



Newsletter Aris

n° 620 - 27.05.2024

Liste d'attesa: fitta discussione tra MinSal e Mef

Il provvedimento per l'abbattimento delle Liste d'attesa proposto Dal Ministro Schillaci è attualmente oggetto di discussione tra MinSal e MEF. Per quanti avessero interesse a conoscere nei dettagli il provvedimento, alleghiamo una bozza del testo con la precisazione che, proprio perché ancora in discussione soprattutto per ciò che riguarda le coperture finanziarie, potrebbe subire modifiche. Ed è per questo motivo che nella bozza di cui siamo in possesso, non figura alcun cenno a cifre per le coperture delle misure.

La bozza in particolare contiene:

- L'esclusione dal DL 95 delle prestazioni salvavita erogate in pronto soccorso;
- L'incremento di un punto percentuale per il triennio 2024-2026 del DL 95 in più rispetto a quanto già previsto in Legge di Bilancio (240 milioni per il 2024, 480 milioni per il 2025 e 600 milioni per il 2026);
- L'interoperabilità e l'integrazione delle agende private con i CUP unici regionali;
- La possibilità per le Asl di erogare prestazioni tramite gli erogatori privati accreditati;
- Ulteriori destinazioni della quota dello 0,4 del finanziamento indistinto delle Regioni per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato.

Il provvedimento è atteso in CdM il 3 giugno. Dopo l'approvazione, sarà trasmesso al Parlamento per la conversione in legge entro i sessanta giorni successivi. Eventuali modifiche parlamentari entreranno in vigore con la pubblicazione della Legge di conversione in Gazzetta ufficiale.

Proponiamo di seguito una breve analisi delle parti del provvedimento che ci riguardano più da vicino:

- **Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (art. 16):**
 - **Tetto di spesa:** si ridetermina il limite di spesa del DL 95 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, incrementando il tetto di spesa di 2 punti percentuali per l'anno 2024, di 4 punti percentuali per l'anno 2025 e di 5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, a partire dal tetto del 2011. L'incremento sarebbe quindi circa di: *240 milioni di euro per il 2024; 480 milioni per il 2025; 600 milioni per il 2026.*
 - **Prestazioni salvavita PS:** si escludono le prestazioni salvavita erogate nei pronto soccorso delle strutture ospedaliere private accreditate dai limiti di spesa di cui al [DL 95](#) (art. 15, comma 14).
- **Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (art. 2):**
 - **Appropriatezza prescrittiva:** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel caso di prima visita o di esami diagnostici, il medico prescrittore ha l'obbligo di attribuire l'appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico, utilizzando il codice di classificazione internazionale delle malattie (ICD- 9- CM e successive modificazioni). Nello specifico, è attribuita una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria ad ognuna delle seguenti classi di priorità:

- classe U (URGENTE): entro 72 ore dalla richiesta di prestazione;
- classe B (BREVE ATTESA): entro 10 giorni dalla prenotazione;
- classe D (DIFFERITA): entro 30 giorni per le visite ovvero 60 giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;
- classe P (PROGRAMMABILE): entro 120 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.
- **Implementazione di PDTA:** le Regioni e le Province autonome devono promuovere misure idonee a consentire al medico specialista di prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, se ritiene necessario condurre ulteriori accertamenti per completare il sospetto diagnostico, implementando – se necessario – il sistema dei PDTA.
- **Erogazione di prestazioni con aziende ospedaliere e privato accreditato:** è prevista la possibilità da parte delle aziende sanitarie locali di erogare prestazioni anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere e degli erogatori privati accreditati, previa stipula di accordi contrattuali. Le ASL devono erogare almeno il 90 per cento delle prestazioni entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità.
- **Documento di programmazione annuale:** i direttori generali delle ASL e aziende ospedaliere elaborano annualmente un documento di programmazione, contenente 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 e degli erogatori privati accreditati. L'attuazione della relazione rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori generali e della corresponsione dell'emolumento (di cui all'art. 19, comma 2 del provvedimento – *Misure di premialità*).
- **Uso della telemedicina:** le aziende sanitarie locali e ospedaliere e gli erogatori privati accreditati devono garantire l'uso della telemedicina secondo gli indirizzi e le linee guida vigenti, tra cui lo strumento del teleconsulto, con il fine di favorire l'integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.
- **Centri Unici di Prenotazione regionali e provinciali (art. 9):**
 - CUP unico: gli erogatori pubblici e quelli privati accreditati afferiscono al CUP che è l'unico a livello regionale o infra-regionale;
 - Interoperabilità CUP: la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture sanitarie e le Regioni di cui all'art. 8-quinquies, [D.Lgs. 502/1992](#);
 - Interoperabilità come elemento di valutazione per accreditamento: l'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce elemento di valutazione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale (ai sensi dell'art. 8-*quater*, D.Lgs. 502/1992);
 - Soluzioni digitali per i servizi: le Regioni promuovono l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket;
 - Sistema di "recall": il CUP attiva un sistema di "Recall" per ricordare la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione;
 - Linee guida ottimizzazione agende di prenotazione: il CUP attiva, inoltre, sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo indicazioni contenute in linee guida di livello nazionale, adottate con Decreto MinSal, previa intesa in Conferenza Stato Regioni. Nelle linee guida, inoltre, sono disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta il giorno previsto, senza giustificata disdetta, può essere tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione per la prestazione non usufruita.

- **Disposizioni in materia di tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario (art. 12):** al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, la Legge di Bilancio 2024 ha previsto che le Regioni possono utilizzare le misure previste per incrementare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive del personale medico e sanitario entro la quota non superiore allo 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 e coinvolgere anche le strutture private accreditate in deroga al DL 95. Si specifica che:
 - Le Regioni possono utilizzare somme ulteriori rispetto a quelle indicate in Legge di Bilancio (per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, 200 milioni di euro per il personale medico e 80 milioni di euro per il personale sanitario), purché rientrino nel limite dello 0,4 per cento.
 - Rientrano nella quota dello 0,4 per cento anche gli emolumenti corrisposti ai medici specialisti con incarichi di lavoro autonomo per il recupero delle liste d'attesa.
- E' anche previsto che le Regioni forniscano alle Aziende indicazioni in merito alla possibilità di derogare ai limiti stabiliti dal CCNL Dirigenza sanitaria 2019-2021, purché la spesa rientri nel limite dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.
- Per le medesime finalità di cui al comma 1, le Aziende e gli Enti del SSN, possono disporre della quota che scaturisce dalle trattenute previste dalla Legge 3 agosto 2007, n. 120 (Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria), anche incrementando l'importo della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a un massimo del 20 per cento della stessa, ovvero, finanziando, entro il medesimo limite, la quota di incremento delle tariffe delle prestazioni aggiuntive rese nei servizi che presentano maggiori necessità, previamente individuati.
- I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive, di cui al CCNL area sanità - triennio 2019-2021 (art. 89, comma 2 e articolo 7, comma 1, lettera d), sono soggetti a tassazione separata con aliquota del 15 per cento. Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali (Legge di Bilancio 2024, art.1 comma 15).

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione



TESTO 3 MAGGIO 2024

DECRETO-LEGGE RECANTE MISURE URGENTI DI GARANZIA SUI TEMPI DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E ALTRE DISPOSIZIONI URGENTI NI MATERIA SANITARIA.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

VISTO li decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)», e in particolare, l'articolo 1, comma 172 che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante «Disposizioni per al formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» e, in particolare, l'articolo 1, comma 280, che dispone la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO, altresì, l'articolo 1, comma 282, della predetta legge n. 266 del 2005, che prevede il divieto per le aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni rientrati nei livelli essenziali di assistenza, nonché il successivo comma 284, che stabilisce la sanzione amministrativa applicabile ai soggetti responsabili della violazione del menzionato divieto;

