



Convenzione per l'esercizio dell'attività libero professionale d'Azienda, esercitata dai dirigenti sanitari a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo.

Addì _____ del mese di _____ dell'anno 2010, in Oristano presso la sede dell'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano,

Tra

L'Azienda Sanitaria Locale 5 di Oristano (appresso denominata **ASL Oristano**), con sede legale in Oristano, via Carducci 35, P.I. 00681110953, rappresentata dal dott. Giovanni Panichi, nato a Lajatico il 12.05.1949, nella sua qualità di Commissario,

e

Il Dr. _____, nato a _____ il _____ residente a _____, via _____ n. _____, appresso denominato più brevemente "**Dirigente**", dipendente di questa Azienda Sanitaria Locale con la qualifica di dirigente _____, in organico presso _____ del _____ di _____, specialista in _____,

Premesso che

- Per attività libero professionale intramoenia (ALPIM) dei Dirigenti Sanitari si intende l'attività svolta individualmente o in équipe, esercitata fuori dall'orario di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di Day hospital o Day surgery o di ricovero ordinario in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del S.S.N., svolta all'interno delle strutture aziendali o in spazi da essa resi disponibili (ALPIM Intramoenia) o resa nelle strutture dei professionisti o altre strutture esterne all'Azienda (ALPIM intramoenia allargata);
- Esclusivamente nelle more della predisposizione di idonee strutture aziendali e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime ambulatoriale, l'Azienda autorizza i dirigenti sanitari che hanno optato per il rapporto esclusivo, a svolgere l'attività libero professionale presso strutture private non accreditate, senza oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda e nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramurale;
- L'ALPIM deve essere coerente con le finalità istituzionali dell'Azienda e non deve interferire con l'integrale svolgimento dei compiti istituzionali;
- Essa pertanto deve esser subordinata all'impegno dei professionisti e/o dell'équipe a garantire la piena funzionalità dei servizi di appartenenza, sia in termini di debito orario che in termini di volumi prestazionali, in relazione alla programmazione aziendale, ponendosi come offerta professionale aggiuntiva;
- L'ALPIM è esercitata al di fuori e oltre il debito orario del dirigente nei confronti dell'Azienda;
- Il dirigente autorizzato all'esercizio dell'ALPIM, non può superare complessivamente l'impegno orario lavorativo massimo definito dalle norme di legge o da quelle pattizie

contrattuali e previsto dall'attività istituzionale sommata a quella di libera professione;

- Le tariffe delle prestazioni di libera professione intramoenia sono concordate tra il dirigente e l'Azienda sanitaria locale;
- La prenotazione delle prestazioni sarà effettuata mediante l'Ufficio di prenotazione e previa definizione delle agende correlate;
- L'ALPIM può essere realizzata al di fuori del territorio dell'Azienda;
- Il dirigente potrà svolgere la propria attività anche a domicilio dell'assistito che lo richieda per particolari prestazioni;

tutto ciò premesso, si conviene quanto segue:

1. La premessa fa parte integrante del presente Atto.
2. **Il Dirigente** si impegna a:
 - a) Rispettare l'ordine di prenotazione e le cadenze delle prestazioni indicate dall'Ufficio di prenotazione;
 - b) Verificare il pagamento da parte del cittadino interessato dell'onorario professionale previsto;
 - c) Eseguire la prestazione richiesta;
 - d) Garantire il rispetto delle regole di privacy in merito al trattamento dei dati personali di cui sia venuto a conoscenza;
 - e) Trasmettere all'Azienda Sanitaria Locale, entro il quinto giorno del mese successivo a quello di competenza, il report contenente la specifica delle prestazioni rese, corredato di copia della ricevuta di avvenuto pagamento delle prestazioni effettuate al fine della corresponsione degli emolumenti dovuti; nonché, elenco nominativo del personale infermieristico o tecnico che ha collaborato nelle prestazioni, con evidenza specifica per ogni singolo operatore della partecipazione ai compensi. Tutta la documentazione dovrà essere inviata o presentata al Servizio Bilancio (7° piano della Sede Legale);
 - f) Versare i compensi eventualmente corrisposti dagli utenti. Il versamento dell'intera somma dovrà essere effettuato entro il quinto giorno del mese successivo a quello di competenza e potrà avvenire esclusivamente per il tramite di:
 - ✓ assegno bancario non trasferibile, intestato all'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano,
 - ✓ bonifico bancario [coordinate bancarie: BANCO DI SARDEGNA S.p.a. ORISTANO A.B.I. 01015 – C.A.B. 17400 - - IBAN: IT 92S 01015 17400 000070188520];
 - g) Il **Dirigente** si impegna ad effettuare le prestazioni ed applicare il tariffario seguente che è stato determinato consensualmente entro i limiti previsti dal tariffario dell'Ordine;

