

DISEGNO DI LEGGE RECANTE MISURE DI GARANZIA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA.

CAPO I

(Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa)

ART. 1

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

1. Il medico, cui compete in maniera esclusiva la diagnosi, prognosi e terapia, quando prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, ha l'obbligo di attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico sia nel caso di primo accesso che di accessi successivi. La prescrizione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale avviene mediante l'utilizzo di strumenti dematerializzati e interoperabili, al fine di implementare il livello di monitorabilità del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'offerta istituzionale. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati, si provvede alla definizione omogenea del quesito diagnostico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative 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 diagnostici.

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

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

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

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

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

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per assicurare ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

5. Le aziende sanitarie locali erogano le prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello negli studi della medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

6. I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione o organizzazione dei Servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.

7. 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, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

ART. 2

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

1. Per garantire il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa, presso il Ministero della salute è istituito il «Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa» (SINGLA), quale insieme delle strutture e degli strumenti per l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il «Sistema Nazionale 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;

b) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni, mediante il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione» (MCS);

c) identificare e quantificare il sistema dell'offerta dei servizi sanitari necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini nonché implementare il livello di integrazione delle reti di offerta anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla missione 6 del PNRR;

d) monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta

istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa;

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) la definizione, con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), di 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, individuando in particolare:

- 1) le vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;
- 2) i canali di prenotazione innovativi;
- 3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;
- 4) il potenziamento e individuazione delle vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;
- 5) i criteri e indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti web;
- 6) il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del SSN coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di Regia, (CdR), presieduta dal Ministro della salute e alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, il capo del dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il capo del dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e 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, i rappresentanti delle federazioni e degli ordini dei medici e degli altri operatori sanitari, delle società scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, dei fondi contrattuali, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della CdR non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati.

3. 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, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.

ART. 3

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

1. Presso il Ministero della salute è istituito il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. 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, sono disciplinati i compiti, le modalità di funzionamento e 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.

ART. 4

(Disposizioni in materia di trattamento economico del personale sanitario)

1. La disposizione di cui all'articolo 1, comma 232, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, che al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, autorizza le regioni e le province autonome ad avvalersi delle misure previste dai commi da 218 a 222 del medesimo 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, deve essere intesa nel senso di consentire alle regioni e province autonome di utilizzare somme ulteriori rispetto a quelle indicate dal comma 220, del medesimo articolo, purché rientranti nel 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 garantire l'applicazione uniforme 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. 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 una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 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 una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 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 in relazione alle prestazioni aggiuntive svolte a decorrere dall'anno 2025.
7. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 5, è autorizzata una decontribuzione fiscale per complessivi euro 13.736.242 in relazione alle prestazioni aggiuntive svolte a decorrere dall'anno 2025.
8. Le imposte sostitutive previste dai commi 4 e 5 sono applicate dal sostituto d'imposta. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le ordinarie disposizioni in materia di imposte dirette.
9. Al fine di valorizzare le specifiche peculiarità delle specializzazioni mediche della dirigenza del SSN in relazione alla tipologia, anche tenuto conto della carenza di professionisti appartenenti a talune branche specialistiche, e alle condizioni di lavoro, nonché di valorizzare le professionalità dei dirigenti sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, anche considerando le attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nell'ambito della disponibilità dei propri bilanci, destinano alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Le suddette risorse aggiuntive sono utilizzate in deroga ai limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 e ai limiti di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definite le linee di indirizzo per l'attuazione del presente comma.

ART. 5

(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, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie

(biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni del 4 aprile 2024, 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, per il periodo 2024-2026, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 221, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

ART. 6

(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 10 ore settimanali».

ART. 7

(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 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.

2. I direttori generali delle aziende e degli enti del SSN redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è validata dal Collegio sindacale di ciascuna azienda o ente del SSN e successivamente trasmessa al direttore regionale della sanità di

riferimento, che provvede all'inoltro alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute, entro il 15 dicembre di ogni anno.

ART. 8

(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 «, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026» sono sostituite dalle seguenti: «, di 4 punti percentuali per l'anno 2025 e di 5 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026».

2. Le risorse di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 3 dicembre 2023, n. 213, sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio, al fine di garantirne la remunerazione anche oltre i limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

3. Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie ottimizzando la produttività dei posti letto nell'ambito degli ospedali per acuti, le strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie nell'ambito della Regione Lazio e coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'art. 9-quater, comma 8 del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, possono partecipare ad una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe, definite in applicazione dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di ricovero relativamente alle prestazioni di riabilitazione per i codici 75, 56 (a, b, c) e 28. A sostegno dell'incremento tariffario correlato alla sperimentazione di cui al presente comma è previsto un finanziamento non superiore a 28 milioni di euro. 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, è definita la metodologia attuativa della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

ART. 9

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

1. All'articolo 5, comma 15, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, le parole «a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili» sono soppresse e le parole «Detto personale è assoggettato» sono sostituite da «Detto personale può essere assoggettato».

ART. 10

(Disposizioni 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;».

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 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 delle farmacie che hanno stipulato il contratto di rete è rilasciata al rappresentante di rete.

6. All'articolo 34 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 10-*bis*, dopo le parole «consumi farmaceutici» sono inserite le seguenti: «e dei servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia» e dopo le parole «nelle forme della distribuzione per conto» sono inserite le seguenti: «e ai servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, eseguiti in farmacia».

b) al comma 10-*ter*, dopo le parole «parafarmaci registrati come dispositivi medici» sono inserite le seguenti: «e all'erogazione degli integratori alimentari».

7. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ART. 11

(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, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, 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 Bolzano, sono individuati criteri condivisi a 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 all'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre del 2006, n. 296, 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 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, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e 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, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

ART. 12

(Misure premiali e sanzionatorie)

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, al primo periodo 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 regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, le regioni e le province autonome di Trento e 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, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali.
3. Per finalità di premialità, in relazione al raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della contrattazione individuale accessiva all'incarico di direttore regionale della sanità, possono prevedere, sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, la corresponsione di un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.
4. Per la medesima finalità di cui al comma 3, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, che disciplina il contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, 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.».
5. Per la finalità di cui al comma 3, in relazione al raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa di cui al comma 2, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, 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.
6. L'accertamento del mancato raggiungimento degli specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa di cui al comma 2 determina una decurtazione della retribuzione

di risultato pari al 10 per cento 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.

7. All'articolo 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-bis. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende ospedaliere e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici.».

CAPO II

(Ulteriori misure in materia sanitaria)

Art. 13

(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

1. Al fine di prevedere un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari 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:

- a) finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale;
- 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;
- 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 a valere....

ART. 14

(Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria)

1. Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 6, è istituita, presso il Ministero della salute, la Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria (SNAAS).

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, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente 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" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare con propri decreti le necessarie variazioni di bilancio.

ART. 15

(Misure 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».