



## **DISEGNO DI LEGGE**

**presentato dal Ministro della salute (SCHILLACI)**

**di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (GIORGETTI)**

**con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie (CALDEROLI)**

**e con il Ministro per la pubblica amministrazione (ZANGRILLO)**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 SETTEMBRE 2024**

Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria

## INDICE

Relazione .....	<i>Pag.</i>	3
Relazione tecnica .....	»	15
Disegno di legge .....	»	29

ONOREVOLI SENATORI. —

Con le disposizioni di cui al Capo I del provvedimento, si introducono misure volte alla riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'obiettivo è assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione.

Al riguardo, si precisa che l'individuazione delle misure volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nell'introdurre misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA, il provvedimento contribuisce a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza.

Simile intervento si è reso necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche, esami specialistici e ricoveri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti. Tale rallentamento è determinato da plurimi fattori, tra cui, senz'altro, le inefficienze dei processi di valutazione diagnostica, che incidono sulla garanzia dell'appropriatezza prescrittiva. A ciò deve aggiungersi la carenza di personale sanitario, tenuto conto che le manovre di contenimento della spesa pubblica e i vincoli assunzionali hanno determinato il progressivo deterioramento delle condizioni di lavoro, incidendo negativamente anche sull'attrattività del Servizio sanitario nazionale. Per garantire la funzionalità minima dei servizi sanitari, sempre più frequentemente, negli ultimi anni, si è fatto ricorso a forme di esternalizzazione, attraverso l'impiego dei cosiddetti gettonisti, con conseguente svilimento delle professionalità sanitarie strutturate. Tale assetto ha condotto a distorsioni del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, dall'ingolfamento alla sospensione delle liste di attesa.

Nel ricondurre l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA nelle garanzie minime del diritto alla salute, il provvedimento contribuisce ad affermare i diritti degli assistiti in materia di prestazioni sanitarie.

Al fine di superare le disfunzionalità dell'offerta assistenziale, si prevedono misure specifiche in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sul punto, si precisa che le disposizioni mirano alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta assistenziale senza incidere su aspetti relativi all'appropriatezza prescrittiva. Tali norme, infatti, si limitano a fornire delle linee guida in materia di prescrizione delle prestazioni sanitarie, ferma restando l'autonomia professionale del medico di effettuare le prescrizioni ritenute necessarie nel caso concreto.

L'assetto normativo del presente disegno di legge, pertanto, appare coerente con i principi di diritto affermati in materia dalla giurisprudenza costituzionale. Al riguardo, è possibile fare riferimento alla sentenza n. 169 del 2017, con la quale la Corte costituzionale ha ribadito la legittimità costituzionale delle norme che, pur incidendo sull'attività prescrittiva dei medici, non si sostanziano in una



valutazione di discrezionalità politica sulle scelte terapeutiche, consentendo comunque al medico di individuare, secondo scienza e coscienza, la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente.

Il provvedimento, inoltre, introduce un Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, al fine di garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa e a ridurre le liste di attesa.

Infine, si prevedono specifiche disposizioni volte al rafforzamento, alla valorizzazione e alla fidelizzazione del personale sanitario.

Con le disposizioni di cui al Capo II del provvedimento, si introducono ulteriori misure in materia sanitaria. Si fa riferimento, in particolare, alle disposizioni relative alla salute mentale, all'istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria e ai bilanci degli ordini professionali.

#### **CAPO I (Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa)**

##### **Articolo 1 (Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)**

La disposizione reca norme in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in coerenza con le previsioni già contenute nel Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, senza incidere sugli aspetti relativi all'appropriatezza prescrittiva, che sono già oggetto in particolare di un'apposita disciplina contenuta nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Il **comma 1** prevede l'obbligo del medico, cui compete in maniera esclusiva la diagnosi, prognosi e terapia, quando prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, di attribuire, nel caso di prima visita o di esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico sia nel caso di primo accesso che di accessi successivi. Al fine del monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'offerta del Servizio sanitario regionale, la prescrizione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema Tessera Sanitaria. Con decreto del Ministro della salute da adottare, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano, sentite le categorie rappresentative, si provvede alla definizione omogenea del quesito diagnostico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie. Il **comma 2** stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire che il medico specialista che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all'uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostici. La disposizione fa salvo quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e trova applicazione nell'ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del SSN.

Il **comma 3** individua le classi di priorità, alle quali corrisponde una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria.



Il **comma 4** prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per assicurare ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 7.

Il **comma 5** prevede la possibilità per le aziende sanitarie locali di erogare le prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello negli studi della medicina generale, nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il **comma 6** prevede che i direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione o organizzazione dei Servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. L'attuazione dei predetti piani strategici annuali rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

Il **comma 7** prevede che le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo degli strumenti di telemedicina secondo i vigenti indirizzi e linee guida, tra cui il teleconsulto, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

#### **Articolo 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)**

La disposizione reca l'istituzione presso il Ministero della salute del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA), al fine di implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, con particolare riguardo alla risoluzione delle diseguglianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva. La norma individua le funzioni cui le strutture, gli strumenti e le competenze che compongono il SINGLA sono finalizzati in maniera coordinata.

Tale sistema, infatti, rappresenta una risposta concreta e strutturata all'urgenza di gestire le liste di attesa nel SSN, garantendo un accesso equo e tempestivo alle cure sanitarie per tutti i cittadini. Attraverso una serie di azioni integrate e un sistema di monitoraggio efficace, per il tramite di AGENAS, il SINGLA si propone di soddisfare il bisogno di salute e garantire l'equità nell'accesso all'assistenza, avendo riguardo alla qualità delle cure e alla loro appropriatezza, nel rispetto dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Obiettivo del SINGLA è definire le linee di indirizzo per le Regioni e le province autonome al fine di allineare la domanda e l'offerta delle prestazioni, stabilendo standard nazionali ed emendando i regolamenti esistenti secondo le esigenze emergenti. Gli obiettivi della SINGLA includono la misurazione uniforme dei tempi di attesa, il supporto alla programmazione sanitaria e la comunicazione trasparente dei dati.



La domanda crescente di prestazioni sanitarie, le diseguaglianze regionali nell'accesso alle cure e la mobilità attiva e passiva dei pazienti, nel corso degli anni, hanno messo a dura prova la capacità del sistema sanitario di fornire cure tempestive ed appropriate.

Nonostante i plurimi interventi normativi, l'attuale situazione delle liste d'attesa impone di affrontare il problema attraverso una riorganizzazione strutturale al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. A tal fine si prevede di istituire il Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (SINGLA) con l'obiettivo di analizzare, governare e monitorare le liste d'attesa nel sistema sanitario nazionale.

Pertanto, la disposizione è diretta a sistematizzare le funzioni che attualmente sono già svolte dal Ministero della salute in materia di governo delle liste di attesa mediante l'istituzione di una cabina di regia che ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure che sono previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento. In tal modo si intende implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, con particolare riguardo alla risoluzione delle diseguaglianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva. Il sistema nazionale delle liste di attesa è, quindi, strettamente connesso con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa e la Piattaforma nazionale delle liste di attesa che è stata prevista nell'articolo 1 del decreto-legge n. 73 del 2024. Il SINGLA, infatti, ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento in tema di liste e tempi di attesa, ivi inclusa l'analisi dei dati provenienti dalla Piattaforma nazionale delle liste d'attesa di cui al dl 73/2024. Le funzioni e i compiti affidati al SINGLA sono riconducibili agli attuali compiti e funzioni dell'Osservatorio Nazionale delle liste d'attesa istituito con decreto del Ministro della salute 20/06/2019 e modificato nella composizione con decreto del 31/12/2021, la cui durata in carica è prevista fino alla vigenza del Piano nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021, potenziati in ragione delle maggiori disponibilità informative e dei migliori strumenti di governo assicurati dal dl 73/2024.

