adeguamento del piano di produzione alle necessità organizzative presenti localmente.

h) l'esercizio dell'attività libero professionale non dovrà comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda, prevedendo l'autofinanziamento dell'istituto attraverso le trattenute sugli emolumenti incamerati.

Al fine di completare il passaggio al regime ordinario dell'ALPI, nel rispetto delle modalità operative idonee ad assicurare tracciabilità, trasparenza, nonché controllo dei volumi prestazionali e delle liste d'attesa, le Aziende Sanitarie devono trasmettere, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, entro e non oltre il 31 Gennaio 2019 quanto segue:

- a) lo stato della infrastruttura di rete per il collegamento in voce e dati, relativamente anche agli aspetti della sicurezza, tra l'Azienda e le singole strutture interne ed esterne, nelle quali vengono erogate le prestazioni di ALPI e la piena conformità di tale infrastruttura ai requisiti tecnici definiti nel DM 21/02/2013;
- b) lo stato sull'utilizzo esclusivo della predetta infrastruttura per l'espletamento del servizio di prenotazione in tempo reale in ordine all'impegno orario del Sanitari, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, nonché la conformità della stessa infrastruttura con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico;
- c) la garanzia che tutti i pagamenti delle prestazioni in ALPI, di qualsiasi importo, avviene con i mezzi di pagamento che assicurano la tracciabilità della corresponsione.

Per quanto attiene l'espletamento dell'intramoenia allargata le Aziende Sanitarie devono, sempre entro e non oltre il 31 Gennaio 2019, trasmettere un report con il quale si da conferma:

- a) dell'avvenuta ricognizione degli spazi disponibili all'esercizio dell'ALPI, alla valutazione della loro idoneità in termini di sufficienza ed al loro eventuale adeguamento strutturale, per il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero professionale intramuraria;
- b) dell'avvenuta sottoscrizione, alla luce dell'Accordo Stato Regione del 19/02/2015, di una convenzione rinnovabile tra il professionista interessato e l'Azienda di appartenenza ( Accordo Stato Regioni del 13/03/2013), così da permettere all'Azienda stessa di gestire, per il tramite dell'infrastruttura di rete, l'agenda degli appuntamenti del professionista autorizzato in intramoenia allargata, nonché la riscossione diretta dell'onorario attraverso collegamento POS.

## **Art. 2**

### **Forme di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria**

L'attività libero professionale intramuraria può esercitarsi nelle seguenti forme:

- a) attività non mediche con le medesime modalità rese in regime istituzionale; attività mediche in regime ambulatoriale, ambulatoriale di ricovero. In tale ultimo caso la quota dei posti letto da utilizzare per l'attività libero professionale viene assicurata in relazione all'effettiva richiesta nella misura del 5% e comunque non superiore al 10% dei posti letto della struttura. Può esercitarsi a cura di singoli dirigenti medici ovvero svolta in equipe con capo equipe identificato dal paziente; i posti utilizzati in intramoenia non rientrano

nel novero dei posti letto programmati a livello regionale e aziendale in conformità al decreto commissariale n. 8/2018;

b) attività in convenzione, articolabili nelle seguenti forme:

- attività libero professionale richiesta da Aziende Sanitarie e/o Enti pubblici o soggetti privati, a dirigenti aziendali in regime di intramoenia, da svolgersi, all'interno o all'esterno della struttura di appartenenza, previo specifico atto di convenzione da stipularsi tra Azienda ed Ente richiedente, con accurata disciplina dell'impegno orario richiesto, della rendicontazione dello stesso, dell'inizio e fine dell'attività in convenzione; nei citati atti di convenzione risulta necessario specificare l'importo orario dovuto al professionista e l'esatta attribuzione di pagamento IRAP, di norma a carico del reale fruitore delle prestazioni, nel caso specifico l'Ente esterno richiedente; è vietato esercitare, in regime di intramoenia e di intramoenia allargata, in strutture sanitarie private accreditate con il SSR le attività in convenzione innanzi riportate;
- attività libero professionale richiesta dalla Direzione Aziendale ai propri dirigenti per l'abbattimento delle liste di attesa ai sensi della normativa vigente e del CCNL, disciplinata da specifico atto deliberativo;

c) attività di visite domiciliari, nell'ottica della continuità assistenziale, per pazienti le cui documentate patologie ne impediscono la mobilità, da prenotarsi con modalità informatizzate presso le sedi aziendali, nel rispetto della trasparenza, della tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti;

d) attività di consulenza:

- consulenze tecniche di ufficio e/o di parte svolte da dirigenti a rapporto esclusivo, per i tribunali e/o privati committenti, secondo modalità stabilite dalle singole Aziende con specifica procedura annessa al piano aziendale nel rispetto dell'equità, della trasparenza e della tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti;
- consulenze svolte in regime di ricovero ospedaliero di elezione espressamente e nominalmente richieste dai pazienti, analogamente prenotabili, tracciabili e pagabili presso le sedi aziendali.

L'attività libero professionale intramuraria è prestata nella disciplina di appartenenza. Il personale che, in ragione delle funzioni svolte e della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero professionale intramuraria nella propria struttura o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal Direttore Generale ad esercitare l'attività in altra disciplina equipollente, purché in possesso

della specializzazione o di una anzianità di servizio di cinque anni nella stessa disciplina. L'autorizzazione è concessa anche nei casi di esercizio di attività professionale svolta in qualità di specialista di medicina del lavoro o medico competente nell'ambito delle attività previste dalla legge 9/4/2008, n.81, con esclusione dei dirigenti che versino in condizioni di incompatibilità in quanto direttamente addetti alle attività di prevenzione. Per quanto riguarda la possibilità di esercizio dell' ALPI da parte del Medico Competente si rinvia al regime delle incompatibilità di cui alla L.81/2008.

L'attività intramuraria viene svolta di norma al di fuori dell'orario di servizio. In caso di prestazioni chirurgiche, qualora per motivi organizzativi non sia possibile individuare sedute operatorie dedicate, risulta possibile eseguire gli interventi a margine di sedute operatorie già programmate per l'esecuzione di interventi in regime istituzionale. In tal caso il personale dell'equipe in intramoenia potrà svolgere l'intervento, smarcandosi dal codice istituzionale e marcandosi in codice in intramoenia, recuperando successivamente, ove dovuto, l'orario in istituto mancante.

Anche in questo caso si ribadisce che l'attività istituzionale deve essere assolutamente prevalente. Per cui, anche se nell'ambito di un intervento in equipe già programmato, dovesse subentrare un'improvvisa assenza di un'unità di personale a vario titolo, ad esclusione di quella del capo equipe, il Direttore Sanitario avrà la facoltà di sostituire la stessa unità, ove presente unità analoga, ma solo se non sottratta al lavoro di istituto. In tale ultimo caso l'intervento deve essere rinviato.

### **Art. 3**

#### **Incompatibilità ed esclusioni**

L'attività libero professionale intramuraria è di norma di tipo programmato, prevedendo a monte la scelta del professionista cui affidarsi. Risultano conseguentemente escluse da tale regime tutte le attività in ambito di pronto soccorso, emergenza, rianimazione, unità coronariche, dialisi.

Non è comunque possibile l'esercizio dell'attività intramoenia nell'ambito di alcun tipo di assenza dal servizio, ovvero:

- durante i turni di pronta disponibilità;
- durante i turni di guardia;
- nei giorni di congedo;
- nei giorni di assenza dal servizio a titolo di malattia o infortunio;
- nei giorni di assenza dal servizio per permesso retribuito (nel caso che lo stesso riguardi l'intera giornata);
- nei periodi di aspettative o permessi sindacali;

- nei giorni di sospensioni dal servizio;
- nei giorni di congedo ex Legge 104/1992;
- nei periodi di assenza dal servizio per partecipazione ad aggiornamento obbligatorio o facoltativo;
- nei giorni di astensione obbligatoria dal servizio;
- nei periodi di assenza dal servizio per sciopero.

Quanto sopra va considerato valido sia per espletamento di attività intramurarie presso la sedi della propria Azienda, o presso proprio studio privato, sia presso altra Azienda.

