



## DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della salute (SCHILLACI)

di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (GIORGETTI)

con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie (CALDEROLI)

e con il Ministro della giustizia (NORDIO)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 MARZO 2026

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

*Disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica, ai sensi dell'articolo 126-bis del Regolamento*

**INDICE**

|                                       |             |    |
|---------------------------------------|-------------|----|
| Relazione .....                       | <i>Pag.</i> | 3  |
| Relazione tecnica .....               | »           | 7  |
| Analisi tecnico-normativa (ATN) ..... | »           | 13 |
| Disegno di legge .....                | »           | 17 |

ONOREVOLI SENATORI. –

Il disegno di legge, predisposto in attuazione di quanto previsto dal Documento programmatico di finanza pubblica 2025, quale collegato alla manovra di finanza pubblica, reca la delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione, potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera e revisione del modello organizzativo del servizio sanitario nazionale.

Il provvedimento in esame intende garantire effettività nella tutela della salute, in coerenza con il disposto di cui all'articolo 32 della Costituzione, tenendo conto in particolare delle esigenze di aggiornamento e di revisione sistemica della *governance* del Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e disciplinato ad opera del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e dei successivi interventi legislativi di revisione, di cui in particolare al decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a presidio delle condizioni di universalità, equità e solidarietà dell'assistenza sanitaria che caratterizzano anche a livello internazionale il nostro sistema, è necessario procedere alla revisione di alcuni elementi strategici del sistema, con particolare riferimento alla centralità della persona e alla prossimità nell'accesso alle cure, nonché alla sicurezza e alla qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. In tale prospettiva appare essenziale valorizzare l'area dell'assistenza territoriale, implementando la relativa integrazione con l'area dell'assistenza ospedaliera al fine di ottimizzare la potenzialità del Servizio sanitario nazionale in termini di capacità di copertura di fabbisogni assistenziali sempre più complessi e multidisciplinari espressi dalla popolazione, sia in termini di resilienza dell'intero sistema sanitario di fronte a potenziali scenari critici, non solo in senso economico-finanziario, che appaiono di prorompente attualità.

Nel predetto contesto, il disegno di legge in esame si compone di quattro articoli.

L'articolo 1 (*Oggetto e finalità della delega*) del disegno di legge in esame, al comma 1, delega il Governo ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi per l'integrazione e la revisione del modello organizzativo di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, relativo al Servizio sanitario nazionale (SSN) istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, con l'osservanza dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2.

I commi 2 e seguenti individuano il procedimento di adozione dei provvedimenti legislativi delegati. In particolare, sugli schemi di decreti legislativi, adottati su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e dell'università e della ricerca, nonché con gli altri Ministri competenti per materia, dovrà acquisirsi la 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 28 agosto 1997, n. 281. A seguito della trasmissione degli interventi normativi delegati alle Camere, le Commissioni parlamentari competenti si pronunciano entro il termine di trenta giorni dalla data di trasmissione dei decreti legislativi, decorso il quale il decreto legislativo potrà essere comunque adottato. Inoltre, qualora i termini per l'espressione dei pareri parlamentari scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega, ovvero successivamente, questi ultimi sono prorogati di tre mesi. È, infine, prevista la facoltà per il Governo di adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi, da esercitarsi entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi emanati nell'esercizio della delega di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi fissati dalla presente legge.

L'articolo 2 (*Principi e criteri direttivi*) individua i principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega legislativa ai sensi dell'articolo 76 della Costituzione e, in particolare, fatta salva – ove si parla di *standard* – la disciplina della salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (LEA):

