



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 4986

SEDUTA DEL 15/09/2025

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
BARBARA MAZZALI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini
Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

DETERMINAZIONI IN MERITO ALLA DISCIPLINA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE ED ENTI PUBBLICI DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA (FONDI, MUTUE E ASSICURAZIONI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

I Dirigenti

Giuseppina Maria Rita Valenti

Marzia Gueritore

Paola Carini



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTO il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria"* e in particolare:

- l'art. 9 che prevede l'istituzione dei *"Fondi di assistenza sanitaria integrativa"* con una funzione di affiancamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) finalizzata ad allargare, a favore degli iscritti, le opzioni di accesso alle prestazioni sociosanitarie;
- gli artt. 4, 15, 15 bis, 15 quater, 15-quinques, 15 duodecies, 15 quattordicies, che dettano disposizioni in materia di Attività Libero-professionale Intramuraria (ALPI) per il personale dipendente del SSN;

VISTA la legge regionale 30/12/2009, n. 33 e s.m.i. *"Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità"* e s.m.i. e in particolare:

- l'art. 18, comma 8 ter, che riguarda lo svolgimento dell'attività libero-professionale in modalità intramuraria;
- l'art. 27, comma 8, il quale dichiara che la Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'art. 9 del D.Lgs. 502/1992;

RICHIAMATO il CCNL dell'Area Sanità - triennio 2019/2021- sottoscritto il 23/01/2024, che prevede, tra le attività libero professionali intramurarie del personale medico e sanitario, anche l'attività che lo stesso personale individualmente o in équipe, esercita in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di Assicurazioni o di Fondi di assistenza sanitaria integrativi del SSN, di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

RICHIAMATA la DGR 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"*;

DATO ATTO che si registra, negli ultimi anni, un largo ricorso da parte della popolazione a forme integrative di assistenza sanitaria, derivanti sia da opzioni assicurative individuali/familiari, che da pacchetti di welfare aziendale che offrono la possibilità di accedere a prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero erogate in regime privatistico a tariffe agevolate;

CONSIDERATO necessario, a fronte di tale crescente fenomeno, introdurre la possibilità che le Strutture pubbliche del Sistema sociosanitario regionale concorrano all'erogazione di prestazioni nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

CONSIDERATO opportuno che il governo regionale detti una disciplina uniforme per regolamentare nel Sistema sociosanitario regionale l'erogazione di prestazioni finanziate con forme integrative e, dall'altro, garantisca il coordinamento del percorso di valorizzazione e sviluppo professionale del personale dello stesso Sistema, con l'intento, inoltre, di fidelizzare il personale stesso, anche incrementando la ricettività delle singole Strutture sanitarie;

RICHIAMATO il Decreto della DG Welfare n. 7957 del 24/05/2024 che ha istituito, presso la stessa Direzione, un Gruppo di lavoro con l'obiettivo di analizzare le caratteristiche e le possibilità offerte dal mercato "out of pocket", al fine della sua applicazione anche nell'ambito pubblico, oltreché elaborare un modello di convenzione che le singole ASST/IRCCS possano utilizzare per sottoscrivere convenzioni dirette, miste o indirette, con Fondi, Mutue ed Assicurazioni;

VISTI e valutati i documenti prodotti dal Gruppo di lavoro sopra menzionato;

RITENUTO di approvare i seguenti documenti:

- "Linee guida per l'attività aziendale in regime di sanità integrativa (Fondi, Mutue e Assicurazioni)" – di cui all'Allegato;
- Schema di convenzione tra ASST/IRCCS e Fondi, Mutue ed Assicurazioni – di cui al Sub Allegato,

entrambi gli Allegati formano parte integrante del presente documento;

DATO ATTO che in data 26/02/2025 il documento di Linee guida di cui trattasi, è stato condiviso con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza sanitaria nella versione completata con le osservazioni fatte dalle stesse OO.SS.;

SPECIFICATO che le indicazioni contenute nel documento di Linee guida e nello schema di convenzione si rivolgono solo agli erogatori pubblici, ovvero ASST e IRCCS;

EVIDENZIATO che le Linee guida definiscono i presupposti e le modalità di svolgimento della c.d. "attività aziendale in regime di sanità integrativa", ovvero quelle prestazioni erogate in favore di assistiti con oneri a carico di Fondi di assistenza sanitaria integrativa, Mutue e Assicurazioni nel rispetto della normativa nazionale, regionale e contrattuale vigente;

RITENUTO che le ASST/IRCCS:

- adeguino, nel rispetto dei modelli relazionali sindacali previsti dai CC.CC.NN.LL., la propria disciplina aziendale in materia di sanità integrativa in conformità alle Linee guida in argomento;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

- possano adattare lo schema di convenzione - di cui al Sub Allegato al presente provvedimento – alla propria realtà organizzativa sempre, comunque, in coerenza con i principi in esso previsti;

RITENUTO di dare mandato alla DG Welfare di promuovere, entro 6 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento, una ricognizione in merito alle convenzioni sottoscritte dalle Strutture pubbliche del Sistema sociosanitario regionale, al fine di valutarne gli esiti e di proporre eventuali modifiche e/o integrazioni al modello organizzativo qui approvato;

VISTA la legge regionale 7/07/2008, n. 20 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale”* e tutti i provvedimenti relativi all'assetto organizzativo della Giunta regionale;

VAGLIATE e fatte proprie le predette considerazioni,

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare i seguenti documenti prodotti dal Gruppo di lavoro di cui al Decreto della DG Welfare n. 7957 del 24/05/2024:
 - *“Linee guida per l'attività aziendale in regime di sanità integrativa (Fondi, Mutue e Assicurazioni)”*, documento condiviso con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza sanitaria nella versione completata con le osservazioni fatte dalle stesse OOSS - di cui all'Allegato;
 - Schema di convenzione tra ASST/IRCCS e Fondi, Mutue ed Assicurazioni – di cui al Sub Allegato,entrambi gli Allegati formano parte integrante del presente documento;
2. di specificare che le indicazioni contenute nel documento di Linee guida e nello Schema di convenzione si rivolgono solo agli erogatori pubblici, ovvero ASST e IRCCS;
3. di evidenziare che le Linee guida definiscono i presupposti e le modalità di svolgimento della c.d. *“attività aziendale in regime di sanità integrativa”*, ovvero quelle prestazioni erogate in favore di assistiti con oneri a carico di Fondi di assistenza sanitaria integrativa, Mutue e Assicurazioni, nel rispetto della normativa nazionale, regionale e contrattuale vigente;
4. di stabilire che le ASST/IRCCS:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- adeguino, nel rispetto dei modelli relazionali sindacali previsti dai CC.CC.NN.LL., la propria disciplina aziendale in materia di sanità integrativa in conformità alle Linee guida in argomento;
 - possano adattare lo schema di convenzione - di cui al Sub Allegato al presente provvedimento – alla propria realtà organizzativa sempre, comunque, in coerenza con i principi in esso previsti;
5. di dare mandato alla DG Welfare di promuovere, entro 6 mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento, una ricognizione in merito alle convenzioni sottoscritte dalle Strutture pubbliche del Sistema sociosanitario regionale, al fine di valutarne gli esiti e di proporre eventuali modifiche e/o integrazioni al modello organizzativo qui approvato;
6. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

ALLEGATO 1 - LINEE GUIDA PER L'ATTIVITÀ AZIENDALE IN REGIME DI SANITA' INTEGRATIVA (FONDI, MUTUE, ASSICURAZIONI E TPA) – CONVENZIONE SCHEMA TIPO

TRA

xxxxx, sede legale in xxxx, codice fiscale e P.I. xxxxx iscritta al Registro Imprese presso la C.C.I.A.A. di xxxx al n.xxxx [o in alternativa: iscritta all'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute], in persona xxxxxxxxxxxx, ed ai fini della carica elettivamente domiciliato presso la sede della società, (nel prosieguo, anche, il/la XXX, oppure il "Convenzionante")

