



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa del senatore DE POLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 FEBBRAIO 2026

Disposizioni in materia di accesso delle persone anziane alle cure
palliative e alla terapia del dolore

ONOREVOLI SENATORI. — Il presente disegno di legge prevede la diffusione delle cure palliative anche nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), dove accanto ai grandi anziani si trovano spesso anche altri malati gravi, per i quali tuttora non sembra sia previsto un protocollo di cura specifico.

Nel 2030 un italiano su dodici sarà anziano e non autosufficiente e ci saranno cinque milioni di anziani non autosufficienti. A differenza dell'approccio sanitario adottato da gran parte dei Paesi europei, che tendono a enfatizzare la domiciliarità come luogo privilegiato per l'assistenza sanitaria, l'Italia ha mostrato una tendenza all'incremento del numero di anziani accolti nelle RSA, che, rispetto a una casa di riposo, si distingue per la presenza costante di un medico disponibile in ogni momento della giornata e della notte, assieme a un infermiere dedicato per ogni gruppo di cinque ospiti e a un terapista per ogni gruppo di quaranta ospiti. Mentre una casa di riposo è generalmente destinata agli anziani che mantengono la propria autonomia, una RSA è specificamente attrezzata per accogliere anziani che necessitano di assistenza continua. Secondo una ricerca dell'associazione Italia Longeva, la fragilità della popolazione italiana era del 26 per cento nel 2011, mentre oggi tocca il 40,6 per cento della popolazione. Tra il 2014 e il 2021 si è assistito all'aumento della quota di persone affette da ciascuna classe di fragilità e per tutte le fasce di età.

Cresce anche l'età media delle persone che entrano nelle RSA; si è passati dagli 84,7 anni nel 2013 agli 85,9 anni nel 2019. Aumenta inoltre il numero degli ospiti che hanno bisogno di assistenza per alimentarsi: dal 28,15 per cento nel 2016 al 34,07 per

cento nel 2019. Ciò nonostante, attualmente l'Italia conta diciannove posti letto ogni mille abitanti: una cifra di gran lunga inferiore alla media dei Paesi facenti parte dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (quarantasette posti letto ogni mille abitanti). Contemporaneamente sono sempre più numerosi gli anziani che usufruiscono dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), ossia di assistenza presso la propria abitazione. In otto anni, dal 2014 al 2022, il numero di anziani ultrasessantacinquenni destinatari dell'ADI è aumentato da 252.000 a 459.000, tra cui 383.000 ultrasessantacinquenni (erano 209.000 nel 2014). Per quanto concerne le percentuali sulla popolazione, dieci anni fa l'ADI riguardava l'1,9 per cento degli ultrasessantacinquenni e il 3,2 degli ultrasessantacinquenni, mentre oggi tali percentuali sono salite rispettivamente al 3,2 per cento e al 5,3 per cento. Anche nel caso dell'ADI le differenze a livello regionale sono significative ed è necessario un confronto tra le regioni sul sistema complessivo dei servizi.

Circa il 63 per cento delle donne oltre i cinquanta anni di età svolge la funzione di *caregiver* informale nel proprio nucleo familiare. Ma la struttura della famiglia italiana è cambiata, in futuro ci saranno sempre meno *caregiver* e aumenterà la richiesta di servizi. D'altra parte la contrapposizione tra l'assistenza domiciliare e l'accoglienza residenziale è sbagliata: sono due nodi della rete dei servizi per gli anziani. In mezzo ci sono anche altri modelli come i centri diurni o gli alloggi protetti, ma tutti devono partire dal bisogno delle persone e offrire risposte concrete, con lo stesso obiettivo: fare vivere bene, nel modo migliore, con le cure appro-

priate e con l'attenzione dovuta, le persone anziane, ciascuna con il proprio benessere. Il bisogno di cure e di assistenza è decisamente in crescita sia a domicilio sia nelle case di riposo e nelle RSA, e ci sono alcuni aspetti essenziali da tenere presenti. C'è una persistente e crescente domanda di supporto per le persone anziane e vulnerabili, a cui non sempre corrisponde un'adeguata qualità dell'assistenza, né a domicilio né nelle RSA. Mancano inoltre investimenti significativi nel settore: per garantire una risposta adeguata, si rendono necessari investimenti infrastrutturali e nella formazione del personale.

