

XIX legislatura

**A.S. 1825:**

**"Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale"**

Aprile 2026

n. 343



servizio del bilancio  
del Senato



SERVIZIO DEL BILANCIO

Tel. 06 6706 5790 – SBilancioCU@senato.it – ✉ @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, (2026). Nota di lettura, «A.S. 1825: "Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale"». NL343, aprile 2026, Senato della Repubblica, XIX legislatura

## INDICE

Articolo 1 ( <i>Oggetto e finalità della delega</i> ) .....	1
Articolo 2 ( <i>Principi e criteri direttivi</i> ).....	1
Articolo 3 ( <i>Disposizioni finanziarie</i> ).....	9
Articolo 4 ( <i>Clausola di salvaguardia</i> ) .....	11



## **Articolo 1** **(Oggetto e finalità della delega)**

Il comma 1, al fine di implementare il livello di tutela della salute in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto dei principi di equità e continuità del percorso assistenziale, con una specifica attenzione all'umanizzazione delle cure anche in coerenza con i principi di cui all'articolo 2 della Costituzione, delega il Governo ad adottare entro il 31 dicembre 2026 uno o più decreti legislativi in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e di revisione del modello organizzativo di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992, relativo al SSN, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2.

Il comma 2 dispone che i decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dell'università e della ricerca, nonché con gli altri Ministri competenti per materia, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 281 del 1997. Gli schemi di ciascun decreto legislativo sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano entro il termine di 30 giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato.

Il comma 3 prevede che, qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari di cui al comma 2 scada nei 30 giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'esercizio della delega di cui al comma 1, ovvero successivamente, quest'ultimo sia prorogato di tre mesi.

Il comma 4 stabilisce che, entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo può adottare uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni integrative e correttive dei suddetti decreti legislativi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo.

**La RT** sintetizza il contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 2** **(Principi e criteri direttivi)**

Il comma 1 prevede che il Governo, nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, si attenga ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) potenziare il livello di integrazione tra l'ospedale e il territorio, anche attraverso la revisione e l'aggiornamento della disciplina in materia di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del SSN, delineando, altresì, criteri omogenei di funzionamento dei sistemi integrati di trasporto sanitario secondario e di gestione dell'emergenza e definendo modelli organizzativi che garantiscano ai professionisti di area clinica lo sviluppo di percorsi integrati di carriera;

b) aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere, in particolare definendo le caratteristiche volte a individuare, oltre a ospedali di base, di primo e secondo livello, anche:

1) ospedali di terzo livello, corrispondenti alle strutture ospedaliere di eccellenza a livello nazionale con bacino di utenza nazionale e sovranazionale, comprese le strutture in cui la titolarità e la gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni o altri soggetti privati, anche a carattere religioso, in possesso dei requisiti di cui al presente numero, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti. Tali ospedali sono individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di

IRCCS, di cui al decreto legislativo n. 288 del 2003, e di aziende ospedaliero-universitarie integrate di cui al decreto legislativo n. 517 del 1999, nonché ulteriori rispetto a quelli già definiti dalla normativa vigente in materia di ospedali sedi di Dipartimenti d'emergenza e accettazione (DEA) di secondo livello, anche destinando agli stessi specifiche risorse a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali a livello nazionale e assicurando la continuità della relativa offerta nell'ambito della programmazione regionale. Ai predetti fini, si tiene conto, in particolare:

1.1) della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *Diagnosis Related Groups* (DRG) della casistica trattata dalla struttura;

1.2) della positiva valutazione in merito al possesso di elevati *standard* di qualità;

1.3) della positiva valutazione in merito agli esiti;

1.4) della quota di assistiti proveniente da altre regioni, diverse da quella in cui ha sede la struttura, al netto della quota relativa alla mobilità di confine e apparente;

1.5) dell'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori;

