

Sintesi del Ddl Prestazioni sanitarie

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

Il medico, cui competono la diagnosi, la prognosi e la terapia in merito alla specifica situazione clinica, nei casi in cui prescrive prestazioni di specialistica ambulatoriale, deve attribuire, nel caso di prima visita o di 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, al fine di implementare il monitoraggio del sistema di erogazione delle prestazioni.

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 Stato Regioni, sentite le categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati, si provvede alla definizione omogenea del quesito o sospetto diagnostico, anche al fine di attribuire un **codice unico di classificazione internazionale delle malattie**.

Le Regioni dovranno promuovere 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.

Al fine di garantire e tutelare i pazienti affetti da patologie oncologiche, garantendo loro tempi certi di accesso alle prestazioni prescritte, in adempimento al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita l'Agens, previa in tesa in sede di Conferenza Stato Regioni, adotta le linee guida contenenti standard minimi omogenei per la redazione dei **Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali in ambito oncologico**.

Per l'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, è assegnata una tempistica specifica per ciascuna delle seguenti classi di priorità, come di seguito indicato:

- a) classe urgente (classe U): entro settantadue ore** dalla data della richiesta delle prestazioni;
- b) classe breve attesa (classe B): entro dieci giorni** dalla data della prenotazione;
- c) classe differita (classe D): entro trenta giorni dalla data della** prenotazione per le visite o sessanta giorni dalla data della prenotazione per gli accertamenti diagnostici;
- d) classe programmabile (classe P): entro centoventi giorni** dalla data della prenotazione.

Le attuano 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 i risultati raggiunti e vigilare sugli stessi nonché per **prevedere, in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie** anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati.

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.

I direttori regionali della sanità, nel l'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 rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.**

Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di **telemedicina**.

Articolo 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

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 per le linee guida (Snlg), tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche clinico-assistenziali;

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 subinvestimento 1.3.2 della Missione 6 – Salute 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 intramuraria (Alpi), sulla base della piattaforma nazionale delle liste d'attesa;

e) integrare il modello di governance del Servizio sanitario nazionale basato sul nuovo sistema di garanzia (Nsg) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con relativi indicatori riguardanti le liste di attesa;

f) definire, nell'ambito dell'adozione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla), le linee di indirizzo rivolte alle regioni, 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.

Il Singla è governato da una Cabina di regia, 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 Stato Regioni, il capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche che 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 Cabina di regia possono essere invitati, in ragione della tematica affrontata, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, delle federazioni e degli ordini delle professioni sanitarie, delle società scientifiche e delle associazioni tecnico[1]scientifiche, degli erogatori pubblici e privati, delle assicurazioni e gli altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi. Per la partecipazione alle sedute della Cabina di regia non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

La Cabina di regia sovrintende all'elaborazione del Pngla e vigila sull'attuazione delle misure di cui alla presente legge, anche avvalendosi del supporto dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è individuato un **indicatore idoneo a misurare l'aderenza terapeutica**.

Articolo 3 (Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

Presso il Ministero della salute è istituito il **registro delle segnalazioni**, al quale accedono i cittadini, tramite il sito internet istituzionale del medesimo Ministero, per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione di prestazioni sanitarie.

Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono ridefiniti i compiti, le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, al quale partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni 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.

Articolo 4 (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

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.

Per le loro prestazioni, la **tariffa oraria prevista dall'Accordo collettivo nazionale 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. A tal fine 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.

Articolo 5 (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

Si rende **strutturale la possibilità di conferimento di incarichi libero-professionali** ai medici in formazione specialistica per un massimo di **10 ore settimanali**.

Articolo 5-bis (Disposizioni in materia di trattenimento in servizio di personale docente a tempo pieno)

Il personale docente a tempo pieno, strutturato presso strutture afferenti al Servizio sanitario nazionale, può, su richiesta dell'interessato, essere **trattenuto in servizio fino al compimento del settantaduesimo anno di età**, non oltre il 31 di cembre 2026, per comprovate esigenze assistenziali ovvero attività di ricerca e formazione, ai fini delle quali il suddetto personale si impegna a svolgere attività di tutoraggio in favore di giovani assunti con contratto per ricercatore universitario a tempo determinato. Il personale **docente non può mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali** di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale.

Articolo 6 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario)

Al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei gettonisti, le Regioni 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.

I direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale redigono, entro il 30 novembre di ogni anno, una dichiarazione nella quale certificano i reclutamenti di personale effettuati. 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.

Articolo 7 (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

Il limite di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati è ulteriormente **incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026**. Le risorse relative all'ulteriore incremento sono prioritariamente destinate 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.