Le cure palliative sia a livello domiciliare che nelle RSA sono fondamentali per garantire un'assistenza adeguata ai pazienti in fase avanzata di malattia, perché migliorano la qualità della vita e riducono la sofferenza. La loro efficacia è dovuta a diversi fattori: hanno un approccio multidisciplinare, che richiede un'*équipe* composta da medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali, necessario per garantire un'assistenza completa e personalizzata. In questo modo si riesce a garantire la centralità della persona, perché l'attenzione non è solo sulla malattia, ma sulla persona nella sua globalità, rispettando le sue esigenze, preferenze e dignità. Consentono una gestione del dolore e dei sintomi, attraverso l'uso di terapie farmacologiche e non farmacologiche, che permettono di controllare il dolore, la dispnea, la nausea, l'ansia e gli altri sintomi che compromettono il benessere del paziente, nonché offrono un supporto psicologico ed emotivo agli ospiti delle RSA e ai loro familiari che ricevono il necessario per affrontare il carico emotivo della malattia avanzata, riducendo lo stress e l'ansia. Facilitano il coinvolgimento della famiglia e favoriscono la comunicazione tra l'*équipe* sanitaria e i familiari, aiutandoli a comprendere e affrontare il percorso di fine vita con maggiore consapevolezza. Evitano i ricoveri inu-

tili, grazie alla gestione efficace della malattia sia a domicilio sia all'interno della RSA, riducendo la necessità di ospedalizzazioni, migliorando il benessere del paziente e ottimizzando le risorse sanitarie. D'altra parte richiedono una maggiore formazione del personale, in quanto gli operatori debbono ricevere una formazione specifica nelle cure palliative, migliorando le competenze nell'assistenza ai pazienti con bisogni complessi. L'integrazione delle cure palliative nell'ADI e nelle RSA rappresenta un modello efficace per garantire dignità e qualità di vita ai pazienti fragili, riducendo il loro disagio e sostenendo le famiglie in un momento delicato. L'approccio palliativo mette al centro la dignità della persona, favorendo il rispetto dei tempi, dei desideri e dei bisogni del paziente. Nelle RSA tradizionali l'assistenza può essere più routinaria e meno focalizzata sulla qualità della vita nel suo complesso.

In conclusione, l'integrazione delle cure palliative e della terapia del dolore nelle RSA migliora la qualità dell'assistenza, garantisce maggiore dignità ai pazienti e riduce la loro sofferenza, configurando un modello di cura più umano e attento alle reali esigenze delle persone fragili. Essa permette una vera e propria armonizzazione tra la legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di cure palliative e terapia del dolore, e la legge 23 marzo 2023, n. 33, che ha introdotto la riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti, e tutto ciò è davvero cruciale per garantire un'assistenza integrata, rispettosa dei bisogni di salute e della dignità delle persone anziane. È opportuno creare un maggiore coordinamento tra i servizi sanitari e socio-sanitari, dal momento che è fondamentale che le reti di cure palliative e i servizi per gli anziani collaborino, evitando che il paziente venga gestito in compartimenti separati. Attualmente, l'accesso alle cure palliative e ai servizi per gli anziani è regolato da procedure separate,

mentre la creazione di sportelli unici di accesso integrati potrebbe facilitare l'attivazione dei servizi, evitando ritardi e frammentazioni nell'assistenza.

Un modello di assistenza che unisca i principi delle leggi citate potrebbe garantire agli anziani una vita più dignitosa, riducendo le loro sofferenze e migliorando la qualità dell'assistenza sia a domicilio sia nelle RSA. Inoltre, l'integrazione tra le leggi citate potrebbe ridurre il desiderio di morte anticipata, perché renderebbe più facile il controllo del dolore e dei sintomi. Infatti uno dei motivi principali per cui i pazienti chiedono di accedere al suicidio medicalmente assistito è il dolore incontrollato e la sofferenza fisica che patiscono, perciò l'integrazione delle cure palliative nelle RSA e nei percorsi di assistenza domiciliare garantirebbe una gestione ottimale del dolore e dei sintomi debilitanti, riducendo la percezione di una qualità di vita intollerabile. La sensazione di essere un peso per la famiglia o di non avere più dignità è un fattore determinante nelle richieste di morte volontaria medicalmente assistita. Un sistema integrato tra le cure palliative e l'assistenza agli anziani prevede un supporto psicologico più strutturato sia per il paziente sia per la famiglia. Spesso il suicidio medicalmente assistito è visto come unica alternativa alla progressiva perdita di autonomia e alla paura di una fine dolorosa. Le cure palliative, integrate con un'assistenza più umana e personalizzata per gli anziani, aiutano a mantenere una qualità della vita accettabile anche nelle fasi più avanzate della malattia. La solitudine e la mancanza di un adeguato supporto familiare spingono molti pazienti verso il desiderio di porre fine alla propria vita. Un sistema che integra le cure palliative e l'assistenza domiciliare per gli anziani può migliorare il coinvolgimento della famiglia, riducendo la sensazione di abbandono.

