

Trasmesso al Senato il c.d. “DdL prestazioni sanitarie”

È stato trasmesso al Senato il c.d. DdL prestazioni sanitarie (S. [1241](#)), provvedimento approvato lo scorso giugno dal Consiglio dei Ministri. Ricordiamo che il provvedimento, non ancora assegnato in Commissione, nasce dalla scissione del testo originario del DL Liste d’attesa e contiene un maggior numero di misure di spesa rispetto al Decreto approvato dal Parlamento lo scorso luglio ([L. 73/2024](#)).

In particolare, stando all’ultima bozza disponibile del testo, l’articolo 8 del Ddl prevede:

- **Limiti di spesa per acquisto prestazioni da privato accreditato (art. 8):**
 - **Incremento DL 95:** il limite di spesa acquisto prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati viene aumentato di 1 punto percentuale nel 2025 (arrivando quindi al 4%) e di un punto dal 2026 (arrivando al 5%). La stima è di 480 milioni per il 2025 e 600 milioni dal 2026.
 - **Destinazione risorse:** le risorse previste sono destinate prioritariamente alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di Pronto Soccorso e inserite nella rete dell’emergenza, conseguenti ai ricoveri in PS con codice di priorità rosso o arancio” per garantirne la remunerazione anche oltre i limiti del DL 95.
 - **Rete assistenziale Regione Lazio per Giubileo 2025:** al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti ottimizzando la produttività dei posti letto ospedalieri, le strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie della Regione Lazio possono partecipare ad una sperimentazione di un anno finalizzata all’aggiornamento delle tariffe associate alle prestazioni di ricovero per i codici 75 (Neuroriabilitazione), 56 (riabilitazione intensiva ad alta complessità, a minore complessità ed estensiva) e 28 (Unità spinale). È previsto un finanziamento non superiore a 28 milioni di euro.
- **Incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica (art. 6):** si prevede che i medici in formazione specialistica, regolarmente iscritti al corso di studi, possono svolgere presso il SSN incarichi libero-professionali e di collaborazione coordinata e continuativa, anche su base volontaria e al di fuori dall’orario di formazione, fino ad un massimo di 10 ore settimanali (in luogo delle 8 ore precedentemente previste dal [DL 34/2023](#)). Prevede inoltre la soppressione del termine temporale della sperimentazione, fissato a fine 2025, rendendo dunque la misura strutturale.

Il provvedimento, del quale non è ancora stato pubblicato il testo consolidato, dovrà essere assegnato in Commissione – presumibilmente la Affari Sociali del Senato. Attualmente l’esame non risulta calendarizzato e, trattandosi di un disegno di legge, non vi sono tempistiche definite per quanto riguarda la sua approvazione.

Di seguito è disponibile l’analisi completa della bozza.

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione

Disegno di Legge Prestazioni sanitarie

Analisi bozza

- **Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (art. 1):**
 - Appropriatezza prescrittiva: il medico, cui competono in maniera esclusiva diagnosi, prognosi e terapia, deve attribuire l'appropriata classe di priorità e indicare il sospetto diagnostico nella prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia nel primo accesso sia successivamente. È specificato che diagnosi, prognosi e terapia competono esclusivamente al medico.
 - Strumenti di prescrizione: le prescrizioni a carico del SSN sono effettuate con strumenti dematerializzati e interoperabili per favorirne la monitorabilità.
 - Definizione quesito diagnostico: alla definizione del quesito diagnostico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie, si provvede entro 60 giorni dall'entrata in vigore del DdL con Decreto del MinSal, previa intesa in CSR e sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati.
 - Implementazione di percorsi diagnostici: le Regioni e le Province autonome devono promuovere misure organizzative utili 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 percorsi diagnostici.
 - Classi di priorità: sono individuate quattro classi di priorità, a cui corrisponde diversa tempistica di erogazione:
 - 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.
 - Misure di garanzia: le Regioni attuano ogni iniziativa utile per assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesi per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo in caso contrario misure idonee nei confronti dei DG delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti previsti dai piani strategici annuali.
 - Erogazione di prestazioni con aziende ospedaliere, MMG e privato accreditato: le aziende sanitarie locali erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, attivando diagnostica di primo livello presso gli studi degli MMG e tramite gli erogatori privati accreditati, previa stipula di accordi contrattuali.
 - Piano strategico annuale: i direttori regionali della sanità elaborano le direttive per la predisposizione a livello aziendale di piani strategici annuali, contenenti l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali e l'offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere e degli erogatori privati accreditati. I DG delle ASL elaborano i piani strategici annuali e li trasmettono ai direttori regionali, cui compete la vigilanza. L'attuazione dei piani elaborati e validati rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali e dei direttori generali.
 - 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, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, per favorire l'integrazione tra i medici ospedalieri e MMG e PLS di afferenza territoriale.
- **Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (art. 2):** per garantire il coordinamento delle azioni per il rispetto delle liste d'attesa, è prevista presso il Ministero