2) ospedali elettivi, corrispondenti alle strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso, individuati secondo criteri omogenei di livello nazionale volti ad assicurare un collegamento in tempo utile con le strutture che compongono la rete dell'emergenza-urgenza di riferimento presenti in altre strutture ospedaliere di primo e secondo livello, che includano altresì la quantificazione di un tempo massimo uniforme per la percorrenza della relativa distanza, la disciplina delle modalità per l'eventuale trasferimento a strutture ospedaliere di riferimento di primo e secondo livello dei pazienti già presi in carico e la definizione dei requisiti minimi di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata<sup>1</sup>;

c) aggiornare il dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse anche in ragione del relativo bacino di utenza, fermi restando gli *standard* a livello di ciascuna regione e provincia autonoma nonché lo *standard* nazionale;

d) prevedere, in coerenza con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e le relative disposizioni attuative, l'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, individuando specifici criteri, declinabili in termini dei relativi *standard*, anche valorizzando l'obiettivo di assicurare ai cittadini la risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute, a bassa o media complessità assistenziale, e favorendo un modello di presa in carico volto a limitare fenomeni di mobilità;

e) promuovere l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera anche attraverso la definizione di *standard* minimi per le attività di ricovero, articolati per area di attività e per ambito territoriale di riferimento, definiti e implementati in coerenza con la disciplina in materia di ospedale di comunità;

---

<sup>1</sup> Si ricorda che le norme di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera sono poste attualmente dal regolamento di cui al [D.M. 2 aprile 2015, n. 70](#). Esso, in estrema sintesi, prevede che le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate debbano rientrare in una delle tre classi (a complessità crescente) ivi definite – di base, di primo livello e di secondo livello –, con la possibilità, tuttavia, nell'ambito della programmazione regionale (o della provincia autonoma), di accreditamento di altre strutture private, con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera. Riguardo alle suddette tre classi: per i presidi ospedalieri di base il suddetto regolamento prevede un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, la presenza del pronto soccorso e di un certo spettro di specialità e di servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità nonché la dotazione di letti destinati alla “Osservazione Breve Intensiva”; per i presidi di primo livello, il regolamento prevede un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, la presenza del Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di primo livello, con un certo spettro di specialità e di servizi, nonché la dotazione di letti destinati alla “Osservazione Breve Intensiva” e di letti destinati alla “Terapia Subintensiva” (anche a carattere multidisciplinare); per le strutture di secondo livello – in cui possono rientrare aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e presidi di grandi dimensioni di un'azienda sanitaria locale –, il regolamento prevede un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, la presenza del Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di secondo livello, con un certo spettro di specialità e di servizi (ferma restando la sussistenza di tutte le strutture previste per i suddetti presidi di primo livello).

f) definire il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative, anche nell'ottica del riconoscimento del relativo valore giuridico, ulteriore rispetto alla disciplina in materia di responsabilità medica;

g) nell'ambito della revisione del modello organizzativo per l'assistenza territoriale, migliorare il livello di qualità dell'assistenza sanitaria per le persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla residenzialità e alla semi-residenzialità, definendo specifici *standard* anche di personale in funzione del numero di utenti assistiti, che tengano conto della necessità di assicurare la presa in carico multidimensionale e la garanzia della continuità assistenziale;

h) con riferimento all'assistenza rivolta alle persone in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppano traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole, definire *standard* assistenziali, di personale delle *équipe* dedicate, di volumi e di esiti volti all'aggiornamento e all'integrazione della vigente disciplina in materia, articolati secondo la natura di base o specialistica delle cure palliative erogate, le caratteristiche del bisogno, l'intensità e la complessità dell'assistenza e la durata della presa in carico, nonché declinati nei diversi *setting* assistenziali;

i) promuovere il ruolo della bioetica clinica nell'ambito delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, attraverso modelli organizzativi basati sulla centralità della persona, sui percorsi di cura e sull'umanizzazione dell'assistenza;

l) individuare criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino in termini di effettività l'integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del SSN con gli interventi assistenziali di natura e competenza istituzionale non sanitaria;

m) aggiornare la disciplina dei servizi relativi alle aree della salute mentale per adulti, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze patologiche e della salute in carcere, anche con riferimento alle strutture detentive minorili, con particolare attenzione anche alle specificità degli istituti penali minorili e delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, in ogni caso garantendo l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza;

n) riordinare la disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta anche al fine di valorizzarne il ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale, fermi restando gli equilibri di ciascun servizio sanitario regionale e del SSN, includendo quanto disposto dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (ai sensi del quale, per potenziare l'assistenza territoriale, nell'ambito dei progetti del PNRR, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 1.365,3 milioni di euro annui a decorrere dal 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale).

