

dossier

XIX Legislatura

23 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

A.S. n. 1825



Senato
della Repubblica



Camera
dei deputati



SERVIZIO STUDI

TEL. 06 6706-2451 - studi1@senato.it - ~~X~~ [@SR_Studi](https://twitter.com/SR_Studi)

Dossier n. 657



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari Sociali

Tel. 06 6760-3266 - st_affarisociali@camera.it - ~~X~~ [@CD_affarisociali](https://twitter.com/CD_affarisociali)

Progetti di legge n. 585

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro 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.

INDICE

SCHEDE DI LETTURA

Articolo 1 (<i>Oggetto e finalità della delega al Governo e procedure per l'esercizio della delega</i>)	7
Articolo 2 (<i>Principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega</i>)	9
Articolo 3 (<i>Disposizioni finanziarie</i>).....	18
Articolo 4 (<i>Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali</i>).....	21

SCHEDE DI LETTURA

Articolo 1

(Oggetto e finalità della delega al Governo e procedure per l'esercizio della delega)

Il **comma 1** dell'**articolo 1** reca l'oggetto della disciplina di delega al Governo prevista dal presente **disegno di legge**, relativa alla riorganizzazione e al potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e alla revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, con la finalità generale di implementare il livello di tutela della salute, nel rispetto dei principi di equità e continuità del percorso assistenziale, con una specifica attenzione all'umanizzazione delle cure; i principi e i criteri direttivi per l'esercizio della delega sono posti dal successivo **articolo 2**, richiamato dal **presente comma**, mentre le disposizioni finanziarie e la clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali sono poste, rispettivamente, dall'**articolo 3** e dall'**articolo 4**. Il medesimo **comma 1** stabilisce al 31 dicembre 2026 il termine per l'esercizio della delega, fatta salva la fattispecie di scorrimento del termine (nella misura di tre mesi) di cui al successivo **comma 3**.

I **commi 2 e 3** del presente **articolo 1** definiscono la procedura per l'esercizio della delega – procedura che contempla anche l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari –.

Il **comma 4** prevede la possibilità di adozione di successivi decreti legislativi integrativi e correttivi.

Nell'ambito della definizione dell'oggetto e delle finalità della delega, il **comma 1** del presente **articolo 1** richiama l'articolo 32 della [Costituzione](#) – il cui primo comma afferma che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti – e, con riferimento all'attenzione all'umanizzazione delle cure, l'articolo 2 della stessa Carta, il quale afferma che la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo¹.

In base al successivo **comma 2**, gli schemi dei decreti legislativi in oggetto 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; come detto, la procedura contempla l'intesa nella summenzionata Conferenza permanente e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari; *si valuti l'opportunità di specificare che i pareri parlamentari costituiscono una fase successiva alla suddetta intesa*. Le Commissioni parlamentari si pronunciano entro

¹ Con riferimento al Servizio sanitario nazionale, il **comma 1** del presente **articolo 1** richiama la legge istitutiva ([L. 23 dicembre 1978, n. 833](#)) e il [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#), nel quale è posta la disciplina del modello organizzativo del medesimo Servizio.

il termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato; ai sensi del successivo **comma 3**, qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine di delega di cui al **comma 1**, ovvero successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di tre mesi.

Il **comma 4** prevede la possibilità di adozione, secondo le medesime modalità procedurali e in conformità ai principi e criteri direttivi della presente disciplina di delega, di decreti legislativi integrativi e correttivi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore del relativo decreto legislativo.

Si ricorda che il presente disegno di legge – deliberato con procedura d'urgenza dal Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2026 – non è stato al momento esaminato (in sede consultiva) dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Articolo 2

(Principi e criteri direttivi per l'esercizio della delega)