- 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 30 dicembre 2004, n. 311. L'intento strategico della revisione, che andrà ad operare su di una disciplina strutturata a livello regolamentare, rende opportuna l'indicazione già al livello di delega legislativa di alcune direttrici di riforma: in tal senso, sono contemplati la disciplina di funzionamento dei sistemi di trasporto secondario e di gestione dell'emergenza, nonché l'individuazione di nuovi modelli organizzativi che garantiscano ai professionisti di area clinica di sviluppare percorsi integrati di carriera;
- alla lettera *b*) si prevede l'aggiornamento della classificazione delle strutture ospedaliere, di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in particolare definendo le caratteristiche per poter individuare due ulteriori classificazioni di strutture ospedaliere, sostanzialmente a monte e a valle della vigente articolazione delle strutture ospedaliere contemplate nel citato decreto ministeriale: 1) gli ospedali di terzo livello, strutture ospedaliere di riferimento a livello nazionale, caratterizzate da un'operatività di eccellenza a livello nazionale ed internazionale ed individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e di aziende ospedaliere-universitarie integrate di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, requisiti che siano ulteriori rispetto a quelli già definiti dalla normativa vigente in materia di ospedali sedi di Dipartimenti d'emergenza e accettazione (DEA) di secondo livello, al fine di valorizzarne il ruolo extraregionale all'interno del Servizio sanitario nazionale tenendo conto, in particolare: della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *Diagnosis Related Groups* (DRG) della casistica trattata dalla struttura; della positiva valutazione in merito agli esiti; 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; dell'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori. Tali ospedali comprendono 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 indicati al presente numero, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti. Inoltre, si prevede che ai predetti ospedali di terzo livello siano destinate specifiche risorse a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali di livello nazionale; 2) gli ospedali elettivi, corrispondenti alle strutture per acuti prive di pronto soccorso, per l'individuazione dei quali sono adottati criteri uniformi a 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 livello superiore;
- alla lettera *c*) si prevede di aggiornare 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;
- alla lettera *d*) si prevede, in coerenza con le previsioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e delle relative disposizioni attuative, di implementare il novero delle reti assistenziali, tempo-dipendenti, specialistiche e di riferimento nazionale, mediante specifici criteri, declinabili in termini di relativi *standard* anche valorizzando l'obiettivo di assicurare ai cittadini la risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute, a bassa/media complessità assistenziale, favorendo un modello di presa in carico volto a limitare fenomeni di mobilità;
- alla lettera *e*) si prevede di 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 ed implementati in coerenza con la disciplina in materia di ospedale di comunità;

- alla lettera *f*) si prevede di estendere al livello normativo il riconoscimento del valore giuridico delle buone pratiche-clinico assistenziali ed organizzative anche oltre l'ambito della responsabilità medica;

- alla lettera *g*) si prevede, nell'ambito della revisione del modello organizzativo per l'assistenza territoriale, di migliorare il livello di qualità dell'assistenza a carattere sanitario per le persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla residenzialità e 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;

- alla lettera *h*) si prevede la definizione di *standard* assistenziali, di personale delle *équipe* dedicate, 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 ed avanzate che sviluppano traiettorie di malattia ad esito non favorevole; tali *standard* sono 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;

- 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;

- 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;

- alla lettera *m*) si prevede di definire e 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, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza;

- alla lettera *n*) si prevede di valorizzare il ruolo della medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'ambito dell'assistenza territoriale attraverso un riordino della relativa disciplina, 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 30 dicembre 2021, n. 234.

L'articolo 3 (*Disposizioni finanziarie*) sancisce che per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *b*), numero 1), si provvede, nel limite massimo di 20 milioni di euro per l'anno 2026, mediante corrispondente utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 403, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, e, nel limite massimo di 10 milioni di euro per l'anno 2026, mediante corrispondente utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della legge 30 dicembre 2025, n. 199. La disposizione prevede, al comma 2, che i decreti legislativi da emanare in attuazione della delega dovranno essere 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 31 dicembre 2009, n. 196, 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 e 410, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, nonché, esclusivamente per quanto previsto dal terzo periodo, mediante l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, ovvero mediante utilizzo dell'accantonamento di competenza del Ministero della salute dei fondi speciali di cui all'articolo 1, comma 756, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, 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.

Infine, la disposizione reca la clausola di invarianza finanziaria, prevedendo che, fatto salvo quanto previsto dal comma 1, agli adempimenti relativi ai suddetti decreti, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente.

L'articolo 4 (*Clausola di salvaguardia*) prevede, nel rispetto delle prerogative costituzionali speciali in materia di organizzazione sanitaria, l'applicabilità delle disposizioni previste dalla legge delega in esame e di quelle dei decreti legislativi da emanare in attuazione della stessa alle regioni ad autonomia speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano, ove compatibili con i rispettivi statuti e le relative norme attuative.

## RELAZIONE TECNICA

All'**articolo 1** del disegno di legge, si prevede una delega legislativa in favore del Governo, volta all'emanazione di uno o più decreti legislativi delegati, da adottarsi su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e 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.