**La RT** ribadisce che alla **lettera a)** si prevede il potenziamento del livello di integrazione tra ospedale e territorio, da attuare anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli attuali *standard* nazionali di riferimento per l'assistenza territoriale, previsti dall'articolo 1, comma 169, della legge n. 311 del 2004 (che demanda ad apposito regolamento la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai LEA), delineando altresì indicazioni omogenee di funzionamento dei sistemi integrati di trasporto secondario e di gestione dell'emergenza, nonché definendo modelli organizzativi che garantiscano ai professionisti di area clinica lo sviluppo di percorsi integrati di carriera. In particolare, con la locuzione "sistemi integrati di trasporto secondario" si intende il sistema di trasferimento di un paziente già preso in carico da parte di una struttura ospedaliera verso una diversa struttura collegata funzionalmente alla prima, secondo la logica *Hub&Spoke* (si consideri, a titolo esemplificativo, un paziente ricoverato in pronto

soccorso che viene trasferito in degenza ordinaria presso il posto letto accreditato di un'altra struttura sanitaria). Si tratta di attività già disciplinate a livello regionale e già finanziate a legislazione vigente per le quali è necessario che la legislazione delegata individui le *best practices* sviluppate a livello regionale e fornisca indicazioni omogenee.

Per quanto attiene, invece, ai "modelli organizzativi integrati che garantiscano ai professionisti di area clinica di sviluppare percorsi integrati di carriera", si chiarisce che si tratta della riproposizione nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera di un principio fondamentale dello sviluppo dei percorsi formativi di area medica (componente ospedaliera e componente territoriale). Le previsioni contenute nel criterio di cui alla presente lettera non determinano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Alla **lettera b)** si prevede l'aggiornamento della classificazione delle strutture ospedaliere di cui all'articolo 1, comma 169, della legge n. 311 del 2004.

Con particolare riferimento alla lettera b), numero 1), laddove prevede l'assegnazione di specifiche risorse agli ospedali di terzo livello per lo svolgimento di funzioni di rilievo nazionale, la quantificazione degli eventuali oneri a decorrere dall'anno 2027, dopo la sperimentazione dell'anno 2026, autorizzata e coperta nei limiti delle risorse di cui ai commi 402 e 403 dell'articolo 1 della legge n. 199 del 2025, consegnerà all'individuazione delle funzioni, attesa la complessità della materia oggetto di delega, come di seguito indicato. La riorganizzazione del sistema ospedaliero, infatti, comporta interventi di natura eterogenea, che incidono su una molteplicità di fattori: *standard* strutturali e tecnologici, livelli di assistenza, rimodulazione delle dotazioni organiche, razionalizzazione delle strutture e redistribuzione territoriale delle attività di carattere sanitario. Tali profili, strettamente interdipendenti, rendono allo stato oggettivamente non determinabile *ex ante* l'esatto ammontare degli oneri finanziari connessi al criterio in argomento. Solo in sede di adozione dei decreti legislativi sarà possibile delineare il complesso degli effetti organizzativi e gestionali della riforma e, pertanto, procedere a una stima degli oneri che sarà definita con apposita relazione tecnica, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009.

Tanto premesso, tenuto conto di quanto previsto dai commi 402 e 403 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2026, si evidenzia, inoltre, che, la lettera b), numero 2), fa riferimento alle strutture per acuti prive di pronto soccorso già esistenti nell'attuale rete ospedaliera. Con la disposizione in argomento, si intende classificare e censire tali strutture, che concorrono all'erogazione di LEA di ricovero, e definire protocolli organizzativi e clinici che consentano di garantire in condizioni di sicurezza e tempestivamente il trasferimento verso ospedali di primo e secondo livello di pazienti acuti che abbiano sviluppato, in corso di ricovero, patologie tempo dipendenti non trattate dal presidio ospedaliero elettivo. Pertanto, l'attuazione della disposizione non prevede nuovi o maggiori oneri posto che essa disciplina e regola pratiche organizzative già in essere, uniformandole verso *standard* di riferimento.