VISTO il decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, recante «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»;

VISTO il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, recante «Misure emergenziali per li servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria» e, in particolare, l'articolo 11, in relazione ai limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni;

VISTO il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante «Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia» e, in particolare, l'articolo 29 che ha previsto disposizioni urgenti in materia di liste d'attesa;

VISTO il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante «Misure urgenti connesse all'emergenza da Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali» e, in particolare l'articolo 26, che ha previsto misure volte al recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

VISTA la legge 30 dicembre 2021 n. 234, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024» e, in particolare, l'articolo 1, commi 218 e 277

VISTA la legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026» e, in particolare l'articolo 1, commi 218 e 219 in relazione all'incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale del comparto sanitario di cui all'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2023 e li successivo comma 232;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, recante «Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;

VISTO il decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, recante «Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali»;

VISTO il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 giugno 2015, n. 127;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;

VISTO il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, concernente «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 giugno 2022, n. 144;

VISTO il decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, concernente «Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 2022, n. 305;

VISTO il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019- 2021.....

RITENUTA la straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;

RITENUTA, altresì, la straordinaria necessità ed urgenza di prevedere misure adeguate a garantire alle persone con disagio e disturbo mentale l'effettivo accesso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria tenendo conto delle loro specifiche esigenze;

RAVVISATA la necessità e l'urgenza di prevedere specifiche disposizioni per la formazione e la professionalità dei dirigenti e dei direttori sanitari e per la semplificazione delle procedure di approvazione dei bilanci degli ordini professionali;

RITENUTA la necessità e l'urgenza di prevedere, nelle more della completa definizione della disciplina relativa alle misure di sicurezza nei confronti di patologie psichiche, di realizzare nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza e provvedere alla manutenzione di quelle esistenti;

RITENUTA la necessità e l'urgenza di intervenire in materia di fondi sanitari integrativi al fine di migliorare la capacità del Servizio sanitario nazionale, monitorando i bisogni di salute dei cittadini e programmando l'offerta;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del.....;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, **di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze;**

EMANA

il seguente decreto-legge:

TITOLO I

(Misure per la garanzia dei tempi dell'erogazione delle prestazioni e per la riduzione delle liste di attesa)

CAPO I

(Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie)

ART. 1

(Carta dei diritti dei cittadini in materia di prestazioni sanitarie)

1. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, i cittadini hanno diritto:

- a) ad accedere alle liste di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, senza incorrere nella sospensione delle prenotazioni;
- b) all'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate;
- c) al rispetto dei tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
- d) a una comunicazione chiara, trasparente e aggiornata su:
 - 1) i tempi di attesa massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, diagnostiche e di ricovero di cui ai Piani regionali di governo delle liste di attesa;
 - 2) i tempi di attesa effettivi previsti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, diagnostiche e di ricovero nelle singole strutture sanitarie pubbliche;
 - 3) la tipologia dei percorsi di tutela per la presa in carico delle richieste per le quali il Servizio sanitario non sia in grado al momento della prenotazione di offrire la prestazione nei tempi garantiti unitamente alla definizione delle modalità di erogazione delle predette prestazioni;

4) le modalità per la segnalazione di disservizi connessi alla mancata applicazione delle misure di contenimento dei tempi delle liste di attesa al registro delle segnalazioni di cui all'articolo 8.

2. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono ai propri assistiti i diritti di cui al comma 1, anche mediante l'attuazione degli strumenti per il Governo delle liste di attesa definiti dal presente decreto.

3. 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 dell'articolo 2, comma 5.

4. Per le violazioni di cui all'articolo 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, relative al divieto di sospensione delle attività di prenotazione, all'articolo 1, comma 284, primo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le parole «da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro» sono sostituite: «da un minimo di euro 2.000 a un massimo di euro 10.000» e nel secondo periodo le parole «da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro» sono sostituite: «da un minimo di euro 8.000 a un massimo di euro 30.000».

