

3 giugno 2010

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)

NUOVO TESTO UNIFICATO QUALE RISULTANTE DALL'APPROVAZIONE DI ULTERIORI NUOVI EMENDAMENTI DEL RELATORE

Art. 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, nonché dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali od ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, delle strutture sanitarie di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.
3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità e di universalità nell'accesso ai servizi.
4. Le strutture sanitarie individuate ai sensi del comma 2 erogano prestazioni nel rispetto di *standard* di qualità, in particolare per quanto attiene alla sicurezza, alla prevenzione e gestione dei rischi, alla tutela della riservatezza, alla corretta ed esaustiva informazione del paziente, come previsto dalla Carta europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002.
5. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono alla attuazione delle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.

Art. 2.

(Funzioni del Collegio di direzione)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 2, comma 2-*sexies*, dopo la lettera b) è inserita la seguente:

«*b-bis*) la composizione e le attività del Collegio di direzione di cui all'articolo 17»;

b) all'articolo 3, comma 1-*quater*:

1) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il Collegio di direzione e il collegio sindacale»;

2) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17».

c) all'articolo 17, i commi 1 e 2 sono sostituiti dai seguenti:

«1. Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi. La regione, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, stabilisce le competenze del Collegio di direzione in ordine alla definizione di linee guida per l'attività diagnostico-terapeutica, all'individuazione di indicatori di risultato e 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. La regione disciplina, altresì, 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, nonché a tutti gli atti di propria competenza, sui quali lo stesso Collegio esprime comunque un parere. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione, qualora espresso, sono adottate con provvedimento motivato.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, del direttore scientifico, la regione può prevedere che il Collegio di direzione sia integrato con la partecipazione di rappresentanze elettive delle unità operative, dei direttori di dipartimento, delle professioni sanitarie non mediche, nonché delle altre figure professionali presenti nell'azienda. Nelle aziende miste è assicurata la rappresentanza della componente ospedaliera e di quella universitaria in proporzione alla rispettiva dotazione organica».

Art. 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 modificazioni:

a) al comma 2 è aggiunto infine il seguente periodo: «Le regioni rendono nota, con congruo anticipo, mediante avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* e adottando misure di pubblicità e di trasparenza accessibili al pubblico anche utilizzando i rispettivi siti istituzionali, l'attivazione delle procedure per la copertura dei posti vacanti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico»;

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 sanitarie locali od ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche o private, con 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) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

«3-*bis*. Ai fini della copertura dei posti vacanti di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico, le regioni possono prevedere ulteriori requisiti a integrazione di quelli di cui al comma 3. Le regioni rendono noti, con congruo anticipo, adottando misure di pubblicità e di trasparenza accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti istituzionali, i *curricula* degli aspiranti al citato incarico.

3-*ter*. I requisiti e i *curricula* di cui ai commi 3 e 3-*bis* sono valutati da una commissione nominata da ogni regione. Ai componenti della Commissione non è corrisposto alcun compenso, indennità o rimborso spese»;

d) il primo periodo del comma 5 è sostituito dai seguenti: «Le regioni determinano preventivamente i criteri e i sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali e del raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati dal direttore generale con la regione competente. Gli strumenti determinati dalle regioni ai sensi del periodo precedente devono essere coerenti con le linee guida approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (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 nei siti istituzionali della regione e dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera interessata, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196».

Art. 4.

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

1. All'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, disciplinano le modalità per l'affidamento degli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, e per l'attribuzione dei compiti professionali e delle funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, sentito il direttore della struttura complessa di afferenza e il comitato di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentito il Collegio di direzione e il direttore sanitario, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. 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, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e dalle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi, sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale »;

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 nei siti istituzionali della regione e nel Bollettino ufficiale della regione, che riporta i requisiti curricolari e le competenze professionali richiesti in relazione alle attività da garantire, con la definizione articolata delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere. A tal fine il direttore generale nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, dipendenti del Servizio sanitario nazionale, individuati attraverso pubblico sorteggio nell'ambito di un elenco regionale, redatto e curato dai soggetti indicati da apposita disciplina regionale. 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 di esame. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna di candidati all'interno della quale il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il vincitore. I titoli dei singoli candidati, i giudizi e la graduatoria sono pubblicati nei siti istituzionali dell'azienda locale od ospedaliera e della regione.

2-bis. 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-ter. Per gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 del 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 responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o come articolazione interna di un dipartimento, sono attribuite le risorse umane e strumentali necessarie per l'espletamento delle funzioni di direzione e di organizzazione della struttura; tali funzioni sono attuate anche mediante la predisposizione di direttive per il corretto espletamento del servizio al personale operante nella stessa struttura, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale».

d) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente comma: «4-bis. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono attribuiti nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5».

Art. 5.

(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento).

1. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento sono definiti dalle regioni. Tali strumenti devono rilevare la quantità di prestazioni sanitarie erogate in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e prevedere la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse, nonché indici di soddisfazione degli utenti. Gli strumenti per la valutazione devono essere inseriti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e devono essere coerenti rispetto a specifiche linee guida, approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute.

