

DELIBERAZIONE N. **795** del **27 LUG 2010** Atti n.
394/2009 – all.

Foglio n.
FG/AG/mlz

Oggetto: Approvazione procedura aziendale dei ricoveri in libera professione.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che con deliberazione n. 201 del 13.3.2009 è stato adottato il Regolamento sull'attività libero-professionale intramuraria;

RAVVISATA la necessità di dover procedere all'approvazione della procedura amministrativa dei ricoveri di che trattasi, come da allegati facenti parte integrante del presente provvedimento;

RICHIAMATO l'art. 15 quinquies, D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.;

VISTO il D.M. 31.7.1997 "Linee guida dell'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale";

VISTI i contratti collettivi di lavoro vigenti del personale dipendente;

VISTO altresì il D.P.C.M. 27.3.2000;

VISTA la Legge 3.8.2007, n. 120;

DATO ATTO, altresì, che il presente provvedimento è adottato su proposta del Dirigente del Servizio Risorse Umane, Dott. Antonio Greco, Responsabile del Procedimento;

ATTESO che il citato Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente provvedimento nonché la conformità del disposto dell'art. 13, comma 17, L.R. 30.12.2009, n. 33;

ACQUISITI i pareri favorevoli dei Direttori Amministrativo e Sanitario, per quanto di specifica competenza così come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.;

DELIBERA

- 1) Di approvare l'allegata procedura inerente l'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero ordinario, redatta ai sensi della normativa vigente in materia;
- 2) di demandare l'esecuzione del presente provvedimento al Dirigente del Servizio Risorse Umane, dott. Antonio Greco, Responsabile del Procedimento;



Foglio



DELIBERAZIONE N. - **795**

del

27 LUG 2010 Atti n.

Foglio n.

394/2009 - all.

FG/AG/mlz

- 3) di stabilire che il presente atto dev'essere pubblicato ai sensi dell'art. 18, comma 9, L.R. 30.12.2009, n. 33 all'albo dell'Azienda Ospedaliera e dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi della stessa legge.

Parere favorevole:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dr. Danilo D. Facchinetti)

IL DIRETTORE SANITARIO - (Dott.ssa Savina Bordini)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Antonio G. Mobilia)



Il Responsabile del Procedimento: Dott. Antonio Greco - Dirigente Amm.vo



PROCEDURA AMMINISTRATIVA A.L.P.I. PER IL RICOVERO ORDINARIO IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Premessa

L'attività libero-professionale intramuraria ha la finalità di garantire il diritto dell'Utente di scegliere in piena e completa libertà il professionista e/o l'équipe di fiducia. Presso questa Azienda è stata disciplinata da ultimo dal Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n. 201 del 13.03.2009.

L'espletamento di tale attività è organizzato in modo tale da non influire sul pieno e completo assolvimento dei compiti di istituto ed è subordinata all'impegno del personale interessato a garantire la completa funzionalità dei servizi, così da non contrastare l'incomprimibile diritto, riconosciuto a tutti i cittadini, di un eguale livello di assistenza.

Essa viene esercitata in spazi appositamente individuati dall'Azienda e il paziente potrà scegliere fra due differenti tipologie di prestazioni, che scaturiscono dalla combinazione della scelta del professionista di fiducia e delle prestazioni alberghiere differenziate nel comfort:

- 1) "LIBERA PROFESSIONE", scelta del professionista di fiducia + prestazione alberghiera differenziata nel comfort (solvente puro o differenza alberghiera più libera professione);
- 2) "COMFORT ALBERGHIERO", prestazione alberghiera differenziata nel comfort senza scelta del professionista di fiducia (limitata provvisoriamente alla ginecologia).

PARTE I

La richiesta di prestazione libero-professionale intramuraria in regime ricovero ordinario viene effettuata presso lo sportello ALPI (tel. 024022____), situato nell'Atrio Centrale dell'Ospedale, aperto da lunedì a venerdì non festivi dalle ore 11.00 alle ore 19.00, utilizzando gli appositi moduli (Modd. 1 e 2):

Modulo 1 di prenotazione medica (a cura e sottoscrizione del medico prescelto)

Modulo 2 di richiesta di ricovero (a cura del paziente e sottoscrizione dello stesso e del medico prescelto).

