



# Newsletter Aris

n° 681 – 10.03.2025

## Inizia la prima lettura in Aula del Ddl Prestazioni Sanitarie

*Concluso il lavoro della Commissione Affari Sociali del Senato sugli emendamenti al Ddl Prestazioni Sanitarie, il testo, completato dagli emendamenti approvati, approda in Aula a partire da domani, martedì 11 marzo, per la prima lettura del testo completo.*

*Proponiamo un breve riepilogo di alcuni emendamenti di maggiore interesse approvati.*

### *Strutture private accreditate*

- Nuove regole di ingaggio del sistema di regolazione contrattuale degli erogatori dei servizi sanitari: prevede anche la partecipazione delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori di diritto privato alla declinazione dei criteri per la definizione dei requisiti di qualità dell'assistenza:
  - Partecipazione Regioni: nell'ambito della revisione complessiva della disciplina relativa all'accreditamento istituzionale, in coerenza con quanto previsto dall'art. 36 del Concorrenza 2024, è garantita ampia partecipazione delle amministrazioni regionali e delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori di diritto privato del SSN nella declinazione dei criteri per la definizione dei requisiti di qualità dell'assistenza, ulteriori rispetto ai requisiti minimi di sicurezza delle cure, cui dare applicazione quali specifici obblighi di servizio per ciascuna struttura ed organizzazione accreditata che eroghi prestazioni in nome, per conto e a carico del servizio sanitario nazionale.
  - Istituzione tavoli paritetici: la partecipazione delle amministrazioni regionali e delle associazioni di categoria può essere condotta anche attraverso l'istituzione, per una o più aree di attività, di tavoli paritetici, da attivare in seno al tavolo nazionale dell'accreditamento, di confronto tra regioni, Ministero della salute, Ministero per le disabilità ed associazioni di categoria.
  - Principi per la definizione dei criteri:
    - Obbligo di adesione al CUP: Garantire l'adesione di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati al sistema di governo delle liste di attesa, garantendo la disponibilità delle proprie agende di prenotazione ai sensi del DL Liste d'attesa, in coerenza con le previsioni di cui ai relativi piani regionali e nazionale;
    - Adesione strutture a SINGLA: prevedere l'adesione di tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto alle regole del sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA);
    - Valutazione della continuità assistenziale per eventuali rinnovi accordi contrattuali: improntare la valutazione in ordine agli eventuali rinnovi degli accordi contrattuali, da effettuarsi con una periodicità non inferiore a 5 anni e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, anche secondo criteri di continuità assistenziale e di premialità, che valorizzino l'andamento della riduzione delle liste d'attesa e valorizzino le aziende già operanti nell'ambito territoriale di riferimento, tenuto conto dei livelli occupazionali esistenti, degli investimenti effettuati per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, nonché della necessità di assicurare adeguata accessibilità agli utenti. La valutazione non può prevedere l'applicazione di sconti sulle tariffe delle prestazioni da erogare e deve valorizzare esclusivamente la qualità delle aree cliniche di pertinenza delle prestazioni;
    - Approccio comparativo nella selezione dei nuovi soggetti: garantire che l'individuazione di nuovi soggetti, per la stipula degli accordi contrattuali, avvenga secondo un approccio comparativo che tenga conto esclusivamente della qualità assistenziale delle prestazioni e

valorizzi quelle eventualmente già erogate dalla struttura o dall'organizzazione in regime di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché della capacità dell'erogatore di offrire un incremento della copertura territoriale in termini di reale prossimità all'utenza, rispetto all'assetto concreto dei fabbisogni assistenziali.