E

XXXXX (C.F. e P.I. xxxx), con sede in XXXX - nella persona del Direttore Generale e legale rappresentante delegato, XXXXX, domiciliato per la carica ove sopra, (nel prosieguo, anche la "Struttura Sanitaria" o anche semplicemente la "Struttura"),

di seguito denominate anche singolarmente "Parte" e congiuntamente "Parti"

PREMESSO CHE

- [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] ha interesse a convenzionare la Struttura Sanitaria affinché la stessa fornisca tutte le proprie prestazioni sanitarie (ambulatoriali e di ricovero), atte a tutelare, mantenere e ristabilire la salute della persona, come definite nel successivo articolo 2.3, nell'ambito e nel rispetto dei propri Regolamenti e a favore dei propri [iscritti/assistiti] (nel prosieguo anche "Assistito/i");
- la Struttura Sanitaria ha manifestato interesse a fornire le suddette prestazioni e dichiara di ben conoscere ogni circostanza di fatto e di diritto, generale e particolare, e, nello specifico, i modi e le condizioni richiesti per lo svolgimento di dette prestazioni, nonché tutti i rischi ed oneri connessi, nessuno escluso ed eccettuato, che possono

influire sulla determinazione delle tariffe concordate e di giudicare tutto ciò di propria convenienza;

- La struttura sanitaria garantisce, per sé e i suoi collaboratori, di essere coperta da polizza assicurativa per rischi RCP e RCT relativi alla propria professione sanitaria, ivi inclusa la legge 8 Marzo 2017 n.24 (c.d. legge Gelli);

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1 - Premesse ed allegati

Le premesse e gli Allegati alla presente:

- Allegato A: Regolamenti e Procedure operative
- Allegato B: Nomenclatore tariffario
- Allegato C: Scheda di Adesione, Modulo di autorizzazione e Clausola GDPR
- [Allegato D: Elenco Società del Gruppo se previsto]

costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto (nel prosieguo la “Convenzione”).

Articolo 2 - Oggetto del contratto

2.1 - La Struttura Sanitaria si impegna a fornire tutte le proprie prestazioni sanitarie (nel prosieguo anche “Servizi”), alle condizioni stabilite nella presente Convenzione, secondo le modalità riportate nell’Allegato A e le Tariffe previste nell’Allegato B.

2.2 - Le prestazioni sanitarie saranno erogate dalla Struttura Sanitaria all’Assistito sia nel caso di autorizzazione e pagamento diretto della Struttura Sanitaria da parte del Convenzionante o dei suoi committenti (nel prosieguo, il “Rapporto Diretto” o la “Forma Diretta”) sia nel caso di pagamento della Struttura Sanitaria da parte dell’Assistito con

rimborso da parte del Convenzionante o dei suoi committenti (nel prosieguo, il “Rapporto Indiretto” o la “Forma Indiretta”) alle medesime condizioni tariffarie, che saranno applicate anche per le prestazioni sanitarie non riconosciute dal Nomenclatore Tariffario applicato dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA].

2.3 - Sono oggetto della presente convenzione le prestazioni eseguite in regime ambulatoriale e di ricovero rese nell’ambito dell’attività aziendale in regime di sanità integrativa dal personale dirigente medico e sanitario, titolare di rapporto esclusivo ed autorizzato a svolgerlo, presente nell’elenco dei professionisti convenzionati fornito dalla Struttura a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA].

2.4 La presente Convenzione trova applicazione esclusivamente nei casi in cui il Servizio reso all’assistito rispetti le condizioni della presente Convenzione e sia riconducibile, in modo documentabile, a un percorso sanitario coerente e appropriato rispetto all’evento clinico o alla prestazione richiesta, anche in assenza di prescrizione medica nei casi in cui questa non sia obbligatoria.

2.5 – La presente Convenzione è riservata esclusivamente a Strutture Sanitarie pubbliche operanti nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni oggetto della Convenzione sono prestazioni di natura istituzionale erogate in regime di solvenza nell’ambito della missione pubblica della Struttura, nel rispetto della normativa vigente in materia di enti pubblici, trasparenza, anticorruzione e vincoli di bilancio.

Articolo 3 – Cessione della convenzione

La presente Convenzione e, conseguentemente, i diritti e le obbligazioni derivanti dalla stessa, non può essere ceduta a terzi da alcuna Parte, senza il previo consenso scritto dell’altra. Gli interlocutori non possono essere diversi dai sottoscrittori della Convenzione.

Articolo 4 - Obblighi delle parti

4.1 – La Struttura Sanitaria è l'unica responsabile per l'esecuzione di tutti i Servizi erogati all'Assistito. Le Parti sono direttamente responsabili per gli adempimenti nascenti dalla presente Convenzione, ciascuna per la parte di propria competenza.

La Struttura Sanitaria si impegna a:

a) erogare le prestazioni sanitarie autorizzate dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] in **Forma Diretta** secondo quanto previsto dalle "Procedure operative" di cui all'allegato A ed in linea con le tariffe di convenzione concordate; l'erogabilità in Forma Diretta delle prestazioni sanitarie richieste dall'assistito è subordinata al rilascio dell'apposito documento da parte del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e nei limiti stabiliti nel documento stesso, (nel prosieguo, il "Documento di Presa in Carico"), salvo diverso modello organizzativo del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA];

b) erogare le prestazioni sanitarie in **Forma Indiretta** secondo quanto stabilito dalle "Procedure operative" di cui all'allegato A e in accordo con le tariffe concordate. Il pagamento delle prestazioni sanitarie in Forma Indiretta è sempre a totale carico degli Assistiti.

4.2 - La Struttura Sanitaria si impegna a rendere disponibile a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] ed alle Società con cui quest'ultima abbia stipulato appositi accordi, che saranno dalla stessa comunicati alla Struttura Sanitaria e/o agli Assistiti, la documentazione medica (prescrizione medica, referto medico, cartella clinica) relativa ai Servizi e, qualora richiesta da [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA], eventuale altra documentazione pertinente alla prestazione fornita.

In ogni caso la Struttura Sanitaria si impegna a rendere disponibile al Fondo esclusivamente i dati sanitari e i referti sanitari relativi agli assistiti che abbiano

previamente rilasciato apposita delega scritta, conforme alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e normativa nazionale di attuazione). In assenza di tale delega, ogni comunicazione di dati sanitari sarà considerata non autorizzata e pertanto vietata.

La Struttura Sanitaria si impegna a non richiedere agli Assicurati il pagamento delle **prestazioni sanitarie autorizzate dal Convenzionante**, né alcun deposito cauzionale per le spese coperte dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA], nel caso di prestazioni erogate nell'ambito della Convenzione e in **regime di Rapporto Diretto**, ad eccezione delle franchigie e/o scoperti posti a carico dell'Assistito stesso.

La Struttura Sanitaria si impegna inoltre a non proporre agli Assistiti l'effettuazione di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle strettamente richieste dagli stessi e autorizzate dal Convenzionante secondo le modalità descritte nella presente Convenzione; in ogni caso, ogni ulteriore prestazione rispetto a quelle autorizzate che dovesse essere ritenuta necessaria dalla Struttura dovrà essere autorizzata dal Convenzionante, con le modalità e nei termini stabiliti nella presente Convenzione.

4.3 - Per i Servizi resi dalla Struttura Sanitaria in regime di Rapporto Indiretto, la Struttura si impegna a richiedere il pagamento dei servizi direttamente all'Assistito iscritto negli elenchi del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] che accede ai Servizi della Struttura in regime di Rapporto Indiretto, applicando le stesse condizioni tariffarie previste nella presente Convenzione per le prestazioni erogate in Regime di Rapporto Diretto.