2. La valutazione della dirigenza medica è effettuata secondo i principi di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Art. 6.

(Dipartimenti).

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

«Art. 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 relative risorse.

4. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione le regioni disciplinano le modalità secondo le quali le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono alla rispettiva organizzazione in dipartimenti».

Art. 7.

(Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Al titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dalla presente legge, è aggiunto, infine, il seguente articolo:

«Art. 17-ter. - *(Responsabilità dei direttori di dipartimento)*. - 1. Il direttore di dipartimento è responsabile sul piano gestionale e organizzativo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tal fine, il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, concordato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

2. 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, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

3. Al fine di una migliore utilizzazione dei posti letto, nel quadro delle attività di cui al comma 2, il direttore di dipartimento provvede a organizzare e a gestire, secondo criteri di flessibilità, i posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione, d'intesa con il Comitato di dipartimento».

Art. 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 del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, e su valutazione del Collegio di direzione, di cui all'articolo 17, tale limite 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, 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 nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto.

3. Il quinto 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, ai dirigenti medici, veterinari e sanitari del Servizio sanitario nazionale e ai medici universitari convenzionati con il Servizio sanitario nazionale».

Art. 9.

(Attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).

1. Le regioni disciplinano l'attività libero-professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario 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 medesimo 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 delle 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 e attività libero-professionale intramuraria; con rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria in studi professionali, di seguito denominata «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 di cui alla lettera c);

e) le aziende sanitarie locali e ospedaliere assicurano l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità e di equità che regolano il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale nel rispetto dei seguenti principi:

a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;

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 sanitaria locale od ospedaliera, in misura tale da coprire tutti i costi, diretti e indiretti, dell'attività medesima. Le tariffe devono essere comprensive di tutti i costi sostenuti dalle aziende e devono evidenziare le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'equipe e del personale di supporto nonché i costi pro quota per l'ammortamento e per la manutenzione delle apparecchiature;

c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazione, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con 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 sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale 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 medesimo Servizio sanitario nazionale;

e) le regioni, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), svolgono attività di monitoraggio e di controllo sui tempi e sulle prestazioni della attività libero-professionale per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a); in particolare, le regioni disciplinano le modalità di controllo, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero- universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico, dell'attività svolta dai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo, al fine di rilevare il volume delle prestazioni erogate da ciascun dirigente nell'orario di lavoro dedicato all'attività istituzionale, nonché in quello dedicato all'attività libero-professionale, intramuraria o intramuraria allargata; le regioni, inoltre, verificano l'andamento delle liste di attesa nei servizi nei quali è autorizzato l'esercizio dell'attività libero-professionale, al fine di evitare il conflitto di interessi con le attività istituzionali;

f) le regioni disciplinano i provvedimenti sanzionatori, fino alla revoca dell'esercizio dell'attività libero-professionale, in caso di violazione, da parte dei dirigenti, delle disposizioni di legge e delle modalità di esercizio dell'attività libero-professionale, come definite dalle regioni ai sensi del presente articolo;

g) ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva; tale indennità non è revocabile, ad esclusione del caso di opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo; in tale ipotesi, essa non è destinabile dalle aziende sanitarie ad altre funzioni e costituisce risparmio aziendale;

h) le modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale sono stabilite dal direttore generale con regolamento aziendale, in conformità alle linee guida regionali di cui alla lettera c) e alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

i) nello svolgimento dell'attività libero-professionale non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

3. I risultati conseguiti nell'esercizio dell'attività di controllo di cui al comma 2, lettera e), sono inviati trimestralmente dalle regioni al Ministero della salute. In caso di perdurante inerzia della regione nell'esercizio delle funzioni ad essa assegnate ai sensi del citato comma 2, lettere e) ed f), il Ministero della salute, fissato un congruo termine per adempiere alla regione inadempiente, adotta, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per servizi regionali (AGENAS) e sentita la regione interessata, gli opportuni provvedimenti sostitutivi.

Art. 10.

(Libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).

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, le aziende sanitarie locali od ospedaliere del Servizio sanitario nazionale possono attivare l'attività libero-professionale per gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, aventi rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche; detti operatori esercitano l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale di cui al comma 1 nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni dell'attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali, e non deve prevedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;

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

c) la libera professione intramuraria è gestita dall'azienda sanitaria locale od ospedaliera mediante un centro unico di prenotazioni, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali, fatta salva la necessità di compensare integralmente i costi sostenuti dalle aziende;

d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra operatori delle professioni sanitarie non mediche dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

e) le regioni, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi regionali (AGENAS), svolgono attività di monitoraggio e di controllo sui tempi e sulle prestazioni dell'attività libero-professionale per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a).

3. I redditi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, sono assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Articolo 11.

(Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi 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, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'uso delle tecnologie sanitarie nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

Art. 12.

(Norma finale).

1. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano alle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e agli IRCCS di diritto pubblico.