

Senato della Repubblica - XIX legislatura - AS N. 1241

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)

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

Capo I

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE 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

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 o valutazione. 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 **Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie 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

La proposta emendativa ha la finalità di evidenziare che l'Accordo Stato Regioni e PA 47/CSR del 07 febbraio 2013 concernente la definizione delle attività delle professioni sanitarie del SSN specifica che: *“Le attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione in campo sanitario sono attività di competenza e riservate alle professioni sanitarie”*.

La proposta emendativa ha la finalità di includere nel processo le rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie.

<p>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.</p> <p>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: classe urgente (classe U): entro settantadue ore dalla data della richiesta delle prestazioni; classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni dalla data della prenotazione; 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; classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni dalla data della prenotazione.</p> <p>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 confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.</p> <p>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</p>	<p>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 in collaborazione con il team multiprofessionale della struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici.</p>	<p>La proposta emendativa ha la finalità di evidenziare che la presa in carico della persona assistita non è solo del Medico.</p>
---	--	---

<p>dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 e le altre professioni sanitarie.</p>	<p>La proposta emendativa ha la finalità di evidenziare come il DM 77 del 2022 disciplini la telemedicina quale strumento per l'erogazione delle prestazioni da parte di tutte le professioni sanitarie.</p>
<p>Art. 2. (Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)</p>		
<p>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:</p>		

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

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

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>rappresentanti delle associazioni dei pazienti, i rappresentanti delle federazioni e degli ordini dei medici e degli altri operatori sanitari delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-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.</p>	<p>La proposta emendativa ha la finalità di utilizzare una formulazione omnicomprensiva delle rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie. Inoltre, intende includere anche le associazioni tecnico-scientifiche.</p>
--	---	--

Art. 3.

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

<p>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.</p> <p>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</p>		
---	--	--

<p>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 parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.</p> <p>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 rappresentanti 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.</p>		
<p>Art. 4. (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)</p>		
<p>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 autonome di Trento e di Bolzano del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.</p>		

<p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>Art. 5. (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)</p>		
<p>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 ».</p>		
<p>Art. 6. (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)</p>		
<p>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</p>		

<p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>Art. 7. (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)</p>		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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,</p>		

<p>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.</p>		
<p>Art. 8. (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)</p>		
<p>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 ».</p> <p>2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.</p>		
<p>Art. 9. (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)</p>		
<p>1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio</p>		

<p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>Art. 10. (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)</p>		
<p>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: « garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che ».</p>		

<p>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.</p> <p>3. All'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: « 1-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 ».</p>		
---	--	--

**CAPO II
ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA**

Art. 11.

(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

<p>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,</p>		
---	--	--

<p>previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:</p> <p>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;</p> <p>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 riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 delle neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali, dietisti, assistenti sanitari e assistenti sociali;</p>	<p>La proposta emendativa ha la finalità di includere professioni sanitarie fondamentali nell'ambito della salute mentale. In particolare:</p> <p>Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), è una figura professionale direttamente impegnata nel potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari di neuropsichiatria infantile e pediatria, anche in relazione alla crescente incidenza delle condizioni patologiche nella popolazione di riferimento, all'aumento esponenziale della domanda di servizi di terapia riabilitativa qualificata per la popolazione in età evolutiva che si riflette inevitabilmente sulle liste d'attesa ed alla necessità di rispondere agli obiettivi di prevenzione, di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza</p> <p>Dietista, in coerenza con quanto previsto dalle Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione del Ministero della Salute, e riferito ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.</p> <p>Assistente sanitario, funzionale all'attuazione di programmi di studi sulla epidemiologia e prevenzione dei disturbi del comportamento e delle malattie psichiatriche.</p>
<p>Art. 12. (Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)</p>		
<p>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,</p>		

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>Art. 13. (Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)</p>		
<p>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 »;</p>	<p>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 »;</p>	<p>Riteniamo che l'articolo sia da rimuovere per l'assenza di pertinenza con l'atto in cui è inserito e, più rilevante, perché riteniamo che, a favore della massima partecipazione e rappresentatività, i bilanci previsionale e consultivo degli Ordini debbano essere sottoposti alla valutazione e all'approvazione dell'assemblea degli iscritti. Per contrastare l'uso strumentale dell'assemblea di bilancio consuntivo, suggeriamo di recuperare quanto</p>

<p>2) alla lettera g), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale » sono sostituite dalle seguenti: « approvare la tassa annuale »;</p> <p>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 ».</p>	<p>2) alla lettera g), le parole: « proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale » sono sostituite dalle seguenti: « approvare la tassa annuale »;</p> <p>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 ».</p>	<p>già concordato tra il Ministero della salute e le Federazioni e Consigli nazionali delle professioni sanitarie in fase di definizione del regolamento ex art. 4, comma 5 della legge 3/2018:</p> <p><i>In caso di mancata approvazione del conto consuntivo la Federazione nazionale nomina un Commissario ad acta, scelto tra gli iscritti all'elenco nazionale dei revisori legali, che esamina, nel termine di trenta giorni, la proposta di bilancio al fine di verificare se la mancata approvazione sia fondata su vizi del documento ovvero se la proposta sia redatta nel rispetto delle norme contabili vigenti.</i></p> <p><i>Il Commissario ad acta, verificato il rispetto delle norme contabili vigenti, approva il conto consuntivo e ne dà comunicazione alla Federazione nazionale e all'Ordine interessato.</i></p> <p><i>Nel caso in cui in sede di verifica siano rilevati vizi della proposta del conto consuntivo ostativi all'approvazione, il Commissario ad acta riferisce alla Federazione nazionale ai fini dell'attivazione della procedura di scioglimento del Consiglio direttivo.</i></p>
---	---	--