L'Ufficio ALPI tenendo conto delle indicazioni contenute nei due suddetti moduli e delle tariffe alberghiere deliberate:

- prenota la data del ricovero condizionandola alla disponibilità del posto letto che deve essere verificata al momento del ricovero e informa anche per vie brevi (telefono, fax, e-mail), il paziente e il medico prescelto;
- predispone il **Modulo 3** preventivo di spesa (a cura ALPI e sottoscrizione del paziente)

- convoca il paziente o suo delegato, gli consegna il preventivo e lo invita a versare all'accettazione del ricovero un anticipo non inferiore al 30%. Una copia del Modulo 3 dovrà essere inviato al Servizio Economico Finanziario ed all'U.O. Spedalità per gli adempimenti di competenza.

Il giorno del ricovero l'Ufficio ALPI provvederà a far accompagnare il paziente nella sede di degenza con l'ausilio di una unità di personale OSS, resa disponibile dall'U.O. interessata.

Modulo 4 distinta di versamento (a cura ALPI e sottoscrizione del paziente).

Tale modulo verrà utilizzato dal paziente all'atto del versamento dell'acconto e del saldo per la prestazione da ricevere o ricevuta.

Modulo 5 RICHIESTA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (a cura ALPI e sottoscrizione del paziente)

Tale modulo è previsto nell'eventualità sia necessario all'interno del ricovero una consulenza specialistica da parte di un altro professionista/specialista o prestazione sanitaria aggiuntiva.

PARTE II

Modulo 6 scheda di resoconto (a cura del medico prescelto). Tale modulo dovrà essere compilato per attestare le prestazioni effettivamente rese e il personale che ha partecipato direttamente alla cura e assistenza del paziente ricoverato.

Modulo 7 consuntivo di spesa (a cura ALPI e sottoscrizione del paziente). Tale modulo, da compilare prima della dimissione, determina il valore definitivo della prestazione libero-professionale calcolato sulla base dei dati di diagnosi e intervento comunicati dal medico prescelto con il modulo 6. Inoltre esso sarà consegnato al paziente unitamente alla distinta di versamento per consentire allo stesso di versare il saldo prima della dimissione presso lo sportello di Tesoreria dell'Azienda Ospedaliera, in cambio di una ricevuta di pagamento.

Il consuntivo di spesa verrà inviato immediatamente anche al Servizio Economico Finanziario per la contabilizzazione e l'emissione della fattura, all'Ufficio Spedalità e al Servizio Risorse Umane per il riscontro degli orari e all'inserimento di quanto dovuto nella busta paga degli operatori. La fattura sarà inviata, nei termini di legge, all'interessato dopo verifica dell'avvenuta riscossione, dal competente Servizio Economico Finanziario.

Al Medico curante prescelto spetta:

- prima dell'accesso:



- Compilare il Modulo 1 di prenotazione medica individuando il codice del DRG preventivo e gli altri dati risultanti dalla scheda di accettazione che dovrà essere trasmessa allo sportello ALPI appena disponibile.

- Firmare il modulo di consenso, dopo aver fornito al proprio paziente tutte le informazioni necessarie. Informare il paziente, con l'acquisizione del consenso scritto al Modulo 1, che il preventivo potrebbe subire variazioni, anche considerevoli, a seguito dell'insorgenza di complicanze nel quadro clinico, ovvero, qualora necessari di ulteriori prestazioni non preventivate quali: ulteriore intervento operatorio, trasferimento ad altro reparto per complicanze intervenute, ulteriori accertamenti diagnostici, variazione del DRG.

□ **alla dimissione**

- Chiudere la cartella clinica.

- Compilare il Modulo 6 scheda di resoconto individuando il DRG di dimissione, come risultante dalla scheda di dimissione, che dovrà essere trasmessa allo sportello ALPI appena disponibile per il consuntivo. Invitare il paziente o un suo delegato a recarsi allo sportello ALPI (previo contatto del medico con tale Ufficio) per il ritiro del consuntivo di spesa e per la definizione del pagamento.

In conformità a quanto avviene in regime istituzionale, eventuali segnalazioni di disservizi potranno essere effettuate dal cittadino presso l'URP aziendale (tel. 024022.2708/2201), che provvederà alla gestione del reclamo.