L'**articolo 2** reca i principi e i criteri direttivi per l'esercizio della delega al Governo relativa alla riorganizzazione e al potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e alla revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale. In sintesi, i principi e criteri suddetti prevedono di: potenziare il livello di integrazione tra struttura ospedaliera e 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, ponendo, tra l'altro, 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 nel Servizio sanitario nazionale (**comma 1, lettera a)**); modificare la classificazione delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (**comma 1, lettera b)**), con particolare riferimento all'introduzione sia della categoria di ospedale di terzo livello – il quale ultimo rappresenta una quarta classe più elevata, rispetto alle strutture di base e a quelle di primo e di secondo livello – sia della categoria degli ospedali elettivi, costituiti da alcune delle strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso; aggiornare il dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse anche in ragione del relativo bacino di utenza, fermo restando lo standard in ciascuna regione o provincia autonoma (**lettera c)**); prevedere (**lettera d)**) l'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, individuando specifici criteri, articolati nei relativi standard, anche al fine del conseguimento dell'obiettivo di assicurare ai cittadini la risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute, a bassa o media complessità assistenziale, favorendo un modello di presa in carico volto a limitare fenomeni di mobilità; 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 (**lettera e)**); definire (**lettera f)**) il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative, anche estendendo il riconoscimento del relativo valore giuridico rispetto al solo ambito della responsabilità professionale sanitaria; 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 (**lettera g)**); con riferimento alle persone in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppino traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole, aggiornare e integrare (**lettera h)**) le disposizioni sugli

standard assistenziali, relativi al personale delle *équipe* dedicate, ai volumi e agli esiti, articolati secondo la natura di base o specialistica delle cure palliative erogate, le caratteristiche del bisogno, l'intensità e la complessità dell'assistenza, la durata della presa in carico, i diversi *setting* assistenziali; 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 (**lettera i**); individuare criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino l'effettiva integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del Servizio sanitario nazionale con gli interventi assistenziali di natura e competenza istituzionale non sanitarie (**lettera l**); aggiornare (**lettera m**) 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 particolare attenzione alle specificità degli istituti penali per minorenni e delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS); riordinare (**lettera n**) 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.

Più in dettaglio, i principi e i criteri direttivi di cui al presente **articolo 2** prevedono di:

- potenziare il livello di integrazione tra struttura ospedaliera e 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, ponendo, tra l'altro, 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 nel Servizio sanitario nazionale (**comma 1, lettera a**). La presente disposizione di delega prevede, dunque, una revisione – da operarsi, riguardo ad alcuni parametri di riferimento, direttamente con atto di rango legislativo – delle norme di definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, poste attualmente dal regolamento di cui al [D.M. 23 maggio 2022, n. 77](#)². In particolare, come osserva la **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge³, con la suddetta previsione sul trasporto sanitario secondario (trasporto consistente nel trasferimento di un paziente già preso in carico da parte di una struttura ospedaliera verso un'altra struttura sanitaria, collegata funzionalmente alla prima), si prospetta l'individuazione in forma di indicazioni omogenee, da parte del decreto legislativo, delle migliori soluzioni già adottate a livello regionale.

² Regolamento adottato in base alla procedura di cui all'articolo 1, comma 169, della [L. 30 dicembre 2004, n. 311](#), come modificato dalla [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 134 del 23-31 marzo 2006.

³ La **relazione tecnica** è reperibile nell'[A.S. n. 1825](#).

In merito al citato D.M. n. 77 del 2022, si ricorda che i relativi allegati 1 e 2 definiscono modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale; in estrema sintesi, il D.M. prevede che la disciplina regionale definisca l'articolazione, sotto il profilo organizzativo-funzionale, di ogni azienda sanitaria locale in distretti e che in ciascun distretto siano presenti, oltre agli studi professionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta: le case della comunità, nel duplice modello congiunto previsto, *hub* e *spoke* (con il collegamento funzionale delle case *spoke* a quella *hub* di riferimento), case definite in via generale come “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria”, o socio-sanitaria a valenza sanitaria, e come “il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento” e che peraltro ospitano o sono collegati funzionalmente ad ogni aggregazione dei suddetti medici e pediatri⁴; in seno alle suddette forme di assistenza territoriale, gli infermieri di famiglia o di comunità; almeno un'unità di continuità assistenziale, unità mobile, afferente al distretto e costituita almeno da un medico e da un infermiere, per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa; una centrale operativa territoriale, afferente al distretto, costituita da un coordinatore infermieristico, da infermieri e da personale di supporto e svolgente una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali; almeno un ospedale di comunità, definito come una struttura sanitaria di ricovero (rientrante nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale) che svolge – con la presenza di almeno un medico per alcune ore, per almeno sei giorni su sette – una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o con la finalità di accogliere – in quanto luogo di ricovero più idoneo “al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia” e più prossimo al domicilio – pazienti dimessi da ospedali;

- modificare la classificazione delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate⁵ (**comma 1, lettera b)**), con particolare riferimento all'introduzione sia della categoria di ospedale di terzo livello – il quale

⁴ Queste ultime aggregazioni sono previste in via aggiuntiva rispetto all'attività nei singoli studi professionali.

