

XIX legislatura

A.S. 1241:

"Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria"

Ottobre 2024

n. 199



servizio del bilancio
del Senato



SERVIZIO DEL BILANCIO

Tel. 06 6706 5790 – SBilancioCU@senato.it – X @SR_Bilancio

Il presente dossier è destinato alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari.

Si declina ogni responsabilità per l'eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge.

I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

Servizio del bilancio, (2024). Nota di lettura, «A.S. 1241: "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria"». NL199, ottobre 2024, Senato della Repubblica, XIX legislatura

INDICE

Capo I Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa	1
Articolo 1 (<i>Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>)	1
Articolo 2 (<i>Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa</i>)	4
Articolo 3 (<i>Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa</i>)	7
Articolo 4 (<i>Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni</i>).....	9
Articolo 5 (<i>Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica</i>).....	13
Articolo 6 (<i>Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario</i>).....	13
Articolo 7 (<i>Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati</i>)	15
Articolo 8 (<i>Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia</i>)	18
Articolo 9 (<i>Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale</i>)...	19
Articolo 10 (<i>Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa</i>)	20
Capo II Ulteriori misure in materia sanitaria.....	21
Articolo 11 (<i>Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale</i>)	21
Articolo 12 (<i>Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria</i>).....	23
Articolo 13 (<i>Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali</i>).....	28

CAPO I
MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

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

Il comma 1 impone al medico, cui competono in maniera esclusiva la diagnosi, la prognosi e la terapia, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, di attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata classe di priorità e, nel caso di primo accesso o di accessi successivi, indicare il quesito o il sospetto diagnostico. La prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN avviene mediante le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema tessera sanitaria (TS), al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni medesime nell'ambito dell'offerta istituzionale. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede alla definizione omogenea del quesito o sospetto diagnostico, anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie.

Il comma 2, fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, nell'ambito delle risorse organizzative e finanziarie del SSN, stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire al medico specialista che ritenga necessari ulteriori accertamenti, al fine di completare le indagini relative al sospetto diagnostico, di prendere in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, nonché, ove necessario, di implementare il sistema dei percorsi diagnostici.

Il comma 3, ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, assegna una tempistica specifica per ciascuna delle seguenti classi di priorità, come di seguito indicato:

- a) classe urgente (classe U): entro 72 ore dalla data della richiesta della prestazione;
- b) classe breve attesa (classe B): entro 10 giorni dalla data della prenotazione;
- c) classe differita (classe D): entro 30 giorni dalla data della prenotazione per le visite o 60 giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;
- d) classe programmabile (classe P): entro 120 giorni dalla data della prenotazione.

Il comma 4 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuino ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per assicurare il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, nonché prevedere, 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.

Il comma 5 dispone che le aziende sanitarie locali provvedono all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale nonché l'offerta degli erogatori privati accreditati, previa stipula degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Il comma 6 stabilisce che i direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od 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 di specialistica ambulatoriale 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.

Il comma 7 prevede che le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscano l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

La RT chiarisce che l'articolo reca norme in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in coerenza con le previsioni già contenute nel Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.

In particolare, la RT evidenzia che il comma 2 fa riferimento alle indicazioni formulate dal PNGLA vigente, le quali hanno previsto che «le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia [...]. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP». In tale ottica, «Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*)». Tale modello di presa in carico è volto ad evitare che il paziente, salvo sue diverse preferenze, sia rinviato al curante per formalizzare le prescrizioni suggerite dallo specialista e per garantire che le prenotazioni che originano da dette prescrizioni siano effettuate contestualmente alla prescrizione stessa. Il curante mantiene il suo ruolo di *gatekeeper* in quanto è l'unico titolato a produrre impegnative per la prima visita. Il vantaggio di tale modello risiede, inoltre, nella riduzione delle pressioni sui sistemi CUP in quanto si evita al paziente di contattare nuovamente il centro di prenotazione per avere un nuovo appuntamento. D'altro canto, in tale logica risiede la distinzione fra prima visita e visite di controllo,

che hanno codici distinti e valori tariffari differenti. Per le medesime finalità, le prestazioni di controllo non sono soggette al monitoraggio dei tempi di attesa né all'obbligo di indicazione della classe di priorità in quanto mentre il tempo di attesa per primo accesso è funzione della capacità di offerta dell'erogatore per la specifica prestazione richiesta e per la specifica classe di priorità indicata nella richiesta, il tempo di attesa per accedere ad una prestazione di controllo è funzione della indicazione clinica dello specialista che ha preso in carico il paziente nell'accesso precedente. Il comma 2 fa salva la disciplina di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992 e, infatti, le relative disposizioni non impattano sull'orario di lavoro degli specialisti dipendenti e sul rapporto di convenzionamento, se specialistici convenzionati interni, in quanto le prenotazioni sono sostitutive e non integrative di quante sarebbero attese qualora il paziente fosse rinviato al curante per produrre l'impegnativa suggerita dallo specialista. Inoltre, trattandosi di prestazioni programmabili, non richiedono prolungamento dell'orario di servizio ma ricadono su agende dedicate delle unità organizzative interne alla struttura sanitaria che, ancorché non visibili all'esterno (operatore di *front office* del CUP) sono regolarmente inserite nel sistema CUP. Le citate disposizioni, operando nell'ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del SSN, non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Dopo aver illustrato il contenuto dei commi 5 e 6, la RT assicura che dalle disposizioni finora considerate non scaturiscono effetti finanziari e, pertanto, le medesime non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

In riferimento alla previsione secondo cui le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e 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, precisa che la disposizione sarà attuata nell'ambito delle risorse umane, economiche e finanziarie disponibili a legislazione vigente. L'AGENAS, quale Agenzia della sanità digitale ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, definisce le linee guida e gli standard in materia di telemedicina e del relativo monitoraggio, garantendo la qualità e l'uniformità di tali servizi. Al riguardo, precisa che il teleconsulto è uno dei servizi base che verranno realizzati attraverso il progetto "Telemedicina" finanziato con fondi PNRR (Missione 6, componente 1, sub investimento 1.2.3. "Telemedicina") che prevede la realizzazione di piattaforme *software* e l'acquisizione di dotazioni *hardware* che saranno consegnate ai medici di medicina generale e saranno installate anche presso gli ospedali. La piattaforma nazionale di Telemedicina è dotata inoltre di un cruscotto per monitorare l'utilizzo dei servizi di telemedicina (tra cui il teleconsulto) e garantire la diffusione omogenea sul territorio nazionale così come previsto dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012. Segnala in materia che si è provveduto con decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023 alla "Ripartizione delle risorse di cui all'investimento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" e con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delegato per

l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, 21 settembre 2022, alla "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio". Infine, rappresenta che il 20 febbraio 2014 è stata sancita l'intesa Stato-Regioni (Rep. Atti n. 16/CSR) recante Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali e che è stato sottoscritto l'Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, alla luce della limitata portata innovativa delle norme in esame, dei chiarimenti forniti dalla RT e della genericità dei compiti affidati alle regioni e alle province autonome dai commi 2 e 4, che individuano più degli obiettivi che degli obblighi puntualmente definiti, non si hanno osservazioni da formulare.

Articolo 2

(Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

Il comma 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, istituisce presso il Ministero della salute 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 per le linee guida (SNLG), di cui al decreto del Ministro della salute 27 febbraio 2018, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 66 del 20 marzo 2018, tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche clinico-assistenziali, sviluppato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e con il monitoraggio del Ministero della salute, secondo quanto previsto dalla legge n. 24 del 2017, e dalla 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), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 della Missione 6 - Salute, componente 1, del PNRR;
- 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-Salute 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, prevista dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 73 del 2024;
- e) integrare il modello di *governance* del SSN basato sul Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019,

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 138 del 14 giugno 2019, con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa;

- f) definire, nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), ai sensi dell'articolo 1, comma 280, della legge n. 266 del 2005, le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, stabilendo *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, e individuando in particolare:
- 1) le articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - 2) i canali di prenotazione innovativi;
 - 3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;
 - 4) il potenziamento e l'individuazione delle articolazioni dell'assistenza territoriale;
 - 5) i criteri e gli 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 Servizio sanitario nazionale coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

Il comma 2 dispone che il SINGLA è governato da una Cabina di regia (CdR), presieduta dal Ministro della salute, alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del SSN, 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 SSN, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'ISS e il direttore dell'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, 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.