ART. 2

(Disposizioni ni materia di prescrizione ed erogazione dele prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, il medico prescrittore ha l'obbligo di attribuire, nel caso di prima visita o di esami diagnostici, l'appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico, utilizzando il codice di classificazione internazionale dele malattie (ICD- 9-CM e successive modificazioni).

2. Ad ognuna delle seguenti classi di priorità corrisponde una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria:

a) classe U (URGENTE): entro 72 ore dalla richiesta di prestazione;

b) classe B (BREVE ATTESA): entro 10 giorni dalla prenotazione;

c) classe D (DIFFERITA): entro 30 giorni per le visite ovvero 60 giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;

d) classe P (PROGRAMMABILE): entro 120 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

3. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano promuovono idonee misure utili a consentire che il medico specialista che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico prenda in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all'uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA).

4. Per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le aziende sanitarie locali erogano le prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, nonché degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Le strutture di cui al primo periodo erogano almeno il 90 per cento delle prestazioni entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità.

5. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano annualmente un documento di programmazione che contiene 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 del documento di programmazione di cui al primo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori generali ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 nonché della corresponsione dell'emolumento di cui all'articolo 19, comma 2.

6. 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.

CAPO II

(Disposizione relative alla governance per la gestione delle liste di attesa)

ART. 3

(Istituzione del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)

1. 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, presso il Ministero della salute è istituito il «Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa» (SINGLA), quale insieme delle strutture, degli strumenti e delle competenze volte all'esercizio coordinato delle seguenti funzioni:

a) analizzare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali e in ricovero ordinario e *Day Hospital* attraverso l'individuazione del livello delle prestazioni attese nelle diverse regioni, nelle loro articolazioni territoriali, per ambiti di patologia e per percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), adottando uno specifico strumento operativo finalizzato a determinare i livelli di prestazioni attese, idoneo a un'analisi puntuale dei bisogni che consenta il superamento dell'attuale modello di valutazione basato sui valori storicizzati delle prestazioni erogate nel passato;

b) governare la domanda delle prestazioni attraverso la promozione della appropriatezza prescrittiva e organizzativa in collaborazione con i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, anche nelle forme di aggregazione previste, e altri professionisti operanti nelle strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale (SSN) e in quelle accreditate e convenzionate;

c) identificare e dimensionare il sistema d'offerta necessario per garantire la risposta alla domanda di prestazioni attese, completo delle regole per definire i criteri di accessibilità e i relativi tempi di attesa, in linea con le esigenze espresse dai fabbisogni rilevati con gli strumenti di cui al punto *b)* e considerando le nuove strutture d'offerta previste dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, ivi compresa la farmacia dei servizi e i servizi di telemedicina;

d) monitorare il rispetto delle condizioni di offerta, delle regole e dei tempi di attesa attraverso la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PINLA);

e) integrare il modello di *governance* del SSN basato sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con indicatori di monitoraggio riguardanti le liste di attesa;

f) collegare strutturalmente i sistemi regionali e aziendali di governo delle liste di attesa ai ruoli di rete nel Servizio sanitario regionale (SSR) quali il sistema dell'emergenza urgenza, delle reti tempo-

- dipendenti, delle reti di patologia, i sistemi di risposta tempestiva e di prevenzione e controllo in caso di eventi catastrofici di tipo biologico e non biologico;
- g) definire un piano di formazione dei professionisti sanitari per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa e fornire indicazione alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano per la formazione del personale addetto ai Centri Unici di Prenotazione (CUP) e di tutti gli operatori del SSN coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni;
- h) definire un piano di comunicazione istituzionale diretto ai cittadini per informarli dei propri diritti e delle responsabilità in merito al corretto utilizzo del Centro unico di prenotazione (CUP), al fine di garantire una trasparente gestione delle liste di attesa;
- i) promuovere il collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- l) introdurre il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri, con l'utilizzo di indicatori di flusso, capacità e produttività e collegamento con il paradigma volumi ed esiti di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;
- m) rafforzare strumenti di monitoraggio dell'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI), sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero.