Non rientrano altresì tra le attività libero professionali:

- partecipazione a corsi di formazione et similia in qualità di docente;
- collaborazioni a riviste e periodici scientifici e professionali;
- partecipazioni a commissioni presso Enti e Ministeri;
- relazioni a convegni e pubblicazioni dei relativi interventi;
- partecipazioni a comitati scientifici;
- attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o col solo rimborso spese, a favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

#### **Art. 4**

#### **Personale coinvolto nell'esercizio dell'attività libero professionale**

Destinatari delle presenti linee guida sono:

- Dirigenti dell'Area Medica Veterinaria (Area Contrattuale IV) e Dirigenti Sanitari non medici, ovvero farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi (Area Contrattuale III) del Servizio Sanitario Nazionale, a tempo determinato ed indeterminato, ivi inclusi i Dirigenti in comando con impegno istituzionale completo presso l'Azienda;
- Personale del ruolo sanitario dirigente e non dirigente, che partecipa quale personale di supporto diretto (nell'ambito della composizione di équipes) al di fuori dell'orario di servizio, o di supporto indiretto, nell'ambito della normale attività di servizio; per questi ultimi viene previsto il cosiddetto "fondo perequativo";
- Personale di ogni ruolo che collabora, nell'ambito del proprio orario di servizio, con specifiche responsabilità e ruoli, per assicurare il normale

esercizio e l'implementazione delle attività libero professionali intramurarie (personale di sostegno).

Il personale dirigente che a qualsiasi titolo voglia esercitare l'attività intramuraria, deve produrre apposita istanza al Direttore Generale dell'Azienda, il quale provvede, alle verifiche istruttorie propedeutiche all'autorizzazione.

Il personale dirigente che intende transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo o viceversa, deve produrre apposita istanza al Direttore Generale dell'Azienda entro il 30 novembre dell'anno in corso. Gli effetti economici e giuridici partiranno dal 01 gennaio dell'anno successivo all'istanza.

## **Capo II** **Aspetti organizzativi**

### **Art. 5**

#### **Liste di attesa per le prestazioni in attività libero professionale**

Ai sensi del DCA n° 34 dell'8 agosto 2017, le Aziende Sanitarie sono chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina, comprese ovviamente le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, di cui all'allegato A del predetto DCA, i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione ed a curare la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività.

Pertanto, le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionali ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia.

I piani di attività delle Aziende Sanitarie, al fine di garantire nell'esercizio dell'attività libero – professionale dei dirigenti un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero – professionale, devono prevedere l'insieme dei criteri e dei principi previsti dall'art. 2 dell'Accordo Stato Regioni del 18/01/2010.

Qualora dal monitoraggio dei tempi di attesa si registrano squilibri significativi e duraturi tra liste di attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale, l'Azienda deve sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti coinvolti.

La suddetta sospensione non può protrarsi oltre i 2 mesi e non si può effettuare per più di 6 mesi all'anno.

### **Art. 6**

#### **Prenotazioni, pagamenti, fatturazioni, rendicontazioni**

Come già previsto dalla Legge 120 del 3 agosto 2007, dalla DGRC n°271/2012 e ribadito dal D.L. Balduzzi 158/2012, convertito in legge 189/2012, devono essere

adottate le procedure informatiche necessarie a consentire il collegamento al CUP e la tracciabilità di tutte le prestazioni prenotate, rese e pagate in attività intramuraria, stabilendo il collegamento in rete degli studi professionali a carico del professionista e senza oneri aggiuntivi per l'Azienda.

Le prenotazioni per le prestazioni intramoenia vengono di norma effettuate presso i CUP presidiali, con governo a livello della Direzione CUP. I pagamenti devono essere effettuati presso le sedi di riscossione dell'azienda, collegati al numero di prenotazione fornito dal CUP e possono essere eseguiti solo e sempre in modo tracciabile e trasparente.

Le rendicontazioni delle attività intramurarie, grazie all'infrastruttura di rete, devono avere la possibilità di essere realizzate per singolo professionista, per singola equipe, per singola prestazione, per singola branca di attività, per singolo presidio/distretto erogante, per singolo arco temporale. Ciò al fine di arrivare ad una reportistica puntuale e di agevole consultazione, sia per la Direzione Strategica sia per semplificare procedure di verifica da parte dell'autorità giudiziaria o di chiunque ne abbia facoltà di richiesta.

Nell'ottica della trasparenza devono essere resi pubblici (pubblicazione presso le Direzioni Mediche presidiali nonché sul portale aziendale) i nominativi dei professionisti in intramoenia, la sede di erogazione delle loro prestazioni, gli offering completi di tariffe praticate.