Il comma 3 prevede che la CdR sovrintenda all'elaborazione del PNGLA e vigili sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

Il comma 4 impone che dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

La RT chiarisce che la disposizione è diretta a sistematizzare le funzioni che attualmente sono già svolte dal Ministero della salute in materia di governo delle liste di attesa mediante l'istituzione di una cabina di regia che ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure che sono previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento. In tal modo si intende 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. Il sistema nazionale delle liste di attesa è, quindi, strettamente connesso con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa e la Piattaforma nazionale delle liste di attesa che è stata

prevista nell'articolo 1 del decreto-legge n. 73 del 2024. Il SINGLA, infatti, ha il compito di sovrintendere alla realizzazione, al mantenimento e all'implementazione delle misure previste dal PNGLA e dalla normativa di riferimento in tema di liste e tempi di attesa, ivi inclusa l'analisi dei dati provenienti dalla Piattaforma nazionale delle liste d'attesa di cui al decreto-legge n. 73 del 2024. Le funzioni e i compiti affidati al SINGLA sono riconducibili agli attuali compiti e funzioni dell'Osservatorio Nazionale delle liste d'attesa istituito con decreto del Ministro della salute 20/06/2019 e modificato nella composizione con decreto del 31/12/2021, la cui durata in carica è prevista fino alla vigenza del Piano nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021, potenziati in ragione delle maggiori disponibilità informative e dei migliori strumenti di governo assicurati dal decreto-legge n. 73 del 2024.

La norma non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto l'istituzione del SINGLA di cui al comma 1 non determina la previsione di nuove funzioni ma unicamente la sistematizzazione di funzioni già svolte dal Ministero della salute, coordinate dalla cabina di regia.

Con particolare riferimento alla previsione relativa al monitoraggio svolto dal SINGLA, per il tramite di AGENAS, precisa che tale attività sarà svolta nei limiti delle risorse umane, economiche e finanziarie nella disponibilità dell'Agenzia a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le modalità del monitoraggio realizzato attraverso la Piattaforma Nazionale (PNLA) e le relative risorse per l'implementazione e il funzionamento sono dettagliate nel decreto-legge n. 73 del 2024.

In relazione alla promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta che tale servizio è già disciplinato nel decreto interministeriale "Fascicolo sanitario elettronico 2.0" del 7 settembre 2023 e sarà implementato con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, già previste dal PNRR - Missione 6 Salute, Componente 2, investimento 1.3.1 relativo al "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)".

Con riferimento al funzionamento della cabina di regia di cui al comma 2, precisa che la partecipazione alle relative sedute non determina la corresponsione di alcun emolumento.

Infine, in relazione a quanto previsto dal comma 3 in ordine all'attività di supporto dell'Osservatorio nei confronti del SINGLA, ribadisce che trattasi di funzioni attualmente già svolte e che, pertanto, potranno continuare ad essere garantite con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente.

La neutralità finanziaria delle disposizioni contenute nell'articolo in esame è confermata dalla clausola di invarianza finanziaria di cui al comma 4, il quale inoltre precisa che le amministrazioni interessate provvedono alle attività previste dall'articolo nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, in relazione all'istituzione del SINGLA, quale insieme delle strutture e degli strumenti per l'esercizio delle funzioni indicate nell'elenco di cui al comma 1, si osserva che tanto il dispositivo quanto la RT non forniscono indicazioni adeguate per individuare le strutture e gli strumenti coinvolti che dovrebbero comunque configurarsi come interni al Ministero della salute, per cui non risulta possibile valutare la clausola di invarianza finanziaria posta dal comma 4.

Pertanto, sarebbe opportuna un'integrazione che illustri, in relazione a ciascuna delle funzioni elencate alle lettere a) - f) del comma 1, la struttura competente e le risorse disponibili. Si osserva a tale proposito che la Cabina di regia prevista al comma 2 è organo di governo che dovrà avere necessariamente il supporto di altri uffici per le attività esecutive, e che l'Osservatorio cui la RT in un punto riconduce le funzioni del nuovo Sistema ha in realtà sulla base del decreto ministeriale citato dalla stessa RT funzioni più limitate¹ (peraltro sempre la RT in un altro punto riconduce le funzioni del Sistema al Ministero).

Andrebbero poi fornite assicurazioni circa la sostenibilità dell'attività di monitoraggio, sostanzialmente affidata ad AGENAS, a valere sulle risorse ordinariamente disponibili presso questa Agenzia.

Si prende infine atto dei chiarimenti forniti sulla promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e, al netto delle osservazioni formulate, della clausola di invarianza finanziaria di cui al comma 4.

Articolo 3

(Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

Il comma 1 istituisce presso il Ministero della salute il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito *internet* 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*.

¹ Secondo il DM 20/06/2019 l'Osservatorio ha il compito di supportare le Regioni e le Province autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021. L'Osservatorio deve svolgere il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021, effettuando, al contempo, l'analisi delle criticità rilevate nell'attuazione delle disposizioni in parola, fornendo indicazioni tese ad omogeneizzare i comportamenti delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e superare eventuali disuguaglianze erogative delle prestazioni nonché assicurare una risposta tempestiva, efficace e appropriata ai bisogni assistenziali dei cittadini. L'Osservatorio si può avvalere delle informazioni e degli elementi in possesso della banca dati del Servizio di pubblica utilità attivato mediante il numero telefonico 1500. L'Osservatorio può provvedere ad elaborare appositi indicatori a supporto del Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. L'Osservatorio provvede entro 6 mesi dalla sua costituzione alla elaborazione delle modalità di monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nonché alla revisione delle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 oggetto di monitoraggio.

Il comma 2 provvede alla copertura degli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge n. 196 del 2009 (relativo al riaccertamento dei residui passivi perenti eliminati), iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per il triennio 2024-2026. Agli oneri derivanti dal funzionamento del registro di cui al comma 1, pari a 40.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Il comma 3 demanda ad apposito decreto del Ministro della salute, da adottare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la disciplina dei compiti e delle modalità di funzionamento, nonché la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e la definizione delle modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate. Per la partecipazione alle attività dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spesa o altri emolumenti comunque denominati.

La RT ribadisce che il registro di cui al comma 1 sarà alimentato con le segnalazioni pervenute dai cittadini, previa autenticazione, sul sito *web* del Ministero della salute, ove verrà previsto un apposito sistema con modulo *on line*, che consentirà al cittadino di autenticarsi e inserire la segnalazione. Il Sistema acquisirà i dati, effettuando sugli stessi una preventiva analisi, che metterà a disposizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, il quale a sua volta riferirà alla Cabina di regia di cui all'articolo 2, comma 2.

Il Sistema di istituzione del registro prevede, dunque, un servizio di autenticazione e uno di acquisizione obbligatoria di campi da compilare, tra cui l'oggetto della segnalazione, nonché un servizio di *service desk* e di analisi delle segnalazioni.

Ipotizza che il registro possa essere sviluppato in un tempo tra i 3 e i 6 mesi, prevedendo un costo di realizzazione di 250.000 euro (IVA esclusa) e di 305.000 euro (IVA inclusa), come da tabella sotto riportata, da sostenere per l'anno 2025.

Per quanto riguarda l'onere relativo all'attribuzione del servizio di conduzione applicativa del registro, non riguardante oneri del personale, la RT ne stima l'ammontare in 40.000 euro annui.