⁵ Si ricorda in via generale che, qualora all'accreditamento di una struttura sanitaria o socio-sanitaria non segua la stipulazione di almeno un accordo contrattuale (con la regione o provincia autonoma o con un ente o azienda del Servizio sanitario nazionale), l'accreditamento medesimo viene sospeso (ai sensi dell'articolo 8-*quiquies*, comma 2-*quiquies*, del [D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#)).

Si ricorda altresì che, in base alla terminologia legislativa in materia, per le strutture pubbliche si usa più specificamente il semplice termine di accordi; cfr. l'articolo 8-*quiquies*, comma 2, del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

ultimo rappresenta una quarta classe più elevata, rispetto alle strutture di base e a quelle di primo e di secondo livello – sia della categoria degli ospedali elettivi, costituiti da alcune delle strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso.

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](#)⁶. Esso, in estrema sintesi, prevede⁷ 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 abitanti⁸, 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 livello⁹, 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 abitanti¹⁰, la presenza del Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di secondo livello¹¹, 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).

⁶ Regolamento adottato in base alla procedura di cui al citato articolo 1, comma 169, della L. n. 311 del 2004, come modificato dalla suddetta [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 134 del 23-31 marzo 2006.

⁷ Cfr. in particolare il paragrafo 2 dell'allegato 1 del suddetto regolamento.

⁸ Fatte salve, per le zone particolarmente disagiate, le disposizioni del paragrafo 9.2.2 dell'allegato 1 del suddetto regolamento.

⁹ Riguardo al DEA di primo livello, cfr. in particolare il paragrafo 9.2.3 dell'allegato 1 del suddetto regolamento.

¹⁰ Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, “con uno scostamento del 6%”, l'attivazione o la conferma delle strutture ospedaliere di secondo livello è subordinata alla stipulazione di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti, il quale assicuri il rispetto del suddetto valore minimo.

¹¹ Riguardo al DEA di secondo livello, cfr. in particolare il paragrafo 9.2.4 dell'allegato 1 del suddetto regolamento.

Come accennato, la presente disciplina di delega prevede (**numero 1**) della suddetta **lettera b**) l'introduzione dell'ulteriore classe di ospedali di terzo livello, costituiti dalle strutture ospedaliere di eccellenza a livello nazionale, con bacino di utenza nazionale e sovranazionale, individuate in base a criteri e requisiti omogenei a livello nazionale; sono comprese, in tale ambito, le strutture ospedaliere in cui la titolarità e la gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni, enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, altri soggetti privati (anche a carattere religioso). I suddetti requisiti devono essere stabiliti in termini più restrittivi rispetto ai requisiti vigenti per le strutture ospedaliere di secondo livello; i medesimi requisiti e i summenzionati criteri sono individuati anche con riferimento ai parametri indicati nei **numeri da 1.1) a 1.5)** (della **lettera b**) in esame)¹² e sono definiti e valutati in coerenza con la disciplina sugli IRCCS¹³ e con quella sulle aziende ospedaliero-universitarie¹⁴. Si prevede altresì (**numero 1**) citato) che alle strutture di terzo livello in oggetto siano destinate specifiche risorse finanziarie a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali a livello nazionale, assicurando la continuità della relativa offerta nell'ambito della programmazione regionale. In merito a tali risorse, i **commi 1 e 2** del successivo **articolo 3** prevedono un apposito stanziamento per l'anno 2026, nella misura massima di 30 milioni di euro, e demandano la definizione delle risorse per gli anni successivi alla fase di esercizio della delega¹⁵. Riguardo alla suddetta categoria, anch'essa di nuova introduzione, degli ospedali elettivi, la disciplina di delega (**numero 2**) della **lettera b**) prevede che essi siano individuati, nell'ambito delle strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso, secondo criteri uniformi a livello nazionale, volti ad assicurare un collegamento in tempo utile con le strutture costituenti la rete dell'emergenza-urgenza di riferimento, presenti nell'ambito di strutture ospedaliere di primo e di secondo livello; tali criteri devono definire anche un tempo massimo uniforme per la percorrenza della relativa distanza, le modalità dell'eventuale trasferimento alle strutture di riferimento di primo e di secondo livello dei pazienti già presi in carico e i requisiti di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata. Considerato che (come sopra ricordato) l'attuale disciplina prevede la possibilità di accreditamento di strutture ospedaliere prive di pronto soccorso esclusivamente con riferimento a quelle private, *si valuti l'opportunità di*