Si prevede che il SINGLA sia governato da una Cabina di Regia (CdR), istituita presso il Ministero della salute e presieduta dal Ministro della salute. La norma definisce la composizione della CdR, stabilendo che alla stessa partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, il capo del dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Si prevede, inoltre, che alle sedute della CdR possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, i rappresentanti delle federazioni e degli ordini dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi.



Si affida alla CdR il compito di sovrintendere all'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e di vigilare sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge, avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa che già svolge tali funzioni.

Al fine di governare la domanda delle prestazioni attraverso la promozione della appropriatezza prescrittiva e organizzativa, il SINGLA individua e adotta specifici strumenti per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese.

Nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa, il SINGLA definisce le Linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, definendo standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale.

### **Articolo 3 (Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa)**

La disposizione prevede, al **comma 1**, che presso il Ministero della salute sia istituito il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. Si tratta di uno strumento attraverso cui i cittadini, al fine di tutelare i propri diritti in materia di prestazioni sanitarie, possono segnalare i disservizi derivanti dal mancato rispetto delle liste di attesa. La data di inizio del funzionamento del registro sarà comunicata mediante avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il **comma 2** reca la copertura finanziaria degli oneri derivanti dall'istituzione e dal funzionamento del registro di cui al comma 1.

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la determinazione dei compiti, delle modalità di funzionamento e della composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa di cui al decreto del Ministero della salute 20 giugno 2019, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, nonché la definizione delle modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Nella composizione dell'Osservatorio, rispetto a quella indicata nel decreto del Ministero della salute 20 giugno 2019, non sono indicati il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) che fanno parte della Cabina di regia che governa il Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA). La partecipazione alle sedute dell'Osservatorio non determina la corresponsione di alcun emolumento.

### **Articolo 4 (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)**

Al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, la norma proposta prevede, al **comma 1**, che le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possano avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto



legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20, che dispone il previo esperimento delle procedure di mobilità. Al fine di incentivare i professionisti, il **comma 2** prevede un incremento della relativa tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, analogamente a quanto previsto per il personale dipendente del SSN dall'articolo 1, comma 218, della legge 30 dicembre 2023.

**Articolo 5 (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)**

La disposizione modifica l'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, eliminando il limite temporale stabilito dalla norma. In tal modo, si prevede a regime la previsione che consente ai medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi di assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, per un massimo di 10 ore settimanali. La disposizione interviene sulla normativa vigente per la quale sono già previste apposite coperture finanziarie e, pertanto, non si determinano nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. Al riguardo, si rappresenta l'esistenza di recenti iniziative normative volte a favorire la possibilità per gli enti e le aziende del SSN di ricorrere a forme di lavoro flessibili, quale, ad esempio l'articolo 15 del decreto-legge 2 marzo 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56.

**Articolo 6 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)**

Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti e di reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati, il **comma 1** consente alle regioni, alle province autonome e agli enti del SSN di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa. La norma precisa che tale reclutamento avviene in deroga all'articolo 7, comma **5-bis**, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che subordina a specifiche esigenze non fronteggiabili con il personale in servizio la possibilità di conferire incarichi individuali, con contratto di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, alla presenza di specifici presupposti di legittimità, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Il **comma 2** prevede che i direttori generali delle aziende e degli enti del SSN redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è comunicata al Collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del SSN e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento, che provvede all'inoltro alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

**Articolo 7 (Disposizioni in materia di limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)**

La norma interviene sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con





modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

In particolare, il **comma 1** incrementa il predetto limite di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 (pari a circa 61,5 milioni di euro) e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026 (pari a circa 123 milioni di euro) rispetto alla previsione di cui all'articolo 1, comma 233 della legge 30 dicembre 2023 n. 213.

Il **comma 2** precisa che relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed afferenti alle reti cliniche tempo-dipendenti, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio. Tale previsione risulta coerente con quanto stabilito dal Consiglio di Stato, nelle sentenze nn. 3773 e 3775 del 14 aprile 2023, secondo cui non può essere imposto alcun budget alle strutture sanitarie private che forniscono prestazioni in favore di pazienti extraregionali, né può essere previsto un tetto di spesa per le «prestazioni salvavita ad alta complessità» e per le «prestazioni salvavita di radioterapia». Una diversa soluzione violerebbe «il legittimo interesse del paziente a ricevere la migliore cura per la propria patologia» e sarebbe in contrasto con la sentenza della Corte costituzionale n. 203 del 2006 secondo cui la normativa in materia di spending review «non costringe le regioni ad applicare la medesima riduzione dell'importo e del volume di acquisto a tutti i contratti e a tutte le strutture private accreditate».

Il **comma 3** contiene una previsione rivolta alle strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie della Regione Lazio e partecipanti alla sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, adottato in attuazione di quanto disposto dall'art. 9-*quater*, comma 8 del decreto legge n. 78 del 2015, convertito con modificazioni dalla legge n. 125/2015, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione. Si prevede, in particolare, che le predette strutture possano partecipare ad una sperimentazione relativa all'aggiornamento delle tariffe stabilite all'allegato 2 del decreto del Ministro della salute 18.10.2012, adottato ai sensi dell'art. 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto-legge n. 95 del 2012 (c.d. spending review), associate alle prestazioni di ricovero relativamente alle prestazioni di riabilitazione. La sperimentazione dei criteri di appropriatezza è stata avviata per consentire l'attribuzione della casistica appropriata alle tre differenti discipline di riferimento. Si ritiene utile ampliare la sperimentazione già in atto per lo studio dei profili di costo finalizzato e all'aggiornamento delle relative tariffe, ferme a quelle definite con Decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, art. 2 e allegato 2, che prevede la remunerazione delle prestazioni di ricovero a giornata di degenza per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC), valori soglia e tariffe per le degenze oltre soglia, nonché maggiori tariffe in corrispondenza di definite condizioni di complessità clinica. Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in accordo con la Regione Lazio, viene definita la metodologia attuativa della sperimentazione tariffaria, anche al fine di assicurare una sistematica rilevazione dei costi delle prestazioni di ricovero. Per quanto sopra descritto si ritiene opportuno che la sperimentazione tariffaria si realizzi contestualmente alla sperimentazione dei criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera, di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, citato.

Le risultanze della sperimentazione verranno analizzate da apposito tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute, anche con decreto dipartimentale o direttoriale, che avrà il compito di valutare, al fine della sua applicazione su scala nazionale, la congruità del sistema tariffario rispetto ai costi



rilevati nell'ambito della sperimentazione. La sperimentazione permetterà di garantire alle strutture eroganti l'economicità delle prestazioni rese in regime di ricovero consolidando così l'offerta, garantendo quindi una più agile dimissione dei pazienti dalle strutture per acuti che così saranno in grado di accogliere i pazienti in modo più rapido, ottimizzando la gestione della risorsa posto letto. La sperimentazione tariffaria viene promossa nella Regione Lazio che sarà interessata dal Giubileo del 2025, anno nel quale si ipotizza una crescita della domanda di prestazioni ospedaliere per via del flusso previsto di pellegrini da ogni parte del mondo. La Regione Lazio è autorizzata attraverso la norma ad applicare, nell'ambito della sperimentazione, tariffe superiori rispetto a quelle massime. Il provvedimento non prevede ulteriori oneri a carico dello Stato laddove l'eventuale differenza sarà reperita nell'ambito della quota di fondo sanitario nazionale disponibile per l'anno 2025.