Servizio	Costi
Supporto Tecnico Specialistico (gg/pp a tariffa mix)	30.000
Sviluppo Applicativo in FP	178.000
Sviluppo Applicativo in GGPP (tariffa mix)	42.000
Totale iva esclusa	250.000
Totale iva inclusa	305.000

La RT non aggiunge altro al contenuto del dispositivo.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica ascrive alle norme i seguenti effetti:

(milioni di euro)

Co.	Descrizione	e/s	nat	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto			
				2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027
1	Istituzione, presso il Ministero della salute, del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa	S	K		0,3				0,3				0,3		
		S	C		0,04	0,04	0,04		0,04	0,04	0,04		0,04	0,04	0,04
2	Riduzione del fondo di parte corrente costituito in esito al riaccertamento dei residui passivi perenti eliminati, di cui all'art. 34-ter, c. 5 della L. 196/2009, iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute per il triennio 2024-2026	S	C		-0,3				-0,3				-0,3		
		S	C		-0,04	-0,04	-0,04		-0,04	-0,04	-0,04		-0,04	-0,04	-0,04

Al riguardo, in ordine agli oneri indicati dalla RT, si prende atto dei loro importi, sui quali non si dispone di elementi di verifica, potendosi comunque ritenere appropriato l'ordine di grandezza.

In ordine all'assenza di oneri per il personale per la conduzione applicativa del registro, accennata per inciso dalla RT, appare necessario un approfondimento, atteso che l'articolo non potenzia un servizio già esistente ma ne introduce uno *ex novo*, il che suggerisce la necessità di predisporre personale ad esso dedicato, in assenza di indicazioni a supporto dell'impostazione adottata dalla RT.

Articolo 4

(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

Il comma 1 stabilisce che per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale possano avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, all'effettuazione di ore di lavoro straordinario 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", anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20².

Il comma 2 prevede, per le prestazioni di cui al comma 1, la possibilità di incrementare fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 del vigente Accordo collettivo nazionale. Lo stesso comma statuisce poi che 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.

² Si ricorda che l'articolo 20, comma 1, del citato Accordo collettivo nazionale prevede che l'Azienda sanitaria, prima di dare attuazione al comma 2 (secondo cui è tenuta a verificare la possibilità di completare, anche nel periodo di prova, entro il massimale orario di 38 ore settimanali, l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale), deve dare seguito alla procedura di mobilità intraaziendale.

Il comma 3 autorizza per le finalità in esame la spesa di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a cui 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 220, della legge n. 213 del 2023³, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'allegato III della citata legge n. 213 del 2023.

La RT evidenzia che le liste d'attesa rappresentano un problema significativo nel nostro sistema sanitario, causando ritardi nelle cure e disagi per i pazienti. Evidenzia la necessità della spesa di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 al fine di ridurre le liste d'attesa attraverso il realistico impiego di 9.800 specialisti ambulatoriali convenzionati interni su circa 18.000 specialisti attualmente in servizio a tempo indeterminato, ciascuno dei quali dedicherà almeno due ore settimanali di orario aggiuntivo per un anno.

L'obiettivo principale di questa iniziativa è ridurre drasticamente le liste d'attesa per visite specialistiche, migliorando così l'accesso alle cure per i pazienti e incrementando la qualità del servizio sanitario.

Di seguito la metodologia:

1. Impiego degli Specialisti:

- Numero di specialisti coinvolti: 9.800
- Orario aggiuntivo settimanale per specialista: 2 ore
- Periodo di implementazione: 52 settimane (1 anno)

2. Calcolo delle Ore Totali:

- Ore aggiuntive settimanali totali: $9.800 \text{ specialisti} \times 2 \text{ ore} = 19.600 \text{ ore}$
- Ore aggiuntive annuali totali: $19.600 \text{ ore} \times 52 \text{ settimane} = 1.019.200 \text{ ore}$

3. Costo per Ora Aggiuntiva:

- Il compenso medio stimato per ora aggiuntiva per uno specialista è di circa 98 euro
- Costo totale per le ore aggiuntive: $1.019.200 \text{ ore} \times 98 \text{ euro/ora} = 99.881.600 \text{ euro}$

Impatto Previsto:

1. Riduzione dei Tempi di Attesa:

- Con l'aggiunta di 1.019.200 ore di lavoro annuali, si prevede una significativa riduzione delle liste d'attesa. Stimando una media di 20 minuti per visita, si potrebbero effettuare circa 3.057.600 prestazioni aggiuntive.
- Questo permetterà di ridurre ampiamente i tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali.

2. Miglioramento della Qualità delle Cure:

³ Si ricorda che il comma 220 dell'articolo 1 della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio 2024) prevede un'autorizzazione di spesa per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario.

- Ridurre le liste d'attesa significa offrire cure tempestive, migliorando gli esiti clinici e riducendo le complicazioni legate ai ritardi nelle diagnosi e nei trattamenti.

3. Soddisfazione dei Pazienti:

- Una riduzione delle liste d'attesa migliorerà la soddisfazione dei pazienti, incrementando la fiducia nel sistema sanitario e diminuendo le lamentele e i reclami.

Considerazioni Economiche

La spesa di 100 milioni di euro rappresenta, come sopra riportato, un investimento necessario e giustificato dall'impatto positivo che avrà sulla salute pubblica. Inoltre, il miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario potrebbe portare anche a una riduzione dei costi a medio e lungo termine, grazie ad una diagnosi precoce evitando così complicanze ed aggravamenti delle patologie che porterebbero a costi ulteriori per il SSN a causa del maggior costo delle cure (farmaci, ricoveri, esami strumentali ad alto costo, assenze dal lavoro ecc.) e quindi avendo come risultato una gestione più tempestiva e preventiva sulle patologie.

Pertanto, come sopra evidenziato, l'investimento di 100.000.000 di euro per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni per ridurre le liste d'attesa (obiettivo del provvedimento) giustifica l'investimento previsto prevedendo nell'immediato la riduzione dei tempi di attesa ma anche un risparmio ulteriore nel medio e lungo termine per il SSN.

Per le finalità di cui al comma 2, si provvede nel limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, nei limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, e della ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'allegato III della citata legge n. 213 del 2023.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, va preliminarmente evidenziato che le disposizioni predispongono una autorizzazione di spesa da intendersi quale tetto massimo per il 2025 e il 2026, volta a consentire l'effettuazione di ore di lavoro straordinario aggiuntive da parte di specialisti ambulatoriali interni. In generale, considerato che la norma non fissa quantitativi minimi di ore di straordinario o di personale da impiegare e che anche l'incremento della tariffa oraria non è previsto in somma fissa ma fino a 100 euro, lasciando quindi margini di modulabilità, non ci sono osservazioni.

In relazione alla stima predisposta dalla RT, posto che assume un onere medio unitario in ragione oraria pari a 98 euro, andrebbe chiarito se si tratti dell'importo al lordo o al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Qualora si tratti dell'importo al netto di tali oneri, andrebbe fornito anche l'importo lordo, in quanto detti

oneri, pur se costituiscono una partita di giro nell'ottica complessiva del conto consolidato delle PP.AA., rappresentano un onere per il bilancio dell'ente sanitario, rendendo il pagamento degli straordinari più oneroso. Questo determinerebbe, a parità di risorse complessive utilizzate, una riduzione delle ore aggiuntive di straordinario rispetto a quelle stimate in questa sede.

Quanto agli altri parametri utilizzati, sarebbero utili conferme circa la plausibilità dell'ipotesi di completa adesione all'effettuazione di n. 2 ore aggiuntive settimanali di lavoro straordinario da parte dei professionisti del S.S.N., tenuto conto dei limiti all'orario massimo di lavoro e dei riposi, espressamente menzionati dal comma 2⁴. A tal fine, sembrerebbe altresì utile l'acquisizione dei dati medi unitari mensili delle ore di lavoro straordinario prestate dai medici specialisti ambulatoriali.

Per i profili di copertura, si provvede a carico della dotazione del F.S.N. prevista ai sensi dell'articolo 1, comma 220, della legge di bilancio 2024, in cui è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto sanità⁵. Tali oneri sono finalizzati, ai sensi dei commi 218-219 della medesima legge, a riconoscere la tariffa oraria per prestazioni aggiuntive fino a 100 euro lordi, al netto degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni, al personale medico e a riconoscere la tariffa oraria fino a 60 euro lordi, al netto degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni, al personale del comparto sanità. Si osserva pertanto che si utilizzano risorse che erano già destinate a bilancio vigente all'erogazione di incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico e in parte anche del restante personale del comparto sanità. Posto che le norme della legge di bilancio non fissavano minimi quantitativi e che si tratta quindi di risorse rimodulabili anche per fare fronte alla nuova platea prevista dalle norme in esame, non ci sono particolari osservazioni.