| Prestazione: | Tariffa |
|--------------|---------|
| | € |

- h) Il **Dirigente** si impegna ad effettuare l'attività secondo il seguente calendario:

| Giorno | dalle ore – alle ore | sede di attività: |
|--------|----------------------|-------------------|
|--------|----------------------|-------------------|

- i) Il Dirigente si impegna a rispettare i seguenti tempi medi richiesti per singola visita/prestazione:

minuti:

minuti:

j) Il Dirigente comunica che il volume delle prestazioni che, in ragione d'anno, presumibilmente potranno essere raggiunte è di n. _____ visite specialistiche;

k) **Il Dirigente** si impegna al rispetto delle norme sulla riservatezza e alla tutela massima dei dati sensibili delle persone oggetto delle attività previste dal presente accordo;

l) Il Dirigente intende ricevere le comunicazioni inerenti all'attività ai seguenti recapiti:

numeri telefono:

indirizzo mail:

indirizzo sede:

L'ASLOristano si impegna a:

a) Predisporre e attuare le condizioni operative necessarie a realizzare in modo ottimale l'attività oggetto del presente Contratto;

b) Prenotare le prestazioni richieste tramite l'Ufficio di prenotazione;

c) Acquisire, con le modalità previste, il pagamento dell'importo della prestazione;

d) Fornire preliminarmente al **Dirigente** l'elenco delle persone prenotate, sulla base della disponibilità programmata e concordata con **ASLOristano**;

e) Per l'espletamento della sua attività il dirigente verrà dotato di moduli di fattura madre-figlia, appositamente intestati all'Azienda USL n. 5 di Oristano;

f) L'Azienda si impegna ad erogare i compensi, per l'attività svolta, agli aventi diritto entro il mese successivo a quello in cui avviene la rendicontazione da parte del Dirigente;

g) L'Azienda provvederà alle trattenute di legge, a quelle previste dal regolamento AL-PIM ed ai relativi conguagli, ivi compresa la ritenuta IVA per le prestazioni intramoenia medico-legali.

Per ogni controversia in ordine al presente Atto non risolta in via amichevole si farà ricorso al giudice. Il Foro competente è quello di Oristano.

La scadenza della presente convenzione è fissata al 31 gennaio 2011 e potrà essere prorogata, per esplicita volontà delle parti o per sopravvenute disposizioni di legge che lo rendessero necessario od opportuno. Resta salva ed impregiudicata la facoltà per l'Azienda di modificare, integrare o revocare il contenuto della presente convenzione qualora circostanze sopravvenute lo rendessero necessario od opportuno.

La disdetta del presente atto potrà essere effettuata da una delle parti con preavviso all'altra di almeno 60 giorni.

L'inosservanza degli adempimenti previsti dal presente atto, determina l'immediata revoca della convenzione.

Per quanto non previsto dal presente accordo le parti fanno espresso rinvio alle disposizioni del codice civile ed alle Leggi vigenti.

Il presente Atto potrà essere modificato solo per accordo scritto tra le parti.

Il presente Atto viene redatto in duplice originale ed in carta semplice e potrà essere registrato a cura e spese della parte che ne ha interesse.

Letto, firmato e sottoscritto.

Il Commisario di ASLOristano

Dr. Giovanni Panichi

Il Dirigente Medico

Dr. _____
