

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

(C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2693 Zazzera)

**TESTO UNIFICATO ADOTTATO COME TESTO BASE QUALE
RISULTANTE DAGLI EMENDAMENTI APPROVATI**

Articolo 1.

(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).

1. Il governo delle attività cliniche è disciplinato dalle regioni nel rispetto dei principi fondamentali di cui alla presente legge.
 2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali od ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, nonché di quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 2 della presente legge. Le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.
 3. Il governo delle attività cliniche, come disciplinato dalle regioni, garantisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impegnati nel Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino, **salvaguardando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità ed universalità nell'accesso ai servizi.**
- 3-bis. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.**

Articolo 2.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

1. All'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1-*quater*, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio sindacale»;
 - b) al comma 1-*quater*, il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17».
2. Il comma 1 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

«1. Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, alla individuazione di indici di *performance*, di indicatori di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione **socio-sanitaria** e sanitaria. Il Collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario, e **comunque su tutti gli atti di propria competenza. Con provvedimento regionale sono inoltre disciplinati i poteri del Collegio di direzione in relazione all'atto aziendale, ai programmi di ricerca e di formazione, agli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e al piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.**

1-bis. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato».

3. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione di diritto del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), del direttore scientifico, nonché la partecipazione di due rappresentanti elettivi delle unità operative, un rappresentante elettivo dei direttori di dipartimento, un rappresentante elettivo delle professioni sanitarie. La regione può integrare tale composizione con la rappresentanza di altre figure professionali presenti nell'azienda. Nelle aziende miste è assicurata la rappresentatività della componente ospedaliera e di quella universitaria.».

Articolo 3.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

1. All'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 2, dopo il primo periodo, è inserito il seguente: «Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, con **obbligatorio avviso da pubblicare nella Gazzetta ufficiale** e adottando misure di pubblicità e di trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *Internet*, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale presso enti, aziende o strutture pubbliche o private, in qualifica dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso;

c) certificato di superamento di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. Tale requisito non è richiesto per i direttori generali in carica alla data di entrata in vigore della presente legge, i quali devono adempiere, di norma, a tale obbligo entro i dodici mesi successivi, pena decadenza dall'incarico. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati ed hanno comunque valenza nazionale. Le regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti *Internet*, i *curriculum* degli aspiranti medesimi»;

c) dopo il comma 3, è inserito il seguente: «3-bis. I requisiti e i *curriculum* di cui al comma 3 sono valutati da una commissione nominata da ogni singola regione»;

d) il primo periodo del comma 5 è sostituito dai seguenti: «Le regioni determinano preventivamente i criteri ed i sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali e degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con la regione. Gli strumenti regionali dovranno essere coerenti con linee guida approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita l'AGENAS.»;

e) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «La conferma o la mancata conferma del direttore generale è disposta con provvedimento motivato, pubblicato sui siti *Internet* della regione e dell'azienda sanitaria interessata, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di protezione dei dati personali».

2. L'articolo 3-bis, comma 8, terzo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti: «Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla regione nel limite del trattamento economico massimo complessivo, esclusa la retribuzione di risultato, previsto dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica, incrementato del 20 per cento. Il suddetto trattamento economico può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione da parte della regione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente. Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito dalla regione entro il limite dell'85 per cento di quello spettante al direttore generale, ivi compresa la quota del 20 per cento, previa valutazione da parte del direttore generale sulla realizzazione degli obiettivi annualmente assegnati. Le regioni aggiornano i trattamenti economici così definiti con le stesse decorrenze stabilite per i contratti nazionali di lavoro della dirigenza medica».

Articolo 3-bis.

1. All'articolo 7-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

«5-bis. I dirigenti ingegneri del dipartimento di prevenzione, i quali esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute e della sicurezza in quanto esercitanti direttamente, continuativamente ed esclusivamente, funzioni e prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza o nei nomenclatori sanitari regionali, sono inquadrati nel ruolo sanitario e parificati nei contratti collettivi nazionali di lavoro ai veterinari di pari posizione funzionale».

2. Ai fini economici, l'inquadramento di cui al comma 5-bis dell'articolo 7-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, opera a decorrere dal 1° gennaio 2009, ed al personale di cui al medesimo comma 5-bis è riconosciuta a tutti i fini giuridici connessi l'anzianità effettivamente prestata nell'esercizio delle funzioni relative.

Articolo 4.

(Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

1. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore della unità operativa complessa di **afferenza**, sentito il comitato di dipartimento, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale ed **aziendale** e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi di direzione di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa di **afferenza**, sentito il collegio di dipartimento, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di responsabile di unità operativa semplice a valenza dipartimentale sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del comitato di dipartimento, previo parere favorevole del Collegio di direzione e del direttore sanitario, secondo modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale. Negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico per le parti di propria competenza è responsabile delle proposte da sottoporre al collegio di direzione per l'approvazione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e susseguenti leggi regionali. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. Sono definiti dalla contrattazione collettiva l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.»;

b) Il comma 2 è sostituito dai seguenti:

«2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* che riporti i requisiti curricolari e le competenze professionali richieste in relazione alle attività

da garantire con la definizione articolata delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere, almeno tre mesi prima che il posto si renda vacante. A tal fine, il direttore generale nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa, **dipendenti del Servizio sanitario nazionale**, della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco regionale redatto e curato per ogni regione dalla Giunta regionale ed aggiornato entro il 31 gennaio di ciascun anno. Il sorteggio viene effettuato successivamente alla data di scadenza fissata per la presentazione delle domande. Della data, sede ed ora delle operazioni di sorteggio viene data comunicazione ai candidati ammessi con un anticipo di almeno dieci giorni. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti, **nonché dei risultati di eventuali prove d'esame**. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore. **I titoli dei singoli candidati, i giudizi e la graduatoria sono pubblicizzati sul sito aziendale.** Nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, la nomina del direttore di struttura complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale sulla base di una terna di nominativi proposta dal rettore, sentito il direttore del dipartimento ad attività integrata cui afferisce l'unità operativa.