⁴ A tale proposito, il Rapporto della Fondazione GIMBE presentato di recente in Parlamento ha rilevato in relazione alla misura adottata ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge n. 73/2024, che ai fini del potenziamento dell'offerta di visite diagnostiche e specialistiche, ha disposto l'estensione delle attività relative al sabato e alla domenica, prolungando le fasce orarie, che “permangono incertezze sull'effettiva capacità di incentivare il personale sanitario già sotto pressione, tenuto comunque a rispettare la direttiva UE sugli orari di riposo”. In particolare, si è evidenziato che ogni 24 ore deve essere previsto un periodo minimo di 11 ore consecutive di riposo e, per ogni periodo di 7 giorni, un riposo ininterrotto di 24 ore, a cui si sommano le 11 ore di riposo giornaliero. Cfr. Fondazione Gimbe, VII Rapporto sul S.S.N., 8 ottobre 2024, pagine 147-148.

⁵ Ai predetti oneri, pari complessivamente a 280 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come incrementato dal comma 417. Nell'allegato III è indicato il riparto tra le Regioni e le Province autonome dei già menzionati importi che costituiscono limite massimo di spesa comprensivo di tutti gli oneri a carico dell'amministrazione. La dotazione del Fondo sanitario nazionale è iscritta in corrispondenza ai capitoli di bilancio 2700, 2701, 2710 e 2862 dello stato di previsione del Ministero dell'economia relativo al bilancio 2024-2026. Per le annualità 2025 e 2026 lo stanziamento reca le necessarie disponibilità. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.B., Sistema *Datamart/RGS*, Monitoraggio autorizzazioni di spesa/Capitoli bilancio 2024/2026, sul sito *internet*.

Articolo 5

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

L'articolo è finalizzato a prevedere la cessazione del carattere sperimentale, previsto fino al 31 dicembre 2025, del regime disposto dalla normativa vigente con riferimento alla 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 di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN, per un massimo di n. 8 ore settimanali. Ora tale possibilità viene prevista a regime, estendendo al contempo a 10 le ore settimanali delle prestazioni previste nell'ambito dei predetti incarichi.

La RT rileva che la disposizione interviene sulla normativa vigente per la quale sono già previste apposite coperture finanziarie e, pertanto, non si determinano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, dal momento che la modifica si iscrive appieno nei limiti e nell'ambito degli effetti già contemplati dalla legislazione vigente⁶, non ci sono osservazioni.

Articolo 6

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

Il comma 1 con l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa, contrastare il fenomeno dei cd. "gettonisti" e reinternalizzare i servizi sanitari appaltati a operatori economici privati secondo quanto previsto dall'articolo 10 del D.L. 34/2023, consente alle Regioni e agli altri enti del SSN di reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa. Inoltre, si precisa che il reclutamento in esame avviene in

⁶ La RT annessa al comma 2 dell'articolo 12 del decreto-legge n. 32/2023 riferiva che la disposizione consente "ai medici in formazione specialistica di assumere incarichi libero professionali anche di collaborazione coordinata e continuativa presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN per un massimo di 8 ore settimanali con un compenso orario pari a 40 euro lordi comprensivi di tutti gli oneri. Rimanendo fermo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 gli incarichi in parola possono essere conferiti solo nel rispetto dei limiti di spesa ivi contemplati e pertanto non comportano maggiori oneri a carico della finanza pubblica". Cfr. Nota di lettura n. 54, pagina 41.

deroga al comma 5-*bis* dell'articolo 7 del D.Lgs. n. 165/2001⁷, nel rispetto dei limiti fissati dall'articolo 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010⁸.

Il comma 2 stabilisce che i direttori generali delle aziende e degli enti del SSN siano d'ora innanzi tenuti alla redazione, entro il 30 novembre di ogni anno, di una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. È stabilito che tale dichiarazione debba essere comunicata al 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.

La RT ribadisce sul comma 1 che la norma non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto, trattandosi di lavoro flessibile, si ricorre all'applicazione della normativa vigente ai sensi dell'art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, convertito in legge 122/2010, come modificato per il personale della dirigenza medica e per il personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, dall'art. 44-*ter* del decreto-legge n. 19 del 2024, convertito, con modificazioni dalla legge n. 56 del 2024.

La disposizione di cui al comma 2 presenta carattere ordinamentale e, pertanto, non determina alcun effetto finanziario.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, per i profili di quantificazione, convenendo con la RT in merito al tenore ordinamentale delle disposizioni, nulla da osservare.

⁷ Il comma 5-*bis* fa divieto alle amministrazioni pubbliche di stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro. I contratti posti in essere in violazione del presente comma sono nulli e determinano responsabilità erariale. I dirigenti che operano in violazione delle disposizioni del presente comma sono, altresì, responsabili ai sensi dell'articolo 21 e a essi non può essere erogata la retribuzione di risultato. Resta fermo che la disposizione di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, relativa all'applicabilità della disciplina del rapporto di lavoro subordinato anche ai rapporti di collaborazione che si concretizzano in prestazioni di lavoro prevalentemente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente, non si applica alle pubbliche amministrazioni.

⁸ Tale comma prevede tra l'altro che a decorrere dall'anno 2011, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi di contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Le limitazioni previste non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario, alle regioni e agli enti locali in regola con l'obbligo di riduzione delle spese di personale di cui ai commi 557 e 562 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e nel rispetto della disciplina in materia di spesa per il personale. Resta fermo che comunque la spesa complessiva non può essere superiore alla spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Si prevede inoltre che per ciascun anno del triennio 2024-2026 la spesa complessiva per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui al settimo periodo non può essere superiore al doppio di quella sostenuta per la stessa finalità nell'anno 2009. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale il limite di cui al presente comma opera a livello regionale; conseguentemente le regioni indirizzano e coordinano la spesa degli enti del rispettivo servizio sanitario regionale in conformità a quanto previsto dal presente comma, fermo restando quanto disposto per ciascuno di essi dall'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35.

Articolo 7

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

Il comma 1 incrementa il limite di spesa relativo agli acquisti di prestazioni sanitarie da privati (di cui all'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023, parametrato alla spesa consuntivata nell'anno 2011) di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

Il comma 2 destina prioritariamente le risorse relative all'incremento di cui al comma 1⁹ alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

Il comma 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 nonché di ottimizzare la disponibilità dei posti letto nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti, dispone che le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8, del decreto-legge n. 78 del 2015 (perseguimento dell'appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica), e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione, possono partecipare a 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 n. 95 del 2012 (c.d. *spending review*), associate alle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, e stabilite dall'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario n. 8 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 23 del 28 gennaio 2013. Con decreto interministeriale sono definite le modalità di attuazione della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

La RT puntualizza che l'incremento del limite di spesa di cui al comma 1 in misura pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 corrisponde a circa 61,5 milioni di euro, mentre quello di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026 corrisponde evidentemente a circa 123 milioni di euro, atteso che il volume della spesa per acquisti da privato accreditati di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale nell'anno 2011 (anno di riferimento) ammonta a complessivi 12 miliardi di euro¹⁰. Le coperture sono rinvenibili nell'ambito del fabbisogno sanitario regionale standard. Va osservato, tuttavia, che la normativa prevede la possibilità di ampliare detta spesa solo se viene garantito il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del sistema sanitario regionale. Pertanto, è già insita nella norma la garanzia di una copertura della maggiore spesa programmata, attraverso le risorse del fabbisogno sanitario regionale standard o attraverso preordinate risorse dai bilanci regionali.

La RT sottolinea poi che le predette risorse aggiuntive, prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed afferenti alle reti cliniche tempo-dipendenti,

⁹ L'incremento si aggiunge a quello già previsto dalla legge di bilancio 2024 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, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.