In particolare, l'articolo 1 definisce le finalità della delega e ne precisa i termini e le modalità di attuazione, stabilendo che entro il 31 dicembre 2026 il Governo adotti uno o più decreti legislativi per l'integrazione e la revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale. Il comma 1 individua, in via generale, le finalità del provvedimento, quali concetti più ampi per l'esercizio della delega che vengono specificatamente declinati nei principi e criteri direttivi indicati al successivo articolo 2. I commi da 2 a 4 contengono norme di natura procedurale che regolano l'iter di adozione dei decreti delegati.

All'**articolo 2** del disegno di legge, si declinano i principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega legislativa ai sensi dell'articolo 76 della Costituzione. Tanto premesso in via generale, si rappresenta quanto segue.

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 30 dicembre 2004, n. 311, 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 al livello regionale e già finanziate a legislazione vigente per le quali è necessario che la legislazione delegata individui le *best practices* sviluppate al 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 30 dicembre 2004, n. 311. In particolare, oltre a una generale revisione della disciplina, si definiscono le caratteristiche per poter individuare, due ulteriori classificazioni di strutture:

- 1) gli ospedali di terzo livello, strutture ospedaliere di riferimento a livello nazionale, caratterizzate da un'operatività di eccellenza al livello nazionale e internazionale;
- 2) gli ospedali elettivi, corrispondenti alle strutture per acuti prive di pronto soccorso, che possono comunque disporre di discipline ospedaliere ulteriori rispetto ai requisiti minimi, compatibilmente con la programmazione regionale relativa alle strutture a forte vocazione ultra-specialistica.

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 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), dell'articolo 2, comma 1, 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 alla 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 Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e delle relative disposizioni attuative, 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 sviluppino 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, si 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, si 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 Servizio Sanitario Nazionale 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 30 dicembre 2021, n. 234. 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, si 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.

L'**articolo 3**, recante le disposizioni finanziarie, stabilisce, al comma 1, che per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), numero 1), si provveda per l'anno 2026 fino a 20 milioni di euro con le risorse di cui all'articolo 1, comma 403, della legge 30 dicembre 2025, n. 199 e fino a 10 milioni di euro con le risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della legge 30 dicembre 2025, n. 199. La disposizione prevede, altresì, al comma 2, che i decreti legislativi da emanare in attuazione della delega dovranno essere 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 31 dicembre 2009, n. 196, qualora i decreti legislativi adottati in attuazione dell'articolo 2, comma 1, lettere d), g)



e *h*) e, limitatamente agli oneri a decorrere dall'anno 2027 anche quelli di cui alla lettera *b*), numero 1) 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 e 410, della legge 30 dicembre, 2025, n. 199 e, esclusivamente per la lettera *b*), numero 1), mediante l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, ovvero mediante utilizzo dell'accantonamento di competenza del Ministero della salute dei fondi speciali di cui alla legge 30 dicembre 2025, n. 199, i suddetti decreti legislativi saranno emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi atti a stanziare le occorrenti risorse finanziarie. Infine, la disposizione stabilisce, al comma 3 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. A tale fine, agli adempimenti relativi ai suddetti decreti, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente.

All'**articolo 4**, nel rispetto delle prerogative costituzionali speciali in materia di organizzazione sanitaria, si prevede la clausola di compatibilità delle norme recate dalla legge delega e dai decreti legislativi emanati in attuazione della stessa a salvaguardia della disciplina statutaria delle Regioni ad autonomia speciale e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano.





*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

**VERIFICA DELLA RELAZIONE TECNICA**

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito Positivo.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Firmato digitalmente

20/02/2026

***Daria Perrotta***



## ANALISI TECNICO-NORMATIVA (ATN)

**Amministrazione proponente:** Ministero della salute

**Referente ATN:** Ufficio legislativo

\*\*\*\*\*

## PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

### **1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo.**

L'intervento, in coerenza con il programma di Governo, intende garantire effettività nella tutela della salute, in coerenza con il disposto di cui all'articolo 32 della Costituzione, tenendo conto in particolare delle esigenze di aggiornamento e di revisione sistemica della *governance* del sistema sanitario italiano, la cui architettura istituzionale di riferimento, quale imprescindibile riferimento a presidio delle condizioni di universalità, equità e solidarietà dell'assistenza sanitaria che caratterizzano anche al livello internazionale il nostro sistema Paese, richiede la revisione di alcuni elementi strategici del sistema, con particolare riferimento alla centralità della persona e alla prossimità nell'accesso alle cure, nonché alla sicurezza e qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sostenibilità non solo economico-finanziaria del Servizio sanitario nazionale, sia nell'area dell'assistenza territoriale sia nell'area dell'assistenza ospedaliera. Il provvedimento è stato predisposto in attuazione di quanto previsto dal Documento programmatico di finanza pubblica 2025, quale collegato alla manovra di finanza pubblica. L'intervento è, pertanto, coerente con il programma di Governo.