MODULO 2

Servizio Risorse Umane

“RICHIESTA DI RICOVERO IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA”

All'Ufficio ALPI
A. O. Ospedale San Carlo Borromeo
Via Pio II, 3
20153 Milano (MI)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice fiscale _____ Tessera sanitaria n. _____

Chiede di essere ricoverato presso codesta Azienda Ospedaliera in qualità di:

/___/ SOLVENTE PURO (assicurazione/cittadino italiano o straniero non iscritto al SSN)

/___/ DIFFERENZA ALBERGHIERA + LIBERA PROFESSIONE

/___/ COMFORT ALBERGHIERO (SOLO PER RICOVERI IN GINECOLOGIA)

Il sottoscritto riconosce liberamente di assumere la veste di pagante in proprio, con i diritti e doveri che ne conseguono; riconosce, altresì, di essere a conoscenza degli oneri posti a suo carico, quantificati come da preventivo da sottoscrivere presso lo sportello ALPI, a conferma della presente richiesta e salvo eventuali imprevisti e complicazioni di natura sanitaria. Dichiaro di essere stato informato anche dal medico prescelto sulle modalità del ricovero e sugli aspetti economici relativi. Allega fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria e del documento riconoscimento.

- delle condizioni di comfort alberghiero alla tariffa giornaliera di € 300,00 + iva consistenti in:

- camera a due letti per il paziente e l'accompagnatore con servizi
- due pasti giornalieri per l'accompagnatore
- accesso visitatori con flessibilità oraria
- comfort supplementari: vitto personalizzato, arredi differenziati, TV, utilizzo telefono per traffico urbano

Nota: Nel caso di assenza dei comfort supplementari la tariffa verrà ridotta del 10%.

il sottoscritto autorizza l'azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo di Milano ad utilizzare i dati sensibili presenti in questa scheda al solo scopo istituzionale e nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela della privacy.

Milano, _____ Firma _____

- Dati anagrafici dell'eventuale legale rappresentante: sig. _____ estremi del documento di riconoscimento _____ (allega fotocopia) indirizzo _____ tel. _____ Milano, _____ Firma _____

Il medico prescelto con la presente sottoscrizione prende in carico il paziente sopraindicato assumendosi ogni responsabilità relativa alla corretta accettazione del ricovero:

Milano, _____ Firma _____

Nota: da compilare a cura del paziente e del medico prescelto e inviare all'ufficio ALPI unitamente al modulo 1 "Prenotazione del medico ospedaliero fiduciario".



“PREVENTIVO DI SPESA”

Al sig. _____

e, p.c. Al Servizio Economico Finanziario – Sede-

“ “ “ All’U.O. Spedalità – Sede-

Preventivo N.° ____ / ____ (anno) data del ricovero _____ gg. ricovero _____

Sig. _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ c.a.p. _____

in via _____ n. ____ Tel. _____ Cell. _____ Codice fiscale _____

Tessera sanitaria n. _____ Codice DRG Preventivo _____ Descrizione _____¹

Onorari e costi

A1.1) Medici _____ €
A.1.2) Anestesisti _____ €
A.2) Personale supporto sanitario _____ €
A.3) Servizi Diagnostici _____ €
A.4) Azienda _____ €
B) /_/100% /_/30% integrazione DRG e protesi _____ €
C) Alberghiera (di cui I.V.A € _____) €
D) Altro _____ €

TOTALE PREVENTIVO € _____ 30% € _____ a titolo di acconto, da versare prima del ricovero presso lo sportello di Tesoreria dell’Azienda Banca Popolare Commercio e Industria (orario 8.30/14.00) oppure con Bonifico Bancario IBAN IT 51 N 05048 01797 000000034603.

I dati sensibili presenti in questa scheda saranno utilizzati al solo scopo istituzionale e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy.

Milano, _____ Timbro e firma dell’addetto _____

PER ACCETTAZIONE DEL PREVENTIVO DI CUI SOPRA

Milano, _____ Firma del paziente o del delegato che lo rappresenta _____

Nota: da compilare a cura dell’ALPI

¹ Inserire copia di simulazione SDO ed eventuale scheda di impianto protesi



Servizio Risorse Umane

“DISTINTA DI VERSAMENTO”

All’Ufficio ALPI – Sede

Al Servizio Economico Finanziario – Sede-

Distinta di versamento per l’effettuazione di un ricovero in regime di libera professione intramuraria

Il versamento di quanto dovuto sulla scorta del preventivo o del consuntivo accettato e sottoscritto dal paziente o suo delegato deve essere effettuato come segue:

bonifico bancario:

IBAN IT 51 N 05048 01797 000000034603
BANCA POPOLARE COMMERCIO E INDUSTRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO
SERVIZIO TESORERIA
VIA PIO II, 3 – 20153 MILANO.