¹⁰ Per l'esattezza 12,3 miliardi di euro.

conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio, mirano a garantirne la remunerazione anche oltre i limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge n. 95 del 2012 (per il quale il limite della spesa per prestazioni fornite da privati era pari, ai sensi dell'articolo 45 del decreto-legge n. 124 del 2019 e prima dell'intervento di cui all'ultima legge di bilancio, alla spesa consuntivata nel 2011). Tale previsione – come riporta **la Rel. III.** - risulta coerente con quanto stabilito dal Consiglio di Stato, nelle sentenze nn. 3773 e 3775 del 14 aprile 2023, secondo cui non può essere imposto alcun *budget* alle strutture sanitarie private che forniscono prestazioni in favore di pazienti extraregionali, né può essere previsto un tetto di spesa per le «prestazioni salvavita ad alta complessità» e per le «prestazioni salvavita di radioterapia». Una diversa soluzione violerebbe «il legittimo interesse del paziente a ricevere la migliore cura per la propria patologia» e sarebbe in contrasto con la sentenza della Corte costituzionale n. 203 del 2016 secondo cui la normativa in materia di *spending review* «non costringe le regioni ad applicare la medesima riduzione dell'importo e del volume di acquisto a tutti i contratti e a tutte le strutture private accreditate.».

Dall'analisi effettuata dal Ministero della salute, la RT stima che il valore economico calcolato sulle tariffe massime nazionali per i ricoveri di cui sopra sia pari a circa 553 milioni di euro nel 2023. Solo una quota parte, stimabile intorno al 10% dell'onere totale, risulterebbe eccedere i tetti di spesa attualmente fissati dalle regioni in cui le 54 strutture accreditate interessate insistono. Di conseguenza l'onere massimo aggiuntivo per le 8 regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Sicilia, Veneto, Piemonte) in cui insistono ospedali accreditati dotati di pronto soccorso (DEA di I o II livello) è di circa 55 milioni di euro concentrandosi, in modo particolare, nella Regione Lombardia (24 ospedali) e nella Regione Lazio (13 ospedali). Tale importo potrebbe comunque essere coerente con l'ampliamento del tetto per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate di cui al comma 1 del presente articolo. Anche in tal caso non sono previsti oneri ulteriori per il bilancio dello Stato essendo l'onere da intendersi all'interno del fabbisogno sanitario nazionale standard.

La RT puntualizza poi che il comma 3 prevede l'applicazione di un nuovo sistema tariffario unitamente alla sperimentazione della nuova SDO-R e alla raccolta di dati di costo relativi alle prestazioni erogate nei siti di sperimentazione. La norma attuale (decreto del Ministro della salute 12 ottobre 2012, allegato 2) prevede la remunerazione dei ricoveri di riabilitazione in base alla MDC di dimissione (senza rimandi alle discipline) per giornata di degenza e una remunerazione maggiore solo in corrispondenza di specifici requisiti clinici, che sono:

- “danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave”;
- “mielolesione con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'*American Spinal Injury Association* (A.S.I.A.)”.

Nel perimetro normativo introdotto dal presente articolo è possibile considerare, ai soli fini della valutazione di impatto, l'espansione di quanto inteso nella definizione di "grave cereberolesione acquisita" riportata nel decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 in base all'articolo 2, comma 8, del decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, nel rispetto della legislazione vigente e considerando che la Regione Lazio è attualmente in piano di rientro (e non può superare le tariffe massime della remunerazione ospedaliera in vigore a livello nazionale). Intendendo infatti per "grave cereberolesione acquisita" tutti i casi considerati nel corso della sperimentazione sull'appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione, è possibile ipotizzare di tariffare tutti i ricoveri ordinari appropriati in dimissione da codice 75 in base al decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021 alla tariffa massima di 470 euro. In base a questo scenario è possibile effettuare la presente valutazione di impatto considerando i dati relativi all'anno 2022 (ultima disponibile) dei dimessi da codice 75 in MDC 1 da parte delle strutture della Regione Lazio. Nel successivo decreto che definirà la metodologia attuativa della sperimentazione tariffaria è comunque opportuno considerare la possibilità di replicare la distinzione tariffaria attualmente prevista nel decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 relativamente ai ricoveri per pazienti con condizione di coma con punteggio GCS (*Glasgow Coma Scale*) inferiore o uguale a 8 rispetto a tutti gli altri ricoveri, pur appropriati in base ai criteri di cui all'allegato 1 del citato decreto del Ministro della salute 5 agosto 2021, afferenti alla disciplina di dimissione 75. Analoghe considerazioni, sia in riferimento alla metodologia di stima di impatto collegata al presente atto che all'opportunità di replicare nella sperimentazione la distinzione tariffaria attualmente prevista dalla normativa, sono spendibili per quanto riguarda i dimessi da codice 28 (Unità Spinale).

Le risultanze della sperimentazione verranno analizzate – come riporta **la Rel. III.** - da apposito tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute, anche con decreto dipartimentale o direttoriale, che avrà il compito di valutare, al fine della sua applicazione su scala nazionale, la congruità del sistema tariffario rispetto ai costi rilevati nell'ambito della sperimentazione. La sperimentazione permetterà di garantire alle strutture eroganti l'economicità delle prestazioni rese in regime di ricovero consolidando così l'offerta, garantendo quindi una più agile dimissione dei pazienti dalle strutture per acuti che così saranno in grado di accogliere i pazienti in modo più rapido, ottimizzando la gestione della risorsa posto letto. La sperimentazione tariffaria viene promossa nella Regione Lazio che sarà interessata dal Giubileo del 2025, anno nel quale si ipotizza una crescita della domanda di prestazioni ospedaliere per via del flusso previsto di pellegrini da ogni parte del mondo. La Regione Lazio è autorizzata attraverso la norma ad applicare, nell'ambito della sperimentazione, tariffe superiori rispetto a quelle massime.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, in relazione al comma 1, premesso che gli oneri sono correttamente quantificati, si osserva che la loro copertura nell'ambito del fabbisogno sanitario regionale standard viene indicata soltanto dalla RT, nulla disponendo sul punto il comma 1. Si ricorda che l'articolo 1, comma 217, della legge di bilancio 2024 nel fissare l'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato citava espressamente il comma 233 oggetto di incremento da parte del comma 1 in esame.

Pertanto, andrebbero forniti elementi di maggior dettaglio circa le possibili misure che le regioni dovrebbero eventualmente adottare al fine dell'invarianza del fabbisogno sanitario standard, onde escludere che il rinvio alle risorse dei FSR e dei bilanci regionali in generale si risolva in una mera clausola di stile. Inoltre, va osservato che la formulazione del comma 1, atteso che non novella il comma 233 della legge n. 213 del 2023, non implica, a differenza di quanto asserito dalla RT, la riferibilità del vincolo del rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale agli aumenti in esame, per cui andrebbe valutata l'opportunità di richiamarlo espressamente.

Per quanto attiene al comma 2, rilevato che sarebbe opportuna una conferma circa il fatto che il valore economico calcolato sulle tariffe massime nazionali per i ricoveri rientranti nelle fattispecie considerate sia pari a 553 milioni di euro, si ritiene plausibile che l'importo aggiuntivo conseguente agli sforamenti dei relativi tetti sia compatibile con l'ampliamento del tetto generale per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate di cui al comma 1.

In relazione al comma 3, infine, la RT fornisce le motivazioni e le finalità, oltre a definirne l'ambito applicativo, della sperimentazione tariffaria prevista nella regione Lazio per il 2025, senza tuttavia chiarire l'entità degli oneri ad essa correlati, atteso che la stessa Rel. Ill. espressamente riconosce che la regione Lazio è autorizzata ad applicare, nell'ambito della sperimentazione, tariffe superiori rispetto a quelle massime, il che implica la prospettiva di maggiori oneri. Risulta poi assente, anche in termini di generico richiamo alle risorse del FSR (il che assumerebbe comunque profili problematici atteso che la Regione Lazio è attualmente sottoposta a piano di rientro), ogni riferimento ad esigenze di copertura. Sarebbe pertanto opportuno approfondire le implicazioni finanziarie riconducibili al comma 3.