ART. 4

(Funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)

1. Il SINGLA è governato da una Cabina di Regia (CdR) istituita presso il Ministero della salute e presieduta dal Ministro della salute. Alla CdR 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 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 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). Alle sedute della CdR possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, dei fondi contrattuali, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. **La segreteria della CdR è curata dalla Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria.**
2. La CdR sovrintende all'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e vigila sull'attuazione delle misure di cui al presente decreto e si avvale del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.
3. Per la determinazione dei livelli di prestazioni di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a), il SINGLA adotta il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS), così come sviluppato nell'ambito del Sub-investimento 1.3.2: "Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA" della Missione 6 Salute, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il modello MCS è reso disponibile alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, per finalità di misurazione e monitoraggio e per promuovere lo sviluppo delle strategie di medicina di iniziativa previste dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

4. Per le finalità di cui al presente decreto, i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria - TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono resi interamente disponibili in chiaro al Ministero della salute e all'AGENAS per la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 7.

5. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 3, comma 1, lettera b), il SINGLA individua e adotta specifici strumenti per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese, attraverso l'implementazione del «Sistema Nazionale delle Linee Guida»(SNLG) adottato dall'ISS e tenendo conto del programma nazionale di «Buone Pratiche Cliniche», sviluppato dall'ISS in collaborazione con l'AGENAS, e con il monitoraggio del Ministero della salute, in coerenza con le previsioni di cui alla legge 8 marzo 2017, n. 24, e relativa disciplina di attuazione.

ART. 5

(Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa)

1. Al fine di implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla missione 6 del PNRR, con particolare riferimento alla gestione delle patologie croniche, con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PINGLA), nell'ambito delle attività del SINGLA, il Ministero della salute definisce apposite Linee di Indirizzo rivolte alle regioni e alle Province autonome di Trento e di 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.

2. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in coerenza con le Linee di indirizzo di cui al comma 1, definiscono i «Piani regionali di contenimento e recupero delle liste di attesa» nell'ambito dei quali è stimato il fabbisogno regionale di prestazioni per ogni branca specialistica per provincia e per area metropolitana, programmando la struttura di offerta con particolare attenzione:

- a) all'identificazione di nuovi attori nella rete di erogazione;
- b) ai canali di prenotazione innovativi;
- c) alla ridefinizione dei percorsi di tutela;
- d) al potenziamento e individuazione di forme di presa in carico alternative al ricovero in funzione dei nuovi attori territoriali;
- e) ai criteri e indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti web.

3. Nell'ambito della gestione delle patologie croniche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei «pacchetti di prestazione» attraverso agende dedicate gestite direttamente dallo specialista di riferimento o dalle Centrali Operative Territoriali (C.O.T.) o dal Dipartimento Cure primarie della ASL di appartenenza.

ART. 6

(Disposizioni per il governo delle liste di attesa)

1. Per l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 1, lettera m), l'AGENAS effettua il monitoraggio nazionale sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità delle prestazioni prenotate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramoenia (ALPI).

2. Al fine di implementare il livello di monitorabilità del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e alla relativa disciplina di attuazione, l'erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale richiede l'utilizzo di strumenti di prescrizione dematerializzati e interoperabili che individuino il quesito diagnostico anche in base a quanto previsto dall'articolo 2, comma 1, del presente decreto.

ART. 7

(Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa)

1. Al fine di governare le liste di attesa, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal PNRR, presso l'AGENAS è istituita la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sono adottate specifiche linee guida per definire le modalità attuative della predetta interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali.

3. La Piattaforma, operando in coerenza con il modello MCS di cui all'articolo 4, comma 3, persegue in particolare l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- c) verifica del rispetto del divieto di sospensione delle attività di prenotazione;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- e) produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche;
- f) attuazione decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle Buone pratiche clinico-assistenziali.