Alla **lettera c)** si prevede di implementare il valore del bacino di utenza nell'ambito dell'individuazione delle strutture operative complesse, fermo restando lo *standard* a

livello di ciascuna regione e provincia autonoma nonché nazionale. Al riguardo, si osserva che tale criterio di delega non determinerà effetti finanziari negativi per la finanza pubblica, in quanto intende incidere, valorizzandolo, su un elemento di valutazione già previsto a legislazione vigente, utilizzando un criterio di equilibrio compensativo nella distribuzione delle risorse disponibili. In particolare, si chiarisce che il valore del "bacino di utenza", funzionale alla riqualificazione delle Unità in Unità operative complesse (UOC), risente delle condizioni demografiche, orografiche ed eventualmente anche di scarsità di collegamenti infrastrutturali concretamente rilevabili sul territorio di riferimento. In tal senso, anche al fine di un'ottimizzazione delle risorse già impiegate, l'incremento del numero delle unità qualificate come UOC su un dato territorio corrisponderebbe alla riduzione del numero delle UOC su un altro territorio, nell'ambito del medesimo contesto di programmazione sanitaria, mantenendo la neutralità finanziaria.

Alla **lettera d)** si prevede, in coerenza con le previsioni del PNRR, di implementare il novero delle reti assistenziali, tempo-dipendenti, specialistiche e di riferimento nazionale, valorizzando in termini di relativi *standard* anche la prossimità nell'accesso alle cure a bassa e media complessità con l'obiettivo di limitare fenomeni di mobilità. Per tale criterio di delega la quantificazione di dettaglio degli oneri recati sarà svolta con apposita relazione tecnica in sede di individuazione delle singole reti assistenziali e di disciplina delle relative funzioni, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009, attesa la complessità della materia oggetto di delega. La quantificazione dei relativi oneri, infatti, appare di difficile individuazione in tale sede, attesa la necessaria acquisizione di elementi allo stato non disponibili. È indispensabile, invero, procedere alla definizione di *standard* delle reti assistenziali da implementare, che richiede per sua stessa natura una approfondita analisi, condotta tenendo conto – tra l'altro - della *governance* di ciascuna rete, dei bisogni di salute dei cittadini oltre che degli eventuali fattori di correzione e implementazione derivanti dal confronto con i diversi livelli territoriali coinvolti.

Alla **lettera e)** si prevede di intervenire per promuovere l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, anche attraverso la definizione di *standard* minimi per le attività di ricovero, implementando il livello di coerenza con la disciplina dell'ospedale di comunità quale struttura dedicata alle cure intermedie.

L'implementazione degli *standard* minimi di ricovero avverrà su un tessuto ospedaliero eterogeneo in relazione a diversi profili, come ad esempio la dotazione di posti letto, le specialità dell'offerta sanitaria nonché le tecnologie e il personale necessario. Si consideri, inoltre, che l'attuazione della misura richiederà un processo di riordino dell'offerta sanitaria regionale, che avverrà in tempi e modalità differenziati. Più nel dettaglio, si evidenzia che la definizione di requisiti di accreditamento omogenei non determina nuovi o maggiori oneri, soprattutto in considerazione del fatto che la norma è volta a definire livelli *standard* minimi di assistenza uniforme nei diversi territori, coerentemente con le competenze legislative statali, permettendo di fatto un migliore monitoraggio dell'erogazione dei LEA, che già godono della necessaria

copertura finanziaria a valere sulle risorse del fabbisogno sanitario *standard*. Più in dettaglio, l'individuazione dei citati *standard* minimi per le attività di ricovero dovrà tenere conto della necessità di ridurre la durata delle degenze nella fase acuta in reparti ad alta intensità assistenziale, caratterizzati da *standard* elevati e da alto costo, individuando forme di degenza di transizione e ottimizzando il rapporto tra ospedale e territorio.

Alla **lettera f)** si prevede di estendere al livello normativo il riconoscimento del valore giuridico delle buone pratiche-clinico assistenziali e organizzative anche oltre l'ambito della responsabilità medica. Il criterio di delega appare attuabile senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto incide sul rilievo giuridico dei processi di individuazione delle buone pratiche clinico-assistenziali già previsti a normativa vigente.