Articolo 8 ***(Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)***

Il comma 1 apporta le seguenti modificazioni all'articolo 34 del decreto-legge n. 73 del 2021:

- la lettera *a*), integrando il comma 10-*bis*, prevede che il sistema di ricezione dei dati individuali anonimizzati, attraverso l'infrastruttura del sistema TS, sia esteso anche ai servizi di cui al decreto legislativo n. 153 del 2009 (ad es. somministrazione di vaccini, esecuzione di test diagnostici, *holter* cardiaco, *holter* pressorio, spirometria, ECG ecc.), eseguiti in farmacia, al fine di realizzare il loro efficace monitoraggio;
- la lettera *b*), integrando il comma 10-*ter*, prevede poi l'acquisizione dei dati individuali anonimizzati anche in relazione all'erogazione degli integratori alimentari.

Il comma 2 dispone che dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La RT afferma che la novella in esame consente di realizzare un puntuale e analitico monitoraggio del consumo dei farmaci sull'intero territorio nazionale, anche al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica e per correggere eventuali anomalie nei consumi stessi. L'implementazione dei dati da monitorare non comporta oneri per la finanza pubblica considerato che l'acquisizione dei dati viene curata dalle associazioni di categoria del settore farmaceutico attraverso le proprie articolazioni territoriali che provvedono a convogliare i dati di dispensazione dei medicinali da parte delle farmacie.

Il complesso dei dati, opportunamente elaborati, è poi trasmesso e reso disponibile al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze, all'AIFA, all'ISTAT, all'ISS e all'AGENAS, secondo le modalità fissate dal decreto del Ministero della sanità del 18 giugno 1999, anche al fine di monitorare la presa in carico dell'assistito per misurare l'aderenza alla terapia (compreso il controllo delle incompatibilità tra i diversi farmaci consumati), nonché il necessario supporto dell'analisi epidemiologica della cittadinanza.

La disposizione non comporta nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica, atteso che è volta al rafforzamento dei programmi di sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio dei consumi farmaceutici, attraverso l'attuale sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata, e concernente dati già trasmessi dalle associazioni di categoria alla PA secondo forme e modalità già consolidate (derivanti dalle previsioni di cui all'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003) che non comportano, pertanto, ulteriori incombenze a carico dei soggetti pubblici.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, anche se non sembra del tutto plausibile che l'aumento dei dati da ricevere ed elaborare da parte delle PP.AA. coinvolte non si rifletta sui compiti da loro svolti, si ritiene che lo stesso sia di entità contenuta e pertanto gestibile a valere sulle risorse ordinariamente disponibili.

Articolo 9

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

Il comma 1, al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, dispone che entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto interministeriale sono individuati criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dall'accreditamento con il SSN, dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o), secondo periodo, della legge n. 296 del 2006), 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.

Il comma 2 consente, per le medesime finalità di cui al comma 1, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stata rilasciata idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992. Con decreto del Ministro della salute sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

La RT precisa che il comma 1 si riferisce alla riorganizzazione della rete dei laboratori che dovrà consentire migliori *performance* sotto il profilo della efficienza e della sostenibilità. Tale disposizione non interviene sulla portata dell'articolo 29 del decreto-legge n. 73 del 2021, ma regola solo le modalità per raggiungere detta soglia, lasciando immutata la soglia delle 200.000 prestazioni.

La RT conferma poi che dall'attuazione del comma 2 non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto la norma precisa che le attività di telemedicina sono svolte con oneri a carico degli utenti.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, nulla da osservare, anche se si segnala che il finanziamento disposto per le finalità riportate dal comma 1 dall'articolo 29 del decreto-legge n. 73 del 2021 si è esaurito con il 2022.

Articolo 10

(Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

Il comma 1, integrando l'articolo 2, comma 67-bis, della legge n. 191 del 2009, inserisce fra i criteri sulla base dei quali attribuire alle regioni forme premiali, a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN, anche il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA.

Il comma 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 SSN, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo n. 171 del 2016, dispone che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assegnano, nell'ambito dei sistemi di valutazione previsti dai rispettivi ordinamenti, specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Ai medesimi fini 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. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo e al secondo periodo sono effettuate, anche sulla base dei dati risultanti dal monitoraggio del Ministero della salute, rispettivamente, dalla regione e dal direttore generale dei predetti enti ed aziende del SSN.

Il comma 3, aggiungendo il comma 1-bis nell'articolo 5 del decreto legislativo n. 39 del 2013, esclude l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1 del medesimo articolo 5 (ai sensi del quale 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 SSR) alle aziende ospedaliere e agli IRCCS pubblici.

La RT afferma che il comma 2 non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica, in quanto indica la quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento degli obiettivi che non può essere inferiore al 30%.

La RT sottolinea poi la natura ordinamentale della disposizione di cui al comma 3 che, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, nulla da osservare.

CAPO II

ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA

Articolo 11

(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Il comma 1 stabilisce che le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, inclusi quelli che insistono sul territorio delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione rilasciata dalla competente direzione regionale della sanità, possono assumere a tempo indeterminato, complessivamente:

- a) nell'anno 2025, n. 44 unità di medici psichiatri, n. 36 unità di neuropsichiatri infantili, n. 34 unità di psicologi, n. 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;
- b) nell'anno 2026, n. 7 unità di medici psichiatri, n. 6 unità di neuropsichiatri infantili, n. 6 unità di psicologi, n. 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

Il comma 2 prevede che agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provveda a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento di obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale).

Il comma 3 demanda ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato – Regioni, il riparto delle risorse di cui al comma 2, sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

La RT ribadisce che ai fini di un adeguato potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale, la norma autorizza le aziende e gli enti del SSN ad assumere personale sanitario a tempo indeterminato per un numero complessivo di unità a livello nazionale indicato per gli anni 2025 e 2026, rispettivamente, nelle tabelle A e B.

Il numero di unità per il quale è autorizzata l'assunzione è calcolato sulla base del costo annuo di ciascuna categoria professionale, comprensivo di oneri riflessi a carico dell'amministrazione.

Di seguito le tabelle relative ai costi per il personale da assumere nell'anno 2025 (Tabella A), ai costi per il personale aggiuntivo da assumere nel 2026 (Tabella B) e ai costi per il personale complessivamente assunto a decorrere dall'anno 2026 (Tabella C).

Tabella A

2025				
PERSONALE		N° UNITÀ	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
Medici psichiatri	30%	44	125.035,83	5.501.576,52
Neuropsichiatri infantili	25%	36	125.035,83	4.501.289,88
Psicologi	20%	34	102.996,61	3.501.884,74
Educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali	25%	100	46.882,68	4.688.268,00
COSTO PERSONALE 2025		214		18.193.019,14

Tabella B

2026				
PERSONALE		N° UNITÀ	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
Medici psichiatri	30%	7	125.035,83	875.250,81
Neuropsichiatri infantili	25%	6	125.035,83	750.214,98
Psicologi	20%	6	102.996,61	617.978,66
Educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali	25%	14	46.882,68	656.357,52
COSTO PERSONALE AGGIUNTIVO 2026		33		2.899.801,99

Tabella C

COSTO PERSONALE 2025	18.193.019,14
COSTO PERSONALE AGGIUNTIVO 2026	2.899.801,99
COSTO PERSONALE COMPLESSIVO A DECORRENZA DAL 2026	21.092.821,13

Agli oneri derivanti dalle predette assunzioni, pari ad euro 18.193.020 per l'anno 2025 e a euro 21.092.822 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Le risorse indicate nel comma 2 saranno ripartite per ogni singola regione e provincia autonoma con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e province autonome.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, per i profili di quantificazione, anche se i dati indicati dalla RT sono compatibili con quelli ricavabili dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato¹¹, si osserva che la RT reca soltanto i costi unitari per singolo profilo professionale senza illustrare i criteri e parametri considerati nella stima e senza precisare se sono state incluse le componenti contributive poste a carico delle Amministrazioni: sarebbe pertanto opportuno fornire un'integrazione da cui siano ritraibili elementi di maggior dettaglio anche in merito alle componenti retributive concernenti il trattamento economico fondamentale ed accessorio e alla luce degli incrementi retributivi disposti dalla C.C.N.L. per il triennio 2019-2021 (3,48%) e per il triennio 2022-2024 (5,78%), con l'indicazione delle aliquote applicate, come d'altronde previsto dalla Circolare n. 32/2010¹² della Ragioneria generale dello Stato.