Al fine di adeguare la rete assistenziale alle esigenze derivanti dal Giubileo della Chiesa cattolica per il 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, le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio, e aventi un accordo contrattuale regolarmente sottoscritto con la regione, possono partecipare a una sperimentazione di durata annuale finalizzata all'aggiornamento delle tariffe.

Articolo 8 (Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia)

Ai fini del monitoraggio, il sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata viene esteso anche ai servizi offerti nelle farmacie e agli integratori alimentari.

Articolo 8-bis (Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e misure per l'efficientamento della Rete ospedaliera dell'emergenza sanitaria)

Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, per l'anno 2025, un **Fondo con una dotazione pari a 3 milioni di euro**. Le risorse del Fondo sono destinate **all'incentivazione dell'acquisto, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di servizi o soluzioni digitali per la gestione automatizzata degli appuntamenti, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina**, quali la televisita. La prenotazione delle prestazioni non comporta, in ogni caso, costi aggiuntivi.

Le risorse destinate per le strutture sanitarie private accreditate previste dalla legge di Bilancio 2025, sono prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso o inserite nella rete dell'emergenza-urgenza nonché nelle reti cliniche tempo dipendenti, conseguenti all'accesso o al trasferimento da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio.

Articolo 9 (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale)

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, 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, 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.

Presso gli erogatori di prestazioni laboratoristiche è consentito, 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. Con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato Regioni, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le relative modalità tecniche e organizzative, in coerenza con le previsioni generali in materia di erogazione di servizi di telemedicina.

Articolo 10 (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa)

Le misure premiali riconosciute dalla legge n. 191/2009 vengono riconosciute alle Regioni che garantiscono il **rispetto dei tempi massimi di attesa** per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza.

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, le regioni 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 per cento. Le verifiche del rispetto degli obiettivi 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.

L'impossibilità di conferire incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale, non si applica alle aziende ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici.

Articolo 10-bis (Utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia)

La modalità di visita con strumenti di telemedicina soddisfa il criterio della constatazione diretta da parte del medico, ai fini del rilascio della certificazione di malattia. Le visite mediche del medico certificatore finalizzate a verificare lo stato di malattia di un lavoratore che si assenta dal proprio impiego possono essere effettuate anche in modalità di telemedicina.

Articolo 11 (Disposizioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale)

Al fine di potenziare l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei dipartimenti di salute mentale, 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, sono autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:

a) nell'anno 2025, 44 unità di medici psichiatri, 36 unità di neuropsichiatri infantili, 34 unità di psicologi e 100 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;

b) nell'anno 2026, 7 unità di medici psichiatri, 6 unità di neuropsichiatri infantili, 6 unità di psicologi e 14 unità scelte tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

Articolo 11-bis (Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del Servizio sanitario nazionale)

Al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, in attesa dell'estensione del programma nazionale di screening mammografico, è autorizzata una spesa di 1 milione di euro annui per il triennio 2025-2027, in via sperimentale, con la finalità di avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di screening regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni a carico del Servizio sanitario nazionale.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge e previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, sono definiti i criteri e le modalità per la ripartizione delle risorse nel rispetto del criterio di proporzionalità rispetto alle cittadine eleggibili per Regione nelle fasce d'età interessate.

Articolo 12 (Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria)

Al fine di implementare la formazione e lo sviluppo professionale del management nel Servizio sanitario nazionale è istituita, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, la **Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (Snaas)**. Viene 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, che si avvale del personale della Direzione generale delle risorse umane e del bilancio.

Articolo 12-bis (Norme in materia di accesso ai concorsi per la dirigenza chimica)

Fino al **31 dicembre 2030**, per l'ammissione ai concorsi per il profilo professionale di dirigente

chimico è considerato requisito d'accesso in alternativa alla specializzazione nella disciplina oggetto del concorso l'aver maturato, sei mesi prima rispetto alla scadenza del bando, almeno tre anni di servizio anche non continuativo, con contratti a tempo determinato o indeterminato, con esercizio di funzioni proprie della professione sanitaria di chimico presso le agenzie per la protezione dell'ambiente o presso le strutture del Servizio sanitario nazionale.

Articolo 12-ter (Disposizioni per l'uniformità e la tempestività nell'accesso alle terapie per le persone affette da patologie rare)

Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale accesso tempestivo e omogeneo alle terapie per i pazienti affetti da patologie rare, **gli enti del Servizio sanitario nazionale possono approvvigionarsi dei farmaci orfani tramite un'unica procedura d'acquisto per l'intero fabbisogno nazionale**, avvalendosi di una centrale di committenza regionale individuata con intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato Regioni, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione sono adottate queste disposizioni attuative.