¹² Riguardo a tali parametri, si rinvia ai suddetti **numeri da 1.1) a 1.5)**, che fanno riferimento, tra l'altro, alla numerosità assoluta e al peso medio dei *Diagnosis Related Groups* (DRG-Raggruppamenti omogenei di diagnosi), nell'ambito dell'attività della struttura. Riguardo ai *Diagnosis Related Groups*, cfr. la seguente url del sito internet istituzionale del Ministero della salute: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera/principali-caratteristiche-diagnosis-related-groups-drg/>.

¹³ Cfr. il richiamato [D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288](#).

¹⁴ Cfr. il richiamato [D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517](#).

¹⁵ Cfr. la scheda di lettura dell'**articolo 3**.

chiarire se nell'ambito della nuova figura degli ospedali elettivi possano rientrare anche strutture ospedaliere pubbliche (prive, nella ipotesi, di pronto soccorso);

- aggiornare il dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse anche in ragione del relativo bacino di utenza, fermo restando lo *standard* in ciascuna regione o provincia autonoma (**lettera c)** del **comma 1**). La **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge¹⁶ indica che il riferimento al bacino di utenza è comprensivo delle eventuali diversità sia nelle condizioni demografiche e orografiche sia nei collegamenti infrastrutturali e che l'incremento (sulla base della nuova disciplina in oggetto) del numero delle unità qualificate come strutture complesse su un dato territorio corrisponderebbe alla riduzione del numero delle stesse su un altro territorio, nell'ambito della programmazione sanitaria. *Considerate tali indicazioni, si valuti l'opportunità di chiarire la formulazione della norma di delega; si valuti altresì l'opportunità di chiarire il rapporto tra le previsioni in oggetto e le competenze stabilite dalla normativa vigente, considerato che in quest'ultima¹⁷ l'atto aziendale – dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera o ospedaliero-universitaria – di disciplina dell'organizzazione e del funzionamento della medesima azienda individua quali unità operative siano qualificate come strutture complesse;*
- prevedere (**lettera d)**), in coerenza con il [Piano nazionale di ripresa e resilienza](#) (PNRR) e le relative disposizioni attuative, l'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti¹⁸ e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, individuando specifici criteri, articolati nei relativi standard, anche al fine del conseguimento dell'obiettivo di assicurare ai cittadini la risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute, a bassa o media complessità assistenziale, favorendo un modello di presa in carico volto a limitare fenomeni di mobilità;
- 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 (**lettera e)**); riguardo a quest'ultimo istituto, cfr. la parte della presente scheda relativa alla precedente **lettera a)**. Considerato che il rapporto con gli ospedali di comunità sembrerebbe indicare che i suddetti standard minimi si riferiscano all'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture ospedaliere (in luogo di ricoveri negli ospedali di comunità o di cure domiciliari) e che, tuttavia, la

¹⁶ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.S. n. 1825](#).

¹⁷ Cfr., in particolare, l'articolo 3, comma 1-bis, l'articolo 4, comma 1, l'articolo 7-*quater*, comma 4-*quater*, e l'articolo 15, comma 7-bis, del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni, nonché, per le aziende ospedaliero-universitarie, l'articolo 3 del citato D.Lgs. n. 517 del 1999.