della Salute l'istituzione del "Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa" (SINGLA), quale insieme di strutture, strumenti e competenze per l'esercizio delle seguenti funzioni:

- Governo della domanda: governo della domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il FSE e dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa, implementando il "Sistema Nazionale delle Linee Guida" (SNLG) dell'ISS e tenendo conto del programma delle "Buone Pratiche Cliniche" sviluppato dall'ISS in collaborazione con l'AGENAS e con il monitoraggio del MinSal, in coerenza con le disposizioni della Legge Gelli-Bianco (L. 24/2017).
- Analisi del fabbisogno: analisi del fabbisogno di prestazioni attese nelle Regioni mediante il "Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione" (MCS).
- Identificazione e quantificazione del sistema d'offerta: identificare e quantificare il sistema dei servizi sanitari necessario per garantire risposta adeguata ai bisogni assistenziali, implementando implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina.
- Monitoraggio tempi d'attesa ed equilibrio ALPI: monitorare, attraverso AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione, nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa.
- Integrazione con il Nuovo Sistema di Garanzia: integrare il modello di governance del SSN basato sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) con indicatori di monitoraggio riguardanti le liste di attesa;
- Linee di indirizzo alle regioni utili per revisione standard assistenziali: definire, attraverso il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), linee di indirizzo per le Regioni per allineare la domanda di assistenza sanitaria, definendo standard nazionali organizzativi, tecnologici e infrastrutturali, rilevanti per l'aggiornamento degli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale, individuando:
 - le vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - i canali di prenotazione innovativi;
 - la ridefinizione dei percorsi di tutela;
 - il potenziamento e individuazione delle vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - i criteri e indirizzi per il corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti web;
 - il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del SSN coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.
- Cabina di Regia: il SINGLA è governato da una Cabina di Regia, istituita presso il Ministero della Salute, così composta:
 - Ministro della Salute, in qualità di Presidente à Orazio Schillaci
 - Capo di Gabinetto del Ministero della Salute à Marco Mattei;
 - Due rappresentanti designati dalla Conferenza Stato-Regioni;
 - Capo Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del SSN à Dott. Francesco Saverio Mennini;
 - Capo Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie à Giovanni Leonardi (ad interim);
 - DG delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale à Mariella Mainolfi. Direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute;
 - Il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) à Rocco Bellantone;
 - Il Direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) à Domenico Mantoan.

Alle sedute possono essere invitati anche 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.

- **Compiti:** La CdR sovrintende all'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e vigila sull'attuazione delle misure di cui al presente disegno di legge, avvalendosi del supporto dell'[Osservatorio nazionale delle liste di attesa](#).

- **Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa (art. 3):**

- **Istituzione registro:** si prevede l'istituzione presso il MinSal del registro delle segnalazioni, cui i cittadini accedono tramite il sito internet del MinSal, per segnalare problematiche e disservizi nell'erogazione delle prestazioni. La data di operatività del registro sarà comunicata tramite avviso pubblico pubblicato in GU.
- **Composizione Osservatorio e raccolta dati:** con decreto MinSal, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, saranno definite:
 - Le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio, nel quale è prevista la partecipazione dei rappresentanti regionali designati dalla CSR e dei rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute;
 - le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate.

- **Disposizioni in materia di trattamento economico del personale sanitario (art. 4):**

- **Utilizzo 0,4% FSN:** si specifica che la quota dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 si intende in maniera che:
 - Le Regioni possono utilizzare somme ulteriori rispetto a quelle indicate dal comma 220 della LdB (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 d'attesa.

Ricordiamo che la disposizione della Legge di Bilancio 2024 (art. 1, comma 232, L. [213/2023](#)) che, per garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, ha autorizzato le Regioni ad avvalersi delle misure previste per incrementare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive del personale medico e sanitario entro la quota dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, anche coinvolgendo le strutture private accreditate in deroga al DL 95, di cui qui si specificano gli utilizzi.