Oltre ai grandi anziani anche i malati di sclerosi laterale amiotrofica e molti altri pa-

zienti affetti da patologie neurodegenerative gravi potrebbero trarre grande beneficio da un'adeguata somministrazione di cure palliative, migliorando la loro qualità della vita e riducendo il disagio fisico ed emotivo. A titolo di esempio, i pazienti con demenza avanzata soffrono di dolore, difficoltà nella deglutizione, agitazione, ansia e perdita di autonomia. Le cure palliative possono offrire un controllo efficace di tali sintomi, migliorando la qualità della vita e riducendo il ricorso a trattamenti invasivi non necessari. Sono molte le malattie che ancora oggi non hanno una cura definitiva, ma un approccio palliativo potrebbe alleviare il dolore, ridurre le complicazioni e offrire dignità fino alla fine. Un'integrazione tra le cure palliative e l'assistenza a lungo termine dei pazienti con malattie neurodegenerative sarebbe essenziale per garantire un percorso di cura meno traumatico e più umano.

Ma c'è anche una ragione di equità che merita di essere posta in primo piano: gli *hospice* attuali sono insufficienti e sono distribuiti in maniera non uniforme nel territorio nazionale: 53 per cento al Nord, 27,4 per cento al Centro, 19,6 per cento al Sud, secondo i dati più recenti della Società italiana di cure palliative. Tali numeri evidenziano che due terzi dei pazienti bisognosi di cure palliative restano tagliati fuori, mentre l'offerta di cure palliative nelle RSA ridurrebbe in modo significativo questo divario, che priva molte persone del proprio diritto alla cura, previsto dall'articolo 32 della Costituzione. Per rispondere ai bisogni dei malati complessi, compresi i grandi anziani, troppo spesso si prevedono soluzioni rigide, alternative tra loro, laddove serve un approccio flessibile, multidisciplinare e multiprofessionale, integrato e coordinato nel luogo dove il paziente si trova per ottenere una reale presa in carico del paziente stesso, con un metodo collegiale, competente e condiviso.

In definitiva, si rileva che l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore è at-

tualmente regolato dalla citata legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e dall'articolo 32 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane.

La citata legge n. 38 del 2010 individua principi e linee guida essenziali per assicurare un'assistenza adeguata e omogenea in tutto il territorio nazionale attraverso l'istituzione delle reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, la formazione e l'aggiornamento del personale medico e sanitario, nonché la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

L'articolo 32 del citato decreto legislativo n. 29 del 2024 prevede che l'accesso alle cure palliative sia garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le reti locali delle cure palliative assicurano nel territorio di riferimento, attraverso *équipe* di cure palliative dedicate specificamente formate, l'attività di consulenza, identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura, assistenza, facilitazione e attivazione dei percorsi di dimissioni protette nonché l'erogazione dell'assistenza nell'ambito dei piani assistenziali individualizzati presso:

a) le strutture di degenza ospedaliera, ivi compresi gli *hospice* in sede ospedaliera;

b) le attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;

c) il domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari;

d) le strutture residenziali socio-sanitarie e gli *hospice*.

La relazione tecnica allegata allo schema di decreto legislativo, nella parte riferita al

citato articolo 32, assicura che le attività ivi previste si svolgono nell'ambito delle risorse stanziare dalla stessa legge n. 38 del 2010.

Inoltre, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, le cure palliative domiciliari sono state inserite tra i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale.

Il presente disegno di legge si compone di undici articoli.

