

CIRCOLARE INFORMATIVA

17 gennaio 2014

REGOLAMENTAZIONE ALPI ALLA LUCE DELLA RIFORMA BALDUZZI.

Cari Colleghi,

si rende necessario fornire alcuni chiarimenti in tema di organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), alla luce delle nuove disposizioni introdotte dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189 - c.d. Decreto Balduzzi) e delle regole contrattuali vigenti in materia.

Con il suddetto atto normativo, il legislatore, nell'intento di confinare quanto più possibile l'esercizio della LPI dei dirigenti medici nell'ambito di strutture aziendali, così superando il regime derogatorio della c.d. "intra-moenia allargata" (ossia l'esercizio di LP presso studi privati autorizzati), ha apportato alcune modifiche alla Legge n. 120/2007 (*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*), demandando alle Regioni il compito di favorire l'individuazione, da parte delle aziende, degli spazi per l'esercizio dell'ALPI ed in mancanza, di realizzare - in via sperimentale - un'infrastruttura telematica per l'esercizio residuale della libera professione presso gli studi professionali privati collegati tra loro in un sistema di rete.

In particolare, il D.L. 158/2012 ha previsto che le singole aziende sanitarie, sulla scorta di specifici provvedimenti regionali, adottati previa consultazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative:

- a) procedano ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio, in tale tipo di attività presso la strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali;
- b) sulla scorta della predetta ricognizione, vengano autorizzate dalla Regione, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nel limite delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime;
- c) ed, infine, ove non risultino disponibili i predetti spazi, vengono ammesse dalla Regione ad adottare un programma sperimentale che consenta lo svolgimento dell'attività LP, in via residuale, presso gli studi privati dei singoli professionisti collegati in una infrastruttura di rete - in voce o in dati - tra l'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria (cfr. art. 1, comma 4, lett. a-bis) Legge n. 120/2007, così come modificato dal D.L. n. 158/2012).

In questa sede, è opportuno soffermarci su due aspetti della richiamata disciplina ed in particolare sull'individuazione degli spazi e sulla "rimodulazione" delle tariffe professionali per sostenere i costi di realizzazione ed implementazione dell'infrastruttura di rete.

Con riferimento al primo tema, la legge stabilisce che l'acquisizione degli spazi individuati da parte delle singole aziende "deve avvenire **previo parere** da parte del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora quest'ultimo non sia costituito, il parere è reso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale" (v. art. 1, comma 4, Legge n. 120/2007 così come modificato dal D.L. n. 158/2012).

Sebbene non vincolante, tuttavia, il parere del collegio di direzione o della commissione paritetica deve essere in ogni caso preventivamente richiesto e acquisto dall'azienda, in quanto rappresenta un preciso obbligo procedimentale imposto dalla legge, sicché il conseguente provvedimento aziendale di acquisizione degli spazi per l'esercizio dell'ALPI può anche discostarsi, con adeguata motivazione, dal contenuto del parere, ma non può essere adottato in assenza dello stesso, pena l'annullabilità dell'atto amministrativo.

In questo quadro, è bene precisare che le nuove funzioni consultive attribuite dal Legislatore al Collegio di direzione (ossia all'organismo aziendale individuato ed istituito dalle Regioni ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 502/1992), non possono essere interpretate, neppure in senso lato, come un'abrogazione implicita della normativa collettiva vigente in materia di ALPI che prevede, come noto, **l'obbligo di contrattazione decentrata con le OO.SS.** per la definizione o la modifica dell'atto di regolamentazione aziendale della libera professione intramuraria.

Né a tale conclusione si può giungere sulla scorta di quanto prevede lo stesso art. 17 del D.lgs. n. 502/1992 (così come modificato dallo stesso Decreto Balduzzi – v. lett. f) del comma 1 dell'art. 4, D.L. 13 settembre 2012, n. 158), secondo cui *"il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, include la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria"*.

Come è facilmente evincibile dal tenore letterale della norme sopra richiamate, il Collegio di Direzione non determina in alcun modo la disciplina aziendale sull'esercizio della libera professione intramuraria, avendo per lo più un "ruolo partecipativo" – insieme ad altri soggetti – nell'individuazione di possibili soluzioni organizzative per attuare l'ALPI, oltre, come detto, ad un "ruolo consultivo" (parere) con riguardo all'individuazione degli spazi aziendali da rendere disponibili per la libera professione intramuraria.