- **Deroga costo complessivo prestazioni aggiuntive per Aziende e Enti:** prevede che le Regioni forniscano alle Aziende Sanitarie indicazioni in merito alla possibilità di derogare ai limiti riferiti all'attività intramuraria per il recupero delle liste d'attesa (stabiliti dal comma 4 dell'art. 89 del [CCNL Area Sanità 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.
- **Incremento tariffa oraria:** le Aziende e gli enti del SSN possono incrementare l'importo della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a un massimo del 20% della stessa o finanziare, entro lo stesso limite, la quota di incremento delle tariffe delle prestazioni aggiuntive rese nei servizi che presentano maggiori necessità. A tal fine, possono utilizzare la quota scaturente dalle trattenute applicate al compenso del libero professionista dall'Azienda di appartenenza, pari al 5% del compenso, attualmente vincolati ad interventi di prevenzione o volti alla riduzione delle liste d'attesa (art. 1, comma 4, lettera c) della L. [120/2007](#)).

- Risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa: le Regioni, nell'ambito delle disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2% del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Le risorse sono utilizzate in deroga ai limiti di spesa dell'art. 11 del [DL Calabria \(35/2019\)](#), nonché in deroga ai limiti per il trattamento accessorio del personale previsto dall'art. 23, comma 2, del D.lgs. [75/2017](#).
- **Ricorso agli specialisti ambulatoriali interni (art. 5):**
 - Ricorso a specialisti ambulatoriali interni: le aziende e gli enti del SSN possono ricorrere agli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato e su richiesta degli stessi, per la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa.
 - Tariffa oraria: per queste prestazioni, la tariffa oraria vigente può essere incrementata fino a 100 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive.
 - Spesa: alla spesa si provvede a valere sul finanziamento del fabbisogno standard cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'art. 1, comma 221 della [Legge di Bilancio 2024](#) – pari a € 280 milioni dal 2024 al 2026.
- **Incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica (art. 6)** – si prevede che i medici in formazione specialistica, regolarmente iscritti al corso di studi, possono svolgere presso il SSN incarichi libero-professionali e di collaborazione coordinata e continuativa, anche su base volontaria e al di fuori dall'orario di formazione, fino ad un massimo di 10 ore settimanali (in luogo delle 8 ore precedentemente previste dal DL [34/2023](#)). Prevede inoltre la soppressione del termine temporale della sperimentazione, fissato a fine 2025, rendendo la misura strutturale.
- **Reclutamento personale sanitario (art. 7)** – le Regioni, le province autonome e gli enti del SSN possono reclutare 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 ai presupposti di legittimità previsti per le amministrazioni pubbliche che potevano conferire esclusivamente incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione ([di cui all'art. 7, co. 6, D.lgs. 165/2001](#)). Tali reclutamenti devono essere certificati in una dichiarazione redatta dai direttori generali delle aziende e degli enti del SSN entro il 30 novembre di ogni anno. Tale dichiarazione deve essere inoltre 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.
- **Limiti di spesa per acquisto prestazioni da privato accreditato (Art. 8):**
 - Incremento DL 95: il limite di spesa acquisto prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati viene aumentato di 1 punto percentuale nel 2025 (arrivando al 4%) e di un punto dal 2026 (arrivando al 5%). (*480 milioni per il 2025 e 600 milioni per il 2026*)
 - Destinazione risorse: le risorse previste sono destinate prioritariamente alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di Pronto Soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti ai ricoveri in PS con codice di priorità rosso o arancio per garantirne la remunerazione anche oltre i limiti del DL 95.
 - Rete assistenziale Regione Lazio per Giubileo 2025: al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti ottimizzando la produttività dei posti letto ospedalieri, le strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie della Regione Lazio possono partecipare ad una sperimentazione di un anno finalizzata all'aggiornamento delle tariffe associate alle prestazioni di ricovero per i codici 75 (Neuroriabilitazione), 56 (riabilitazione intensiva ad alta

complessità, a minore complessità ed estensiva) e 28 (Unità spinale). È previsto un finanziamento non superiore a 28 milioni di euro.