#### **Articolo 8 (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)**

L'attuale previsione dell'articolo 34 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, consente di acquisire il complesso dei dati individuali, in forma anonima, di consumo dei seguenti medicinali:

- medicinali soggetti a prescrizione medica (non su ricetta SSN);
- medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (fuori dal ricettario SSN);
- medicinali non soggetti a prescrizione medica, comprendenti i medicinali da banco o di automedicazione;
- restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica
- parafarmaci registrati come dispositivi medici;
- farmaci comunque dispensati dalle farmacie nelle forme della distribuzione per conto (DPC).

L'articolo 34 si salda con le previsioni di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, che già stabiliva l'acquisizione dei dati dei farmaci erogati in regime di Servizio Sanitario nazionale, così realizzando il puntuale e analitico monitoraggio del consumo dei farmaci sull'intero territorio nazionale, anche al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica e per correggere eventuali anomalie nei consumi stessi.

L'acquisizione dei dati del predetto articolo 34 e dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003 viene curata dalle associazioni di categoria del settore farmaceutico attraverso le proprie articolazioni territoriali che provvedono a convogliare i dati di dispensazione dei medicinali da parte delle farmacie.

Il complesso dei dati, opportunamente elaborati, è poi trasmesso e reso disponibile al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze, all'AIFA, all'ISTAT, all'ISS e all'Agenas, secondo le modalità fissate dal decreto del Ministero della sanità del 18 giugno 1999, anche al fine di monitorare la presa in carico dell'assistito per misurare l'aderenza alla terapia (compreso il controllo delle incompatibilità tra i diversi farmaci consumati), nonché il necessario supporto dell'analisi epidemiologica della cittadinanza.

Sulla base dello scenario sopra riassunto e tenendo conto del nuovo ruolo della farmacia quale unità sanitaria elementare sul territorio, impegnata non solo nella dispensazione assistita del farmaco ma anche nell'erogazione dei servizi a favore della collettività, si rappresenta ora la necessità di monitorare non solo i consumi dei farmaci e dei parafarmaci (cui unire quelli degli integratori alimentari - in ragione sia delle sempre più frequenti prescrizioni in sostituzione dei farmaci di



automedicazione sia dell'interazione con terapie farmacologiche) ma anche quella delle prestazioni di servizi analiticamente disciplinati nell'ambito del decreto legislativo n. 153 del 2009.

E' di tutta evidenza che l'acquisizione combinata dei dati di consumo dei medicinali (SSN, extra SSN e parafarmaco) e dei servizi ad alta valenza sanitaria (vaccini, test diagnostici, holter cardiaco, holter pressorio, spirometria, ECG, etc) vale a realizzare un effettivo programma di sorveglianza epidemiologica nei confronti della collettività, un efficace ed efficiente monitoraggio sullo stato di salute della popolazione, con le facilmente immaginabili positive ricadute sull'intero Servizio sanitario nazionale.

#### **Articolo 9 (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)**

Nell'ambito delle misure volte al contrasto dell'eccessiva consistenza delle liste di attesa, anche attraverso l'incremento della dimensione di potenziale offerta delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento ai territori con il **comma 1** si intende incidere sul novero delle strutture sanitarie private da poter coinvolgere nell'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per conto del Servizio sanitario nazionale in termini di accreditamento istituzionale degli erogatori privati.

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, avviato ad opera delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e della relativa disciplina attuativa di cui, in particolare, all'Accordo in Conferenza Stato-regioni del 2011 (rep. n. 61/CSR del 23 marzo 2011) rappresenta uno degli assi di riferimento all'interno del complessivo disegno del sistema sanitario italiano, con particolare riferimento all'ottimizzazione, in termini di qualità e sostenibilità, dei rapporti tra enti del Servizio Sanitario Nazionale ed erogatori privati accreditati. Il comparto, oltre a rappresentare quantitativamente una delle più rilevanti voci nell'ambito delle risorse pubbliche sanitarie destinate all'acquisto di prestazioni da privato accreditato, con rilevanti impatti anche in termini occupazionali, rappresenta anche un ambito estremamente rilevante in termini di potenziale incremento della prossimità del sistema sanitario in favore delle persone assistite, con particolare riferimento ai contesti territoriali più decentrati e distanti dai centri urbani e dalle strutture sanitarie di maggiori dimensioni.

In tale contesto, con l'obiettivo di incentivare l'implementazione dei richiamati criteri di riorganizzazione della rete laboratoristica da parte delle competenti regioni e province autonome, è intervenuto l'articolo 29 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, che ha disposto a tale fine lo stanziamento di specifiche risorse, ripartite secondo i criteri definiti, previo accordo in Conferenza Stato-regioni, dalla disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della salute del 30 dicembre 2021, accordo in Conferenza Stato-regioni.

Ad oggi, tenendo conto delle prospettive di riassetto dell'assistenza territoriale in termini di implementazione del livello di prossimità delle cure, secondo i principi di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, nonché della elevata diffusione nell'ambito dell'intero territorio nazionale di situazioni orografiche e demografiche disagiate, che possono penalizzare alcune parti del territorio in termini di accessibilità delle persone alle prestazioni sanitarie garantite da parte del Servizio sanitario nazionale, si ritiene opportuno prevedere la definizione concordata tra Stato, regioni e province autonome di criteri operativi omogenei al livello nazionale, in merito alla riorganizzazione della rete di offerta dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, favorendo il ricorso anche a strumenti contrattuali per il raggiungimento delle relative



soglie di attività, così come già definite in termini di efficienza e sostenibilità. La norma precisa che il mancato adeguamento dei laboratori ai citati processi di riorganizzazione costituisce causa di decadenza dall'accREDITAMENTO con il Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 2** consente agli erogatori di prestazioni laboratoristiche lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stata rilasciata idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. La norma precisa che tali attività sono svolte con oneri a carico degli utenti. Le relative modalità tecniche e organizzative sono definite, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione dei servizi di telemedicina, con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-regioni, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

#### **Articolo 10 (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)**

La disposizione introduce misure premiali rivolte alle regioni, ai direttori regionali della sanità e ai direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, al fine di incentivare la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei tempi massimi di attesa.

In particolare, il **comma 1** modifica l'articolo 2, comma 67-bis della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che individua i criteri sulla base dei quali attribuire alle regioni forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, inserendovi anche il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA.

Il **comma 2** prevede che, ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome provvedono ad assegnare specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, attraverso l'integrazione dei relativi contratti, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. I direttori generali, a loro volta, provvedono ad assegnare i predetti obiettivi ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al trenta per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo e al secondo periodo sono effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla Regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 3** interviene sull'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, secondo cui gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. In particolare, aggiungendo il comma 1-bis, si prevede che la predetta causa di inconferibilità non trova applicazione in relazione alle aziende ospedaliere e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici.

#### **CAPO II (Ulteriori misure in materia sanitaria)**

##### **Articolo 11 (Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)**



La norma mira a garantire un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dai Dipartimenti di salute mentale, in aggiunta a quanto previsto in attuazione del Programma nazionale equità per la salute 2021-2027 medesimo.

A tal fine, il comma 1 autorizza le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, ad assumere personale sanitario a tempo indeterminato, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità. In particolare, nel 2025 sono autorizzate le assunzioni di 44 unità di medici psichiatri, 36 unità di neuropsichiatri infantili, 34 unità di psicologi e 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

Per il 2026, sono autorizzate ulteriori assunzioni per il reclutamento di 7 unità di medici psichiatri, 6 unità di neuropsichiatri infantili, 6 unità di psicologi, 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

Il **comma 2** reca la quantificazione e la copertura degli oneri derivanti dalle predette assunzioni di personale.

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la ripartizione delle risorse necessarie per le assunzioni sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e province autonome.