Alla **lettera g)** si prevede, nell'ambito dell'assistenza territoriale, di migliorare la qualità delle prestazioni erogate a persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla residenzialità e semi-residenzialità, definendo specifici *standard* organizzativi. Per tale criterio di delega, la quantificazione di dettaglio degli oneri conseguenti all'attuazione della lettera in argomento sarà svolta con apposita relazione tecnica in sede di disciplina attuativa, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009, attesa la complessità della materia oggetto di delega. Si evidenzia in particolare che, al fine della determinazione degli oneri, occorre individuare il numero di potenziali utenti da assistere, unitamente alle prestazioni sanitarie volte a realizzare la multidimensionalità della presa in carico dei pazienti. Si chiarisce infine che, come già osservato per la lettera e), la *ratio* della legge delega è di poter garantire, definire, classificare e monitorare l'effettiva erogazione dei LEA da parte delle regioni, sulla base di un livello di riferimento uniforme.

Alla **lettera h)** si prevede la definizione di *standard* assistenziali, di personale, di volumi e di esiti volti ad implementare il livello di qualità assistenziale nell'ambito delle prestazioni rivolte alle persone che versano in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppano traiettorie di malattia ad esito non favorevole, con particolare riferimento all'ambito delle cure palliative. Per tale criterio, la quantificazione degli oneri sarà determinata con apposita relazione tecnica a seguito della declinazione dei relativi *standard*, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009, attesa la complessità della materia oggetto di delega. In particolare, richiamando quanto evidenziato in merito alla lettera g), anche in questo caso è necessario procedere alla individuazione della platea dei soggetti da assistere, del personale delle *équipe* professionali necessario, delle effettive esigenze assistenziali e delle relative prestazioni da erogare.

Alla **lettera i)** si prevede di promuovere il ruolo della bioetica clinica, attraverso modelli organizzativi basati sulla centralità della persona, sui percorsi di cura e sull'umanizzazione dell'assistenza. Al riguardo, si osserva che le misure previste dal criterio in esame attengono all'ordinaria attività di programmazione, formazione e organizzazione delle strutture sanitarie e possono essere realizzate nell'ambito delle

risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente. È necessario, altresì, considerare che la promozione di modelli organizzativi basati sulla centralità della persona non implicherà la creazione di nuove strutture o la previsione di specifici incentivi economici, ma consisterà nell'orientamento dell'attività gestionale e clinico-assistenziale verso pratiche già previste. Infine, la RT rappresenta che lo sviluppo della bioetica clinica fa riferimento a un'organizzazione già presente all'interno delle Aziende, riconducibile alle attività e al funzionamento dei comitati etici che non viene innovata dalla presente legge. Allo stesso modo, l'implementazione dei processi di umanizzazione delle cure, anche attraverso il contributo e la valorizzazione del ruolo di associazioni di volontariato e di enti del terzo settore (a titolo esemplificativo, attraverso lo sviluppo della co-programmazione e della co-progettazione), richiama la necessità di operare secondo idonei modelli organizzativi, che prevedano il coinvolgimento delle associazioni e delle comunità nei processi di cura. Pertanto, il principio di delega in esame non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Alla **lettera l)** si prevede di implementare il livello di coerenza e sistematicità dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'individuazione di criteri organizzativi omogenei di livello nazionale. Pertanto, il principio di delega in esame non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Alla **lettera m)** si prevede di aggiornare la disciplina dell'assistenza nell'area della salute mentale per adulti, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze patologiche e della salute in carcere, anche con riferimento alle strutture detentive minorili, con particolare attenzione anche alle specificità degli istituti penali minorili e delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, in ogni caso, definendo e aggiornando la relativa disciplina dei servizi. Al riguardo, osserva che la disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Tale criterio di delega, infatti, ha la finalità di razionalizzare e coordinare la rete dei servizi territoriali e distrettuali già previsti e di promuoverne l'integrazione funzionale. In questo senso, le attività di aggiornamento e definizione della disciplina dei servizi rientrano nelle ordinarie competenze di programmazione e indirizzo, esercitate con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Alla **lettera n)** si prevede di valorizzare il ruolo della medicina generale nell'ambito del SSN attraverso un riordino della disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, fermi restando gli equilibri di ciascun servizio sanitario regionale e a livello nazionale, ivi ricomprendendo quanto specificatamente disposto dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021. La disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. L'intervento, infatti, mira a razionalizzare l'attuale sistema di medicina convenzionata in coerenza con quanto previsto dalla *ratio* sottesa agli interventi di riordino dell'assistenza territoriale. La disposizione, quindi, si configura come un'azione di aggiornamento e coordinamento della disciplina vigente in materia di rapporti convenzionali, modalità organizzative e integrazione dei professionisti nelle strutture territoriali. In particolare, la RT osserva

che la misura non introduce nuovi istituti retributivi, indennità o incrementi automatici di compensi, né prevede l'ampliamento del numero dei professionisti convenzionati oltre i fabbisogni già programmati.

