

quotidianosanita.it

Mercoledì 05 GIUGNO 2024

Dall'aumento del tetto per acquistare prestazioni dai privati alla farmacia dei servizi. Ecco cosa prevede il Ddl approvato

Con il disegno di legge approvato ieri in Consiglio dei Ministri, insieme al decreto, il Governo punta ad introdurre 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.

Come si spiega nella relazione allegata, questo 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".

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.

Ecco cosa prevedono i 15 articoli che compongono il disegno di legge.

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

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 l'utilizzo di strumenti dematerializzati e interoperabili.

Con decreto del Ministro della salute da adottare, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, 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.

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 piani strategici di cui al primo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali secondo quanto previsto dall'articolo 11 del presente decreto.

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 diseguaglianze 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.

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 disposizione, inoltre, reca norme per il funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (Singla), istituito presso il Ministero della salute del Sistema nazionale, 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 diseguaglianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva.

In particolare, 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, 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, dei fondi contrattuali, 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 al presente decreto, avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.

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.

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** demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, 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 comunque 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).

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 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 in materia di trattamento economico del personale sanitario)

L'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, ha previsto la possibilità per le regioni e le province autonome di poter usufruire di una quota dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, per dare attuazione ai Piani operativi per il recupero delle liste di attesa.

In particolare, per perseguire la predetta finalità la norma in esame consente di potersi avvalere degli istituti di cui ai commi 218 - 222 riguardanti gli incrementi della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per la dirigenza e per il personale sanitario del comparto. Più in particolare le disposizioni di cui ai commi 218 e 219, nel prevedere gli aumenti delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive finalizzate a ridurre le liste di attesa, a far fronte alla carenza di personale e a ridurre il ricorso alle esternalizzazioni, trovano un limite di spesa nel comma 220 che prevede, per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026, uno stanziamento di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto.

Considerato che i commi 218 e 219 si distinguono dalla disposizione di cui al comma 232 in quanto perseguono una finalità più ampia (anche carenza di personale e riduzione delle esternalizzazioni) e che il predetto limite di spesa di cui al comma 220 si riferisce agli incrementi dell'importo delle prestazioni aggiuntive, si ritiene che anche la previsione dei relativi finanziamenti debba considerarsi aggiuntiva purché nel rispetto della previsione di cui al comma 232. Nella predetta quota dello 0,4 per cento si considerano anche gli emolumenti corrisposti ai medici specialisti con incarichi di lavoro autonomo finalizzati al recupero delle liste d'attesa.

Per la medesima finalità si prevede, altresì, al comma 2, una deroga alla disposizione di cui all'art. 89, comma 4, del CCNL Area Sanità 2019-2021, che stabilisce che le Aziende ed Enti del SSN, nell'erogazione delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 3, garantiscono l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive, al lordo degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente, prendendo a riferimento il corrispondente costo complessivo sostenuto per l'anno 2021.

La norma prevede altresì che le Aziende possano disporre della quota scaturente dalle trattenute di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c), della legge 3 agosto 2007, n. 120, incrementando l'importo della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a un massimo del 20 per cento della stessa, ovvero, finanziando la quota di incremento delle tariffe delle prestazioni aggiuntive rese nei servizi che presentano maggiori necessità, previamente individuati.

Il **comma 4** introduce un principio di portata generale volto a riconoscere in capo ai dirigenti medici dipendenti delle aziende ed enti del SSN, nonché ai dirigenti sanitari e al personale del comparto sanità delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, un trattamento economico differenziato che tenga conto di molteplici fattori, quali la specializzazione medica per la dirigenza, la tipologia di attività, la riscontrata carenza di personale in talune branche specialistiche, le condizioni di lavoro in alcuni servizi e anche in contesti o zone disagiate, che comportano, ad esempio elevati rischi e responsabilità, imprevedibilità, particolare impegno in termini di tempo e di intensità lavorativa, e che per questo rendono maggiormente difficoltoso l'espletamento dell'attività lavorativa in ambito sanitario. Tali condizioni rappresentano un ostacolo alla erogazione dei servizi sanitari e, quindi, un rischio per il SSN di non garantire i livelli essenziali di assistenza. Pertanto, è necessario e urgente intervenire con misure idonee a favorire l'attrattività di talune professioni e di determinati incarichi, anche differenziando e valorizzando con risorse aggiuntive la parte variabile di tali retribuzioni.

La norma, infatti, stabilisce che, al fine di consentire la determinazione di trattamenti economici differenziati, le Regioni e le Province autonome destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Per garantire la piena efficacia della norma, le suddette risorse aggiuntive sono utilizzate in deroga sia ai tetti di spesa per il personale, di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, sia ai limiti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, il quale stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni

pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016. Si fa, infine, rinvio ad un successivo decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto di cui si tratta, per definire le linee di indirizzo ai fini dell'attuazione della disposizione.