#### **Articolo 12 (Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria)**

La Sanità italiana, da tempo fa i conti non solo con la carenza di personale, non solo con la fuga fuori dai confini nazionali, di neolaureati e giovani medici attratti da stipendi gratificanti e prospettive di crescita professionale, ma anche con una classe dirigenziale che molto spesso mostra lacune determinanti nella gestione delle aziende sanitarie e degli stessi nosocomi. In considerazione delle premesse indicate, appare fondamentale per un percorso di ricostruzione e credibilità del nostro Servizio sanitario nazionale, qualificare il più possibile gli Amministratori Sanitari e questo decreto introduce i criteri necessari al fine di istituire una "Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria". Negli ultimi anni, il nostro sistema sanitario ha evidenziato tutte le criticità che seppur note, erano state nascoste e ignorate per interi decenni. Nonostante le competenze ricadano nell'ambito regionale, la sperequazione fra le stesse regioni italiane e il disallineamento con il sistema sanitario europeo, ha reso il nostro servizio sanitario nettamente deficitario e privo, in alcune regioni, di prospettive di rilancio. Oggi la sanità, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, viene intesa in fase di organizzazione, come una vera e propria azienda sulla quale gli amministratori dettano le linee di programmazione e sviluppo della stessa, non è un mistero che gli amministratori sanitari siano responsabili della supervisione di interi ospedali e istituti medici, ricoprendo un ruolo fondamentale a garanzia dell'espletamento dei servizi dell'intero sistema. Ogni azienda sanitaria, si affida ad un direttore generale e ad un intero management per organizzare al meglio le proprie strutture incaricando in alcuni casi, la gestione a più amministratori, responsabili a loro volta dell'attuazione delle politiche relative ai pazienti, nonché alla gestione delle finanze e di tutto quanto possa essere utile alla fruizione del sistema, ivi comprese le attrezzature mediche.

Sull'esempio della Scuola Nazionale dell'Amministrazione, la norma si propone di specializzare e professionalizzare i vertici dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale. Con l'istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria, presso il Ministero della salute, infatti, si mira a



implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale e a fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 7.

Si demanda ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro dell'economia e delle finanze, la definizione dei principi, dei criteri istitutivi e dei compiti della SNAAS.

**Articolo 13 (Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)**

La disposizione modifica il procedimento di approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla legge 11 gennaio 2018.

In particolare, la norma prevede che la proposta di bilancio possa essere approvata dal Consiglio direttivo, introducendo un meccanismo di semplificazione che non esclude la garanzia di tutela di ogni singola minoranza, che rimane assicurata attraverso la possibilità di proporre apposito ricorso avverso la determinazione del Consiglio direttivo, attuando in tal modo i principi di buon andamento, economicità ed efficienza nell'ambito di attività e di funzioni di pubblico interesse.



**CAPO I (Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa)****Articolo 1 (Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)**

La disposizione reca norme in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in coerenza con le previsioni già contenute nel Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.

In particolare, nel comma 2 si interviene sugli obblighi del medico prescrittore in relazione all'attribuzione della classe di priorità e all'indicazione del sospetto diagnostico e si demanda alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano il compito di promuovere misure utili a consentire che il medico specialista che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all'uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostici. Il comma fa riferimento alle indicazioni formulate dal PNGLA vigente, le quali hanno previsto che «*le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia [...]. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP*». In tale ottica, «*Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up)*». Tale modello di presa in carico è volto ad evitare che il paziente, salvo sue diverse preferenze, sia rinviato al curante per formalizzare le prescrizioni suggerite dallo specialista e per garantire che le prenotazioni che originano da dette prescrizioni siano effettuate contestualmente alla prescrizione stessa. Il curante mantiene il suo ruolo di *gatekeeper* in quanto è l'unico titolato a produrre impegnative per prima visita. Il vantaggio di tale modello risiede, inoltre, nella riduzione delle pressioni sui sistemi CUP in quanto si evita al paziente di contattare nuovamente il centro di prenotazione per avere un nuovo appuntamento. D'altro canto, in tale logica risiede la distinzione in prima visita e visite di controllo, che hanno codici distinti e valori tariffari differenti. Per le medesime finalità, le prestazioni di controllo non sono soggette al monitoraggio dei tempi di attesa né all'obbligo di indicazione della classe di priorità in quanto mentre il tempo di attesa per primo accesso è funzione



della capacità di offerta dell'erogatore per la specifica prestazione richiesta e per la specifica classe di priorità indicata nella richiesta, il tempo di attesa per accedere ad una prestazione di controllo è funzione della indicazione clinica dello specialista che ha preso in carico il paziente nell'accesso precedente. Il comma 2 fa salva la disciplina di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992 e, infatti, le relative disposizioni non impattano sull'orario di lavoro degli specialisti dipendenti e sul rapporto di convenzionamento, se specialistici convenzionati interni, in quanto le prenotazioni sono sostitutive e non integrative di quante sarebbero attese qualora il paziente fosse rinviato al curante per produrre l'impegnativa suggerita dallo specialista. Inoltre, trattandosi di prestazioni programmabili, non richiedono prolungamento dell'orario di servizio ma ricadono su agende dedicate delle unità organizzative interne alla struttura sanitaria che, ancorché non visibili all'esterno (operatore di front office del CUP) sono regolarmente inserite nel sistema CUP. Le citate disposizioni, operando nell'ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti, le aziende sanitarie locali possono avvalersi dell'offerta delle aziende ospedaliere e degli erogatori privati accreditati, nei limiti degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché dell'attivazione della diagnostica di primo livello negli studi della medicina generale.

I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione o organizzazione dei Servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. L'attuazione dei piani strategici di cui al primo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali. Da tali disposizioni non derivano effetti finanziari e, pertanto, le medesime non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Con particolare riferimento alla previsione secondo cui le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo degli strumenti di telemedicina, secondo i vigenti indirizzi e linee guida, tra cui il teleconsulto, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale, si precisa che la disposizione sarà attuata nell'ambito delle risorse umane, economiche e finanziarie disponibili a legislazione vigente. L'AGENAS, quale Agenzia della sanità digitale ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, definisce le linee guida e gli standard in materia di telemedicina e del relativo monitoraggio, garantendo la qualità e l'uniformità di tali servizi. Al riguardo, si precisa che il teleconsulto è uno dei servizi base che verranno realizzati attraverso il progetto "Telemedicina" finanziato con fondi PNRR (Missione 6, componente 1, sub investimento 1.2.3. "Telemedicina") che prevede la realizzazione di piattaforme *software* e l'acquisizione di dotazioni *hardware* che saranno consegnate ai medici di medicina generale e saranno installate anche presso gli ospedali. La piattaforma nazionale di Telemedicina è dotata inoltre di un cruscotto per monitorare l'utilizzo dei servizi di telemedicina (tra cui il teleconsulto) e garantire la diffusione omogenea sul territorio nazionale così come previsto dall'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221. Si segnala in materia che si è provveduto con decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023 alla "Ripartizione





delle risorse di cui all'investimento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, 21 settembre 2022, alla "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio". Infine, si rappresenta che: il 20 febbraio 2014 è stata sancita l'intesa Stato-Regioni (Rep. Atti n. 16/CSR) recante Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali e che è stato sottoscritto l'Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

**Articolo 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)**

La disposizione è diretta a sistematizzare le funzioni che attualmente sono già svolte dal Ministero della salute in materia di governo delle liste di attesa mediante l'istituzione di una cabina di regia che ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure che sono previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento. In tal modo si intende implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, con particolare riguardo alla risoluzione delle disegualianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva. Il sistema nazionale delle liste di attesa è, quindi, strettamente connesso con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa e la Piattaforma nazionale delle liste di attesa che è stata prevista nell'articolo 1 del decreto-legge n. 73 del 2024. Il SINGLA, infatti, ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento in tema di liste e tempi di attesa, ivi inclusa l'analisi dei dati provenienti dalla Piattaforma nazionale delle liste d'attesa di cui al dl 73/2024. Le funzioni e i compiti affidati al SINGLA sono riconducibili agli attuali compiti e funzioni dell'Osservatorio Nazionale delle liste d'attesa istituito con decreto del Ministro della salute 20/06/2019 e modificato nella composizione con decreto del 31/12/2021, la cui durata in carica è prevista fino alla vigenza del Piano nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021, potenziati in ragione delle maggiori disponibilità informative e dei migliori strumenti di governo assicurati dal dl 73/2024.