**Al riguardo**, in relazione alla lettera *a*) si osserva che le affermazioni della RT a supporto della neutralità finanziaria del presente criterio di delega appaiono plausibili in relazione all'integrazione fra strutture ospedaliere. Andrebbe invece approfondita la portata finanziaria della previsione di "modelli organizzativi che garantiscano ai professionisti di area clinica di sviluppare percorsi integrati di carriera", atteso che la stessa RT afferma che si tratta della riproposizione nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera di un principio fondamentale dello sviluppo dei percorsi formativi, il che potrebbe suggerire un'estensione del suo ambito di applicazione. Non essendo fornita alcuna indicazione circa la neutralità finanziaria in sé di tali modelli organizzativi, un'eventuale estensione andrebbe accompagnata da chiarimenti sulla sua portata finanziaria.

In relazione alla lettera *b*), numero 2), si osserva che potrebbe essere potenzialmente suscettibile di nuovi oneri la quantificazione di un tempo massimo uniforme per la percorrenza della distanza fra gli ospedali elettivi e le strutture che compongono la rete dell'emergenza-urgenza di riferimento presenti in strutture ospedaliere di primo e secondo livello, atteso che ciò – se non calibrato sulla situazione attuale dei tempi di trasferimento – potrebbe implicare il sotto-utilizzo di alcune strutture o la necessità di predisporre ulteriori, aggiuntive.

Per quanto attiene alla lettera *c*) si osserva che le argomentazioni addotte dalla RT a supporto della neutralità finanziaria della disposizione non appaiono del tutto persuasive, atteso che il dispositivo non richiama il parametro del bacino di utenza nei termini (che sarebbero compensativi) sostenuti dalla RT, ma lo indica come criterio aggiuntivo, utilizzando la congiunzione "anche". In sostanza, appare ipotizzabile che una nuova UOC possa essere istituita per soddisfare le esigenze di un bacino di utenza che finora ne era privo. Sempre riguardo al profilo dell'invarianza, sarebbe opportuno un chiarimento su come essa possa essere assicurata in relazione alle competenze delle autonomie territoriali e degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale (nella normativa vigente, l'atto aziendale di disciplina dell'organizzazione e del funzionamento della medesima azienda individua quali unità operative siano qualificate come strutture complesse).

In relazione alla lettera *e*) si osserva che, rispetto a quanto affermato dalla RT, il dispositivo non sembrerebbe riferirsi ai LEA, che in effetti trovano già copertura nel FSN, ma più esattamente a standard minimi correlati alla loro erogazione. Va tuttavia evidenziato che tali standard ben potrebbero condurre anche a risparmi di spesa, come deducibile dall'obiettivo illustrato nell'ultimo periodo della RT relativa alla presente lettera. Nel complesso, pertanto, la neutralità finanziaria di tale criterio di delega appare realizzabile.

Nulla da osservare in merito alla lettera *f*).

Maggiori approfondimenti sarebbero auspicabili in relazione ai modelli organizzativi che si intendono definire per l'attuazione della lettera *i*), onde valutarne l'effettiva neutralità finanziaria.

Stante l'impatto su enti diversi (quelli del SSN e, sostanzialmente, i Comuni) si osserva che l'effettiva integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del SSN con quelli assistenziali forniti dagli enti locali, di cui alla lettera *l*), pur se a regime foriera di possibili risparmi di spesa a parità di servizi resi, potrebbe richiedere una fase iniziale di riorganizzazione delle strutture, anche a fini di coordinamento, che potrebbe rivelarsi onerosa. Analoghe osservazioni possono essere estese al criterio di delega di cui alla lettera *m*). Per entrambi tali criteri, in ogni caso, non sembrano configurabili maggiori oneri permanenti o di significativa entità.

Nulla da osservare sulla lettera *n*), attuabile senza nuovi o maggiori oneri, oltre a quelli già previsti dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021.