4.4 - La Struttura Sanitaria con la sottoscrizione della presente Convenzione sarà iscritta nell'elenco delle Strutture Sanitarie convenzionate con [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] ed indicate sul sito di quest'ultimo/a. La Struttura Sanitaria presta, inoltre, sin dalla data di sottoscrizione della Convenzione, il proprio consenso alla pubblicazione delle informazioni relative alla propria struttura, ai

servizi erogati e alle tariffe applicate in Convenzione, sul sito del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e/o sull'intranet aziendale del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e/o su eventuali applicazioni (APP) che dovessero essere scaricate dagli Assistiti ai fini dell'organizzazione e regolazione dei Servizi, nonché nelle comunicazioni effettuate da [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] - a mezzo e-mail o con altre modalità – alle Società e/o agli Assistiti.

Articolo 5 – Erogazione delle prestazioni e fatturazione

5.1 – I termini, le condizioni e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e relativa fatturazione sono disciplinate nella “Procedure operative” di cui all'allegato A, che le Parti dichiarano essere parte integrante e sostanziale del presente Contratto.

Le fatture devono essere intestate all'Assistito e devono includere le tariffe convenzionate, nonché contenere i dettagli delle voci fatturate e l'indicazione delle somme versate direttamente dall'assicurato (scoperti, franchigie ecc.).

5.2 – Il [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] si impegna a corrispondere alla Struttura Sanitaria quanto dovuto, in assenza di eccezioni riguardo alla regolarità della Documentazione o di difformità tariffarie, entro il termine massimo di 60 (sessanta) giorni dal ricevimento del Documento di Presa in Carico firmato dall'Assistito e della documentazione medica e di spesa, purché completa, regolare e coerente con le tariffe concordate. Nel caso in cui la fattura emessa dalla Struttura risulti conforme al preventivo approvato dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA], la liquidazione potrà avvenire anche prima della trasmissione della cartella clinica dell'Assistito da parte della Struttura Sanitaria, previo invio del verbale operatorio o diario clinico/lettera di dimissione.

Articolo 6 – Nomenclatore tariffario

6.1 – La Struttura Sanitaria applicherà ai Servizi le Tariffe indicate nell'Allegato B della presente Convenzione, nel Rapporto sia Diretto che Indiretto, concordato tra le Parti. Resta inteso che le Parti potranno richiedere, anche in un momento successivo alla stipula della Convenzione, l'inserimento in Convenzione di ulteriori prestazioni sanitarie non espressamente indicate nel suddetto Allegato B. In tale caso, le tariffe da applicare a tali prestazioni non espressamente ricomprese tra quelle elencate nell'Allegato B dovranno essere negoziate preventivamente in buona fede tra le Parti prima dell'erogazione delle stesse all'Assistito. Nelle more di tale accordo, eventuali prestazioni non incluse nel nomenclatore del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA], al fine di semplificare le procedure, dovranno essere erogate in forma indiretta.

6.2 – L'accordo prevede l'applicazione di tariffe in favore degli Assistiti che siano sempre e comunque inferiori al tariffario privato della Struttura Sanitaria, anche per le prestazioni non rimborsabili dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA].

6.3 - La Struttura Sanitaria garantisce che le tariffe da applicare ai Servizi, sia nel caso di Rapporto Diretto che nel caso di Rapporto Indiretto, siano sempre le tariffe più vantaggiose tra la tariffa concordata con [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e il tariffario della Struttura; la Struttura Sanitaria si impegna a mantenere inalterata tale condizione anche in caso di riduzione delle tariffe applicate dalla Struttura Sanitaria, per qualsiasi ragione (ivi incluso il lancio di eventuali promozioni).

6.4 - A comprova e garanzia che le tariffe per i Servizi relativi alla Convenzione sono sempre inferiori e vantaggiose per gli Assistiti (anche per le prestazioni non rimborsabili da [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA]), la Struttura Sanitaria si impegna a consegnare alla data di sottoscrizione della Convenzione a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] il proprio tariffario in vigore e ad inviare

tempestivamente lo stesso aggiornato in caso di modifiche nel tempo fino alla data di cessazione della Convenzione. Qualora la tariffa venga modificata, la nuova tariffa dovrà essere preventivamente approvata dalle Parti. Inoltre, la percentuale di sconto concordata al momento della stipula della convenzione dovrà rimanere invariata, salvo eventuali diverse pattuizioni future.

6.5 - In ogni caso, la Struttura Sanitaria si assume qualsiasi responsabilità derivante da eventuali errori di calcolo nell'applicazione delle tariffe concordate e/o per eventuali Servizi erroneamente erogati a soggetti non aventi diritto, ritenendo, pertanto, a proprio esclusivo carico eventuali importi anticipati dalla Struttura Sanitaria, ma non dovuti da parte di [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA].

6.6 - Il mancato rispetto di quanto sopra previsto conferisce alle Parti la facoltà di risolvere ipso jure la presente Convenzione ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c.

6.7 – Durante la durata della convenzione non è possibile avere una revisione delle tariffe indicate nell'Allegato B della presente convenzione.

Articolo 7 - Inadempimento

Le Parti hanno la facoltà di risolvere la presente Convenzione, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 c.c., in caso di violazione o grave inadempimento, da parte della controparte, alle obbligazioni poste a suo carico, mediante comunicazione scritta a mezzo PEC, recante la specifica indicazione dell'inadempimento e la dichiarazione di volersi avvalere della presente clausola, fatto in ogni caso salvo il risarcimento del danno ulteriore. L'intimazione dovrà contemplare anche l'indicazione di un termine ragionevole (non inferiore a 5 giorni dalla data di ricezione della diffida) entro cui la controparte inadempiente potrà porre rimedio al proprio inadempimento. Qualora detta diffida resti senza seguito, allo scadere del termine indicato la Convenzione si intenderà risolta di diritto.

Articolo 8 - Durata della Convenzione

8.1 - La presente Convenzione ha validità annuale/biennale a decorrere dalla data di sottoscrizione senza possibilità di tacito rinnovo.

8.2 - Il rinnovo deve avvenire tramite forma scritta entro la data di scadenza sopra indicata. Nelle more dell'eventuale rinnovo saranno comunque assicurate, da parte della Struttura, le prestazioni già programmate alle condizioni previste dal rapporto scaduto.

8.3 - In caso di richiesta di rinnovo e nelle more del perfezionamento della nuova convenzione, la Struttura Sanitaria si impegna comunque ad erogare le prestazioni previste dal presente accordo.

Articolo 9 - Non esclusività e assenza di volumi minimi

La presente Convenzione non è in esclusiva, pertanto sia [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] che la Struttura hanno la facoltà di stipulare analoghi accordi con terzi. La Convenzione, inoltre, non implica alcun obbligo in capo a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] di garantire un volume minimo di prestazioni alla Struttura.

Articolo 10 – Recesso

Ciascuna Parte potrà recedere mediante comunicazione tramite PEC i cui effetti si produrranno allo scadere del novantesimo giorno dalla sua ricezione. Ai fini del rispetto di tale termine, farà fede la data di ricezione della PEC. Resta inteso che saranno portate a termine le prestazioni già autorizzate.

Articolo 11 – Verifiche e controlli

Su richiesta di [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA], la Struttura trasmetterà a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] le informazioni ed i documenti che consentano di verificare l'avvenuta esecuzione delle prestazioni sanitarie, nel rispetto della normativa a tutela del trattamento dei dati personali.

Articolo 12 - Tolleranza

L'eventuale tolleranza di una delle Parti di comportamenti delle altre posti in essere in violazione delle disposizioni contenute in questa Convenzione non costituisce rinuncia ai diritti derivanti dalle disposizioni violate né al diritto di esigere l'esatto adempimento di tutti i termini e condizioni ivi previsti.