La norma non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto l'istituzione del SINGLA, di cui al comma 1, non determina la previsione di nuove funzioni ma unicamente la sistematizzazione di funzioni già svolte dal Ministero della salute coordinate dalla cabina di regia.

Con particolare riferimento alla previsione relativa al monitoraggio svolto dal SINGLA, per il tramite di AGENAS, si precisa che tale attività sarà svolta nei limiti delle risorse umane, economiche e finanziarie nella disponibilità dell'Agenzia a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le modalità del monitoraggio realizzato attraverso la Piattaforma Nazionale (PNLA) e le relative risorse per l'implementazione ed il funzionamento sono dettagliate nel dl 73/2024.

In relazione alla promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si rappresenta che tale servizio è già disciplinato nel decreto interministeriale "Fascicolo sanitario elettronico 2.0" del 7 settembre 2023 e sarà implementato con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, già previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 Salute, Component 2, investimento 1.3.1 relativo al "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)".



Con riferimento al funzionamento della cabina di regia di cui al comma 2, si precisa che la partecipazione alle relative sedute non determina la corresponsione di alcun emolumento.

Infine, in relazione a quanto previsto dal comma 3 in ordine all'attività di supporto dell'Osservatorio nei confronti del SINGLA, si ribadisce che trattasi di funzioni attualmente già svolte e che, pertanto, potranno continuare ad essere garantite con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente.

La neutralità finanziaria delle disposizioni contenute nell'articolo in esame è confermata dalla clausola di invarianza finanziaria di cui al comma 4, il quale inoltre precisa che le amministrazioni interessate provvedono alle attività previste dall'articolo nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**Articolo 3 (Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa)**

La norma istituisce presso il Ministero della salute un registro delle segnalazioni relative a problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie.

Tale registro è alimentato con le segnalazioni pervenute dai cittadini, previa autenticazione, sul sito web del Ministero della salute, ove verrà previsto un apposito sistema con modulo on line, che consentirà al cittadino di autenticarsi e inserire la segnalazione. Il Sistema acquisirà i dati, effettuando sugli stessi una preventiva analisi, che metterà a disposizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, il quale a sua volta riferirà alla Cabina di regia di cui all'articolo 2, comma 2.

Il Sistema di istituzione del registro prevede, dunque, un servizio di autenticazione e uno di acquisizione obbligatoria di campi da compilare, tra cui l'oggetto della segnalazione, nonché un servizio di service desk e di analisi delle segnalazioni.

Si ipotizza che il registro possa essere sviluppato in un tempo tra i tre e i sei mesi, prevedendo un costo di realizzazione di euro 250.000 (IVA esclusa), ed euro 305.000 (IVA inclusa), come da tabella sotto riportata, da sostenere per l'anno 2025 mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2024-2026.

Per quanto riguarda l'onere relativo all'attribuzione del servizio di conduzione applicativa del registro, non riguardante oneri del personale, stimabile in euro 40.000 annui, si provvederà mediante riduzione delle proiezioni dello stanziamento della Tabella A "Fondo speciale di parte corrente" iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma "Fondi di riserva speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze a decorrere dall'anno 2025 allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Servizio	Costi
Supporto Tecnico Specialistico (gg/pp a tariffa mix)	30.000,00
Sviluppo Applicativo in FP	178.000,00
Sviluppo Applicativo in GGPP (tariffa mix)	42.000,00
Totale iva esclusa	250.000,00
Totale iva inclusa	305.000,00



Per quanto riguarda l'Osservatorio nazionale delle liste di attesa di cui al comma 3, si precisa che la partecipazione alle relative sedute non determina la corresponsione di alcun emolumento.

#### **Articolo 4 (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)**

Le liste d'attesa rappresentano un problema significativo nel nostro sistema sanitario, causando ritardi nelle cure e disagi per i pazienti. Questo documento mette in evidenza la necessità della spesa di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 al fine di ridurre le liste d'attesa attraverso il realistico impiego di 9.800 specialisti ambulatoriali convenzionati interni su circa 18.000 specialisti attualmente in servizio a tempo indeterminato, ciascuno dei quali dedicherà almeno due ore settimanali di orario aggiuntivo per un anno.

L'obiettivo principale di questa iniziativa è ridurre drasticamente le liste d'attesa per visite specialistiche, migliorando così l'accesso alle cure per i pazienti e incrementando la qualità del servizio sanitario.

Di seguito la metodologia:

1. Impiego degli Specialisti:

o Numero di specialisti coinvolti: 9.800

o Orario aggiuntivo settimanale per specialista: 2 ore

o Periodo di implementazione: 52 settimane (1 anno)

2. Calcolo delle Ore Totali:

o Ore aggiuntive settimanali totali: 9.800 specialisti x 2 ore = 19.600 ore

o Ore aggiuntive annuali totali: 19.600 ore x 52 settimane = 1.019.200 ore

3. Costo per Ora Aggiuntiva:

o Il compenso medio stimato per ora aggiuntiva per uno specialista è di circa 98 euro.

o Costo totale per le ore aggiuntive: 1.019.200 ore x 98 euro/ora = 99.881.600 euro

Impatto Previsto:

1. Riduzione dei Tempi di Attesa:

o Con l'aggiunta di 1.019.200 ore di lavoro annuali, si prevede una significativa riduzione delle liste d'attesa. Stimando una media di 20 minuti per visita, si potrebbero effettuare circa 3.057.600 prestazioni aggiuntive.

o Questo permetterà di ridurre ampiamente i tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali.

2. Miglioramento della Qualità delle Cure:

o Ridurre le liste d'attesa significa offrire cure tempestive, migliorando gli esiti clinici e riducendo le complicazioni legate ai ritardi nelle diagnosi e nei trattamenti.

3. Soddisfazione dei Pazienti:

o Una riduzione delle liste d'attesa migliorerà la soddisfazione dei pazienti, incrementando la fiducia nel sistema sanitario e diminuendo le lamentele e i reclami.

Considerazioni Economiche

La spesa di 100 milioni di euro rappresenta, come sopra riportato, un investimento necessario e giustificato dall'impatto positivo che avrà sulla salute pubblica. Inoltre, il miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario potrebbe portare anche a una riduzione dei costi a medio e lungo termine, grazie ad una diagnosi precoce evitando così complicità ed aggravamenti delle patologie che porterebbero a costi ulteriori per il SSN a causa del maggior costo delle cure (farmaci, ricoveri, esami strumentali ad alto costo, assenze dal lavoro ecc.) e quindi avendo come risultato una gestione più tempestiva e preventiva sulle patologie.



Pertanto, come sopra evidenziato, l'investimento di 100.000.000 di euro per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni per ridurre le liste d'attesa (obiettivo del provvedimento) giustifica l'investimento previsto prevedendo nell'immediato la riduzione dei tempi di attesa ma anche un risparmio ulteriore nel medio e lungo termine per il SSN.

Per le finalità di cui al comma 2, si provvede nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'allegato III della citata legge n. 213 del 2023.