~~2-bis. Nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, la commissione di tre membri di cui al comma 2 è presieduta dal direttore sanitario ed è composta da un dirigente di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico e da un professore universitario della medesima disciplina, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco regionale.~~

2-ter. L'incarico di direzione di struttura complessa ha una durata di **cinque anni**, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.

2-quater. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati i contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies.»;

c) al comma 4 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Al dirigente preposto a una struttura semplice anche a valenza dipartimentale sono attribuite **risorse umane e tecnologiche indispensabili per le funzioni di direzione e organizzazione della struttura**, da attuare anche mediante direttive per il corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale.».

Articolo 5.

(Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento).

1. Gli strumenti per la valutazione dei direttori di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono definiti dalle regioni. Essi devono prevedere la quantità di prestazioni sanitarie da erogare in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi. **Tra gli strumenti di valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono inclusi anche indici di soddisfazione degli utenti.** Gli strumenti di valutazione devono essere presenti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e coerenti con specifiche linee guida, proposte dal

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, adottate nell'ambito dell'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore e approvato dal Consiglio dei ministri.

Articolo 6.
(Dipartimenti).

1. L'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«Articolo 17-bis. - (Dipartimenti). 1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il Collegio di direzione, tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, proposta dal comitato di dipartimento. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. Le regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti con riferimento alle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione, nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse. La direzione dei dipartimenti comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, il direttore del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. Il comitato di dipartimento, composto da tutti i responsabili di unità operativa complesse dell'azienda e dai responsabili di unità operativa semplice a valenza dipartimentale, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.

4. L'organizzazione in dipartimenti è adottata dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. **Possono essere creati dipartimenti di carattere sperimentale con obiettivi innovativi sul piano sia delle patologie che delle metodologie di lavoro e delle tecnologie impiegate.** Decorso tale termine, al direttore generale delle aziende che non hanno adeguato la loro organizzazione alle disposizioni di cui al presente articolo non è corrisposta la quota variabile della retribuzione, finché l'inadempimento permane».

Articolo 7.
(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo l'articolo 17-bis, è aggiunto il seguente:

«Articolo 17-ter. - (Responsabilità dei direttori di dipartimento). 1. Ai direttori di dipartimento, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

2. Al fine di una ottimizzazione dell'occupazione dei posti letto, nel quadro delle predette attività, al direttore del dipartimento è attribuita l'organizzazione e la gestione flessibile dei posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione, di intesa con il comitato di dipartimento.».

Articolo 8.
(Limiti di età).

1. Il comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del settantesimo anno di età.».

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. I professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere sia nazionale che internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto.

2-bis. L'ultimo periodo del comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: «Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano ai magistrati, ai professori universitari ed ai dirigenti medici, veterinari e sanitari del Servizio sanitario nazionale.».

Articolo 9.

(Esclusività del rapporto e attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale).

1. Le regioni disciplinano l'attività libero professionale dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale intrattiene con lo stesso un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale;

b) l'esercizio dell'attività libero-professionale del dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto unico d'impiego, purché sia espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

c) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale può svolgere l'attività libero-professionale nelle seguenti forme: con rapporto non esclusivo; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo ed attività libero-professionale intramuraria allargata;

d) il dirigente medico e sanitario dipendente del Servizio sanitario nazionale esercita il suo diritto allo svolgimento dell'attività libero-professionale in una delle forme predette mediante apposita opzione;

d-bis) è salvaguardato il ruolo istituzionale del servizio svolto dall'Azienda diretto ad assicurare l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità ed equità che regolano il Servizio sanitario nazionale.

2. Le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale sono definite dalle regioni nel rispetto dei seguenti principi:

a) i volumi prestazionali di attività libero-professionale non devono comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, **nonché un impegno orario superiore al cinquanta per cento di quello di servizio richiesto all'azienda per i compiti istituzionali**, al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, anche al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;

b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo-quadro aziendale con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo dirigente, d'intesa con l'azienda;

c) è facoltà dell'azienda non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa sarà gestita dall'azienda mediante un Centro unico prenotazioni, con spazi e liste separati e distinti tra attività istituzionale ed attività libero-professionale e con pagamento delle prestazioni e ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;

d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Detta attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

e) la Regione, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a);

f) ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura prevista dai contratti collettivi di settore; **tale indennità non è revocabile, se non in caso di opzione per il rapporto non esclusivo, e non è destinabile dalle Aziende ad altre funzioni;**

g) le modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale sono stabilite dal direttore generale con apposito regolamento aziendale, in conformità alle linee guida regionali ed alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Articolo 10.

(Libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici).

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, gli operatori sanitari non medici, operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, hanno diritto di esercitare attività

libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. L'attività libero-professionale di cui al comma precedente possono essere svolte anche in forma intramuraria ed allargata presso le aziende sanitarie locali od ospedaliere, gli IRCCS, le Aziende ospedaliero-universitarie e le strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. A tal fine tali enti emanano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, specifici regolamenti per l'effettuazione della libera professione intramuraria ed allargata degli operatori sanitari non medici.

3. Nell'ambito dell'attività di cui al comma 1, il personale interessato svolge le proprie funzioni nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

Articolo 10-bis.

(Servizio di ingegneria clinica).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'attivazione, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, di una funzione permanentemente dedicata al servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità. Il servizio di ingegneria clinica contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie.

Articolo 11.

(Norma finale).

1. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano anche alle strutture sanitarie di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e agli IRCCS pubblici.