### **2) Analisi del quadro normativo nazionale.**

Occorre analizzare la disciplina di riferimento del Sistema sanitario italiano, strutturato a garanzia del diritto fondamentale alla tutela della salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione:

in *primis*, è necessario richiamare la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale del 23 dicembre 1978, n. 833 e la successiva disciplina di riordino, di cui in particolare il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e il successivo decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Tali provvedimenti rappresentano ad oggi la cornice legislativa di riferimento a livello nazionale in un complesso panorama ordinamentale composto da specifiche discipline organizzative e di funzionamento del sistema erogativo delle prestazioni di livello regionale, espressione della natura concorrente in materia di salute di cui all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, oltre che da numerosi e sostanzialmente continui interventi legislativi a carattere preminentemente finanziario con impatti sul funzionamento Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, in materia di assistenza ospedaliera e territoriale occorre richiamare rispettivamente il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 recante “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*” e il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 recante “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”.

### **3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e sui regolamenti vigenti.**

L'intervento normativo si propone di aggiornare e rivedere la cornice di principio per la *governance* del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'indicazione di obiettivi strategici da declinare in termini di principi fondamentali, mediante l'adozione di uno o più decreti legislativi delegati ai sensi

dell'articolo 76 della Costituzione, anche eventualmente intervenendo in revisione o integrazione di quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; inoltre, si prevede l'aggiornamento della classificazione delle strutture ospedaliere e l'aggiornamento e la revisione degli attuali *standard* nazionali di riferimento per l'assistenza territoriale.

**4) *Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali.***

L'intervento normativo è coerente con i principi costituzionali in materia di tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e con i principi di riferimento in materia organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

**5) *Analisi della compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.***

L'intervento normativo è compatibile con l'assetto delle autonomie regionali, dettando indicazioni strategiche di sistema da declinare successivamente in termini di principi legislativi di riferimento, facendo salve le prerogative autonome di ciascuna regione e provincia autonoma in materia di organizzazione dei propri servizi sanitari regionali. Non vi sono, pertanto, profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle regioni a statuto ordinario e a statuto speciale, nonché degli enti locali.

Il provvedimento, nel rispetto del riparto di competenze sancito dall'articolo 117 della Costituzione, prevede il coinvolgimento delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano attraverso la previa acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome ai fini dell'adozione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 2. Infine, il provvedimento reca la clausola di salvaguardia, prevedendo l'applicabilità delle disposizioni dell'intervento e quelle dei decreti legislativi, emanati in attuazione della delega, nelle regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

**6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.***

L'intervento normativo è conforme ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

**7) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.***

Il provvedimento non comporta effetti di rilegificazione e non prevede l'utilizzo di strumenti di delegificazione.

**8) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.***

Tra i progetti di legge attualmente all'esame del Parlamento e vertenti su materia analoga a quella in esame, occorre menzionare l'AS 227 (Sen. Maria Cristina Cantu' (LSP-PSd'Az) ed altri) recante "Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria", presentato al Senato in data 25 ottobre 2022.

**9) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.***

L'intervento è coerente con la costante giurisprudenza costituzionale secondo cui l'organizzazione sanitaria è parte integrante della materia «tutela della salute» di cui all'art. 117, terzo comma, Cost. "in ragione dell'idoneità dell'organizzazione sanitaria ad incidere sulla salute dei cittadini costituendo le modalità di organizzazione del servizio sanitario la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate" (Ex multis sentenza Corte

costituzionale n. 181 del 2006, sentenza Corte Costituzionale n. 207 del 2010, sentenza Corte costituzionale n. 9 del 2022, sentenza Corte costituzionale n. 202 del 2024).

## **PARTE II. CONTESTO NORMATIVO DELL'UNIONE EUROPEA E INTERNAZIONALE**

### ***10) Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento dell'Unione europea.***

L'intervento, disciplinando la revisione dei principi strategici di riferimento per la *governance* ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale italiano, è coerente con il diritto unionale, con particolare riferimento a quanto previsto all'articolo 168, par. 7 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, secondo cui l'azione dell'Unione europea rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Inoltre, l'intervento è in linea con il diritto alla tutela della salute sancito dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE.