4. A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle aziende sanitarie titolari delle suddette agende con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

ART. 8

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa)

1. È istituito nel sito internet istituzionale del Ministero della salute il registro delle segnalazioni per il mancato rispetto dei diritti di cui all'articolo 1 del presente decreto. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è stabilita la composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa, 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, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate.

CAPO III

(Disposizioni per al riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie)

ART. 9

(Centri unici di prenotazione regionali e provinciali)

1. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (CUP) che è unico a livello regionale o infra- regionale.
2. Ai fini di cui al comma 1, la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali costituisce condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in coerenza con le previsioni di cui all'allegato B del decreto del Ministro della Salute 19 dicembre 2022, relativo alla «Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie».
3. L'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei CUP costituisce specifico elemento di valutazione, nell'ambito delle procedure di rilascio da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 relativo alla "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie".
4. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano promuovono l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket.
5. Il CUP attiva un sistema di «Recall» per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità on demand, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.
6. Nell'ambito delle Linee guida di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto, senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

(DA VALUTARE - v. analoghe norme regionali)

ART. 10

(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

1. Al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche possono essere effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata.

ART. 11

(Disposizioni sui limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale)

1. I valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60, recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria", sono incrementati a livello regionale, per l'anno 2024 e non oltre l'emanazione del decreto di cui al comma 3, di un importo complessivo pari al 25 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

2. A decorrere dal 2025, la spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato, è determinata sulla base della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN di cui al D.M. 24 gennaio 2023.

3. 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, da adottarsi entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al comma 2.

ART.12

(Disposizioni in materia di tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario)

1. Al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 consentono alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano di utilizzare le misure previste dai commi da 218 a 222 del predetto articolo entro la quota non superiore allo 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Tali risorse sono da intendersi nel senso di consentire alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano di utilizzare somme ulteriori rispetto a quelle indicate dall'articolo 1, comma 220, della medesima legge purché rientrino nel predetto limite dello 0,4 per cento. 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.

2. Per la finalità di cui al comma 1, nonché per garantire uniforme applicazione delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 89 del CCNL area Sanità 2019-2021, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono alle Aziende indicazioni in merito alla possibilità di derogare ai limiti stabiliti dal comma 4 del predetto articolo 89, relativi al costo complessivo delle prestazioni aggiuntive sostenute nell'anno 2021, purché la spesa rientri nel limite dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.

3. Per le medesime finalità di cui al comma 1, le Aziende e gli Enti del SSN possono disporre della quota scaturente dalle trattenute di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c), della legge 3 agosto 2007, n. 120, anche incrementando l'importo della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a un massimo del 20 per cento della stessa, ovvero, finanziando, entro il medesimo limite, la quota di incremento delle tariffe delle prestazioni aggiuntive rese nei servizi che presentano maggiori necessità, previamente individuati.
4. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, tenuto conto anche di quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo, sono soggetti a tassazione separata con aliquota del 15 per cento.
5. I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a tassazione separata con aliquota del 15 per cento. Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.
6. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 4, è autorizzata una decontribuzione fiscale per complessivi 106.352.512 euro per l'anno 2024 a valere...
7. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 5, è autorizzata una decontribuzione fiscale per complessivi [•] euro per l'anno 2024 a valere...

ART. 13

(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

1. Per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, del vigente "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", anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.
2. Per le prestazioni di cui al comma 1, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 del vigente "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", può essere incrementata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

3. Per le finalità di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro annui per l'anno 2024, a cui si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato che, a tal fine, è corrispondentemente incrementato.

ART. 14

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

1. All'articolo 12, comma 2 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, che prevede la possibilità per i 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, 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 12 ore settimanali».

ART. 15

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti “gettonisti” e di reinternalizzare i servizi sanitari affidati a cooperative, 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 forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

ART. 16

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

1. All'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, le parole «incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026» sono sostituite dalle seguenti: «incrementata di 2 punti percentuali per l'anno 2024, di 4 punti percentuali per l'anno 2025 e di 5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026».
2. Le prestazioni salvavita effettuate dai pronto soccorso delle strutture ospedaliere private accreditate non sono in ogni caso soggette al limite 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.