Articolo 6 (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 7 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

Fermo restando che ai sensi dell'articolo 11 del presente provvedimento, le disposizioni di cui all'art. 1, commi 220 e 232, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, per i quali si provvede già a normativa vigente, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, così come rideterminato dall'articolo 1, comma 217, della predetta legge, ricomprendono anche gli emolumenti corrisposti ai medici specialisti con incarichi di lavoro autonomo finalizzati al recupero delle liste d'attesa, la norma non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La disposizione, al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti e di reinternalizzare i servizi sanitari affidati a cooperative, consente alle Regioni e PP.AA. di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa. La norma precisa che tale reclutamento avviene in deroga all'articolo 7, comma 6, 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.

Trattandosi di lavoro flessibile, si ricorre all'applicazione della normativa vigente ai sensi dell'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122122, come modificato per il personale della dirigenza medica e per il personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, dall'articolo 44-ter del decreto-legge 2 marzo 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56.

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 validata dal 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 8 (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, incrementati dall'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

In particolare, il **comma 1** incrementa il predetto limite di 1 punto percentuale per l'anno 2025 e 2026 (pari a circa 123 milioni di euro annui) 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, 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.

Al **comma 3**, si prevede, per le 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, la possibilità di 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.

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 9 (Modifica al decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517)

La modifica consente alle aziende ospedaliere universitarie che non possono far fronte alle esigenze assistenziali con l'organico funzionale di tipo universitario di stipulare contratti con il personale medico o sanitario non soltanto con la modalità a tempo determinato, ma anche con contratti a tempo indeterminato.

L'innovazione introduce un elemento di flessibilità nella gestione del personale destinato alle funzioni assistenziali dei policlinici universitari, indispensabile per soddisfare quelle funzioni che non hanno riscontro in ambito universitario e mira, in questa prospettiva, a concorrere positivamente alla riduzione delle liste d'attesa. In mancanza, infatti, di tale previsione risulta di estrema complessità, anche in relazione alla carenza del personale medico, integrare i ruoli assistenziali dei policlinici universitari con il personale sanitario di tipo dirigenziale.

Articolo 10 (Disposizioni per promuovere l'erogazione dei servizi in farmacia)

La proposta normativa si inserisce nel solco della rinnovata veste assunta dalle farmacie quali "*centri sociosanitari polifunzionali a servizio della comunità e punto di raccordo tra ospedale e territorio e front-office del Servizio Sanitario nazionale*".

In particolare, il **comma 1** interviene sull'articolo 1, comma 2 del predetto decreto legislativo, ampliando la gamma dei servizi assicurati dalla rete delle farmacie territoriali. Ciò si spiega alla luce dell'esigenza di adeguare il dato normativo alle diverse realtà fattuali già esistenti in via sperimentale e alle misure stabilite dai protocolli d'intesa sottoscritti durante la fase pandemica derivante dalla diffusione del Sars-Cov-2, al fine di semplificare l'accesso del cittadino a una serie di servizi in ambito sanitario.

In particolare, la modifica di cui alla **lettera a)** consente la possibilità per le farmacie di dispensare per conto delle strutture sanitarie, nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata, non solo i farmaci di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a) del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 ma anche i dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti.

La modifica di cui alla **lettera b)** rimuove i vincoli che consentivano di eseguire in farmacia le prestazioni analitiche di prima istanza solo se rientranti nell'ambito dell'autocontrollo. Ciò consentirebbe di ottenere in farmacia risultati analitici di prima istanza, spesso dirimenti nelle diagnosi mediche, soprattutto in favore di quei cittadini che non hanno la possibilità di spostarsi fino al centro più vicino. Tale intervento risulta indispensabile per assicurare un servizio sanitario di prossimità in ottica Pnrr.

La modifica di cui alla **lettera c)** porta a compimento il coinvolgimento delle farmacie e dei farmacisti nella rete di prevenzione vaccinale, già sperimentato durante l'emergenza sanitaria, prevedendo la **somministrazione di vaccini previsti nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, anche nei confronti dei soggetti di età non inferiore ai dodici anni**. Ciò si realizza anche sulla base di alcune esperienze regionali, come quella della Regione Lombardia che prevede la possibilità di somministrare il vaccino antinfluenzale per i soggetti di età superiore ai sei anni o delle Marche, dove è in atto la sperimentazione della vaccinazione Herpes Zoster. Si prevedono, altresì, le modalità organizzative, strutturali e logistiche funzionali ad assicurare le migliori tutele igienico-sanitarie e di tutela della riservatezza nei confronti dell'utenza.