Articolo 13 – Trattamento dei dati

13.1 - Le Parti, nell'esecuzione della presente Convenzione e nella gestione dei rapporti contrattuali agiscono in qualità di titolari autonomi del trattamento pertanto trattano i dati afferenti alla controparte nel rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di protezione dei dati personali quali il Regolamento UE n. 679/2016 (nel prosieguo, il "Regolamento" o "GDPR"), il Decreto Legislativo n. 196/2003 (nel prosieguo il "Codice in materia di protezione dei dati personali" o "Codice Privacy") e la normativa interna. Ai fini della presente Convenzione ISS, "Dati Personali", "Titolare" o "Titolare del Trattamento", "Responsabile" o "Responsabile del Trattamento" nonché "Trattamento" hanno il significato indicato nel GDPR e sue successive modifiche ed integrazioni.

13.2 - Tutte le informazioni rilevanti ai fini privacy quali dati trattati dalle Parti, la fonte dei dati trattati, la tipologia degli stessi, le finalità del trattamento, nonché la base giuridica su cui lo stesso viene legittimamente effettuato e ogni altro elemento di cui al Regolamento e

al Codice Privacy (e.g. le categorie di destinatari dei dati personali, il periodo di conservazione dei dati, i diritti esercitabili dagli interessati), sono indicati nell'Informativa sulla Privacy messa a disposizione dalle Parti.

13.3 - La Struttura Sanitaria si impegna a tenere indenne e manlevare [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] con riferimento a qualsiasi responsabilità ed onere conseguente al mancato rispetto degli obblighi di cui sopra, a trattamenti illeciti ovvero non conformi alla normativa privacy, anche se effettuati dai propri ausiliari.

13.4 - Il [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] si impegna a tenere indenne e manlevare la Struttura con riferimento a qualsiasi responsabilità ed onere conseguente al mancato rispetto degli obblighi di cui sopra, a trattamenti illeciti ovvero non conformi alla normativa privacy, anche se effettuati dai propri ausiliari.

Articolo 14 – Clausola di salvaguardia

14.1 - Nel caso in cui una qualsiasi delle disposizioni della presente Convenzione risultasse illecita, invalida o inapplicabile in base alle leggi applicabili durante il periodo di validità della presente, la suddetta disposizione verrà considerata come separata dalla restante parte della Convenzione.

14.2 - La presente Convenzione sarà interpretata e fatta valere come se la suddetta disposizione illecita, invalida o inapplicabile non avesse mai costituito parte della stessa e le restanti disposizioni della presente Convenzione rimarranno valide ed efficaci e non saranno inficiate dalla disposizione illecita, invalida o inapplicabile o dalla separazione della stessa dalla presente Convenzione.

Articolo 15 - Riservatezza

15.1 - Ciascuna Parte si impegna, per sé e per i propri dipendenti e/o collaboratori e/o terzi, di cui si avvale per l'esecuzione delle attività di cui alla presente Convenzione (ivi inclusi eventuali outsourcer operanti in favore delle Parti), a non divulgare, comunicare e rendere note informazioni, dati, conoscenze in genere, di qualsivoglia forma e natura, relativi all'altra Parte, così come qualsiasi documento o supporto, di qualsivoglia natura, contenente uno qualsiasi dei dati o informazioni predetti, dei quali potrà venire a conoscenza nel corso della durata della Convenzione, ivi inclusi i suoi allegati e le relative condizioni economiche. Le obbligazioni di cui al presente articolo rimarranno in vigore per tutta la durata della Convenzione, rinnovi compresi, ed anche oltre la cessazione definitiva del rapporto tra le Parti.

15.2 - Le Parti si danno reciprocamente atto che in nessun caso potranno essere considerate riservate:

- a) le informazioni che siano già di dominio pubblico al momento della loro comunicazione o che lo diventino successivamente, senza che la Parte che le ha ricevute abbia violato il presente articolo;
- b) le informazioni che al momento della comunicazione siano già conosciute dalla Parte che le riceve, purché tale conoscenza non sia stata fraudolentemente ottenuta e la Parte possa fornire la prova di essere stata già in possesso di tali informazioni nel momento in cui le venivano rivelate;
- c) le informazioni che la Parte sia obbligata a comunicare o divulgare in ottemperanza ad un ordine legittimo di qualsiasi autorità, purché in tal caso la Parte che ha ricevuto l'ordine - ove legalmente possibile - ne dia immediata notizia scritta alla Parte titolare delle informazioni, affinché quest'ultima possa agire per la tutela dei propri legittimi interessi;

- d) **15.3** - Le Parti si danno reciproco atto che della stipula della Convenzione potrà essere data notizia nei rispettivi siti istituzionali.

Articolo 16 – Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e Codice di Comportamento

16.1 - Le Parti, con la sottoscrizione della Convenzione, si impegnano al rispetto delle vigenti norme in materia di prevenzione della corruzione e dei rispettivi codici etici e di comportamento.

16.2 - La Struttura Sanitaria dichiara di aver preso visione e, pertanto, di conoscere il contenuto del documento denominato “Documento Illustrativo del Modello di Organizzazione e Gestione” adottato dal [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] (presente sul sito xxx) in ottemperanza al D. Lgs. 231/2001, nonché del “Codice di Condotta” del [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] (presente sul sito xxx). [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] dichiara di aver preso visione e, pertanto, di conoscere il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e del Codice di Comportamento pubblicati sul sito aziendale.

16.3 - La Struttura Sanitaria dichiara di aver adottato il Piano previsto dalla normativa vigente recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nelle pubbliche amministrazioni” pubblicato all’interno del sito aziendale.

16.4 - Le Parti si impegnano ad osservare e rispettare, nonché a far osservare e rispettare ai propri ausiliari, dipendenti, e/o collaboratori di qualunque genere, le disposizioni, anche relative alla prevenzione e gestione dei conflitti di interesse, di cui ai documenti sopra richiamati e successive integrazioni e modificazioni, nonché tutte le disposizioni di legge ivi richiamate e quelle comportanti una responsabilità amministrativa degli Enti ai sensi del citato decreto.

16.5 - Le Parti dichiarano di aver posto in essere i necessari adempimenti e cautele finalizzati alla prevenzione degli illeciti penali comportanti una responsabilità amministrativa degli Enti ai sensi del citato decreto, avendo adottato procedure interne e sistemi di organizzazione, gestione e controllo adeguati.

16.6 - Le Parti si obbligano reciprocamente a non commettere, autorizzare o consentire alcuna azione in violazione della normativa applicabile in materia di contrasto alla corruzione di cui alla Legge n. 190/2012 e s.m.i. per le Strutture Sanitarie e nelle materie di cui al d.lgs. n. 231/2001 per [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA]. Tale obbligo si applica in particolare ai pagamenti illegittimi a funzionari governativi, rappresentanti di autorità pubbliche o loro associati, familiari o amici. Ciascuna Parte concorda che non offrirà né darà, né acconsentirà a dare ad alcun dipendente, rappresentante o terza parte che agisca per conto dell'altra Parte, né accetterà, né consentirà di accettare da alcun dipendente, rappresentante o terza parte che agisca per conto dell'altra Parte, qualsiasi dono o beneficio, sia esso monetario o altro, che il destinatario non abbia legalmente diritto di ricevere in relazione alla negoziazione, conclusione o esecuzione della presente Convenzione.

16.7 – Le Parti si notificheranno tempestivamente, qualsiasi notizia o il fondato sospetto di casi di corruzione in relazione alla negoziazione, conclusione o esecuzione della presente Convenzione.

16.8 – La Struttura si impegna, anche per i propri dipendenti, consulenti/lavoratori in somministrazione lavoro/collaboratori che vengano in contatto con [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] a segnalare, tramite i canali di segnalazione di Whistleblowing presenti sul sito internet di [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] ovvero presso i riferimenti diversamente indicati dal Convenzionante, qualsiasi atto, fatto o comportamento di cui venga a conoscenza, relativo alla commissione o presunta

commissione di un reato di cui al D. Lgs. 231/2001 o alla violazione o presunta violazione delle disposizioni di cui ai documenti sopra richiamati.