**Articolo 5 (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)**

La disposizione interviene sulla normativa vigente per la quale sono già previste apposite coperture finanziarie e, pertanto, non si determinano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**Articolo 6 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)**

La disposizione di cui al **comma 1** non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto trattandosi di lavoro flessibile, si ricorre all'applicazione della normativa vigente ai sensi dell'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, convertito in legge 122/2010, come modificato per il personale della dirigenza medica e per il personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, dall'art. 44-ter del decreto-legge n. 19 del 2024, convertito, con modificazioni dalla legge n. 56 del 2024.

La disposizione di cui al **comma 2** presenta carattere ordinamentale e, pertanto, non determina alcun effetto finanziario.

**Articolo 7 (Disposizioni in materia di limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)**

La disposizione in esame aggiorna il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213

In particolare, il **comma 1** incrementa il predetto limite di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 (pari a circa 61,5 milioni di euro) e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026 (pari a circa 123 milioni di euro) rispetto alla previsione di cui all'articolo 1, comma 233 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, atteso che il volume della spesa per acquisti da privato accreditati di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale nell'anno 2011 (anno di riferimento) ammonta a complessivi 12 miliardi di euro. Anche in tal caso le coperture sono rinvenibili nell'ambito del fabbisogno sanitario regionale standard. Va osservato, tuttavia, che il citato comma prevede la possibilità di ampliare detta spesa solo se garantito il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del sistema sanitario regionale. Pertanto, è già insita nella norma la garanzia di una copertura della maggiore spesa programmata, attraverso le risorse del fabbisogno sanitario regionale standard o attraverso preordinate risorse da bilancio regionale.

Il **comma 2** precisa che relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private



accreditate dotate di pronto soccorso ed afferenti alle reti cliniche tempo-dipendenti, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio, al fine di garantirne la remunerazione anche oltre i limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Dall'analisi effettuata dal Ministero della salute, si stima che il valore economico calcolato le tariffe massime nazionali per i ricoveri di cui sopra, sia pari a circa 553 milioni di euro nel 2023. Solo una quota parte stimabile intorno al 10% dell'onere totale, risulterebbe eccedere i tetti di spesa attualmente fissati dalle regioni in cui le 54 strutture accreditate interessate insistono. Di conseguenza l'onere massimo aggiuntivo per le 8 regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Sicilia, Veneto, Piemonte) in cui insistono ospedali accreditati dotati di pronto soccorso (DEA di I o II livello) è di circa 55 milioni di euro concentrandosi, in modo particolare, nella Regione Lombardia (24 ospedali) e nella Regione Lazio (13 ospedali). Tale importo potrebbe comunque essere coerente con l'ampliamento del tetto per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate di cui al comma 1 del presente articolo. Anche in tal caso non sono previsti oneri ulteriori per il bilancio dello Stato essendo l'onere da intendersi all'interno del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Il **comma 3** prevede l'applicazione di un nuovo sistema tariffario unitamente alla sperimentazione della nuova SDO-R e alla raccolta di dati di costo relativi alle prestazioni erogate nei siti di sperimentazione. La norma attuale (decreto del Ministro della salute 12 ottobre 2012, allegato 2) prevede la remunerazione dei ricoveri di riabilitazione in base alla MDC di dimissione (senza rimandi alle discipline) per giornata di degenza e una remunerazione maggiore solo in corrispondenza di specifici requisiti clinici, che sono:

- "danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensorimotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave"

- "mielolesione con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'*American Spinal Injury Association* (A.S.I.A.)"

Nel perimetro normativo introdotto dal presente articolo, è possibile considerare, ai soli fini della valutazione di impatto, l'espansione di quanto inteso nella definizione di "grave cerebrolesione acquisita" riportata nel decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 in base all'articolo 2, comma 8, del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, nel rispetto della legislazione vigente e considerando che la Regione Lazio è attualmente in piano di rientro (e non può superare le tariffe massime della remunerazione ospedaliera in vigore a livello nazionale). Intendendo infatti per "grave cerebrolesione acquisita" tutti i casi considerati nel corso della sperimentazione sull'appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione, è possibile ipotizzare di tariffare tutti i ricoveri ordinari appropriati in dimissione da codice 75 in base al decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021 alla tariffa massima di 470 euro. In base a questo scenario è possibile effettuare la presente valutazione di impatto considerando i dati relativi all'anno 2022 (ultima disponibile) dei dimessi da codice 75 in MDC 1 da parte delle strutture della Regione Lazio. Nel successivo decreto che definirà la metodologia attuativa della sperimentazione tariffaria è comunque opportuno considerare la possibilità di replicare la distinzione tariffaria attualmente prevista nel decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 relativamente ai ricoveri per pazienti con condizione di coma con punteggio GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore o uguale a 8 rispetto a tutti gli altri ricoveri, pur appropriati in base ai criteri di cui all'allegato 1 del citato decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, afferenti alla disciplina di dimissione 75. Analoghe considerazioni, sia in riferimento alla metodologia di stima di impatto



collegata al presente atto che all'opportunità di replicare nella sperimentazione la distinzione tariffaria attualmente prevista dalla normativa, sono spendibili per quanto riguarda i dimessi da codice 28 (Unità Spinale).

**Articolo 8 (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)**

La novella all'articolo 34 del decreto-legge n. 73 del 2021 consente di realizzare un puntuale e analitico monitoraggio del consumo dei farmaci sull'intero territorio nazionale, anche al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica e per correggere eventuali anomalie nei consumi stessi. L'implementazione dei dati da monitorare non comporta oneri per la finanza pubblica considerato che l'acquisizione dei dati del predetto articolo 34 viene curata dalle associazioni di categoria del settore farmaceutico attraverso le proprie articolazioni territoriali che provvedono a convogliare i dati di dispensazione dei medicinali da parte delle farmacie.

Il complesso dei dati, opportunamente elaborati, è poi trasmesso e reso disponibile al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze, all'AIFA, all'ISTAT, all'ISS e all'AGENAS, secondo le modalità fissate dal decreto del Ministero della sanità del 18 giugno 1999, anche al fine di monitorare la presa in carico dell'assistito per misurare l'aderenza alla terapia (compreso il controllo delle incompatibilità tra i diversi farmaci consumati), nonché il necessario supporto dell'analisi epidemiologica della cittadinanza.

La disposizione non comporta nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica, atteso che è volta al rafforzamento dei programmi di sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio dei consumi farmaceutici, attraverso l'attuale sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata, e concernente dati già trasmessi dalle Associazioni di categoria alla PA secondo forme e modalità già consolidate (derivanti dalle previsioni di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) che non comportano, pertanto, ulteriori incombenze a carico dei soggetti pubblici.

**Articolo 9 (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)**

Il **comma 1** si riferisce alla riorganizzazione della rete dei laboratori che dovrà consentire migliori performance sotto il profilo della efficienza e della sostenibilità. Tale disposizione non interviene sulla portata dell'articolo 29 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, ma regola solo le modalità per raggiungere detta soglia, lasciando immutata la soglia delle 200.000 prestazioni.

Il **comma 2** consente ai laboratori autorizzati, ex articolo 8-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, lo svolgimento dei servizi di telemedicina secondo le modalità tecniche e organizzative definite con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-regioni, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge. Dall'attuazione della disposizione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto la norma precisa che le attività di telemedicina sono svolte con oneri a carico degli utenti.

**Articolo 10 (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)**

Nella norma in oggetto, si prevedono misure premiali rivolte alle regioni, ai direttori regionali della sanità e ai direttori generali, amministrativi, sanitari e di struttura complessa delle aziende e degli enti del SSN in relazione ai risultati conseguiti in materia di rispetto dei tempi di attesa e di riduzione delle liste d'attesa. Per le predette figure dirigenziali, il **comma 2** prevede misure di valutazione dell'attività con assegnazione di specifici obiettivi annuali nell'ambito dei sistemi di valutazione



previsti dai rispettivi ordinamenti, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Tale disposizione non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica in quanto indica la quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento dei predetti obiettivi che non può essere inferiore al 30 per cento.