Articolo 12-quater (Disposizioni sull'accesso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)

Nelle Regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, ove insistono Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico il cui bacino minimo di utenza è superiore alla popolazione regionale, è consentito l'accesso alle prestazioni sanitarie, ferma restando la verifica, da parte delle Regioni, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in favore dei cittadini in esse residenti.

Articolo 13 (Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali)

Si dispone una modifica all'articolo 3 del D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, che disciplina i compiti del Consiglio direttivo e della commissione di albo degli Ordini delle professioni sanitarie, prevedendo che il Consiglio direttivo di ciascun Ordine approvi direttamente il bilancio preventivo ed il conto consuntivo, nonché la tassa annuale per le spese di gestione, mentre attualmente al Consiglio spetta proporre tali atti all'approvazione dell'assemblea degli iscritti.

Viene inoltre aggiunta una ulteriore disposizione di garanzia con riguardo all'approvazione diretta dei predetti documenti da parte del menzionato Consiglio direttivo, stabilendo che contro i provvedimenti del Consiglio adottati con riferimento alle materie riguardanti i richiamati atti (bilancio preventivo, conto consuntivo e tassa annuale per le spese di gestione) viene ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti e tale organo è chiamato a decidere in via definitiva.

Articolo 13-bis (Limiti massimi di età per il collocamento a riposo dei dirigenti sanitari delle amministrazioni centrali)

Si estende ai **dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della salute** una norma transitoria, relativa, nella versione finora vigente, ai dirigenti medici e sanitari degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, nonché agli appartenenti al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute e ai docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia; in base a questa disciplina transitoria, fino al 31 dicembre 2025, tali soggetti possano richiedere la **prosecuzione del rapporto fino al compimento del settantaduesimo anno di età** e comunque non oltre la suddetta data (riguardo a una nuova disciplina proposta per i suddetti docenti universitari, si rinvia alla scheda relativa all'articolo 5-bis).

In secondo luogo, la novella prevede che, per il periodo successivo alla suddetta data del 31 dicembre 2025, per i dirigenti sanitari del Ministero della salute e degli enti da esso vigilati si applichi il medesimo limite anagrafico massimo per il collocamento a riposo previsto, nella disciplina a regime, per i dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale, limite pari a settanta anni.

Articolo 13-ter (Composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia)

Si modifica la composizione dell'Osservatorio nazionale sul diabete di tipo 1 e sulla celiachia: il comma 1 elenca le singole modifiche, che riguardano il numero totale dei componenti, il numero dei componenti medici, il numero dei rappresentanti delle associazioni e delle fondazioni operanti in materia e infine, l'inserimento tra i componenti di rappresentanti delle società scientifiche di comprovata rilevanza e maggiormente rappresentative nella prevenzione, diagnosi e cura, preferibilmente in età pediatrica, delle due patologie; il comma 2 stabilisce che il Ministero della salute provvede all'integrazione della composizione dell'Osservatorio, sulla base delle modifiche previste dal comma 1, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Articolo 13-quater (Modifiche all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 e presidi sanitari di prossimità)

Si consente **transitoriamente** - fino alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e comunque non oltre il 31 dicembre 2026 – **di operare in deroga agli standard relativi al numero di posti letto relativi all'assistenza ospedaliera**, in sede di applicazione di una disciplina posta dalla legge di bilancio 2025 **in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati**.

Inoltre, dispone in ordine alle strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento istituzionale con il Ssn, riconoscendo a tali strutture lo status di presidi sanitari di prossimità del Ssn e disciplinandone la partecipazione all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale.

Articolo 13-quinquies (Conoscenze linguistiche per riconoscimento qualifiche professionali sanitarie)

Si dispone un'integrazione all'articolo 7, comma 1-septies del D.Lgs 9 novembre 2007, n. 206, in tema di conoscenze linguistiche per il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie nel territorio della provincia autonoma di Bolzano, aggiunge la categoria degli odontoiatri (accanto a quella dei medici) alle varie disposizioni del comma citato riguardanti le modalità di tale riconoscimento nella citata provincia.

Articolo 13-sexies (Norme in materia di professione di fisico)

Sostituisce la disciplina transitoria sui requisiti richiesti per l'iscrizione alle Sezioni A e B del settore "fisica" dell'Albo professionale dei chimici e dei fisici. Il comma 1 elenca i requisiti richiesti dalla nuova disciplina transitoria. Il comma 2 abroga la disposizione normativa recante la precedente disciplina.

Articolo 13-septies (Clausola di salvaguardia)

Si prevede che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano le disposizioni di cui al provvedimento in esame compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.