16.9 - L'inadempimento a tali obblighi ad opera delle Parti, nonché la commissione e/o il tentativo di commissione di uno degli illeciti penali inclusi nell'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/2001 o dei documenti sopra richiamati ai fini dell'esecuzione degli incarichi di cui alla presente Convenzione, costituisce grave inadempimento ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1455 c.c.

16.10 - È fatto sempre salvo in ogni caso il diritto alla risoluzione anticipata della Convenzione (art. 1456 c.c.) e al risarcimento completo dei danni, qualora la Controparte contravvenga alle previsioni del presente articolo ed alla normativa vigente in materia.

Articolo 17 – Limitazione delle responsabilità e manleva

17.1 - [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] non può essere ritenuta responsabile dei danni cagionati nell'esecuzione dei Servizi e degli interventi chirurgici da parte della Struttura Sanitaria.

17.2 - La Struttura Sanitaria, in conformità a quanto disposto dalla Legge n. 24\2017 (c.d. "Legge Gelli-Bianco"), è responsabile dell'operato del proprio personale per i danni cagionati nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie previste dalla presente convenzione, ferma restando la responsabilità dei professionisti nei casi di dolo e colpa grave.

17.3 - La Struttura Sanitarie si impegna pertanto a tenere indenne e manlevare [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] da qualsivoglia responsabilità e pretesa possa essere avanzata dagli Assistiti e/o da terzi aventi diritto per fatti riconducibili alle prestazioni sanitarie previste dalla presente convenzione.

Articolo 18 - Comunicazione

18.1 - Fatto salvo quanto previsto al successivo articolo 18.2, qualsiasi comunicazione tra le Parti dovrà avvenire in forma scritta, tramite PEC (e anticipata a mezzo e-mail con conferma di lettura) e si intenderà efficacemente e validamente eseguita al ricevimento della stessa, come attestato dalla relativa ricevuta, purché indirizzata come segue:

(a) se indirizzata a [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA]:

[RagioneSociale]

[IndirizzoSedeUnica] [CivicoSedeUnica], [CittàSedeUnica] ([ProvinciaSedeUnica])

PEC: [IndirizzoPEC]

Alla c.a. di [Referente]

Email: [EmailReferente]

(b) se indirizzata alla Struttura Sanitaria:

[RagioneSociale]

[IndirizzoSedeUnica] [CivicoSedeUnica], [CittàSedeUnica] ([ProvinciaSedeUnica])

PEC: [IndirizzoPEC]

Alla c.a. di [Referente]

Email: [EmailReferente]

ovvero, presso il diverso indirizzo o email che ciascuna Parte potrà comunicare all'altra successivamente alla data della presente Convenzione in conformità alle precedenti disposizioni, restando inteso che presso gli indirizzi sopra indicati, ovvero presso i diversi indirizzi che potranno essere comunicati in futuro.

18.2 - Tutte le comunicazioni inerenti alle procedure operative di cui all'Allegato A potranno essere effettuate sulla piattaforma informatica disponibile nell'ambito del rapporto tra le Parti (nel prosieguo, il "Portale") oppure inviate anche a mezzo e-mail agli indirizzi operativi che le Parti si impegnano a comunicare.

Articolo 19 – Legge applicabile e Foro competente

19.1 - La Convenzione è regolata dalla Legge italiana.

19.2 - Per ogni controversia relativa all'applicazione, esecuzione ed interpretazione della presente Convenzione sarà esclusivamente competente il Foro di [COMPETENZA TERRITORIALE ASST].

Art. 20 – Oneri

La presente convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5, comma 2°, del D.P.R. 131/86.

Art. 21 Norma di rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente Convenzione si fa espresso rinvio alle vigenti disposizioni di legge in materia.

Articolo 22 - Disposizioni finali

22.1 - Nessuna modifica o integrazione della presente Convenzione potrà avere efficacia, a meno che non sia stata precedentemente approvata formalmente per iscritto da [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e dalla [STRUTTURA].

22.2 – [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] e la [STRUTTURA] si danno reciprocamente atto che tutte le clausole della presente Convenzione sono state oggetto

di specifica trattativa fra le parti e che perciò non sono applicabili gli articoli 1341 e 1342 del Codice civile.

La presente Convenzione è redatta e sottoscritta da XXXX e dalla XXXX in due originali ad un solo effetto, di cui ciascuna delle parti ha ricevuto un esemplare.

Letto, firmato e sottoscritto.

ALLEGATO A – PROCEDURE OPERATIVE

Le prestazioni fornite dalla Struttura Sanitaria nell'ambito del Rapporto Diretto e Indiretto di convenzionamento con [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] si atterranno alla procedura descritta di seguito e nel rispetto dei Regolamenti adottati da [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA]. La struttura sanitaria si impegna ad utilizzare quale unico strumento di gestione delle pratiche/schede il Portale strutture di [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] di seguito denominato [PORTALE]. [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] potrà in qualsiasi momento modificare a propria discrezione alcune o tutte le previsioni relative alle procedure operative contenute nel presente allegato; in siffatta ipotesi, [FONDO/ASSICURAZIONE/MUTUA/TPA] invierà tempestivamente alla Struttura Sanitaria il documento contenente le procedure operative aggiornate che sostituirà integralmente il presente allegato. Le nuove procedure operative diventeranno efficaci e pertanto sostituiranno integralmente il presente allegato, solo dopo 30 (trenta) giorni dal ricevimento da parte della Struttura Sanitaria, salvo espresso dissenso motivato da parte di quest'ultima. Durante tale termine, continueranno ad applicarsi le procedure precedenti.

ALLEGATO B – NOMENCLATORE TARIFFARIO

[specifiche da inserire nell'Allegato]

La composizione delle voci da esporre in fattura per le prestazioni di ricovero è così sintetizzabile:

- 100% DRG, che deve essere simulato e considerato indicazione di massima essendo non definibile a priori la valutazione delle modifiche dovute ad eventuali complicanze;
- quota equipe di sala (in caso di intervento chirurgico) o quota “medico fiduciario” (in caso di ricovero medico), secondo quanto negoziato dall'Ente erogatore;
- trattamento alberghiero differenziato, se previsto;
- protesi ove prevista e non inclusa nel DRG;
- eventuali esami di laboratorio e diagnostica strumentale non rimborsate dal DRG;
- marca da bollo a carico Assistito.

Punti essenziali

- Rispetto dei Regolamenti e delle esclusioni dei rimborsi sanitari per determinate patologie, casi di recidiva, preesistenza e di interventi di natura estetica
- Modalità di erogazione delle prestazioni
- Modalità di emissione fatture ed invio della documentazione (entro 60 giorni)

[specifiche da inserire nell'Allegato]

→ Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la data di emissione della fattura deve preferibilmente corrispondere alla data di erogazione della prestazione.