Al di fuori di tale ambito, quindi, continuano a trovare applicazione le regole stabilite dalla contrattazione collettiva nazionale, e nello specifico, **l'art. 54 comma 1, del Ccnl 8.6.2000** il quale stabilisce che *"...a tutto il personale medico con rapporto esclusivo è consentito lo svolgimento dell'attività libero professionale all'interno dell'azienda, nell'ambito delle strutture aziendali **individuate con apposito atto adottato dall'azienda con il concorso del Collegio di direzione** previsto dall'art. 17 del d.lgs. 502/1992 e con le **procedure indicate nell'art. 4, comma 2, lettera g)**"*, che sono, appunto, quelle della contrattazione collettiva integrativa con le rappresentanze sindacali aziendali.

Ciò è implicitamente confermato dalla stessa Legge n. 120/2007 – così come modificata dal decreto Balduzzi – nella parte in cui dispone che *"le regioni...procedono all'individuazione e all'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nel rispetto delle **vigenti disposizioni contrattuali**, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale..."* (art. 1, comma 2, Legge n. 120/2007).

Il mancato rispetto delle predette procedure di contrattazione integrativa previste dal contratto nazionale, a

partire dalla fase di informazione preventiva (v. artt. 4 e 6 del Ccnl 5.11.2005), o anche l'assenza di una reale trattativa tra le parti, possono integrare gli estremi del comportamento antisindacale consentendo, quindi, **all'organismo sindacale territoriale** di ricorrere, previa formale diffida, al rimedio giurisdizionale previsto **dall'art. 28 dello Statuto dei lavoratori (legge n. 300/1970) per la repressione della condotta antisindacale**, da cui può derivare l'annullamento dei provvedimenti amministrativi adottati in violazione delle procedure sindacali.

La seconda questione che merita un approfondimento è, come accennato, quella della rideterminazione delle tariffe professionali per sostenere i costi di realizzazione e implementazione dell'infrastruttura di rete.

In primo luogo, è bene precisare che spetta alle singole Regioni, attraverso proprie disposizioni, garantire a livello aziendale la predisposizione e l'attivazione della suddetta rete per il collegamento in voce o in dati, precisando le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista, e prevedendo l'espletamento del servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente, dei dati relativi: all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico (cfr. art. 1, comma 4, lett. a-bis), L. 120/2007).

Il tutto deve avvenire, garantendo la protezione dei dati personali dell'utente e secondo precise modalità tecniche contenute nel **Decreto Ministeriale 21 febbraio 2013**. Tra queste si segnala anche il diritto per gli utilizzatori del sistema a ricevere un'adeguata formazione ed un servizio di Help-desk.

Per quanto riguarda gli **oneri di realizzazione** dell'infrastruttura, la legge stabilisce che si provvede *“mediante adeguata **rideterminazione delle tariffe** operata in misura tale da coprire i costi della prima attivazione della rete, anche stimati in via preventiva”* (art. 1, co. 4, lett. a-bis) L. 120/2007).

Sul punto è importante evidenziare che la legge (art. 1, comma 4, lett. c)), in linea con la disciplina contrattuale - **art. 57, Ccnl 8.6.2000** -, prevede che la rideterminazione delle tariffe deve avvenire *“d'intesa con i dirigenti interessati e **previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale**”*, nell'ambito del quale saranno definiti gli importi che l'assistito dovrà corrispondere, con ciò confermando il carattere vincolante della negoziazione decentrata, la cui violazione è, come detto, censurabile mediante ricorso per comportamento antisindacale.

Sempre secondo la legge, l'importo per ogni singola prestazione professionale in LPI - individuato nell'ambito della contrattazione aziendale - deve essere **idoneo** a:

- a) remunerare i compensi del professionista, dell'equipe e del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità;
- b) remunerare i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature (fatti salvi i costi della strumentazione necessaria per il collegamento in rete e per la tracciabilità dei pagamenti che restano a carico del titolare dello studio);
- c) assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete.

Infine, è previsto che nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al **5% del compenso** del libero professionista viene trat-

tenuta dall'azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa secondo le modalità dell'impegno aggiuntivo di cui all'art. 55, comma 2 del Ccnl 8.6.2000 (v. sempre art. 1, comma 4, lett. c).

In questo quadro, si pone l'accento sull'importanza della **contrattazione decentrata** quale momento di effettivo negoziato tra le parti improntato a principi di fattiva collaborazione, lealtà e trasparenza, nell'ambito della quale le rappresentanze sindacali sono chiamate a vigilare sulla corretta applicazione delle nuove disposizioni di legge, evitando che i costi di organizzazione ed implementazione del nuovo sistema infrastrutturale per l'esercizio dell'ALPI vengano "scaricati" sui singoli professionisti, e garantendo a tutti i dirigenti in regime di rapporto esclusivo il diritto di esercitare la libera professione in spazi idonei e dotati di adeguate risorse tecnico-strumentali.

Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaa Assomed

