

Delibera del Direttore Generale n. 1231 del 06/10/2017

OGGETTO: Approvazione della nuova procedura per prestazioni a domicilio richieste dal paziente al singolo medico, non strumentali, svolte da parte degli specialisti dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per attività a pagamento prevista dall'art. 58 comma 5, CCNL 1998-2001 del 8.6.2000 della dirigenza medica e veterinaria e dall'art. 11 lett. B) del regolamento aziendale di Libera Professione approvato con DDG 1780/2015.

NOTE TRASPARENZA: Con il presente provvedimento, si dispone l'approvazione della nuova procedura per prestazioni a domicilio richieste dal paziente al singolo medico, non strumentali, svolte da parte degli specialisti dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per l'attività prevista dall'art. 58 c. 5, CCNL 1998-2001 del 8.6.2000 della dirigenza medica e veterinaria e dall'art. 11 lett. B) del regolamento aziendale di Libera Professione approvato con DDG 1780/2015.

Il Direttore della **UOC Libera Professione e Finanziamenti Vincolati** riferisce:

Il C.C.N.L. 1998-2001 per la dirigenza medica e veterinaria all'art. 58 c. 5 disciplina l'attività in cui "l'assistito può chiedere all'azienda che la prestazione sia resa direttamente dal dirigente da lui scelto ed erogata al suo domicilio, fuori dell'orario di servizio, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o al carattere occasionale e straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente col medico prescelto".

La Regione Veneto, con D.G.R. n. 1314 del 16.08.2016, ha approvato, per la dirigenza medica e veterinaria del SSR, le "linee generali di indirizzo in materia di attività a pagamento ex art. 58, commi 7, 9 e 10, del CCNL della dirigenza medico-veterinaria dell'8.6.2000, di esercizio dell'attività libero professionale in strutture private non accreditate ed al domicilio dell'assistito, nonché in materia di libera professione extramuraria".

Nelle predette linee generali di indirizzo viene ribadito che "l'assistito, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o a carattere occasionale e straordinario delle prestazioni stesse, o al rapporto fiduciario già esistente, può chiedere al medico che la prestazione libero-professionale sia resa direttamente al proprio domicilio. Le prestazioni

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

domiciliari devono essere svolte al di fuori dell'orario di servizio, con le stesse modalità di prenotazione e pagamento delle altre forme di ALPI, individuate nei regolamenti aziendali"

Il paziente che vorrà richiedere la prestazione a domicilio prenoterà tramite CUP aziendale individuando il medico prescelto.

L'attività verrà svolta dal professionista autorizzato (allegato A) che, entro il giorno successivo, invierà alla cassa il foglio lavoro per la fatturazione e l'eventuale opposizione all'inserimento della fattura della prestazione sanitaria nella dichiarazione dei redditi (allegato B); inoltre invierà alla U.O.C. Libera Professione e Finanziamenti Vincolati e alla cassa il modulo per la rendicontazione oraria e l'impegno al pagamento da parte del paziente/Terzo (allegato C).

Sulla tariffa che pagherà il paziente una quota del 20% spetta all'Azienda Ospedaliera per il ristoro dei costi generali; il restante verrà versato agli specialisti interessati, a titolo di compenso, applicate le trattenute di legge.

Tutto ciò premesso si propone di approvare la nuova procedura per le prestazioni a domicilio, non strumentali, richieste da paziente per il singolo professionista dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa proposta e accertato che il Direttore della **UOC Libera Professione e Finanziamenti Vincolati** ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla conformità con la vigente legislazione statale e regionale;

RITENUTO di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e le leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

IN BASE ai poteri conferitigli dal D.P.G.R.nr.92 del 01.08.2016.

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, la nuova procedura e la relativa modulistica per le prestazioni a domicilio, non strumentali, richieste da paziente per il singolo professionista dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per attività di libera professione

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

prevista dall'art. 58 c. 5, CCNL 1998-2001 del 8.6.2000 della dirigenza medica e veterinaria e dall'art. 11 lett. B) del regolamento aziendale di Libera Professione approvato con DDG 1780/2015;

2. di dare atto che il presente accordo non comporta oneri per l'Azienda Ospedaliera;
3. di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di rispettiva competenza, al Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale, al Direttore dell'U.O.C. Contabilità e Bilancio e alla Direzione Medica.

Il Direttore Generale
F.to Dott. Luciano Flor



REGIONE VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
 PARTITA IVA 00349040287

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OPPOSIZIONE

Il sottoscritto..... nato a il
 telefono cellulareresidente in Via.....
n.....C.A.P. Città.....Prov.....

AI SENSI DEL D.L.VO 2014 N.175 “SEMPLIFICAZIONE FISCALE E DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA”,

SI OPpone

ALLA MESSA A DISPOSIZIONE DELL’AGENZIA DELLE ENTRATE, DEI DATI INERENTI TUTTE LE SPESE SANITARIE FATTURATE RELATIVE ALLA PRENOTAZIONE N..... DEL....., FINALIZZATA ALL’ELABORAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA.

Padova _____

Firma



Regione del Veneto
AZIENDA OSPEDALIERA - PADOVA
www.sanita.padova.it - P.E.C.: protocollo.aopd@pecveneto.it
via Nicolò Giustiniani, 1 - 35128 PADOVA

c.f./p.iva 00349040287

Al Responsabile
UOC Libera Professione e Finanziamenti Vincolati
e-mail - liberaprof.finanziamentivincolati@aopd.veneto.it
Fax 049/8211593

Al Responsabile della Cassa
e-mail - cassa.centrale.aopd@aopd.veneto.it
Fax 049/8213911

OGGETTO: Rendicontazione prestazione sanitaria a domicilio.