- **Assunzioni personale AOU (Art. 9):** le aziende ospedaliere universitarie che non possono far fronte alle esigenze assistenziali con l'organico funzionale di tipo universitario possono di stipulare contratti con il personale medico o sanitario non soltanto con la modalità a tempo determinato, ma anche con contratti a tempo indeterminato.
- **Disposizioni per promuovere l'erogazione dei servizi in farmacia (art. 10):** *la norma dovrebbe essere espunta dal testo, in quanto già presente all'interno del c.d. Ddl Semplificazioni-bis (S. 1184).*
- **Riorganizzazione della rete dei laboratori (art. 11):** al fine di ridurre le liste di attesa tramite la riorganizzazione della rete dei laboratori, si prevede che entro 60 giorni dall'approvazione della legge il MinSal, di concerto con il MEF e previo parere della CSR, emani un decreto contenente criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata dei valori soglia delle prestazioni per i laboratori, anche accreditati, favorendo modelli di aggregazione contrattuali come i contratti di rete. Si prevede inoltre che presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stato rilasciato idoneo accreditamento istituzionale in corso di validità. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, con decreto MinSal, sentita la CSR, saranno stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.
- **Misure premiali e sanzionatorie (art. 12):**
 - **Premialità:** si prevede che tra i criteri per concedere risorse premiali alle regioni – contenuti al comma 67-bis della Legge 191 del 23 dicembre 2009 – sia inserito il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA. Si prevede inoltre che la riduzione delle liste d'attesa sia inserito tra i criteri valutativi dei DG delle aziende sanitarie e in generale degli enti del SSN e che per i direttori generali, amministrativi e sanitari sia riconosciuto un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10% nel caso in cui vengano raggiunti gli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa. Allo stesso modo, in relazione al raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, nell'ambito della contrattazione individuale accessiva all'incarico di direttore di struttura complessa, 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.
 - **Sanzioni:** L'accertamento del mancato raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa determina una decurtazione della retribuzione di risultato pari al 10% e può costituire, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, causa di revoca o mancato rinnovo dell'incarico nonché, per i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, la sospensione dall'Elenco nazionale dei direttori generali per un periodo di dodici mesi.
 - **Inconferibilità di incarichi:** si prevede che la disposizione di cui all'art. 5 del [D.Lgs 39/2013](#) – per 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 – non si applicano alle aziende ospedaliere e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici.
- **Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale (art. 13):** fine di prevedere un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari erogati dai Dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma Nazionale Equità nella Salute

2021-2027, per le Regioni destinatarie dello stesso, è autorizzata, a decorrere dal 2026, per un triennio, la spesa di 60 milioni di euro annui, per la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale;
- Qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali autori di reato.
- 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.
- Attuazione di appositi piani regionali finalizzati alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA).

A tal fine, si prevede che le Regioni – comprese quelle in piano di rientro – possano concordare con il MinSal e il MEF l'assunzione in deroga delle seguenti figure professionali: psichiatri; neuropsichiatri infantili; psicologi; infermieri; educatori professionali; terapisti della riabilitazione psichiatrica; sociologi; terapisti occupazionali; assistenti sociali; operatori sociosanitari; personale amministrativo. Le Regioni garantiscono l'aggiornamento e la formazione continua a tutti i suddetti operatori. *Non è specificato su cosa siano a valere gli oneri derivanti dalla norma.*

• **Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria (Art. 14):**

- SNAAS: si istituisce, presso il Ministero della Salute, la Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria (SNAAS), al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management sanitario.
- Attuazione: i principi e i compiti della Scuola vengono definiti con successivo decreto del MinSal, di concerto con il MUR e il MEF, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del decreto.
- Copertura finanziaria: all'onere derivante dall'attuazione dell'articolo, quantificato in 1 milione di euro a decorrere dal 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto nell'ambito del programma Fondi di riserva e speciali del MEF, utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della Salute.

• **Approvazione dei bilanci degli ordini professionali (Art. 15):** sono apportate modifiche al [D.Lgs. 233/1946](#) sugli Ordini delle professioni sanitarie, in particolare ai compiti in capo ai consigli direttivi, che dovranno:

- Approvare direttamente il bilancio preventivo e il conto consuntivo (attualmente l'approvazione spetta all'assemblea degli iscritti su proposta del consiglio);
- Approvare direttamente la tassa annuale (attualmente l'approvazione spetta all'assemblea degli iscritti su proposta del consiglio);

Si introduce l'ammissione del ricorso da parte dell'assemblea degli iscritti per queste due nuove attribuzioni del Consiglio.