Per tutti gli anzidetti criteri di delega si ricorda che opera comunque la clausola d'invarianza finanziaria di cui all'articolo 3, comma 3, che impone, in presenza di plurime, potenziali modalità attuative, regolamentazioni delegate e attuazioni coerenti con azioni delle PP.AA. coinvolte a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente.

Stante il loro potenziale effetto oneroso, chiarimenti andrebbero comunque forniti specificamente sui criteri di delega di cui alle lettere *b*), numero 2), e *c*), delineando le linee d'intervento che non contemplano nuovi oneri, proprio alla luce del fatto che si tratta di criteri non sottoposti al meccanismo di tutela degli equilibri di finanza pubblica di cui al comma 2 dell'articolo 3.

Nulla da osservare in questa sede sui principi di delega di cui alle lettere *b*), numero 1), *d*), *g*) e *h*), certamente onerosi ma sui quali si concorda con le affermazioni della RT circa la necessità di un rinvio ai decreti delegati per la quantificazione degli oneri, stante la loro indeterminatezza *ex ante*, sulla base del dispositivo in esame. Per quanto attiene poi alla loro copertura, si rinvia all'articolo 3, comma 2.

Comunque, in relazione alla lettera *b*), numero 1), si chiede se lo stanziamento previsto per il 2026 dal successivo articolo 3, in un'ottica sostanzialmente sperimentale, possa essere considerato, perlomeno in termini di ordine di grandezza, un'adeguata approssimazione degli oneri attesi a regime per tale misura.

### **Articolo 3** **(Disposizioni finanziarie)**

Il comma 1 stabilisce che per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *b*), numero 1), si provvede, per l'anno 2026, nel limite massimo di 20 milioni di euro, mediante corrispondente utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 403, della legge n. 199 del 2025 (ovvero 20 milioni di euro stanziati per il 2026 al fine di avviare una specifica progettualità rivolta agli IRCCS e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione), e, nel limite massimo di 10 milioni di euro, mediante corrispondente utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della medesima legge (ai sensi del quale una quota delle risorse incrementalì previste per il FSN, quantificata in 188,2 milioni di euro per l'anno 2026 e 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029, è destinata

all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996).

Il comma 2 prevede che gli schemi dei decreti legislativi adottati in attuazione delle deleghe contenute nella presente legge siano corredati di una relazione tecnica che dia conto della neutralità finanziaria dei medesimi, ovvero dei nuovi o maggiori oneri da essi derivanti e dei corrispondenti mezzi di copertura. In conformità all'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009, qualora i decreti legislativi adottati in attuazione dell'articolo 2, comma 1, lettere *d*), *g*) e *h*), della presente legge determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, o mediante l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 338 (v. comma 1) e 410 (si tratta di 20 milioni di euro per l'anno 2026 assegnati all'AGENAS per il potenziamento e l'efficientamento dei servizi di telemedicina mediante l'implementazione di procedure finalizzate a dotare i professionisti sanitari di dispositivi medici idonei a garantire l'adeguato monitoraggio dei pazienti, nonché a favorire l'implementazione omogenea dei percorsi di telemedicina), della legge n. 199 del 2025, nonché, esclusivamente per quanto previsto dal terzo periodo del presente comma, mediante l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996, ovvero mediante utilizzo dell'accantonamento di competenza del Ministero della salute dei fondi speciali di cui all'articolo 1, comma 756, della legge n. 199 del 2025, i suddetti decreti legislativi sono emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie. La procedura di cui al secondo periodo si applica per gli oneri che decorrono dall'anno 2027 anche ai decreti legislativi adottati in attuazione dell'articolo 2, comma 1, lettera *b*), numero 1).

Il comma 3 stabilisce che, fermo restando quanto previsto dai commi 1 e 2, dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti relativi ai suddetti decreti con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

**La RT** nulla aggiunge al contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, in relazione all'autorizzazione di spesa di cui al comma 1, preso atto che si tratta di un limite di spesa, andrebbero comunque fornite informazioni circa la sua congruità rispetto alle esigenze attese, indicandone quindi gli elementi costitutivi, da specificare perlomeno in linea di massima, e confermando che il loro ammontare finanziario corrisponde, per una prima fase di avvio, allo stanziamento di 30 milioni di euro in esame. Nulla da osservare sulle modalità di copertura.