¹⁸ Relative alle fattispecie in cui il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure.

relazione tecnica allegata al presente disegno di legge¹⁹ prospetta la definizione, sulla base della presente norma di delega, di standard minimi di assistenza uniforme nei diversi territori, con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri, *si valuti l'opportunità di chiarire l'ambito della norma in esame;*

- definire (**lettera f**)) il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative, anche estendendo il riconoscimento del relativo valore giuridico rispetto al solo ambito della responsabilità professionale sanitaria. *Riguardo a quest'ultimo ambito, si valuti l'opportunità che la formulazione della norma faccia riferimento all'ambito generale delle professioni sanitarie, anziché esclusivamente a quello medico.*

Si ricorda che l'articolo 5 della [L. 8 marzo 2017, n. 24](#), e successive modificazioni, ha previsto che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengano, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del medesimo articolo ed elaborate da enti e istituzioni, pubblici e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco; in attuazione delle previsioni in oggetto, è stato emanato il [D.M. 27 febbraio 2018](#), recante "Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)" (mentre l'elenco summenzionato è definito e aggiornato periodicamente secondo i criteri e le modalità stabiliti dal [D.M.](#) del 2 agosto 2017). In mancanza delle suddette raccomandazioni, ai sensi del medesimo articolo 5, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali²⁰;

- nell'ambito della revisione del modello organizzativo per l'assistenza territoriale (cfr., al riguardo, la precedente **lettera a**)), 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 (**lettera g**)). Si ricorda che: i capi III e IV del [D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62](#), e successive modificazioni, disciplinano la valutazione multidimensionale della persona con disabilità, nell'ambito della richiesta della medesima persona di predisposizione di un progetto di vita²¹; l'articolo 27 del [D.Lgs.](#)

¹⁹ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.S. n. 1825](#).

²⁰ Si ricorda che la novella prevista dall'**articolo 8** del disegno di legge di iniziativa governativa [A.C. n. 2700](#) pone, con riferimento alla responsabilità dei professionisti sanitari, le buone pratiche clinico-assistenziali – in luogo del riferimento ad esse in via suppletiva – sullo stesso piano delle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, fatte salve le specificità del caso concreto.

²¹ Riguardo ai termini temporali di applicazione della disciplina, cfr. l'articolo 40, comma 2, del medesimo D.Lgs. n. 62, e successive modificazioni.

[15 marzo 2024, n. 29](#), e successive modificazioni, disciplina la procedura di valutazione multidimensionale unificata per gli anziani²² che abbiano almeno una patologia cronica e condizioni cliniche caratterizzate da una progressiva riduzione, ivi definita, delle normali funzioni fisiologiche²³;

- con riferimento alle persone in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppino traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole, aggiornare e integrare (**lettera h**)) le disposizioni sugli standard assistenziali, relativi al personale delle *équipe* dedicate, ai volumi e agli esiti, articolati secondo la natura di base o specialistica delle cure palliative erogate²⁴, le caratteristiche del bisogno, l'intensità e la complessità dell'assistenza, la durata della presa in carico, i diversi *setting* assistenziali;
- 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 (**lettera i**)). *Si valuti l'opportunità di chiarire se l'ambito degli enti interessati comprenda anche le aziende ospedaliero-universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico.* La **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge²⁵ indica che la norma di delega in oggetto è intesa alla diffusione di pratiche (di attività gestionale e clinico-assistenziale) già previste e al coinvolgimento di organizzazioni di volontariato e di altri enti del Terzo settore, senza la previsione di nuove strutture o di specifici incentivi economici. La **relazione** fa anche riferimento ai già esistenti comitati etici per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici. Si ricorda che, in base alla [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, i comitati etici svolgono anche una funzione consultiva nell'ambito delle procedure di suicidio medicalmente assistito;
- individuare criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino l'effettiva integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del Servizio sanitario nazionale con gli interventi assistenziali di natura e competenza istituzionale non sanitarie (**lettera l**));
- aggiornare (**lettera m**)), al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza, la disciplina dei servizi relativi alle aree della salute mentale per adulti²⁶, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze patologiche e della salute in carcere, anche con particolare

²² Riguardo al profilo anagrafico, l'articolo 40 del citato D.Lgs. n. 29 del 2024 prevede l'applicazione delle norme di cui al titolo II dello stesso D.Lgs. (titolo nel quale rientra il suddetto articolo 27) ai soggetti di età pari o superiore a 70 anni (fatte salve le diverse disposizioni specifiche).