Si prevede, infine, che la causa di inconferibilità dell'incarico di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali, stabilita all'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, non trova applicazione in relazione alle aziende ospedaliere e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici. La disposizione presenta natura ordinamentale e, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## CAPO II (Ulteriori misure in materia sanitaria)

### Articolo 11 (Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Ai fini di un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale, la norma autorizza le aziende e gli enti del SSN ad assumere personale sanitario a tempo indeterminato per un numero complessivo di unità a livello nazionale indicato per gli anni 2025 e 2026, rispettivamente, nelle tabelle A e B.

Il numero di unità per il quale è autorizzata l'assunzione è calcolato sulla base del costo annuo di ciascuna categoria professionale, comprensivo di oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Di seguito le tabelle relative ai costi per il personale da assumere nell'anno 2025 (Tabella A), ai costi per il personale aggiuntivo da assumere nel 2026 (Tabella B) e ai costi per il personale complessivamente assunto a decorrere dall'anno 2026 (Tabella C).

**Tabella A**

2025				
PERSONALE		N° UNITÀ	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
Medici psichiatri	30%	44	125.035,83	5.501.576,52
Neuropsichiatri infantili	25%	36	125.035,83	4.501.289,88
Psicologi	20%	34	102.996,61	3.501.884,74
Educatori, terapeuti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali	25%	100	46.882,68	4.688.268,00
<b>COSTO PERSONALE 2025</b>		<b>214</b>		<b>18.193.019,14</b>



**Tabella B**

<b>2026</b>				
<b>PERSONALE</b>		<b>N° UNITÀ</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>COSTO TOTALE</b>
Medici psichiatri	30%	7	125.035,83	875.250,81
Neuropsichiatri infantili	25%	6	125.035,83	750.214,98
Psicologi	20%	6	102.996,61	617.978,66
Educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali	25%	14	46.882,68	656.357,52
<b>COSTO PERSONALE AGGIUNTIVO 2026</b>		<b>33</b>		<b>2.899.801,99</b>

**Tabella C**

COSTO PERSONALE 2025	18.193.019,14
COSTO PERSONALE AGGIUNTIVO 2026	2.899.801,99
<b>COSTO PERSONALE COMPLESSIVO A DECORRENZA DAL 2026</b>	<b>21.092.821,13</b>

Agli oneri derivanti dalle predette assunzioni, pari ad euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Le risorse indicate nel comma 2 saranno ripartite per ogni singola regione e provincia autonoma con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e province autonome.

**Articolo 12 (Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria)**

Per il funzionamento della scuola, a decorrere dall'anno 2025 si ipotizza l'utilizzo di personale docente con incarichi annuali a tempo parziale per lo svolgimento di circa 25 ore di lezione al mese nell'arco di ciascuna annualità.

L'importo del compenso spettante al docente, commisurato alle ore di lezione effettivamente svolte, è stato quantificato in coerenza con il trattamento economico applicato attualmente agli incarichi dei docenti temporanei presso la SNA (fino a un massimo di 40.000 euro lordi annui per non più di 260 ore di insegnamento annue).





Il compenso come sopra quantificato è da intendersi comprensivo delle spese, anche di trasporto; solo qualora il docente risieda fuori dalla regione in cui si svolge l'attività didattica, l'importo può essere aumentato per un ammontare corrispondente al normale costo del viaggio effettuato con i mezzi di trasporto pubblici e comunque non superiore al cinquanta per cento del compenso stesso, con esclusione, in tale ultimo caso, del rimborso delle spese di viaggio (cfr. articolo 4 del d.P.C.M. 25 novembre 2015, n. 202, recante "Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione").

Si è ritenuto congruo, per garantire la qualità dei servizi di formazione multidisciplinare e sviluppo professionale, di prevedere n. 20 docenti per n. 11 mensilità, ipotizzando che circa la metà dei docenti provenga da regioni diverse da quella in cui avrà sede la Scuola, con gli oneri di seguito specificati:

<b>Numero docenti</b>	<b>Compenso massimo lordo unitario</b>	<b>n. massimo ore</b>
13 docenti residenti nella regione Lazio	40.000	260
7 docenti residenti in altre regioni	60.000 (incluso il costo massimo per le spese di viaggio)	260
<b>Totale</b>	<b>940.000 euro</b>	

In relazione ai menzionati dati, si precisa che, considerato che la finalità della scuola è di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, ferma la disciplina di dettaglio di cui al successivo decreto ministeriale, si è ipotizzato di individuare 4 Macroaree (amministrativa, sanitaria, gestionale, economico-contabile) a cui assegnare 5 docenti ciascuna, in ottica multidisciplinare. Tenuto conto del massimo di n. 260 ore di lezione che ogni docente può effettuare entro l'anno, è prevedibile, prudenzialmente un impegno medio mensile massimo di 21 ore per docente, per circa 22 giorni lavorativi. In questo modo, si ritiene di poter coprire ogni macroarea quotidianamente con 5 docenti, per un impegno totale di circa 5 ore di lezione per giornata per macroarea. Il costo unitario di 60.000 euro in favore del personale docente residente in altre regioni è stato stimato, per ragioni prudenziali, in misura corrispondente al compenso massimo erogabile al docente ai sensi dell'articolo 4 del d.P.C.M. 25 novembre 2015, n. 202, recante "Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione. Le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, presso il Ministero della salute, avvalendosi del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

#### *Stima dei costi relativi ai beni strumentali*

Di seguito è stata effettuata una stima dei beni necessari per allestire la Scuola, ipotizzando la necessità di almeno n. 2 aule di formazione della capienza di circa 40 allievi ciascuna nonché dei beni di facile consumo.

In aggiunta ai predetti costi, a decorrere dall'anno 2025 sono stati stimati gli oneri di approvvigionamento per cancelleria e beni di facile consumo.



La stima è stata effettuata mediante la consultazione dei cataloghi MePA - Consip (Mercato elettronico - Accordi quadro - Convenzioni) nonché sulla base dei costi storici sostenuti dall'Amministrazione per l'acquisizione di prodotti analoghi.

<b>ATTREZZATURE MULTIMEDIALI AULE FORMAZIONE</b>	
ATTREZZATURE MULTIMEDIALI PER N. 2 AULE FORMAZIONE	39.000,00 €
<b>PERSONAL COMPUTER</b>	
FORNITURA DI PC PORTATILI n. 10 HP ProBook 450 15.6 inch G9 - (fonte: AQ CONSIP)	11.000,00 €
<b>MATERIALE FACILE CONSUMO</b>	
Cancelleria, cartellonista di sicurezza, accessori informatici, arredi etc...	10.000,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>60.000,00 €</b>

La copertura finanziaria degli oneri pari a 1.000.000 di euro nell'anno 2025 e a euro 950.000,00 annui a decorrere dall'anno 2026 (di cui euro 940.000 per il personale docente ed euro 10.000 per l'approvvigionamento di cancelleria e beni di facile consumo) è assicurata mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

**Articolo 13 (Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)**

La disposizione modifica il procedimento di approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla legge 11 gennaio 2018.

In particolare, la norma prevede che la proposta di bilancio possa essere approvata dal Consiglio direttivo, introducendo un meccanismo di semplificazione che non esclude la garanzia di tutela di ogni singola minoranza, che rimane assicurata attraverso la possibilità di proporre apposito ricorso avverso la determinazione del Consiglio direttivo, attuando in tal modo i principi di buon andamento, economicità ed efficienza nell'ambito di attività e di funzioni di pubblico interesse.