Sul portale devono essere riportati, altresì, i volumi di attività intramuraria prodotti dai singoli dirigenti (n° grezzo di prestazioni erogate) per ciascun anno solare.

## **Art. 7**

### **Attività di programmazione e monitoraggio**

Le Aziende devono programmare adeguati volumi di attività intramuraria vs l'attività istituzionale, mediante innanzitutto l'elaborazione di piani aziendali ad hoc, ai sensi della Legge n°120/2007 (art.1, comma 5), elaborando successivamente appropriati percorsi assistenziali, in grado di indurre nel paziente solida percezione di qualità. La valutazione può essere supportata dai dati di prestazioni erogate in istituto nel precedente anno solare, raffrontati ai tempi di attesa per le singole prestazioni. Sulla base dei citati dati, nel piano va prevista una quota di intramoenia strettamente finalizzata all'abbattimento dei tempi di attesa. Al fine di contribuire all'abbattimento dei tempi di attesa le Aziende Sanitarie, avvalendosi di quanto previsto dall'art 55 co 2 del CCNL 1998/2001 e 2002/2005, possono prevedere che una quota di prestazioni in libera professione sia finalizzata all'abbattimento delle liste di attesa.

È necessario attuare un'attività di monitoraggio interno, con responsabilità ben identificate, in grado di paragonare prestazioni e l'orario di istituto con prestazioni e

orario in intramoenia, prevedendo una sospensione dell'attività intramuraria in caso di superamento di quest'ultima rispetto a quella istituzionale, nei termini previsti dalla normativa vigente.

Il monitoraggio aziendale deve essere trimestrale e la relativa relazione deve essere inviata alla Regione che, sentito il parere dell'Organismo Paritetico regionale, la trasmette al Ministero della Salute con cadenza trimestrale, fino al definitivo passaggio al regime ordinario che determina una cadenza di trasmissione al Ministero annuale, fermo restando il monitoraggio trimestrale presso le Aziende. I Responsabili del monitoraggio sono individuati nei Responsabili dell'ALPI Aziendale che trasmettono l'esito del monitoraggio alla Commissione paritetica Aziendale per le valutazioni di competenza.

### **Art. 8**

#### **Tariffe, trattenute e ripartizioni dei proventi**

### **Art. 8**

#### **Tariffe, trattenute e ripartizioni dei proventi**

Le tariffe delle singole prestazioni erogate in regime ALPI vengono stabilite, nel rispetto delle seguenti linee di indirizzo, a seguito dell'emanazione di un atto deliberativo della Direzione Aziendale. Esse sono soggette a tutte le trattenute di legge, ivi compresa la quota del 5% prevista dal Decreto Balduzzi del 2012 per l'abbattimento delle liste di attesa, e non devono mai risultare inferiori a quelle previste a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (importo ticket) per la stessa prestazione erogata in regime istituzionale. Devono inoltre consentire l'erogazione delle prestazioni senza alcuna perdita economica a carico dell'Azienda.

Il sistema tariffario aziendale deve, infatti, essere costruito dall'Azienda, in modo da assicurare l'integrale copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti per la gestione dell'ALPI, ivi compresi quelli connessi alla prenotazione ed alla riscossione degli onorari e del personale di supporto diretto e/o indiretto, compresi oneri sociali ed imposte.

Le tariffe delle singole prestazioni sono determinate dall'Azienda secondo le procedure ed i criteri generali indicati nell'art. 57 del CCNL/2000 della dirigenza medica e veterinaria, nonché della dirigenza sanitaria.

Ai sensi dell'art. 3 comma 6 della Legge 724 del 23/12/1994 e s.m.i. l'attività intramoenia deve determinare una situazione di pareggio tra le entrate e le uscite.

Le tariffe devono essere calcolate sulla base dei seguenti parametri:

- onorario del professionista e/o dell'equipe;
- costo orario per il personale di supporto diretto;
- quota del 5% del fondo di perequazione;
- quota di ristoro dei costi aziendali diretti ed indiretti, comprensivo della quota destinata all'eventuale remunerazione del personale di collaborazione;

- imposte e contributi;
- ulteriore quota del 5% del compenso del libero professionista da vincolare ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'art. 2, comma 1, lettera c dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Le tariffe per l'attività libero-professionale, devono essere definite d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa, e devono essere idonee, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature. Esse devono essere tali da assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete anche in via preventiva.