L'articolo 1 stabilisce l'oggetto e le finalità della legge, mentre l'articolo 2 estende la definizione di cure palliative alle persone anziane affette da patologie cronico-degenerative e da disabilità e prevede l'accesso anticipato alle cure palliative; l'articolo 3 impone alle RSA di garantire l'accesso alle cure palliative, le quali sono fornite da personale qualificato previa formazione obbligatoria (articolo 4). L'articolo 5 garantisce alle RSA e ai servizi domiciliari un accesso semplificato ai farmaci per la terapia del dolore, mentre l'articolo 6 assicura il coinvolgimento delle famiglie e dei *caregiver* e la loro corretta informazione sulle terapie. L'articolo 7 demanda alle regioni l'adozione di protocolli per favorire l'integrazione tra le unità di cure palliative, i medici di medicina generale, le RSA e i servizi sociali territoriali. L'articolo 8 prevede che il Ministero della salute e le regioni effettuano un monitoraggio sugli effetti della legge, mentre l'articolo 9 demanda al medesimo Ministero, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione sul tema delle cure palliative, anche allo scopo di ridurre le richieste di accesso al suicidio assistito. L'articolo 10 quantifica gli oneri finanziari derivanti dall'attuazione della legge distinguendo, da un lato, gli oneri concernenti il riconoscimento di diritti soggettivi configurabili come previsioni di spesa, valutati in 144 milioni di euro annui,

di cui agli articoli 2, comma 2, che dispone l'accesso precoce alle cure palliative, 3, che introduce l'obbligo di accesso alle cure palliative nelle RSA e nei servizi di assistenza domiciliare, e 5, concernente la semplificazione dell'accesso ai farmaci impiegati per la terapia del dolore, e, dall'altro lato, gli oneri riconducibili a limiti massimi di spesa, pari a 18,4 milioni di euro annui, di cui agli articoli 4, in materia di formazione del personale sanitario e socio-sanitario, 6, che prevede il coinvolgimento delle famiglie mediante l'istituzione di appositi sportelli e dei *caregiver*, e 9, comma 1, relativo alle campagne di sensibilizzazione.

La stima di tali oneri è stata effettuata sulla base degli ultimi dati contenuti nell'indagine europea sulla salute (EHIS) realizzata dall'Istituto nazionale di statistica. In particolare, si stima che in Italia circa 260.655 persone abbiano bisogno di cure palliative o terapia del dolore, pari a circa l'1,97 per cento della popolazione con più di sessantaquattro anni di età. Tale quota percentuale, nel campione EHIS, corrisponde alla popolazione con più di sessantaquattro anni di età affetta da patologie croniche o di lunga durata che ha sofferto un dolore fisico « molto forte » nelle ultime quattro settimane, tale da interferire « molto gravemente » con le attività svolte abitualmente. La medesima quota percentuale, pari all'1,97 per cento, è stata applicata alla popolazione con più di sessantaquattro anni di età residente in Italia nell'anno 2024, pari a circa 13,23 milioni di persone, per un totale di 260.655 potenziali assistiti. È quindi possibile prevedere che il numero di persone non ancora destinatarie di cure palliative e terapia del dolore sia pari alla differenza tra la platea dei potenziali assistiti (260.655) e

quella degli attuali assistiti, pari a 106.749 in base all'ultima relazione al Parlamento sulla citata legge n. 38 del 2010, per un totale di 153.906 persone. Moltiplicando il costo medio unitario degli interventi (936,78 euro) per i destinatari ancora da raggiungere, si ottiene la previsione di spesa di 144 milioni di euro annui.

Alla copertura degli oneri complessivi per l'attuazione della legge, che ammontano a 162,4 milioni di euro, si provvede mediante l'incremento della misura del prelievo erariale unico (PREU), istituito dall'articolo 39, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Il PREU è un prelievo applicato sulle somme giocate negli apparecchi da divertimento e intrattenimento idonei per il gioco lecito identificati dall'articolo 110, comma 6, lettera *a*), cosiddetti « *amusement with prizes* (AWP) o *new slot* », e lettera *b*), cosiddette « *videolottery* (VLT) », del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

Considerato che il gettito derivante dal PREU è pari a 5,42 miliardi di euro annui, l'incremento dello stesso necessario ad assicurare la copertura degli oneri complessivi ammonta a 0,5 punti percentuali. Le relative aliquote da applicare alle somme giocate sono quindi fissate, rispettivamente, nella misura del 24,5 per cento, per gli apparecchi di cui alla citata lettera *a*), e del 9,1 per cento, per gli apparecchi di cui alla citata lettera *b*), e sostituiscono le aliquote vigenti fissate, rispettivamente, nella misura del 24 per cento e dell'8,6 per cento.