### ***11) Verifica dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.***

Non risultano procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.

### ***12) Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.***

L'intervento è compatibile con gli obblighi internazionali assunti dall'Italia, in particolare con quelli derivanti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) e con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in materia di organizzazione dei sistemi sanitari.

### ***13) Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea sul medesimo o analogo oggetto.***

Non risultano linee di giurisprudenza o pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia dell'Unione europea sul medesimo o analogo oggetto del presente intervento.

### ***14) Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.***

Non risultano linee di giurisprudenza o pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto della presente proposta.

### ***15) Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione europea.***

Non risultano indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea.

## **PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO**

### ***1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.***

L'intervento introduce all'articolo 2, comma 1, lett. b) n. 1), nell'ambito della disciplina dell'attività ospedaliera, la nozione di "ospedali di terzo livello", quali strutture di eccellenza con bacino di utenza nazionale o sovranazionale e di "ospedali elettivi" privi di pronto soccorso. Entrambe le definizioni risultano necessarie nell'ambito della revisione ed aggiornamento della disciplina della rete ospedaliera e si prevede espressamente che le strutture qualificabili secondo le nuove definizioni siano individuate secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e di aziende ospedaliero-universitarie integrate di cui al decreto



legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e che detti requisiti siano ulteriori rispetto a quelli già individuati per definire gli ospedali sedi di Dipartimenti d'emergenza e accettazione (DEA).

**2) *Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi.***

Sono stati verificati i riferimenti normativi contenuti ed essi risultano corretti e corrispondenti alla versione vigente dei testi.

**3) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni e integrazioni a disposizioni vigenti.***

Non si è fatto ricorso alla tecnica della novella legislativa.

**4) *Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.***

Non si ravvisano effetti abrogativi impliciti nel presente intervento né sono state disposte abrogazioni espresse.

**5) *Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.***

Non vi sono disposizioni aventi effetto retroattivo né vi è reviviscenza di norme precedentemente abrogate o interpretative o derogatorie rispetto alla normativa vigente.

**6) *Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.***

Non sono presenti deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.

**7) *Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi e dei motivi per i quali non è possibile esaurire la disciplina con la normativa proposta e si rende necessario il rinvio a successivi provvedimenti attuativi; verifica della congruità dei termini previsti per la loro adozione.***

L'articolo 1, comma 1, dell'intervento prevede che il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi in materia per l'integrazione e la revisione del modello organizzativo di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992, relativo al Servizio sanitario nazionale (SSN), istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'articolo 1, comma 4, prevede che il Governo è delegato ad adottare, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi emanati nell'esercizio della delega, disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

I termini previsti per l'adozione dei decreti legislativi risultano congrui.

**8) *Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con correlata indicazione nella relazione economico-finanziaria della sostenibilità dei relativi costi.***

Non è stato necessario commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche.



## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

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

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, il Governo è delegato 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 30 dicembre 1992, n. 502, relativo al Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui all'articolo 2.

2. 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 28 agosto 1997, n. 281. 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 trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato.

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

4. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, ovvero dalla scadenza, se successiva, del termine di cui al medesimo comma, 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.

## Art. 2.

### *(Principi e criteri direttivi)*

1. Nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1, il Governo si attiene 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 Servizio sanitario nazionale, 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 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e di aziende ospedaliere-universitarie integrate di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, 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 di eventuale trasferimento dei pazienti già presi in carico da strutture ospedaliere di riferimento di primo e secondo livello e la definizione dei requisiti minimi di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata;

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;

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 sviluppino 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 Servizio sanitario nazionale 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 specifi-

cità 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 Servizio sanitario nazionale, includendo quanto disposto dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

### Art. 3.

#### *(Disposizioni finanziarie)*

1. 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 30 dicembre 2025, n. 199, e, nel limite massimo di 10 milioni di euro, mediante corrispondente utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della legge 30 dicembre 2025, n. 199.

2. Gli schemi dei decreti legislativi adottati in attuazione delle deleghe contenute nella presente legge sono 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 31 dicembre 2009, n. 196, 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 e 410, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, nonché, esclusivamente per quanto previsto dal terzo pe-

riodo del presente comma, mediante l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, ovvero mediante utilizzo dell'accantonamento di competenza del Ministero della salute dei fondi speciali di cui all'articolo 1, comma 756, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, 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).

3. 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.

#### Art. 4.

##### *(Clausola di salvaguardia)*

1. 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.