²³ Riguardo ai termini temporali di applicazione della disciplina, cfr. in particolare il comma 8-ter del suddetto articolo 27, e successive modificazioni.

²⁴ Riguardo alle cure palliative e alla terapia del dolore, cfr. in particolare la [L. 15 marzo 2010, n. 38](#).

²⁵ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.S. n. 1825](#).

²⁶ In materia di salute mentale, cfr. il "[Piano di azioni nazionale per la salute mentale \(PANSM\) 2025-2030](#)", adottato con accordo concluso in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali il 29 dicembre 2025.

attenzione alle specificità degli istituti penali per minorenni e delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)²⁷, in ogni caso garantendo l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale²⁸. Considerato che la formulazione della presente norma di delega fa riferimento, distintamente, alle “strutture detentive minorili” e agli istituti penali per minorenni, *si valuti l'opportunità di chiarire se con la prima locuzione si intenda ricomprendere – nonostante il riferimento sia posto in generale dalla medesima norma di delega alla salute in carcere – anche a fattispecie di detenzione presso comunità o luoghi (pubblici o privati) di cura, assistenza e accoglienza*²⁹ o se la locuzione sia superflua;

- riordinare (**lettera n**)) la disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche al fine di valorizzarne il ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale³⁰, fermi restando gli equilibri di ciascun servizio sanitario regionale e del Servizio sanitario nazionale; sotto il profilo finanziario, la **relazione tecnica** allegata al presente disegno di legge³¹ osserva che la norma di delega in esame – la quale opera un richiamo ad uno stanziamento per l'assistenza territoriale, di cui all'articolo 1, comma 274, della [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#) – non comporta nuovi o maggiori oneri. *Si consideri l'opportunità di una valutazione della portata della presente norma di delega, tenuto conto della giurisprudenza della Corte costituzionale*³², secondo cui le disposizioni di delega relative a un riordino normativo concedono al legislatore delegato un limitato margine di discrezionalità per l'introduzione di soluzioni innovative, le quali devono comunque attenersi strettamente ai principi e ai criteri direttivi enunciati dal legislatore delegante.

²⁷ Riguardo alle REMS, cfr. la seguente url del sito internet istituzionale del Ministero della salute: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/programmazione-e-finanziamento-del-ssn/residenze-lesecuzione-delle-misure-di-sicurezza-rems/>.

²⁸ Riguardo all'assistenza sanitaria territoriale, cfr. la scheda relativa alla precedente **lettera a)**.

²⁹ Riguardo a tali fattispecie, cfr. in particolare l'articolo 22 del [D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448](#), e successive modificazioni, e l'articolo 6 del [D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 121](#).

³⁰ Riguardo all'assistenza sanitaria territoriale, cfr. la scheda relativa alla precedente **lettera a)**.

³¹ La **relazione tecnica** è reperibile, come detto, nell'[A.S. n. 1825](#).

³² Cfr. la [sentenza](#) n. 61 del 9 gennaio-10 aprile 2020 e le sentenze ivi richiamate.

Articolo 3 **(Disposizioni finanziarie)**

L'**articolo 3** reca le disposizioni finanziarie relative alla disciplina di delega al Governo per la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e la revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale. In tale ambito, il **comma 1** prevede uno stanziamento per l'anno 2026, nella misura massima di 30 milioni di euro, mediante utilizzo delle risorse ivi individuate, in favore delle strutture ospedaliere di terzo livello (per lo svolgimento di funzioni assistenziali a livello nazionale)³³. Il **comma 2** – facendo riferimento ad alcune fonti di copertura – demanda ai decreti legislativi sia la determinazione delle risorse finanziarie per le suddette strutture per gli anni successivi al 2026 e della relativa copertura sia la determinazione degli eventuali nuovi o maggiori oneri finanziari e della relativa copertura per le disposizioni adottate in attuazione delle norme di delega di cui alle **lettere d), g) e h)** del **precedente articolo 2, comma 1** (relative all'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, al miglioramento del livello di qualità dell'assistenza sanitaria per le persone non autosufficienti, agli standard assistenziali per le persone in condizioni croniche complesse e avanzate e con traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole). Lo stesso **comma 2** e il **comma 3** recano clausole generali di natura finanziaria.