→ La fattura deve essere intestata all'Assistito

- Modalità di rimborso (entro 60 o 90 giorni)
- Procedura di presa in carico
- Erogazione esclusivamente di prestazioni preventivamente autorizzate secondo i diversi modelli organizzativi del Fondo/Assicurazione/Mutua/TPA
- Obbligo per la Struttura di comunicare tempestivamente eventuali modifiche in relazione a prestazioni già autorizzate
- Diritti di segreteria

LINEE GUIDA PER L'ATTIVITÀ AZIENDALE IN REGIME DI SANITA' INTEGRATIVA (FONDI, MUTUE, ASSICURAZIONI E TPA)

Sommario

1. Premessa.....	2
2. Oggetto e definizione	3
3. Finalità e principi	3
4. Schema tipo di convenzione.....	4
5. Tipologie di erogazione	5
5.1 Attività ambulatoriale in regime di Sanità Integrativa	5
5.2 Attività di ricovero in regime di Sanità Integrativa.....	5
5.3 Attività non rientranti in regime di Sanità Integrativa	6
6. Organizzazione aziendale.....	7
6.1 Modalità di adesione e tariffa oraria	7
6.2 Prezzo di vendita	8
7. Accantonamento fondi	8
8. Esclusione, incompatibilità	8
9. Sistemi di controllo e responsabilità	9
10. Supporto.....	10
11. Normativa di riferimento	10

1. Premessa

L'art. 9 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 ha previsto per la prima volta l'istituzione nell'ordinamento legislativo italiano dei "*Fondi di assistenza sanitaria integrativa*" che nascono con una funzione integrativa, ovvero di affiancamento ma non di sostituzione del Servizio Sanitario Nazionale, offrendo agli iscritti l'accesso a prestazioni sociosanitarie e allargando il ventaglio di opzioni disponibili.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del SSN si è progressivamente delineato e ampliato, anche mediante decreti applicativi e regolamenti, e il suo sviluppo è stato promosso anche dalla normativa di regione Lombardia che, in linea con i principi nazionali, all'art. 27 della LR 33/2009 e s.m.i., ribadisce che viene favorito, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

Sul versante contrattuale, infine, la sanità integrativa entra a pieno titolo tra le attività esercitabili dai professionisti operanti nel SSN laddove il CCNL dell'Area Sanità triennio 2019/2021, sottoscritto in data 23.1.2024, all'art. 88 "attività libero professionale intramuraria dei dirigenti" prevede, tra le attività libero professionali intramurarie del personale medico e sanitario, anche quella che detto personale individualmente o in équipe, esercita in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di Assicurazioni o di fondi di assistenza sanitaria integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 9 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i..

L'attenzione del legislatore al fenomeno dell'assistenza integrativa è conseguente al largo ricorso da parte della popolazione a tali forme integrative, notevolmente incrementato negli ultimi anni sia come derivazione di scelte assicurative individuali e familiari che come derivazione collettiva considerato che nel mercato del lavoro è sempre più frequente l'offerta ai dipendenti di agevolazioni e benefits (c.d. *welfare aziendale*) legati alla possibilità di accedere a prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero erogate in regime privatistico a tariffe agevolate.

L'assistenza sanitaria integrativa permette, infatti, di scegliere a quale struttura rivolgersi per ricevere visite e cure mediche, usufruendo di una copertura totale o parziale delle spese sostenute.

La spesa sanitaria corrente diretta delle famiglie italiane e dei regimi volontari misurata a prezzi fissi ha rappresentato nel 2023 il 2.2% del PIL, con un valore di circa 43 miliardi di euro (fonte: rapporto OASI 2024), distribuiti nel focus di interesse tra assicurazioni volontarie (circa 4 miliardi di euro) e finanziamento da parte di imprese (circa 1 miliardo di euro). Inoltre, dal 2018 al 2021 il valore dei contributi versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso è passato da 2.363 milioni di euro a 2.841 milioni di euro, mentre il numero di contribuenti è passato da 7.851.720 a 10.180.022 (Fonte: rapporto OASI 2024).

Le tipologie di prestazioni riconosciute con tale modalità possono essere diverse e consistere in prestazioni aggiuntive -non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate- erogate da professionisti e da strutture accreditate, prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e/o di solvenza aziendale (ai sensi dell'art. 89 comma 1 lettera d) del CCNL Area sanità 23 gennaio 2024) e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito nonché, infine, prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

2. Oggetto e definizione

Le presenti Linee Guida si pongono in continuità con quelle approvate da Regione Lombardia con DGR n. XI/3450 del 7/09/2020, le quali disciplinano l'attività libero professionale intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL.

Le linee guida delineate in questo documento definiscono i presupposti e le modalità di svolgimento della c.d. "attività aziendale in regime di sanità integrativa", ovvero quelle prestazioni erogate in favore di assistiti con oneri a carico di Fondi di assistenza sanitaria integrativa, nel rispetto della normativa nazionale, regionale e contrattuale vigente, individuando anche uno schema possibile di convenzione.

Per Fondi di assistenza sanitaria integrativa si intende lo strumento di welfare integrativo nato per garantire ai cittadini un'adeguata e tempestiva copertura sanitaria da parte di enti, associazioni, società di mutuo soccorso, compagnie assicurative regolarmente iscritti all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Le Aziende/Enti, nel rispetto dei modelli relazionali sindacali previsti dai CC.CC.NN.LL., adeguano la propria disciplina aziendale in materia di sanità integrativa in conformità alle presenti linee guida.

Regione Lombardia entro 6 mesi dall'approvazione delle presenti Linee Guida, come modello sperimentale, promuoverà una ricognizione in ordine alle Convenzioni sottoscritte, al fine di valutarne gli esiti.

3. Finalità e principi

Considerato il fenomeno crescente, Regione Lombardia, in qualità di policy maker, ravvede da un lato la necessità di garantire un coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del SSN con le prestazioni finanziate con le forme integrative e, dall'altro, l'interesse a governare il percorso di valorizzazione e sviluppo professionale del personale del SSL.

Per quanto sopra, con le seguenti Linee Guida si intende disciplinare la possibilità per le Aziende e Enti del SSR di concorrere all'erogazione di prestazioni nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa, superando il tradizionale paradigma secondo cui le Assicurazioni, TPA e fondi di assistenza sanitaria integrativa rispondano alle esigenze dei propri iscritti rivolgendosi quasi esclusivamente alla sanità privata.

La realizzazione del modello richiede che l'Azienda o Ente:

1. si doti di una disciplina aziendale su cui sviluppare un *testo di convenzione* che regola i rapporti contrattuali con le Assicurazioni e i fondi di assistenza sanitaria integrativa;
2. negozi direttamente con il fondo, in quanto trattasi di cessione di prestazioni sanitarie definite con l'azienda.

Per quanto attiene alla disciplina dei rapporti con le Assicurazioni e i fondi di assistenza sanitaria integrativa dovranno essere previsti i seguenti principi:

- le attività promosse e attivate in nome e per conto dalle aziende dovranno essere svolte senza oneri per il bilancio aziendale e pertanto le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti dall'azienda e comprensive della trattenuta di cui all'art. 1 c. 4 lett. c) della L. 120/07 (5% "fondo Balduzzi") e devono garantire il compenso del professionista, dell'équipe (eventuale) e del personale di supporto diretto (eventuale). Si evidenzia, inoltre, che per le attività in questione non è previsto accantonamento per le finalità di cui al c. 2 lett. i) e al c. 3 dell'art. 90 del CCNL vigente, considerato che la partecipazione ai proventi di attività professionali, a pagamento richieste da terzi (utenti, singoli, associati, Aziende o enti) all'Azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, costituisce fattispecie distinta dalla libera professione intramuraria di cui all'art. 89 c. 1 lett. a) e b) del CCNL;
- le tariffe non possono mai essere determinate in importi inferiori a quelli previsti dalle vigenti disposizioni a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni;
- le condizioni economiche devono essere dettagliate all'interno di un "Nomenclatore Tariffario";
- la convenzione potrà prevedere un rapporto diretto in cui l'Assicurazione o il fondo di assistenza sanitaria integrativa paghino direttamente la prestazione fruita dai propri iscritti, ovvero un rapporto indiretto in cui il pagamento della prestazione avviene direttamente da parte del cittadino fruitore alle condizioni predefinite in convenzione, previo riconoscimento dello status di assicurato da parte dell'assicurazione/fondo stesso.

4. Schema tipo di convenzione

Al fine di facilitare l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria per il tramite di forme assicurative e mutualistiche:

- è stato definito uno schema tipo di Convenzione, in allegato alle presenti Linee Guida, che le Aziende o Enti potranno adattare alla propria realtà e organizzazione, seppure in coerenza con i principi in essa previsti (Allegato 1);
- si specifica che il contratto può essere stipulato anche sul formato richiesto dal fondo/assicurazione/ gestore qualora ricomprenda tutte le parti previste.