Andrebbero altresì fornite informazioni in merito alle ipotesi considerate ai fini della decorrenza degli oneri assunzionali attesi per il 2025 e dal 2026.

Per i profili di copertura, si provvede a valere sulle risorse del F.S.N. di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario¹³. Al riguardo, trattandosi di risorse già stanziata anche per progetti di tutela della salute mentale e considerato che nonostante la riduzione effettuata con il decreto-legge n. 73/2024 residuano risorse sufficienti per l'attuazione delle norme in esame¹⁴, non ci sono osservazioni.

Articolo 12

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

L'articolo prevede l'istituzione, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS). La disposizione demanda ad un apposito decreto interministeriale la definizione di principi, criteri istitutivi e compiti della SNAAS.

¹¹ A tale proposito, si segnala che il Conto Annuale della R.G.S., aggiornato al 2022, indica una retribuzione media annua dei dirigenti medici (nel caso in esame, Psichiatrie e Neuropsichiatri infantili) pari a 85.590 euro annui lordi, di cui 48.123 euro di voci stipendiali (tabellare, R.I.A.) e 37.467 euro di voci accessorie (lavoro straordinario e altre indennità). Per gli Psicologi, la retribuzione media annua indicata è di 70.382 euro, di cui 46.702 euro di trattamento fondamentale e 23.680 euro riferibili al trattamento accessorio. Quanto al personale di riabilitazione, la retribuzione media annua indicata è di 31.661 euro annui, di cui 28.321 euro di trattamento economico fondamentale e 2.194 di componenti retributive accessorie. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., Conto Annuale, tavole retribuzione media comparto sanità.

¹² Paragrafo 4.

¹³ Sono previsti come obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA. Cfr. articolo 1, comma 34, della legge n. 662/1996, che prevede che con delibera CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possano essere vincolate quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di tali specifici obiettivi.

¹⁴ Il comma 246 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2024 prevedeva uno stanziamento pari a 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 310 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. L'articolo 7, comma 6, lettera e), del decreto-legge n. 73/2024 ha previsto la riduzione di tali risorse per 160,3 milioni di euro per l'anno 2025, 165,9 milioni di euro per l'anno 2026 e 165,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

In particolare, il comma 1 prevede che l'istituzione della SNAAS è finalizzata a implementare la formazione e lo sviluppo professionale del *management* nel Servizio sanitario nazionale, nonché a fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali e alla corrispondente offerta aziendale. È previsto che per l'istituzione della Scuola sia autorizzata la spesa massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026; viene specificato che le attività amministrative della SNAAS siano svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, presso il Ministero della salute, avvalendosi del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

Il comma 2 dispone che, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro dell'economia e delle finanze, siano definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

Il comma 3 reca la copertura dell'articolo, prevedendo che all'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, quantificato in 1 milione di euro per l'anno 2025 ed in euro 950.000 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, 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 per l'anno 2024, allo scopo utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

La RT evidenzia che per il funzionamento della Scuola, a decorrere dall'anno 2025, è ipotizzato l'utilizzo di personale docente con incarichi annuali a "tempo parziale" per lo svolgimento di circa 25 ore di lezione al mese nell'arco di ciascuna annualità.

L'importo del compenso spettante al docente, commisurato alle ore di lezione effettivamente svolte, è stato quantificato in coerenza con il trattamento economico applicato attualmente agli incarichi dei docenti temporanei presso la SNA (fino a un massimo di 40.000 euro lordi annui per non più di 260 ore di insegnamento annue).

Rileva che il compenso, come sopra quantificato, è da intendersi comprensivo delle spese, anche di trasporto; solo qualora il docente risieda fuori dalla regione in cui si svolge l'attività didattica, l'importo può essere aumentato per un ammontare corrispondente al normale costo del viaggio effettuato con i mezzi di trasporto pubblici e comunque non superiore al cinquanta per cento del compenso stesso, con esclusione, in tale ultimo caso, del rimborso delle spese di viaggio (cfr. articolo 4 del d.P.C.M. 25 novembre 2015, n. 202, recante "Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione").

Evidenzia che si è ritenuto congruo, per garantire la qualità dei servizi di formazione multidisciplinare e sviluppo professionale, prevedere n. 20 docenti per n. 11 mensilità, ipotizzando che circa la metà dei docenti provenga da regioni diverse da quella in cui avrà sede la Scuola, con gli oneri di seguito specificati:

Numero docenti	Compenso massimo lordo unitario	n. massimo ore
13 docenti residenti nella regione Lazio	40.000	260
7 docenti residenti in altre regioni	60.000 (incluso il costo massimo per le spese di viaggio)	260
Totale	940.000 euro	

In relazione ai menzionati dati, la RT precisa quindi che, considerato che la finalità della scuola è di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, ferma restando la disciplina di dettaglio di cui al successivo decreto ministeriale, si è ipotizzato di individuare n. 4 macroaree (amministrativa, sanitaria, gestionale, economico-contabile) a cui assegnare n. 5 docenti ciascuna, in ottica multidisciplinare.

Tenuto conto del massimo di n. 260 ore di lezione che ogni docente può effettuare entro l'anno, giunge alla previsione prudenziale di un impegno medio mensile massimo di 21 ore per docente, per circa 22 giorni lavorativi. In questo modo, ritiene di poter coprire ogni macroarea quotidianamente con n. 5 docenti, per un impegno totale di circa 5 ore di lezione per giornata per macroarea.

Il costo unitario di 60.000 euro in favore del personale docente residente in altre regioni è stato stimato, per ragioni prudenziali, in misura corrispondente al compenso massimo erogabile al docente ai sensi dell'articolo 4 del d.P.C.M. 25 novembre 2015, n. 202, recante "Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione".

Le attività amministrative della SNAAS sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, presso il Ministero della salute, avvalendosi del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

Stima dei costi relativi ai beni strumentali

È stata effettuata una stima dei beni necessari per allestire la Scuola, ipotizzando la necessità di almeno n. 2 aule di formazione della capienza di circa 40 allievi ciascuna nonché di beni di facile consumo.

In aggiunta ai predetti costi, a decorrere dall'anno 2025 sono stati stimati gli oneri di approvvigionamento per cancelleria e beni di facile consumo.

La stima è stata effettuata mediante la consultazione dei cataloghi MePA - Consip (Mercato elettronico – Accordi quadro – Convenzioni) nonché sulla base dei costi storici sostenuti dall'Amministrazione per l'acquisizione di prodotti analoghi.

ATTREZZATURE MULTIMEDIALI AULE FORMAZIONE	
ATTREZZATURE MULTIMEDIALI PER N. 2 AULE FORMAZIONE	39.000,00 €
PERSONAL COMPUTER	
FORNITURA DI PC PORTATILI n. 10 HP ProBook 450 15.6 inch G9 - (fonte: AQ CONSIP)	11.000,00 €
MATERIALE FACILE CONSUMO	
Cancelleria, cartellonista di sicurezza, accessori informatici, arredi etc...	10.000,00 €
TOTALE	60.000,00 €

La copertura finanziaria degli oneri pari a 1.000.000 di euro nell'anno 2025 e a euro 950.000,00 annui a decorrere dall'anno 2026 (di cui euro 940.000 per il personale docente ed euro 10.000 per l'approvvigionamento di cancelleria e beni di facile consumo) è assicurata mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, 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 per l'anno 2024, allo scopo utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica ascrive alle norme i seguenti effetti, in conto maggiori spese/entrate correnti e spese in conto capitale (2025) e minor spese correnti:

(milioni di euro)

Co.	Descrizione	e/s	nat	Saldo netto da finanziare				Fabbisogno				Indebitamento netto				
				2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	2024	2025	2026	2027	
1	Istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria - personale		S	C		0,9	0,9	0,9		0,9	0,9	0,9		0,9	0,9	0,9
		personale - effetti riflessi	E	TC						0,5	0,5	0,5		0,5	0,5	0,5
		oneri di approvvigionamento iniziale	S	K		0,1				0,1				0,1		
		funzionamento	S	C		0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01
3	Riduzione Tabella A - SALUTE	S	C		-1,0	-1,0	-1,0		-1,0	-1,0	-1,0		-1,0	-1,0	-1,0	

Al riguardo, per i profili di quantificazione, si osserva anzitutto che la norma che istituisce la Scuola non fissa un quantitativo minimo di ore di docenza da erogare, per cui i dati che la RT fornisce sono modulabili entro il limite dell'autorizzazione di spesa prevista in 1 milione di euro per il 2025 e 950.000 euro a decorrere dal 2026.