Le tariffe applicate, analogamente alle sedi ed orari di erogazione delle prestazioni, devono essere pubblicate, unitamente alla disciplina, al nominativo del professionista in intramoenia, alla sede di erogazione et al., sia presso le rispettive Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri e Territoriali eroganti, sia su pagina dedicata del portale web aziendale. Si chiarisce che per ciò che concerne le prestazioni in regime di ricovero il paziente sottoscrive con il curante scelto un modello nel quale viene indicata la diagnosi, la tipologia di intervento previsto (con o senza cc, in relazione a concomitanti patologie, età avanzata, altre situazioni di fragilità etc). Per trasparenza nei confronti del paziente, questi deve essere informato che, oltre alla tariffa prevista, sarà dovuta all'ASL sede dell'intervento la somma corrispondente al 30% del DRG previsto, oltre che il bollo per importi superiori ad euro 77,47 e, con fatturazione a parte, l'eventuale somma dovuta per il comfort alberghiero, ove presente. È tacito che anche queste informazioni vanno pubblicate come sopra.

Si puntualizza infine che, qualora durante l'intervento si verificassero complicanze non prevedibili in rapporto a criticità già manifeste nel paziente (età avanzata, progressi interventi, patologie croniche preesistenti), queste dovranno tradursi in un automatico passaggio al regime istituzionale per la seconda parte dell'intervento, dopo le sopravvenute complicanze. Pertanto null'altro sarà dovuto dall'assistito in termini di "conguaglio" economico.

## **Art. 9**

### **Sanzioni**

Il personale autorizzato allo svolgimento dell'attività libero professionale è tenuto al pieno rispetto delle norme di legge, contrattuali ed aziendali in materia.

Nel piano aziendale ALPI vengono individuate le irregolarità che, fermo restando la responsabilità in sede civile, penale, contabile e disciplinare derivante dalle violazioni

delle suddette norme, comportano la sospensione ovvero la revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALPI.

Il Direttore Sanitario Aziendale, su comunicazione della struttura di gestione ALPI, cui spetta il compito di raccogliere dalle Direzioni Presidiali Ospedaliere e Territoriali le segnalazioni di anomalie e/o irregolarità nella gestione dell'istituto, contesta formalmente le irregolarità riscontrate nell'ambito delle attività di verifica e controllo, assicurando al dipendente un congruo termine per la presentazione di eventuali controdeduzioni e dandone comunicazione al Direttore Generale.

Il Direttore Generale provvede all'applicazione delle sanzioni, sentita la Commissione Paritetica Aziendale.

### **Capo III**

## **Organismi di promozione, verifica e governo dell'ALPI**

### **Art. 10**

#### **Ruolo e funzioni della Commissione Paritetica ALPI**

La Commissione Paritetica ALPI aziendale viene individuata quale organo di promozione, monitoraggio e verifica dell'applicazione del piano aziendale in cui è regolamentata l'attività libero professionale intramuraria ai sensi della normativa vigente e del CCNL come descritto nel presente atto. E' costituita, nel rispetto della vigente normativa contrattuale della Dirigenza del SSN, in forma paritetica da Dirigenti indicati dalle OO.SS. di categoria e da Dirigenti indicati dall'Azienda; essa è nominata dalla Direzione Strategica con apposito atto deliberativo ed è presieduta da un Dirigente espresso nella prima riunione della stessa. Il Presidente insediato può nominare due vicepresidenti, uno di parte aziendale ed uno di parte sindacale. La Commissione, oltre i compiti già menzionati nel presente atto, ha il compito di promuovere il piano aziendale ALPI, monitorandone l'applicazione e recependo innovazioni normative ed organizzative. Essa funge, altresì, da osservatorio sulle attività intramurarie e istituzionali in toto, e collabora strettamente con il referente ALPI per il controllo e la 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 concordati con i singoli dirigenti e con le equipe, che comunque non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati. Essa, inoltre, verifica che non ci siano variazioni quali-quantitative ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in libera professione intramuraria; propone provvedimenti migliorativi o integrativi del piano aziendale in merito all'organizzazione della libera professione intramuraria; esprime parere su eventuali sanzioni concernenti violazioni delle disposizioni in materia di libera professione; esprime parere in merito alle richieste di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in disciplina diversa da quella di servizio,

purché i richiedenti siano in possesso della specifica specializzazione, e facoltà di esercizio a norma di legge, o di un'anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa o titolo equipollente; con cadenza annuale fornisce al Direttore Generale una relazione sui risultati dell'attività svolta che sarà trasmessa alla Regione.