5. Tipologie di erogazione

5.1 Attività ambulatoriale in regime di Sanità Integrativa

L'attività in regime di sanità integrativa rientra nelle attività a pagamento richieste dal cittadino al singolo Ente ai sensi dell'art. 89 comma 1 lettera d) del CCNL Area sanità 23 gennaio 2024. Superando la scelta nominale del cittadino verso uno specifico professionista, l'Ente di riferimento diventa unico titolare del rapporto contrattuale. L'adesione da parte dei dirigenti sanitari è volontaristica e prevede una partecipazione individuale o in equipe alle condizioni previste nelle presenti linee guida e nella disciplina aziendale.

Le attività erogate in regime di sanità integrativa devono essere svolte fuori orario di lavoro con timbratura causalizzata e nella disciplina di appartenenza.

5.2 Attività di ricovero in regime di Sanità Integrativa

Così come per l'attività ambulatoriale, anche l'attività di ricovero Aziendale integrativa rientra nelle attività a pagamento richieste dal cittadino al singolo Ente ai sensi dell'art. 89 comma 1 lettera d) del CCNL Area sanità 23 gennaio 2024. L'adesione da parte dei dirigenti sanitari è volontaristica e prevede una partecipazione individuale o in equipe alle condizioni previste nelle presenti linee guida e nel regolamento aziendale.

Le attività erogate in regime aziendale integrativo devono essere svolte fuori orario di lavoro, con rendicontazione dedicata e nella disciplina di appartenenza.

L'attività erogata è a pagamento esclusivo del fondo/assicurazione/mutua (salvo compartecipazione dell'assistito), senza il concorso del SSN, nell'ambito della quale il soggetto pagatore si fa carico di tutti gli oneri. Tale attività è aggiuntiva rispetto alla programmazione istituzionale e deve essere rendicontata nei flussi dedicati con il criterio dell'onere 4 – Solvenza.

Per l'attività di degenza si prevede l'utilizzo di letti accreditati non attivi in regime istituzionale, laddove non previsti letti accreditati solventi.

Il professionista (identificato dalla struttura per seguire il paziente in regime integrativo aziendale) diviene il "medico di riferimento" ed assume la piena responsabilità degli atti medici da lui svolti, degli indirizzi terapeutici e diagnostici di impostazione generale e della dimissione del paziente.

La composizione delle voci da esporre in fattura è così sintetizzabile:

- 100% DRG, che deve essere simulato e considerato indicazione di massima essendo non definibile a priori la valutazione delle modifiche dovute ad eventuali complicanze;
- quota equipe di sala (in caso di intervento chirurgico) o quota “medico fiduciario” (in caso di ricovero medico), secondo quanto negoziato dall’Ente erogatore;
- trattamento alberghiero differenziato;
- protesi ove prevista e non inclusa nel DRG;
- eventuali esami di laboratorio e diagnostica strumentale non rimborsate dal DRG;
- marca da bollo.

La composizione delle quote tra i professionisti della dirigenza e del comparto nonché la quota azienda oltre a quanto stabilito dall’art. 90 del CCNL Area Sanità (es. Fondo Balduzzi, fondo aziendale per la perequazione), sarà definita da ogni singolo Ente in base al proprio regolamento.

5.3 Attività non rientranti in regime di Sanità Integrativa

Le attività escluse dal presente regime convenzionale sono tutte le prestazioni rese in via esclusiva dal SSN o per le quali vi sia un’esclusione da parte di norme di legge, contrattuali o regolamentari, tra cui quelle rivolte a pazienti che versino in pericolo di vita, o la salute dei quali sia minacciata in modo che solo un tempestivo intervento possa ripristinarla o, comunque, tutti quegli interventi che, pur essendo stati inizialmente programmati, si tramutino, per cause improvvise e contingenti, in emergenze/urgenze.

Tra le altre sono escluse le prestazioni erogate come attività:

- di emergenza, terapia intensiva e/o di rianimazione;
- di unità coronarica;
- di radiologia interventistica in urgenza;
- rese nei confronti di pazienti coinvolti in sperimentazioni cliniche finanziate in tutto o in parte da terzi;
- altre tipologie in relazione alla loro peculiarità, da individuarsi in sede aziendale.

Figura 1 Schema sintesi perimetro Integrativa aziendale

	Libera Professione con copertura Integrativa	Integrativa aziendale
Logica	Scelta del medico o equipe da parte del paziente	Organizzazione aziendale
Remunerazione dirigenti	A prestazione (secondo schemi aziendali)	Oraria (allineata a tariffa oraria per prestazioni aggiuntive)
Tariffe al cittadino/fondo	Tipicamente sconto % su tariffa libero-professionale privata	Nomenclatore tariffario dedicato
Trattenute	Tutte Ip (Balduzzi, IRAP, costi aziendali, perequazione, PTA, ...)	Solo: Balduzzi – IRAP – Costi aziendali

6. Organizzazione aziendale

Le attività ambulatoriali erogate in regime di sanità integrativa devono essere svolte prevedendo flussi separati rispetto all'attività istituzionale erogata in regime ordinario.

I volumi dedicati all'attività aziendale integrativa devono essere concordati con la Direzione Strategica durante il percorso di budget annuale al fine di consentire le valutazioni di impatto economico ed organizzativo nel rispetto della normativa sull'orario di lavoro dovendo privilegiare nell'ambito delle attività extra orario quelle dedicate al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed all'aderenza delle indicazioni di Regione Lombardia.

6.1 Modalità di adesione e tariffa oraria

L'adesione al regime erogativo di sanità integrativa è volontaristica da parte dei professionisti. Ogni anno l'Ente raccoglie le adesioni e aggiorna l'elenco degli aderenti suddiviso per specialità. L'adesione ha valenza annuale e può essere esplicitata in qualsiasi momento nel corso dell'anno; diversamente la revoca di norma deve avvenire con almeno 90 gg di preavviso rispetto alla decorrenza richiesta per consentire la corretta riprogrammazione delle attività senza arrecare danno ad alcuno.

I professionisti a cui è consentito accedere al regime erogativo di sanità integrativa sono i seguenti:

- Dirigenti dell'area sanità dipendenti con rapporto di lavoro esclusivo (non ad impegno ridotto) ad esclusione dei dirigenti delle professioni sanitarie e dei dirigenti assunti ai sensi dell'art. 86 del CCNL
- Specialisti ambulatoriali convenzionati interni
- Personale universitario contrattualizzato con l'Ente

Per l'attività ambulatoriale l'Ente provvederà a definire una tariffa oraria in linea con quanto previsto per le prestazioni aggiuntive, da corrispondere al professionista aderente, rapportata al tempario in linea con l'allegato 3 della DGR XII/2224 del 22.04.2024 *“Ulteriori determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA e per i ricoveri”*.

Per l'attività di ricovero si rimanda a quanto definito nell'Art. 5 Paragrafo 5.2 “Attività di ricovero in regime di Sanità Integrativa”.

6.2 Prezzo di vendita

L'ente configurandosi come il soggetto contrattuale definisce il prezzo di vendita delle singole prestazioni offerte in convenzione ai fondi, mutue e assicurazioni, garantendo l'equilibrio tra costi e ricavi, prevedendo la copertura dei costi diretti e indiretti aziendali del compenso orario/prestazione del professionista e del margine operativo.

La definizione delle politiche tariffarie, utilizzando la modularità del margine operativo, è orientata anche in relazione ai volumi di prestazioni richiesti dai fondi, mutue e assicurazioni. I prezzi definiti con specifico provvedimento aziendale non possono comunque essere inferiori a quelle previste dalla normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

Ogni convenzione dovrà fare riferimento a un nomenclatore tariffario negoziato dall'Ente, la cui validità ha valore annuale e con possibilità di integrazioni e/o modifiche secondo le modalità previste dalla convenzione sottoscritta.

