

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

CAPO I

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

ART. 1

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

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

2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, prenda in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all'uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostici.

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

- a) classe U (URGENTE): entro settantadue ore dalla richiesta di prestazione;
- b) classe B (BREVE ATTESA): entro dieci giorni dalla prenotazione;
- c) classe D (DIFFERITA): entro trenta giorni per le visite ovvero sessanta giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;
- d) classe P (PROGRAMMABILE): entro centoventi giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

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



raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati ai sensi del comma 6.

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

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

7. Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo degli strumenti di telemedicina secondo i vigenti indirizzi e linee guida, tra cui il teleconsulto, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

ART. 2

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

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

a) governare la domanda delle prestazioni richieste, anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il «Sistema nazionale delle linee guida» (SNLG) adottato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e tenendo conto del programma nazionale di «Buone pratiche cliniche», sviluppato dall'ISS in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), e con il monitoraggio del Ministero della salute, in coerenza con le previsioni di cui alla legge 8 marzo 2017, n. 24, e relativa disciplina di attuazione;

b) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni, mediante il «Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione» (MCS);

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



d) monitorare, avvalendosi dell'AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI), sulla base dei dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa;

e) integrare il modello di *governance* del Servizio sanitario nazionale (SSN) basato sul Nuovo sistema di garanzia (NSG) con indicatori di monitoraggio riguardanti le liste di attesa;

f) definire, con il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA), di Linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, definendo standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale, individuando in particolare:

1) le vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;

2) i canali di prenotazione innovativi;

3) la ridefinizione dei percorsi di tutela;

4) il potenziamento e individuazione delle vigenti articolazioni dell'assistenza territoriale;

5) i criteri e indirizzi in merito al corretto adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza, nonché alla funzionalità dei siti web;

6) il piano di formazione dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori del SSN coinvolti nei sistemi di prenotazione e accesso alle prestazioni.

2. Il SINGLA è governato da una Cabina di Regia, (CdR), presieduta dal Ministro della salute e alla quale partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute, 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 Servizio sanitario nazionale, il capo del dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie, il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, il direttore generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute, il presidente dell'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.

3. La CdR sovrintende all'elaborazione del Piano nazionale di Governo delle liste di attesa e vigila sull'attuazione delle misure di cui al presente decreto, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.

4. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono alle attività previste dal medesimo articolo nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.



ART. 3

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

1. Presso il Ministero della salute è istituito il registro delle segnalazioni a cui accedono i cittadini, tramite il sito istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie. La data di inizio del funzionamento del registro è comunicata mediante avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

2. Agli oneri derivanti dall'istituzione del registro di cui al comma 1, pari a 305.000 euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di parte corrente di cui al comma 5 dell'articolo 34-ter della legge 31 dicembre 2009, n. 196, 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, 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 parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale delle 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 sono definite le 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.

ART. 4

(Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

1. Per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1, la tariffa oraria prevista dagli articoli 43 e 44 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, può essere incrementata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, laddove inferiore. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.



3. Per le finalità di cui al comma 2, 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.

ART. 5

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

1. All'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, che prevede la possibilità per i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi di assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, le parole «Fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale» sono soppresse e le parole «per un massimo di 8 ore settimanali» sono sostituite dalle seguenti: «per un massimo di 10 ore settimanali».

ART. 6

(Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

1. Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti «gettonisti» e di reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, fino al 31 dicembre 2026, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all'articolo 7, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel rispetto dei limiti previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

2. I direttori generali delle aziende e degli enti del SSN redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati ai sensi del comma 1. La dichiarazione di cui al primo periodo è 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.

ART. 7

(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie)



da soggetti privati accreditati)

1. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso ed inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

3. Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo 2025 e di facilitare la dimissione dei pazienti dai reparti per acuti presso le strutture di riabilitazione post-acuzie ottimizzando la produttività dei posti letto nell'ambito degli ospedali per acuti, le strutture eroganti attività di ricovero ospedaliero di riabilitazione post-acuzie nell'ambito della Regione Lazio e coinvolte nell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9-*quater*, comma 8 del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 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 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, associate alle prestazioni di ricovero relativamente alle prestazioni di riabilitazione per i codici 75, 56 (a, b, c) e 28. Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è definita la metodologia attuativa della sperimentazione tariffaria di cui al periodo precedente.

ART. 8

(Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)

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

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

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

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

ART. 9

(Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)



1. Al fine di favorire la riduzione delle liste di attesa anche attraverso il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale, anche alla luce dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati criteri condivisi a livello nazionale per il raggiungimento in forma singola o associata, a pena di decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture di cui all'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre del 2006, n. 296, secondo periodo, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, che tengano conto anche delle effettive caratteristiche orografiche e demografiche di riferimento, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

2. Per le medesime finalità di cui al comma 1, presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, con oneri a carico degli utenti, lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni per le quali sia stato rilasciato idonea autorizzazione all'esercizio in corso di validità, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina

ART. 10

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

1. All'articolo 2, comma 67-bis della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che individua i criteri sulla base dei quali attribuire alle regioni forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al primo periodo dopo le parole «per le regioni che» sono inserite le seguenti: «garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per quelle che».

2. Ai fini della valutazione e della verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano assegnano 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 trenta per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi di cui al primo ed 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 Servizio sanitario nazionale.

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

CAPO II

(Ulteriori misure in materia sanitaria)

ART. 11

(Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale)

1. Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale, unitamente a quanto previsto in sede di attuazione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, ivi 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, sono autorizzati ad 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.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari ad euro 18.193.020 per l'anno 2025 e ad 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.

3. 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, sono ripartite le risorse di cui al comma 2 sulla base dei fabbisogni delle singole regioni e province autonome.

ART. 12

(Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

1. Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale e di fornire ai dirigenti e ai direttori sanitari le tecniche e gli strumenti per garantire la qualità dei servizi sanitari e per assicurare l'efficienza organizzativa ed economica delle aziende sanitarie, anche mediante la predisposizione dei piani strategici di cui all'articolo 1, comma 6, è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS). Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa



massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026. 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.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e del Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della SNAAS.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 1 milione di euro per l'anno 2025 ed 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.

ART. 13

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

1. All'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) alla lettera f), le parole «proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo» sono sostituite dalle seguenti: «approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo»; 2) alla lettera g), le parole «proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale», sono sostituite dalle seguenti: «approvare la tassa annuale»;

b) dopo il comma 4, è aggiunto il seguente: «4-bis. Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel comma 1, lettere f) e g) è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti che decide in via definitiva.».