Ciò detto, si osserva che la RT inizialmente prevede lo svolgimento di circa 25 ore di lezione al mese da parte di ciascun docente ma poi indica un impegno medio mensile massimo di 21 ore per docente. Inoltre, mentre nella parte discorsiva la RT afferma che si è ritenuto congruo prevedere 20 docenti, ipotizzando che circa la metà provenga da regioni diverse da quella in cui avrà sede la Scuola, la relativa tabella riporta solo 7 docenti su 20 provenienti da altre regioni. Di conseguenza, ove si mantenesse ferma

l'ipotesi di metà docenti provenienti da altre regioni, il relativo onere sarebbe leggermente più alto per tenere conto delle spese di viaggio¹⁵.

In relazione al compenso per i docenti previsto dalla RT, esso appare effettivamente corrispondente a quello previsto dalla normativa vigente per i docenti temporanei della Scuola nazionale dell'amministrazione (SNA)¹⁶. Andrebbero comunque forniti elementi di dettaglio relativi agli oneri contributivi e i quadri di calcolo degli effetti indotti mostrati nel prospetto riepilogativo, con l'indicazione delle aliquote applicate, come espressamente previsto dalla circolare n. 32/2010 del Dipartimento della R.G.S.

Per quanto riguarda la quota parte di spese classificate come maggior spesa in conto capitale, a cui il quadro riepilogativo degli effetti d'impatto associa un importo di 0,1 milioni di euro, andrebbe confermato che si tratta di un arrotondamento degli oneri indicati dalla RT in 50 mila euro tra supporti digitali e attrezzature multimediali.

Per quanto riguarda i fabbisogni stimati di beni di facile consumo, si prende atto che la stima è stata effettuata mediante la consultazione dei cataloghi MePA - Consip (Mercato elettronico – Accordi quadro – Convenzioni) nonché sulla base dei costi storici sostenuti dall'Amministrazione per l'acquisizione di prodotti analoghi, per cui andrebbe soltanto chiarito come si è provveduto ad individuare il fabbisogno di 10 personal computer.

Un approfondimento sarebbe altresì opportuno sulla sede della nuova Scuola, posto che non si prevedono oneri relativi ad immobili, per cui andrebbe chiarito se saranno reperiti spazi presso il Ministero della salute, confermando la disponibilità di sale idonee.

Inoltre, non vengono fornite informazioni sulla platea di allievi, individuati dalla norma in dirigenti e direttori sanitari, né viene specificato se la frequentazione della Scuola sarà facoltativa od obbligatoria. Andrebbe altresì chiarito se per i dirigenti e direttori sanitari che dovranno spostarsi per raggiungere la sede della Scuola saranno i bilanci dei singoli enti sanitari a dover far fronte ai relativi oneri.

Infine, andrebbero fornite conferme riguardo l'asserita capacità di svolgere le attività amministrative della Scuola nell'ambito delle sole risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, presso il Ministero della salute, avvalendosi del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

Quanto allo scrutinio degli effetti d'impatto sui saldi di finanza pubblica, per le maggiori spese previste in conto capitale andrebbero fornite conferme in merito alla simmetria degli effetti considerati rispetto a quelli in termini di competenza finanziaria, dato che di prassi gli effetti d'impatto in presenza di spese in conto capitale sono articolati in più annualità per ragioni riconducibili alle procedure di evidenza pubblica che contraddistinguono tali stanziamenti.

¹⁵ L'articolo 4 del Regolamento della SNA prevede che il rimborso delle spese di trasferta sia commisurato ad un "ammontare corrispondente al normale costo del viaggio effettuato con i mezzi di trasporto pubblici e comunque non superiore al cinquanta per cento del compenso".

¹⁶ Articolo 4 D.P.C.M. 202/2015.

Articolo 13

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

Il comma 1 apporta le seguenti modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946:

la lettera *a*), modificando il comma 1, lettere *f*) e *g*), stabilisce che il Consiglio direttivo di ciascun ordine delle professioni sanitarie approva direttamente il bilancio preventivo e il conto consuntivo, nonché la tassa annuale (attualmente invece propone la loro approvazione all'assemblea degli iscritti);

la lettera *b*), aggiungendo il comma 4-*bis*, dispone che 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.

La RT afferma che la norma prevede che la proposta di bilancio possa essere approvata dal Consiglio direttivo, introducendo un meccanismo di semplificazione che non esclude la garanzia di tutela di ogni singola minoranza, che rimane assicurata attraverso la possibilità di proporre apposito ricorso avverso la determinazione del Consiglio direttivo, attuando in tal modo i principi di buon andamento, economicità ed efficienza nell'ambito di attività e di funzioni di pubblico interesse.

La norma riveste carattere ordinamentale e, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

Al riguardo, nulla da osservare.

Ultimi dossier del Servizio del Bilancio

Set. 2024

[Nota di lettura n. 186](#)

Schema di decreto legislativo recante testo unico delle sanzioni tributarie, amministrative e penali (**Atto del Governo n. 192**)

"

[Nota di lettura n. 187](#)

Schema di decreto legislativo recante testo unico della giustizia tributaria (**Atto del Governo n. 193**)

"

[Nota di lettura n. 188](#)

Schema di decreto legislativo recante adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2022/2036, che modifica il regolamento (UE) n. 575/2013 e la direttiva 2014/59/UE per quanto riguarda il trattamento prudenziale degli enti di importanza sistemica a livello mondiale con strategia di risoluzione a punto di avvio multiplo e metodi di sottoscrizione indiretta degli strumenti ammissibili per il soddisfacimento del requisito minimo di fondi propri e passività ammissibili (**Atto del Governo n. 195**)

Ott. 2024

[Nota di lettura n. 189](#)

Schema di decreto legislativo recante adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento delegato (UE) 2016/161, che integra la direttiva 2001/83/CE stabilendo norme dettagliate sulle caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano (**Atto del Governo n. 198**)

"

[Nota di lettura n. 190](#)

A.S. 1236: "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell'usura e di ordinamento penitenziario" (Approvato dalla Camera dei deputati)

"

[Nota di lettura n. 191](#)

Schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive ai decreti legislativi 5 agosto 2022, nn. 134, 135, 136 (**Atto del Governo n. 199**)

"

[Nota di lettura n. 192](#)

A.S. 1256: "Conversione in legge del decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137, recante misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria"

"

[Nota di lettura n. 193](#)

A.S. 1264: "Disposizioni in materia di lavoro" (Approvato dalla Camera dei deputati)

"

[Nota di lettura n. 194](#)

A.S. 1240: "Disposizioni in materia di valorizzazione e promozione della ricerca"

"

[Nota di lettura n. 195](#)

A.S. 1184: "Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese"

"

[Nota di lettura n. 196](#)

A.S. 1192: "Misure per la semplificazione normativa e il miglioramento della qualità della normazione e deleghe al Governo per la semplificazione, il riordino e il riassetto in determinate materie"

"

[Nota di lettura n. 197](#)

Schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149, in materia di mediazione civile e commerciale e negoziazione assistita (**Atto del Governo n. 213**)