7. Accantonamento fondi

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 del Decreto-Legge 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (legge Balduzzi), una quota pari al 5% dei compensi spettanti ai dirigenti sanitari è accantonata dall'Ente erogatore per l'attività erogata in regime di sanità integrativa, ed è vincolata ad interventi di prevenzione ovvero per finanziare l'acquisizione di prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa istituzionali.

8. Esclusione, incompatibilità

Ai professionisti non è consentito l'esercizio dell'attività in regime di sanità integrativa, anche di supporto, nei seguenti casi:

- rapporto di lavoro non esclusivo;
- rapporto di lavoro a impegno ridotto;
- malattia o infortunio;
- periodo di astensione dal servizio, obbligatoria e/o facoltative (ai sensi del D.lgs. 151/2001 e Legge 53/2000);
- ferie;
- turni di pronta disponibilità o di guardia;

- sospensione dal servizio per provvedimenti cautelari previsti dal CCNL e dal codice disciplinare aziendale;
- inidoneità, con limitazione, allo svolgimento di determinate prestazioni, limitatamente alle stesse.

I professionisti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento dell'attività in regime di sanità integrativa ogni volta in cui si configuri una situazione individuale di incompatibilità con l'attività istituzionale svolta dagli stessi, ivi comprese tutte quelle situazioni riconducibili a ipotesi di conflitto di interessi e di concorrenza sleale, anche potenziali.

L'Azienda o Ente dovrà, in ogni caso, mettere in atto tutti gli interventi diretti a prevenire situazioni che possano determinare l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

9. Sistemi di controllo e responsabilità

Sulla base degli obblighi previsti dalla normativa gli Enti, secondo le modalità disciplinate nei propri Regolamenti, effettuano periodicamente i seguenti controlli:

- confronto dei volumi delle prestazioni erogate in SSN e attività aziendale in regime di sanità integrativa;
- il controllo che l'attività aziendale in regime di sanità integrativa sia svolta secondo la programmazione e l'organizzazione definita dall'Azienda (es. sede, ambulatorio, giorni e fascia oraria);
- verifica che l'attività aziendale in regime di sanità integrativa sia svolta fuori dall'orario di lavoro;
- confronto tra attività prenotata a CUP e incassata (tenendo anche conto delle mancate presentazioni).

La violazione della normativa nazionale, regionale, contrattuale e regolamentare in materia può comportare:

- responsabilità disciplinare che viene sanzionata, nei casi più gravi, anche con il licenziamento;
- responsabilità dirigenziale per inosservanza delle direttive nazionali, regionali e aziendali, con penalizzazione sulla retribuzione di risultato e sugli incarichi;
- responsabilità patrimoniale che in alcuni casi prevede la corresponsione all'ente dei compensi percepiti impropriamente e la restituzione dell'indennità di esclusività e retribuzione di risultato riscossa nel periodo;
- responsabilità penale laddove il comportamento configuri fattispecie contemplate nel codice penale.

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

amministrativa e costituisce grave inosservanza delle direttive impartite, sanzionabile ai sensi dell'art. 49 del CCNL 23.1.2024 con risoluzione del rapporto di lavoro con o senza preavviso.

Eventuali compensi percepiti in violazione del presente regolamento o in costanza di conflitti e di comportamento sleale, fermo restando ogni altra responsabilità prevista dall'ordinamento, sono recuperati dalla Azienda e introitati, in relazione all'indebito percettore, nel bilancio aziendale.

L'Amministrazione si riserva altresì di revocare le autorizzazioni allo svolgimento delle attività private concesse, nel caso in cui si non siano rispettati dal professionista i tempi di revoca indicati nell'art 6.1 delle presenti linee guida. L'Amministrazione si riserva altresì la possibilità di sospendere anche temporaneamente l'autorizzazione all'attività privata nel caso il Dirigente risulti in modo reiterato con debito orario negativo.

I Dirigenti, assumono le specifiche responsabilità amministrative e contabili e sono tenuti all'osservanza delle disposizioni del c.c. e della normativa fiscale vigente. Sono pertanto direttamente responsabili di ogni eventuale errore e/o omissione, per i quali l'amministrazione si riserva di adottare ogni idoneo provvedimento in materia, in funzione della gravità e del perpetrarsi delle inadempienze, fino alla revoca dell'autorizzazione all'esercizio all'attività privata.

10. Supporto

La partecipazione del personale del comparto sanità che presta supporto allo svolgimento delle attività erogate in regime di sanità integrativa è volontaria se svolta al di fuori dell'orario di lavoro e dietro corrispettivo.

Per supporto si intendono tutte le attività svolte dal personale del comparto in collaborazione con l'attività del medico ovvero finalizzate all'erogazione delle attività in regime di sanità integrativa.

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

Il regolamento dell'Ente definisce le modalità di resa di tali attività nonché la remunerazione, su base oraria per profilo professionale ove possibile adeguandosi al valore orario relativo alle attività rese per prestazioni aggiuntive, per il personale di supporto coinvolto.

11. Normativa di riferimento

A mero titolo riassuntivo e non esaustivo si richiamano di seguito le disposizioni vigenti in materia di ALPI:

a) La normativa nazionale di riferimento:

- L. 30.2.1991 n. 412 "Disposizioni in materia di finanza pubblica", art. 4 c. 7;
- D. Lgs.30.12.1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", artt. 4, 15, 15 bis, 15 quater, 15-quinques, 15 duodecies, 15 quattordicies;

- L. 23.12.1994, n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", art. 6, c.
- L. 23.12.1996 n. 662 "Misure di razionalizzazione della Finanza Pubblica", art. 1
- commi 5,8, 10, 11, 12, 16, 19, 60 e 61;
- D.M. 31.7.1997 "Attività libero -professionale e incompatibilità del personale della
- dirigenza sanitaria del S.S.N.";
- D.M. 31.7.1997 "Linee guida dell'organizzazione dell'attività libero -professionale
- intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale";
- L. 23.12.1998, n. 448 "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo
- sviluppo", art. 72;
- L. 23.12.1999 n. 488 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e
- pluriennale dello Stato", art. 28;
- D.P.C.M. 27.3.2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività Libero -
- professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario
- Nazionale";
- D.L. 4.7.2006 n. 223 "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il
- contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia
- di entrate e di contrasto all'evasione fiscale" - art. 22 -bis;
- L. 3.8.2007 n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero -professionale intramuraria e
- altre norme in materia sanitaria", art. 1;
- D.L. 30.12.2009 n. 194 "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative", art. 6;
- l'Accordo, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni
- e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 18 novembre 2010, concernente
- l'attività libero -professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio
- Sanitario Nazionale. (Rep. Atti n. 198/CSR);
- Decreto Legge convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2012, n. 14 "Proroga di
- termini previsti da disposizioni legislative", art.10, c.4;
- Decreto Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 132 "Proroga di
- termini in materia sanitaria", art. 1, c. 1;
- Decreto Legge convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189
- "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello
- di tutela della salute" art.2;
- l'Accordo, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni
- e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 19 febbraio 2015, concernente i
- criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero
- - professionale intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete. (Rep. Atti n.
- 19/CSR);
- Decreto Legge n. 73 del 07 giugno 2024 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle
- liste di attesa delle prestazioni sanitarie";

b) La normativa regionale e le linee guida di riferimento:

- L'art. 30 comma 1 della l.r. 14.12.2021, n. 22 ha introdotto il c. 8 ter dell'art. 18 della l.r. n. 33/2009;
- L.R. 30.12.2009, n. 33 "Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo";

- DGR XI/3540 del 07 settembre 2020 “Approvazione linee guida in materia di attività libero professionali intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL - (a seguito di parere della commissione consiliare)

c) CCNL dell'Area Sanità sottoscritto in data 23 gennaio 2024