Presso la Regione Campania sarà costituita entro dicembre 2018, la Commissione Paritetica ALPI, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, nonché delle organizzazioni rappresentative degli utenti e a tutela dei loro diritti. La Commissione Paritetica ALPI Regionale si confronterà con il Referente ALPI regionale e avrà, oltre il compito di supervisore degli organismi paritetici aziendali, i seguenti compiti:

- valutare i Piani aziendali ALPI, monitorare e controllare l'attività libero professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale;
- predisporre la proposta da inviare all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale per la predisposizione da parte del Ministero della Salute della relazione annuale al Parlamento sulla riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale; disposizioni regionali, contrattuali e aziendali di attuazione degli istituti normativi concernenti l'attività libero professionale intramuraria; stato di attivazione e realizzazione delle strutture e degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria; rapporto fra attività istituzionale e attività libero professionale; ammontare dei proventi per attività libero professionale; iniziative ed correttivi necessari per eliminare le disfunzioni ed assicurare il corretto equilibrio fra attività istituzionale e libero professionale;
- verificare lo svolgimento dell'attività libero – professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero – professionale, nonché l'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie (art 3, comma 2 ASR 18/1/2010);
- monitorare e verificare le modalità di esercizio dell'attività libero – professionale intramuraria (art.2, comma 1 ASR 18/1/2010);
- verificare il programma sperimentale autorizzato in via residuale per lo svolgimento dell'ALPI presso gli studi professionali collegati in rete ai sensi dell'art.1, comma 4, della legge n.120/2007 e s.m.i. con i criteri di verifica di cui all'Allegato 1(1-8) che è parte integrante dell'Accordo Stato Regioni del 19 febbraio 2015;

- uniformare e armonizzare le politiche tariffarie;
- verificare se le misure adottate dall'Azienda in caso di emergenze assistenziali o di malfunzionamento del sistema di rete, rispettano la tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti;
- suggerire proposte e/o integrazioni alle linee di indirizzo regionali, soprattutto per quanto riguarda la formulazione di procedure uniformi in merito alle modalità di rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento dell'ALPI e all'individuazione e l'utilizzazione degli spazi dedicati.

## **Art. 11**

### **Ruolo e funzioni dell'Ufficio ALPI Aziendale**

L'Ufficio ALPI, in stretta collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale, esercita le seguenti funzioni:

- a) effettua l'istruttoria per tutte le autorizzazioni allo svolgimento dell'attività libero professionale;
- b) effettua l'istruttoria per le richieste di prestazioni aziendali a pagamento da parte di aziende o strutture esterne;
- c) svolge funzioni di coordinamento con tutte le articolazioni aziendali a vario titolo coinvolte nelle attività ALPI, al fine di uniformare le procedure, garantendone coerenza e qualità;
- d) raccoglie le valutazioni trimestrali espresse dai Direttori di Presidio/Distretto sulla coerenza delle prestazioni intramurarie/prestazioni in istituto di cui all'art. 7;
- e) elabora idonea reportistica, con cadenze concordate con la Direzione Strategica, per assolvere ai debiti informativi nei confronti del Controllo Interno di Gestione, oltre che degli Uffici Regionali (Commissione Paritetica ALPI Regionale) e Nazionali. I report previsti devono essere su supporto informatico e forniti per singolo professionista, per singola equipe, per singola prestazione, per singola branca di attività, per singolo presidio/distretto erogante, per singolo arco temporale;
- f) propone modifiche al piano aziendale ALPI, a seguito di mutate esigenze normative ed organizzative;
- g) aggiorna la pubblicazione sul portale aziendale di tutto il materiale informativo ed organizzativo riguardante l'istituto, facilitando l'accesso a specifiche notizie riguardanti le prestazioni, sia per i dirigenti esercenti intramoenia sia per l'utenza.