ART. 17

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

1. All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a), il n. 3), è sostituito dal seguente:

«3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci e dei dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale»;

b) alla lettera e), dopo le parole «di prima istanza» sono espunte le seguenti: «rientranti nell'ambito dell'autocontrollo»;

c) la lettera e-quater) è sostituita dalla seguente:

«e-quater) la somministrazione presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a dodici anni, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne alla farmacia, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa. Le prestazioni di cui al primo periodo, al di fuori dei limiti di spesa indicati negli Accordi regionali correlati all'Accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono a carico degli assistiti»;

d) dopo la lettera e-quater), sono aggiunte le seguenti:

«e-quinquies) l'effettuazione da parte del farmacista dei test diagnostici per il contrasto all'antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell'appropriatezza prescrittiva;

e-sexies) l'effettuazione da parte del farmacista, nei limiti delle proprie competenze professionali, dei servizi di telemedicina nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali»;

e) alla lettera f), dopo le parole «spesa a carico del cittadino,» sono inserite le seguenti: «scegliere il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta tra quelli convenzionati con Servizio sanitario regionale,».

2. Per l'erogazione da parte delle farmacie dei servizi sanitari di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, i soggetti titolari di farmacia possono utilizzare locali separati da quelli ove è ubicata la farmacia. In detti locali è vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti.
3. L'erogazione dei servizi sanitari nei locali di cui al comma 2 è soggetta alla previa autorizzazione da parte dell'amministrazione sanitaria territorialmente competente che accerta i requisiti di idoneità igienico-sanitaria dei locali, verifica che questi ultimi ricadano nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza prevista in pianta organica e che siano situati a 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.
4. Al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione dei servizi sanitari offerti nei locali di cui al comma 2, i soggetti titolari di farmacia appongono presso i locali stessi, 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.
5. Due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti, possono esercitare in comune i servizi sanitari di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, anche utilizzando i medesimi locali separati di cui al comma 2, previa stipula del contratto di rete di cui all'articolo 3, comma 4-quater, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33. L'autorizzazione all'utilizzo dei locali di cui al comma 2 da parte della farmacie che hanno stipulato il contratto di rete è rilasciata al rappresentante di rete.

ART. 18

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale)

1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, all'articolo 1, comma 796, lettera o), dopo il secondo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è inserito il seguente: «Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, adottato 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 ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono individuati criteri condivisi al livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture di cui al secondo periodo, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.».

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, presso i laboratori di analisi cliniche accreditati è consentito lo svolgimento dei servizi di telemedicina. 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 legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative.

ART. 19

(Misure di premialità)

1. All'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, dopo le parole «per le regioni che» sono inserite le seguenti: «garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che».
2. Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori 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 specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali. I direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo periodo ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari, integrando i relativi contratti individuali. Conseguentemente, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) all'articolo 1, comma 5, dopo il terzo periodo è inserito il seguente: «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.»;
 - b) all'articolo 2, comma 5, dopo il quarto periodo è inserito il seguente: «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.».

TITOLO II

(Ulteriori misure urgenti in materia sanitaria)

ART. 20

(Disposizioni in materia di salute mentale)

1. Al fine di promuovere e proteggere il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disagio e disturbo mentali nonché di prevedere misure adeguate a garantire alle persone stesse e alle comunità l'effettivo accesso a una assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze, è autorizzata la spesa di 80 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024 per la realizzazione nelle modalità stabilite con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dei seguenti obiettivi:
 - a) finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale regionali;
 - b) qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali autori di reato, a completamento del processo di attuazione del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81;
 - c) attuazione degli obiettivi di prevenzione, di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza, anche previsti dal nuovo Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM) 2024-2026;
 - d) attuazione di appositi piani regionali finalizzati alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA).
2. Per le finalità di cui al comma 1, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, comprese quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dal Ministero della salute, di concerto con il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e con il Ministero dell'economia e delle finanze, possono bandire concorsi per l'assunzione, in deroga alle disposizioni vigenti, delle figure professionali di seguito individuate:
 - a) medici psichiatri;
 - b) neuropsichiatri infantili;
 - c) psicologi;
 - d) infermieri professionali;
 - e) educatori professionali;
 - f) terapisti della riabilitazione psichiatrica;
 - g) terapisti occupazionali;
 - h) sociologi;
 - i) assistenti sociali;
 - l) operatori socio-sanitari;
 - m) personale amministrativo.

3. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono a tutte le figure professionali di cui al comma 2 l'aggiornamento e la formazione continua, inclusa la formazione pratica, attraverso percorsi adeguati a migliorare la qualità dell'assistenza e a rafforzare la corretta gestione dei servizi, in coerenza con gli obiettivi di cui al comma 1.
4. All'onere di cui ai commi 1, 2 e 3 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

ART. 21

(Disposizioni relative alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)

1. Nelle more della completa definizione della disciplina relativa alle misure di sicurezza nei confronti degli autori di reato affetti da patologie psichiche, è autorizzata per gli anni 2024-2026 la spesa di 40 milioni di euro per la realizzazione di nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui al decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, e per la manutenzione di quelle esistenti.
2. Agli oneri derivanti dal comma 1, per ciascuno degli anni dal 2024 al 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per l'avvio di opere indifferibili, di cui all'articolo 26, comma 7, del decreto-legge 17 maggio 2022, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2022, n. 91.

ART. 22

(Istituzione Scuola nazionale dell'Amministrazione sanitaria)

1. Ai fini della formazione e della professionalità dei dirigenti e dei direttori sanitari, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, è istituito un fondo con dotazione pari a 1 milioni di euro per l'istituzione della Scuola Nazionale dell'Amministrazione Sanitaria di competenza del Ministero della salute.
2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i principi e i criteri istitutivi, nonché i compiti della Scuola Nazionale dell'Amministrazione Sanitaria.

ART. 23

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

1. All'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come sostituito dall'articolo 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) al comma 1:
 - 1) alla lettera f), le parole “proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo” sono sostituite dalle seguenti: “approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo”;
 - 2) alla lettera g), le parole “proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale”, sono sostituite dalle seguenti: “approvare la tassa annuale”;
 - b) dopo il comma 4, è aggiunto il seguente: “4-bis. Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel comma 1, lettere f) e g), è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti che decide in via definitiva”.

ART. 24

(Disposizioni in materia di fondi sanitari integrativi e altri soggetti equiparati per il contenimento delle liste di attesa)

1. **Nell'ambito della collaborazione pubblico-privato per il contenimento dei tempi di attesa, con l'obiettivo specifico di migliorare la capacità del Servizio sanitario nazionale di monitorare i bisogni di salute dei cittadini, di analizzare la domanda delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e, tra esse, quelle che non trovano copertura da parte della rete pubblico e al fine di programmare accuratamente l'offerta, l'iscrizione all'Anagrafe dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 12 del 16 gennaio 2010, e all'articolo 9, comma 9, del decreto legislativo n. 502 del 1992 è subordinata all'adozione da parte del soggetto richiedente di un nomenclatore delle prestazioni, articolato per ambiti e aree assistenziali in coerenza con il sistema di classificazione delle prestazioni incluse nei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale. Il nomenclatore delle prestazioni di cui al precedente periodo, adottato da ciascun soggetto richiedente, è redatto secondo il modello unico nazionale individuato e periodicamente modificato con decreto del Ministro della salute e sviluppato in coerenza con le previsioni di cui al Decreto del Ministro della salute del 30 settembre 2022 recante “*Individuazione delle prestazioni a carattere sociale ed altre tipologie delle attività che devono essere svolte con i fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale*”**

ART. 25

(Disposizioni finali e copertura finanziaria)