Più in particolare, per la copertura dello stanziamento di cui al **comma 1** del presente **articolo 3** – stanziamento che, come detto, non può essere superiore a 30 milioni (per l'anno 2026) – i decreti legislativi provvedono mediante utilizzo:

- nel limite massimo di 20 milioni (per l'anno 2026), delle risorse di cui all'articolo 1, commi 402 e 403, della [L. 30 dicembre 2025, n. 199](#). Si ricorda che queste ultime, pari alla medesima misura di 20 milioni (per il solo anno 2026), sono state previste ai fini “di promuovere modelli innovativi di gestione clinico-organizzativa, nonché di potenziare la qualità dell'assistenza erogata dagli ospedali”, con riferimento agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione³⁴;
- nel limite massimo di 10 milioni (per l'anno 2026), mediante utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della citata L. n. 199 del 2025. Si ricorda che queste ultime – pari a 188,2 milioni per l'anno 2026 e a 60 milioni annui a decorrere dall'anno 2029 – rientrano, nella disciplina

³³ Cfr. il richiamato **numero 1)** del precedente **articolo 2, comma 1, lettera b)**. Si rinvia alla relativa scheda di lettura.

³⁴ Nella disciplina vigente, le risorse in oggetto dovrebbero essere ripartite tra le regioni e le province autonome interessate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (comma 403 citato).

vigente, tra quelle vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale.

Come accennato, il **comma 2** del presente **articolo 3**, oltre a recare clausole generali di natura finanziaria, prevede alcune disposizioni finanziarie specifiche. In particolare, si demanda ai decreti legislativi:

- la determinazione degli eventuali nuovi o maggiori oneri finanziari e della relativa copertura per le disposizioni adottate in attuazione delle norme di delega di cui alle **lettere d), g) e h)** del **precedente articolo 2, comma 1** (relative all'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, al miglioramento del livello di qualità dell'assistenza sanitaria per le persone non autosufficienti, agli standard assistenziali per le persone in condizioni croniche complesse e avanzate e con traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole). Come relative fonti di copertura, il presente **comma 2** fa riferimento alle suddette risorse di cui all'articolo 1, comma 338, della L. n. 199 del 2025 nonché a quelle di cui al comma 410 del medesimo articolo 1. Si ricorda che quest'ultimo comma prevede uno stanziamento di 20 milioni, per l'anno 2026, in favore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ([Agenas](#))³⁵, “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”;
- la determinazione sia delle risorse finanziarie, per gli anni successivi al 2026³⁶, in favore delle strutture ospedaliere di terzo livello (per lo svolgimento di funzioni assistenziali a livello nazionale) sia delle relative coperture. Per queste ultime, il **comma 2** fa riferimento: alle suddette risorse di cui ai commi 338 e 410 della L. n. 199 del 2025; alla generalità delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale; ai due accantonamenti relativi al Ministero della salute, nell'ambito, rispettivamente, del fondo speciale di parte corrente e del fondo speciale di conto capitale (si ricorda che tali fondi sono preordinati alla copertura degli oneri finanziari derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento). I due accantonamenti sono indicati mediante il richiamo dell'articolo 1, comma 756, della citata L. n. 199 del 2025; considerato che i decreti legislativi in oggetto potrebbero essere adottati anche successivamente all'esercizio finanziario in corso, *si valuti l'opportunità di far riferimento, anziché alla citata legge di bilancio per l'anno 2026, alla disciplina generale sui due suddetti fondi, posta*

³⁵ Il comma 410 in esame specifica che lo stanziamento è attribuito all'Agenas in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD).

³⁶ Per l'anno 2026, cfr. il **comma 1** del presente **articolo 3**.

dall'articolo 18 della [L. 31 dicembre 2009, n. 196](#), e successive modificazioni.

Il **comma 3** del presente **articolo 3** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Articolo 4
(Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali)

L'**articolo 4** specifica che le disposizioni della presente disciplina di delega e quelle dei relativi decreti legislativi sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.