Per quanto attiene al comma 2, considerando la possibilità che - ai sensi dell'articolo 1, comma 3 - l'adozione dei decreti legislativi slitti al primo trimestre 2027, sarebbe opportuno che il richiamo, come possibile modalità di copertura, ai fondi speciali non sia riferito specificamente a quelli di cui all'ultima legge di bilancio (articolo 1, comma 756, della legge n. 199 del 2025) bensì, in termini generali, agli accantonamenti di competenza del Ministero della salute iscritti nei fondi speciali previsti dall'articolo 18, comma 1, della legge n. 196 del 2009.

Inoltre sarebbe auspicabile una puntuale indicazione circa l'ammontare attualmente disponibile o prospettabile delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996, che rappresenta una delle possibili modalità di copertura.

Nulla da osservare sul comma 3, al netto dei rilievi già sollevati con riferimento all'articolo 2.

**Articolo 4**  
**(Clausola di salvaguardia)**

Il comma 1 stabilisce che le disposizioni della presente legge e quelle dei decreti legislativi emanati in attuazione della stessa sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

**La RT** ribadisce il contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

# Ultimi dossier del Servizio del Bilancio

Feb. 2026

[Nota di lettura n. 331](#)

**A.S.1793:** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 201, recante disposizioni urgenti per la proroga dell'autorizzazione alla cessione di mezzi, materiali ed equipaggiamenti militari in favore delle autorità governative dell'Ucraina, per il rinnovo dei permessi di soggiorno in possesso di cittadini ucraini, nonché per la sicurezza dei giornalisti *freelance*" (Approvato dalla Camera dei deputati)

"

[Nota di lettura n. 332](#)

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2023/970, volta a rafforzare l'applicazione del principio della parità di retribuzione tra uomini e donne per uno stesso lavoro o per un lavoro di pari valore attraverso la trasparenza retributiva e i relativi meccanismi di applicazione (**Atto del Governo n. 379**)

"

[Nota di lettura n. 333](#)

Schema di decreto legislativo recante recepimento della direttiva (UE) 2024/2811 e adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni dell'articolo 1 del regolamento (UE) 2024/2809, per rendere i mercati pubblici dei capitali nell'Unione più attraenti per le società e facilitare l'accesso delle piccole e medie imprese ai capitali (**Atto del Governo n. 378**)

"

[Nota di lettura n. 334](#)

**A.S. 1778:** "Disposizioni in materia di sviluppo della carriera dirigenziale e della valutazione della performance del personale dirigenziale e non dirigenziale delle pubbliche amministrazioni" (Approvato dalla Camera dei deputati)

"

[Nota di lettura n. 335](#)

**A.S. 1812:** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi" (Approvato dalla Camera dei deputati)

Mar. 2026

[Nota di lettura n. 336](#)

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2024/1499, sulle norme riguardanti gli organismi per la parità in materia di parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza o dall'origine etnica, tra le persone in materia di occupazione e impiego indipendentemente dalla religione o dalle convinzioni personali, dalla disabilità, dall'età o dall'orientamento sessuale e tra le donne e gli uomini in materia di sicurezza sociale e per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura, e che modifica le direttive 2000/43/CE e 2004/113/CE, nonché attuazione della direttiva (UE) 2024/1500, sulle norme riguardanti gli organismi per la parità nel settore della parità di trattamento e delle pari opportunità tra donne e uomini in materia di occupazione e impiego, e che modifica le direttive 2006/54/CE e 2010/41/UE (**Atto del Governo n. 382**)

"

[Nota di lettura n. 337](#)

**A.S. 1818:** "Conversione in legge del decreto-legge 24 febbraio 2026, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza pubblica, di attività di indagine dell'autorità giudiziaria in presenza di cause di giustificazione, di funzionalità delle forze di polizia e del Ministero dell'interno, nonché di immigrazione e protezione internazionale"

"

[Nota di lettura n. 338](#)

**A.S. 1786:** "Delega al Governo per la riforma e il riordino della legislazione farmaceutica in materia di accesso al farmaco, monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, prestazione di servizi sanitari sul territorio da parte delle farmacie e rafforzamento della rete assistenziale farmaceutica"

"

[Nota di lettura n. 339](#)

**A.S. 1832:** "Conversione in legge del decreto-legge 11 marzo 2026, n. 32, recante disposizioni urgenti in materia di commissari straordinari e concessioni"