Con la modifica di cui alla **lettera d)** si introduce la lettera e-quinquies) e la lettera e-sexies). La proposta mira ad inserire un altro servizio in farmacia, sulla base dell'esperienza della Regione Emilia-Romagna, consentendo al farmacista di effettuare i **test per la rilevazione dell'infezione batterica, nonché per la rilevazione della proteina C-reattiva (PCR) nel sangue** per valutare il decorso e l'entità di un processo infiammatorio o per determinare l'efficacia di una scelta terapeutica. Inoltre, la determinazione della PCR può essere utile per una migliore appropriatezza prescrittiva degli antibiotici, riducendo così l'uso non appropriato di antibiotici senza correre il rischio di non trattare, se opportuno, i pazienti che hanno delle esacerbazioni acute della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

Si prevede, altresì, che le farmacie possano erogare i **servizi di telemedicina**, fermo restando il rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida. Si rappresenta che tale servizio era già previsto, nell'Accordo Stato- regioni del 17 ottobre 2019 sulle "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità".

I **commi 2, 3, 4 e 5** della proposta normativa introducono delle disposizioni specifiche in materia di organizzazione delle farmacie che intendono offrire servizi sanitari diversi dalla dispensazione dei farmaci o di altri prodotti.

In particolare, il comma 2 consente a tali farmacie di utilizzare locali separati da quelli ove è ubicata la sede farmaceutica. La disposizione prevede, inoltre, che in detti locali è vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti.

Il comma 3 prevede che l'erogazione dei servizi sanitari in detti locali è soggetta alla previa autorizzazione da parte dell'amministrazione sanitaria territorialmente competente che ne accerta i requisiti di idoneità igienico-sanitaria, verifica l'ubicazione dei locali stessi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza prevista in pianta organica e accerta che essi siano situati ad una distanza non inferiore a duecento metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia.

Il comma 4 dispone che, al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione dei servizi sanitari offerti in detti locali, i soggetti titolari di farmacia appongono presso di essi, oltre alla croce verde identificativa della farmacia, un'insegna riportante la denominazione "Farmacia dei servizi" e forniscono idonea informazione sulla esatta identificazione dei soggetti titolari di farmacia che offrono i servizi.

Da ultimo – allo scopo di favorire l'aggregazione professionale e implementare l'offerta dei servizi a tutela della salute del cittadino - la proposta normativa prevede al comma 5 che due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti, possono esercitare in comune i servizi sanitari previa stipula del contratto di rete. L'autorizzazione all'utilizzo dei locali da parte delle farmacie che hanno stipulato il contratto di rete è rilasciata al rappresentante di rete.

In relazione al **comma 6**, si segnala che 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).

Articolo 11 (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 **comma 2** consente agli erogatori di prestazioni laboratoristiche lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stato rilasciato idoneo accreditamento istituzionale in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. 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 legge di conversione del presente decreto.

Articolo 12 (Misure premiali e sanzionatorie)

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. 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.

I **commi 3, 4 e 5** recano misure di premialità, in relazione al raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa di cui al comma 2. In particolare, il comma 3 stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della contrattazione individuale accessiva all'incarico di direttore regionale della sanità, possono prevedere, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, la corresponsione di un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento. Per le medesime finalità, il comma 4 modifica il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità locali e delle aziende ospedaliere, prevedendosi che per il raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste d'attesa è riconosciuto, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento. Analogamente, il comma 5 consente ai direttori generali di prevedere, nell'ambito della contrattazione individuale accessiva all'incarico di direttore di struttura complessa, la corresponsione di un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento per il raggiungimento dei predetti obiettivi, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute.

Il **comma 6** prevede le misure sanzionatorie in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa. In particolare, si prevede una decurtazione della retribuzione di risultato pari al 10 per cento e la possibilità, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, della revoca o del mancato rinnovo dell'incarico. Inoltre, in relazione ai direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, si prevede che il mancato raggiungimento degli obiettivi può determinare la sospensione dall'Elenco nazionale dei direttori generali per un periodo di dodici mesi.

Il **comma 7** 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 (Ircs) pubblici.

Articolo 13 (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, si autorizza, a decorrere dal 2026, per un triennio, la spesa di 60 milioni di euro, per la realizzazione di specifici obiettivi di potenziamento dei DSM. Per garantirne l'attuazione, inoltre, le regioni sono autorizzate ad assumere personale, previa valutazione e autorizzazione del Ministero della salute, di concerto con il Dipartimento della funzione pubblica presso la PCM e con il Ministero dell'economia e delle finanze, fermo restando l'obbligo di garantire a tali figure professionali l'aggiornamento e la formazione continua.

Articolo 14 (Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria)

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

Con la modifica normativa proposta si interviene sul 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 n. 3, in attuazione della proroga del termine per l'approvazione del bilancio preventivo dell'anno 2024 fino alla presentazione del conto consuntivo dell'anno 2023, così da consentire l'applicazione delle procedure di approvazione dei bilanci degli ordini professionali, nell'ottica della semplificazione del procedimento e di economia di gestione.

A tale scopo con la norma in questione, si dà la possibilità di prevedere che la proposta di bilancio possa essere approvata dal Consiglio direttivo senza sottrarre democraticità alla decisione finale che può comunque essere demandata all'Assemblea attraverso la proposizione di 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.