### *Professionisti sanitari*

- Trattenimento in servizio dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Min Sal: i dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, i dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della Salute, nonché gli esercenti le professioni sanitarie, dipendenti del Servizio sanitario nazionale possono presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del 40esimo anno di servizio effettivo e comunque non oltre il 60esimo anno di età. Dopo il 31 dicembre 2025, i predetti dirigenti sanitari e i dirigenti sanitari del Ministero della salute verranno equiparati, ai fini pensionistici, ai dirigenti sanitari del Servizio Sanitario Nazionale.
- Trattenimento in servizio personale docente SSN fino a 72 anni: prevede che il personale docente a tempo pieno presso strutture afferenti al SSN, possa, su richiesta dell'interessato, essere trattenuto in servizio fino a 72 anni non oltre il 31 dicembre 2026 per esigenze assistenziali o attività di ricerca e formazione, in forza delle quali quest'ultimo si impegna a svolgere attività di tutoraggio in favore di giovani assunti con contratto per ricercatore universitario a tempo determinato. Tale personale non può mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale.
- Quote di indennità di risultato ai DG: la quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento degli obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa non può essere inferiore al 50%
- Misure di contrasto ai gettonisti: Prevede che, per contrastare il fenomeno dei gettonisti, Regioni, Province autonome e enti del SSN possano reclutare il personale del comparto anche con contratti libero-professionali, oltre che con co.co.co.
- Incompatibilità: si sostituisce il comma 1 dell'art. 13 del DL 34/2023 prevedendo che fino al 31 dicembre 2027 – in luogo del 31 dicembre 2025 come previsto a legislazione vigente (art. 3 quater, comma 1, DL 127/2021) – agli esercenti le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione (art. 1 Legge 43/2006), dipendenti dalle aziende ed enti SSN, al di fuori dell'orario di lavoro non si applicano le incompatibilità con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il SSN (art. 4, comma 7, L. 412/1991) e le incompatibilità previste all'art. 53 del D.lgs. legislativo 165/2001.
  - Monitoraggio MinSal: il Ministero della Salute effettua annualmente il monitoraggio delle autorizzazioni concesse e dei tassi di assenza e dei permessi fruiti dal personale autorizzato.
  - Autorizzazione preventiva per attività professionali: in ogni caso, le attività professionali per le quali non trovano applicazione le disposizioni relative all'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario e al rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari (ai sensi degli artt. 15-quater e 15-quinquies del D.lgs. 502/1992) sono previamente autorizzate, al fine di garantire prioritariamente le esigenze organizzative del SSN, nonché di verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, dal vertice dell'amministrazione di appartenenza, il quale attesta che l' autorizzazione non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle liste d'attesa.

### *Ospedalità*

- Destinazione delle risorse aumento tetto DL 95 della Legge di Bilancio prioritariamente a PS: prevede, nei commi 4 e 5, che le risorse dell'ulteriore incremento del tetto di spesa del DL 95, pari allo 0.5% per il 2025 e all'1% a decorrere dal 2026, per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato (comma 277-278, Legge di Bilancio 2024), siano prioritariamente (*e non "anche" come attualmente previsto*) destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
- Restrizione tipologia di prestazioni a carico del FSN, con esclusione prestazione socioassistenziali: restringe la tipologia di prestazioni a carico del FSN, prevedendo che siano a carico del FSN gli oneri esclusivamente delle attività sanitarie erogate dalle USL, anche quando questi sono connessi a quelle

socio-assistenziali. L'attuale formulazione dell'art. 30 della L. 730/1983 prevede che siano “a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”. Conseguentemente, nell'ambito della quota a carico del SSN l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, di cui all'articolo 30 del Decreto LEA (DPCM 12 gennaio 2017), salva la ripartizione ivi contemplata elevabile al 70% nei casi di alta complessità assistenziale, sono a carico del FSN esclusivamente gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato nell'ambito della valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'assistito, anche se connesse con quelle socio-assistenziali in termini di specifica efficacia terapeutica.

- Tale disposizione si applica anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della legge.

*Deroga temporanea standard DM 70 per incremento tetto di spesa DL 95 in Legge di Bilancio 2025 e presidi sanitari di prossimità:*

- Deroga temporanea: prevede che l'ulteriore incremento del tetto di spesa del DL 95, pari allo 0.5% a decorrere dal 2026, per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato (comma 279, Legge di Bilancio 2024), finalizzato all'acquisizione di prestazioni afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti per ridurre il c.d. *boarding* nei PS, sia applicato in deroga agli standard relativi al numero di posti letto previsti dal DM 70/2015 per i suddetti reparti fino alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro e non oltre il 31 gennaio 2028.
- Presidi di prossimità: prevede che siano riconosciuti quali presidi sanitari di prossimità del SSN, e partecipanti all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale, anche le strutture sanitarie private accreditate che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei LEA.

La prima lettura del Testo in Aula dovrebbe concludersi a fine settimana. L'eventuale approvazione in seconda lettura alla Camera non è calendarizzata, con tempistiche d'esame incerte trattandosi di un disegno di legge.

Vi terremo comunque aggiornati.

\*\*\*\*\*

Informiamo inoltre che è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il provvedimento del Garante Privacy che recepisce le modifiche sul superamento della consultazione preventiva dell'Autorità, apportate lo scorso anno dal DL PNRR-Quater, all'interno del provvedimento 5 giugno 2019 relativamente al trattamento dei dati personali genetici per finalità di ricerca scientifica e statistica.

Il provvedimento 5 giugno 2019, adottato ai sensi del D.lgs. di recepimento del GDPR, contiene all'interno dell'allegato 4 le prescrizioni relative al trattamento dei dati genetici – all'interno delle quali (sezione 4.11.3) era specificata la necessità di ottenere il parere preventivo da parte del Garante per l'utilizzo secondario dei dati.

Con il provvedimento 13 febbraio 2025 viene superata la necessità di tale controllo preventivo, specificando come sia sufficiente rispettare le norme previste dall'art. 110, comma 1, del Codice Privacy – come modificate dal DL PNRR-Quater.

**Cordiali saluti**  
**Ufficio Comunicazione**