La norma riveste carattere ordinamentale e, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.





*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

**VERIFICA DELLA RELAZIONE TECNICA**

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito Positivo.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Firmato digitalmente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Danie Perrotta".

18/09/2024



XIX LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Disegno di legge "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria" (milioni di euro)																
articolo	comma	lettera	descrizione	E/S	Natura	Saldo netto da finanziare					Fabbriscio					Indebitamento netto		
						2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	
3	1		Istituzione, presso il Ministero della salute, del registro delle segnalazioni e funzionalità del Osservatorio nazionale delle liste di attesa	S	K		0,3										0,3	
3	1		Istituzione, presso il Ministero della salute, del registro delle segnalazioni e funzionalità del Osservatorio nazionale delle liste di attesa - oneri per la conduzione applicativa del registro	S	C		0,04	0,04	0,04								0,04	0,04
3	2		Riduzione del fondo di parte corrente costituito in esito al riaccentramento dei residui passivi perenni eliminati, di cui all'art. 34-ter, c. 5 della L. 196/2009, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024-2026	S	C		-0,3										-0,3	
3	2		Riduzione Tab. A. - Ministero della salute	S	C		-0,04	-0,04	-0,04								-0,04	-0,04
12	1		Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria - personale	S	C		0,9	0,9	0,9								0,9	0,9
12	1		Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria - personale - effetti riflessi	E	TC													0,5
12	1		Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria - oneri di approvvigionamento iniziale	S	K		0,1											0,1
12	1		Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria - funzionamento	S	C		0,01	0,01	0,01								0,01	0,01
12	3		Riduzione Tabella A - SALUTE	S	C		-1,0	-1,0	-1,0								-1,0	-1,0
			Entrate	E			0,0	0,0	0,0								0,0	0,0
			Spese	S			0,0	0,0	0,0								0,0	0,0
			<b>SALDO</b>				0,0	0,0	0,0								0,0	0,0
																	0,5	0,5

## DISEGNO DI LEGGE

---

### CAPO I

#### MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRE- STAZIONI SANITARIE PER LA RIDU- ZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

#### Art. 1.

*(Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)*

1. Il medico, cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, la prognosi e la terapia, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico. La prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema tessera sanitaria, al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati, si provvede alla definizione omogenea del quesito o sospetto diagnostico, anche al fine di attribuire un codice

unico di classificazione internazionale delle malattie.

2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito delle risorse organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire al medico specialista che ritenga necessari ulteriori accertamenti, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, di prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici.

3. Ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, è assegnata una tempistica specifica per ciascuna delle seguenti classi di priorità, come di seguito indicato:

*a)* classe urgente (classe U): entro settantadue ore dalla data della richiesta della prestazione;

*b)* classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni dalla data della prenotazione;

*c)* classe differita (classe D): entro trenta giorni dalla data della prenotazione per le visite o sessanta giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;

*d)* classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni dalla data della prenotazione.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per assicurare il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, nonché prevedere, in caso contrario, idonee misure da adottare nei con-

fronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

5. Le aziende sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

6. I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

7. Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

## Art. 2.

*(Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)*

1. Per garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa, presso il Ministero della salute è istituito il Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA), quale insieme delle strutture e degli strumenti per l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), di cui al decreto del Ministro della salute 27 febbraio 2018, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 20 marzo 2018, tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche clinico-assistenziali, sviluppato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con il monitoraggio del Ministero della salute, secondo quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, e dalla relativa disciplina di attuazione;

b) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni, mediante il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della Missione 6 - Salute, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

c) identificare e quantificare il sistema dell'offerta dei servizi sanitari necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni



assistenziali dei cittadini nonché implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla Missione 6 - Salute del PNRR;

d) monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero-professionale intramoenia (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107;

e) integrare il modello di *governance* del Servizio sanitario nazionale basato sul Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa;

f) definire, nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, stabilendo *standard* nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli *standard* assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale, e individuando in particolare:

- 1) le articolazioni dell'assistenza territoriale;
- 2) i canali di prenotazione innovativi;
- 3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;

4) il potenziamento e l'individuazione delle articolazioni dell'assistenza territoriale;

5) i criteri e gli indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti *web*;

6) il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di regia (CdR), presieduta dal Ministro della salute, alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'ISS e il direttore dell'AGENAS. Alle sedute della CdR possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, i rappresentanti delle federazioni e degli ordini dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della CdR non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati.

3. La CdR sovrintende all'elaborazione del PNGLA e vigila sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

4. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

#### Art. 3.

*(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)*

1. Presso il Ministero della salute è istituito il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito *internet* istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*.

2. Agli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2024-2026. Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro di cui al comma 1, pari a 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripar-

tire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentati delle organizzazioni civiche di tutela della salute e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

#### Art. 4.

*(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)*

1. Per garantire la completa attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province auto-

nome di Trento e di Bolzano del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 può essere incrementata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

3. Per le finalità di cui al comma 2 si provvede, nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'allegato III alla citata legge n. 213 del 2023.

#### Art. 5.

*(Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)*

1. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, le parole: « Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale » sono soppresse e le parole: « per un massimo di 8 ore settimanali » sono sostituite dalle seguenti: « per un massimo di 10 ore settimanali ».

## Art. 6.

*(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)*

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti » e di reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, fino al 31 dicembre 2026, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

2. I direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è comunicata al collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del Servizio sanitario nazionale e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di riferimento, che provvede all'inoltro alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

## Art. 7.

*(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)*

1. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

3. Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie nonché di ottimizzare la disponibilità dei posti letto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti, le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario

n. 8 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 23 del 28 gennaio 2013. Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

Art. 8.

*(Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)*

1. All'articolo 34 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 10-*bis*, dopo le parole: « consumi farmaceutici » sono inserite le seguenti: « e dei servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia » e dopo le parole: « nelle forme della distribuzione per conto » sono inserite le seguenti: « e ai servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia »;

b) al comma 10-*ter*, dopo le parole: « parafarmaci registrati come dispositivi medici » sono inserite le seguenti: « e degli integratori alimentari ».

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 9.

*(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)*

1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del



Servizio sanitario nazionale, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o), secondo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stata rilasciata idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

## Art. 10.

*(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)*

1. All'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al primo periodo, dopo le parole: « per le regioni che » sono inserite le seguenti: « garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che ».

2. Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assegnano, nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti, specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Ai medesimi fini i direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo e al secondo periodo sono effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

3. All'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« *I-bis.* Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici ».

## CAPO II

### ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA

#### Art. 11.

*(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)*

1. Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:

*a)* nell'anno 2025, n. 44 unità di medici psichiatri, n. 36 unità di neuropsichiatri infantili, n. 34 unità di psicologi, n. 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;

*b)* nell'anno 2026, n. 7 unità di medici psichiatri, n. 6 unità di neuropsichiatri infantili, n. 6 unità di psicologi, n. 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della ri-

abilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1 del presente articolo, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono ripartite le risorse di cui al comma 2 sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

#### Art. 12.

*(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)*

1. Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del *management* nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 6, è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS). Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026. Le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, presso il Ministero della salute, che si avvale del personale

della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 1 milione di euro per l'anno 2025 e a euro 950.000 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

### Art. 13.

*(Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)*

1. All'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) alla lettera *f*), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo » sono sostituite dalle seguenti: « approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo »;

2) alla lettera *g*), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale » sono sostituite dalle seguenti: « approvare la tassa annuale »;

b) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

« *4-bis.* Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel comma 1, lettere *f)* e *g)*, è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti che decide in via definitiva ».



€ 4,00