CAUSALE DI VERSAMENTO:

“Ricovero in regime di libera professione intramuraria preventivo n. _____

PAZIENTE _____ data ricovero _____

presso l’U.O _____ I Medico prescelto dr. _____

versamento di € _____ a titolo di acconto / __ / saldo / __/”.

Milano, _____ Firma _____

Nota: Distinta da compilare a cura dell’Ufficio ALPI

I dati sensibili presenti in questa scheda saranno utilizzati al solo scopo istituzionale e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy.



“RICHIESTA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE”

U.O. di _____ Cartella clinica n.° _____

Il sottoscritto _____ in relazione al proprio ricovero,
oppure

Il sottoscritto _____ in relazione al ricovero del

Sig. _____ che legalmente rappresenta

CHIEDE LE SEGUENTI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

MEDICHE E/O SANITARIE

Prestazioni Aggiuntive Dirigenti _____ nominativo _____

Prestazioni Aggiuntive Sanitarie personale comparto _____ tipologia _____

il paziente dichiara di essere stato informato dell'onorario del professionista e degli altri costi aziendali:

onorario _____ oltre 15% costi aziendali se dirigente

onorario _____ oltre 40% costi aziendali personale del comparto.

Data _____

Per accettazione _____
(firma del richiedente o di chi ne fa le veci)

Nota: da compilare a cura del paziente o di chi lo rappresenta legalmente fornire copia all'Ufficio ALPI e conservare in cartella.

I dati sensibili presenti in questa scheda saranno utilizzati al solo scopo istituzionale e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy.



**“SCHEMA DI RESOCONTO”
(come da atti depositati in cartella clinica)**

All'Ufficio ALPI
AI CUP-SPEDALITA'

U.O. di _____ Cartella clinica n.° _____

Paziente Sig. _____ nato il _____

Entrato il _____ dimesso il _____ gg. di presenza n.° _____

Regime di ricovero /_/_/ ordinario /_/_/ day hospital/day surgery

Codice DRG di dimissione _____ Descrizione _____

Protesi impiantate _____

1) équipe medico (63%) - chirurgica (68%):

matr.	Cognome e nome	- Onorari medici compreso anestesista	€ _____
_____	_____		€ _____
_____	_____		€ _____
_____	_____		€ _____
_____	_____	anestesista	€ _____

2) supporto sanitario di sala (10%) o diretto (5%) - Onorari non medici € _____

matr.	Cognome e nome	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

3) prestazioni sanitarie aggiuntive - Onorari dirigenti € _____

matr.	Cognome e nome	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

4) prestazioni sanitarie aggiuntive - Onorari non dirigenti € _____

matr.	Cognome e nome	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

I dati sensibili presenti in questa scheda saranno utilizzati al solo scopo istituzionale e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della privacy

Milano, _____ Firma I medico per i dirigenti _____
Milano, _____ Firma Resp. SITRA per i non dirigenti _____

Nota: consegnare all'ufficio ALPI prima della dimissione per la compilazione del consuntivo di spesa.



Servizio Risorse Umane

“CONSUNTIVO DI SPESA”

**e, p.c. Al Servizio Economico Finanziario – Sede-
 All’U.O. Spedalità– Sede-**

CONSUNTIVO N.° _____ Ricovero n.° _____ U.O. di _____
 Il Sig. _____ nato a _____ il _____
 e residente a _____ in via _____ n. _____
 Tipologia di intervento. _____ Codice DRG dimissione _____ Valore DRG _____

Onorari

1) Onorario medici	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
2) Onorario supporto sanitario non medico	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
3) Onorario dir. per prest. san. aggiuntive	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
4) Onorario non dir. per prest. san. aggiuntive	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€
Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.	Matr. Dr.
€	€	€	€

Totale Onorari €

Altri Costi

Quota aziendale (22%)	30% valore DRG (100% se solvente)	Servizi diagnostici (5%)	Comfort (€ 300/giorno)	I.V.A. 10%
€	€	€	€	€

Totale Altri Costi €

Preventivo €	Acconto versato €	Saldo da versare €
--------------	-------------------	--------------------

Milano, _____ Timbro e firma dell’addetto _____

Milano, _____ Firma del Paziente o del delegato che lo rappresenta _____

¹ Comprensivo di protesi