Parte riservata al medico

Si comunica che in data dalle ore alle ore
il sottoscritto MATR. N.
dipendente/convenzionato di questa Azienda Ospedaliera presso l'U. O. di
(Tel-Cell), in rapporto di esclusività, ha
eseguito in regime di libera professione, al di fuori dell'orario di lavoro, una prestazione sanitaria a domicilio a
favore del paziente
domiciliato a in via
Si precisa che la prestazione al domicilio del paziente si è resa necessaria per le seguenti motivazioni:
.....
Data Timbro e firma

Parte riservata all'Utente/Terzo

Con riferimento alla prestazione sanitaria a domicilio eseguita in data dal
Dott./Prof.,
il sottoscritto
nato a il
Codice fiscale o P.IVA
e residente a in via
Tel. Cell. e-mail
si assume l'impegno
a corrispondere l'onorario professionale pari ad un importo di €.+ imposta di bollo al
ricevimento della fattura.
Data Firma per esteso

Alla UOC Libera Professione e Finanziamenti Vincolati
 - e - mail liberaprof.finanziamentivincolati@aopd.veneto.it
 - fax 049/8211593

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE PRESTAZIONI A DOMICILIO

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Matr. N. _____
 Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di _____
 Tel. _____ Cell. _____
 in regime di esclusività con il Servizio Sanitario Nazionale,
 Dipendente di Azienda Ospedaliera di Padova Università degli Studi di Padova

CHIEDE

di poter svolgere prestazioni, non strumentali, a domicilio ex 58 c. 5 CCNL 1998-2001

- nella disciplina di appartenenza _____
- di preferenza nella/e giornata/e di:

| | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Martedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Giovedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Venerdì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Sabato | dalle ore _____ | alle ore _____ |

Di eseguire le prestazioni in materia di (stesse che in istituzionale)

| Codice interno | Descrizione prestazione | Cadenza appuntamenti | Tariffa che paga il paziente |
|----------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| | | | € |
| | | | € |

Il Sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che:

1. Nello svolgimento delle prestazioni a domicilio non è consentito l'uso del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale, né la prescrizioni di piani terapeutici, né di farmaci ad alto costo;
2. Le prestazioni a domicilio vanno effettuate al di fuori dell'orario di lavoro, dei turni di pronta disponibilità e di guardia; non sono consentite nei casi di assenza per ferie, per ferie aggiuntive e per malattia, nei casi di assenze che sospendono la corresponsione della retribuzione, nei casi di permessi retribuiti che interessino l'intero arco della giornata e non può comportare un impegno orario o un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;
3. In caso di assenza o di impedimento il Professionista deve darne avviso con congruo anticipo al CUP;
4. Deve inviare alla Libera Professione e Finanziamenti Vincolati, entro il giorno successivo all'esecuzione dell'attività, l'apposito modulo "rendicontazione prestazione sanitaria a domicilio";
5. Deve produrre alla cassa il foglio lavoro debitamente compilato, il modulo "rendicontazione prestazione sanitaria a domicilio" e l'eventuale opposizione all'inserimento della fattura della prestazione sanitaria nella dichiarazione dei redditi precompilata;

6. Si precisa che sulla tariffa che paga il paziente una quota del 20% spetta all'Azienda Ospedaliera per il ristoro dei costi generali; il restante verrà versato agli specialisti interessati, a titolo di compenso, applicate le trattenute di legge;
7. E' facoltà del Professionista effettuare la prestazione rinunciando al proprio onorario; tale rinuncia non comporta, comunque, la perdita delle quote a favore dell'Amministrazione.

Data _____ Firma del Richiedente _____

DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTORE U.O.C.

*Il sottoscritto, Direttore dell'Unità Operativa di,
dichiara che l'attività richiesta non è incompatibile con la funzione clinico assistenziale aziendale e non è confliggente con gli interessi dell'Azienda stessa, risultando del tutto ulteriore rispetto agli obiettivi di budget relativi all'attività istituzionale negoziata con la Direzione. Dichiaro, altresì, che l'impegno orario richiesto per lo svolgimento di tale attività non reca nocimento all'assistenza sanitaria interna ed al funzionamento del servizio di appartenenza del richiedente e conferma che le prestazioni richieste sono svolte dal professionista in regime istituzionale.*

Timbro e firma del Direttore dell'Unità Operativa _____

Data _____

DA COMPILARE A CURA DELLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

- verifica se le prestazioni richieste siano erogate dal professionista in regime istituzionale

- Si
- No

- valida la codifica delle prestazioni richieste

- Si
- No, in tal caso indica la codifica corretta

Visto, si autorizza

Timbro e firma del Direttore della Direzione Medica _____

Data _____

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione e' stata pubblicata in copia all Albo di questa Azienda Ospedaliera di Padova per 15 giorni consecutivi dal

**Il Sostituto Responsabile
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
(Avv.Maria Grazia Cali)**

CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione e' divenuta esecutiva il 6/10/2017

**Il Sostituto Responsabile
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
(Avv.Maria Grazia Cali)**

Copia composta di n°8 fogli (incluso il presente) della delibera n. 1231 del 6/10/2017 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

**Il Sostituto Responsabile
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
(Avv.Maria Grazia Cali)**