Infine, l'articolo 11 reca le disposizioni attuative.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge reca disposizioni in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per le persone anziane, comprese quelle non autosufficienti, residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) o assistite a domicilio, fermo restando quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, e dalla legge 23 marzo 2023, n. 33, al fine di assicurare un'assistenza sanitaria e sociale adeguata, rispettosa della dignità della persona e incentrata sulla qualità della vita, prevenendo situazioni di sofferenza che possano indurre i pazienti a richiedere la morte volontaria medicalmente assistita, sulla base delle condizioni previste dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 22 novembre 2019, per mancanza di alternative assistenziali adeguate.

Art. 2.

(Definizione di cure palliative per le persone anziane e i soggetti disabili cronici e accesso precoce alle stesse)

1. Le cure palliative, come definite dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, si applicano anche alle persone anziane affette da patologie cronico-degenerative e disabilità, indipendentemente dalla diagnosi di malattia terminale.

2. Le cure di cui al comma 1 sono rese accessibili sin dal momento della diagnosi di malattie cronico-degenerative, come la sclerosi laterale amiotrofica, la malattia di Alzheimer in stadio avanzato e l'insuffi-

cienza cardiaca e respiratoria, e non soltanto nelle fasi terminali.

3. Il piano assistenziale individualizzato di ciascuna persona anziana non autosufficiente deve includere una valutazione dell'eventuale necessità di cure palliative e terapia del dolore.

Art. 3.

(Obbligo di accesso alle cure palliative nelle RSA e nei servizi di assistenza domiciliari)

1. Le RSA garantiscono l'accesso alle cure palliative attraverso la presenza di personale specializzato o tramite collaborazione con le reti per le cure palliative territoriali.

2. I servizi di assistenza domiciliare operano di concerto con le unità di cure palliative, garantendo la continuità assistenziale tra l'ospedale, il domicilio della persona malata e le RSA.

3. È istituito un servizio di emergenza palliativa domiciliare per la gestione del dolore acuto e dei sintomi complessi senza necessità di ricovero.

Art. 4.

(Formazione del personale sanitario e socio-sanitario)

1. Al personale operante nelle RSA e nei servizi di assistenza domiciliare è assicurata una formazione obbligatoria sulle cure palliative e sulla gestione della terapia del dolore.

2. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove percorsi di aggiornamento sulle cure palliative per i medici di medicina generale, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari.

3. È introdotta la formazione specifica per i medici di medicina generale, al fine di ga-

rantire un riconoscimento precoce delle necessità palliative.

4. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa nel limite di 14,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Art. 5.

(Semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore)

1. Le RSA e i servizi di assistenza domiciliare accedono direttamente e in forma semplificata ai farmaci impiegati per la terapia del dolore.

2. Il medico responsabile della RSA può prescrivere e somministrare farmaci analgesici di terzo livello nel rispetto delle linee guida nazionali.

Art. 6.

(Coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver)

1. Le famiglie e i *caregiver* sono specificamente informati e coinvolti nelle scelte terapeutiche relative alle cure palliative per i propri assistiti.

2. Presso le RSA e le aziende sanitarie locali sono attivati sportelli di consulenza per supportare le famiglie nella gestione del fine vita e nel percorso di cura.

3. Per l'attuazione del comma 2 è autorizzata la spesa nel limite di 3,85 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Art. 7.

(Integrazione tra servizi sanitari e sociali)

1. Le cure palliative costituiscono parte integrante dei servizi socio-sanitari previsti dalla legge 23 marzo 2023, n. 33, per gli anziani non autosufficienti.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano protocolli per favorire l'integrazione tra le unità di cure palliative, i medici di medicina generale, le RSA e i servizi sociali territoriali.

3. Sono promossi programmi di assistenza domiciliare palliativa potenziata, con copertura assistenziale nell'intero arco delle ventiquattro ore, compresi i giorni festivi.

4. All'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 8.

(Monitoraggio attraverso indicatori di qualità dell'assistenza)

1. Il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano effettuano un monitoraggio sull'applicazione delle disposizioni della presente legge attraverso indicatori di qualità dell'assistenza stabiliti con decreto del Ministro della salute.

Art. 9.

(Campagne di sensibilizzazione e accesso precoce alle cure palliative)

1. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione in materia di cure palliative, anche allo scopo di ridurre le richieste di accesso alla morte volontaria medicalmente assistita, sulla base di quanto previsto dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 22 novembre 2019, per mancanza di alternative assistenziali adeguate.

2. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa nel limite di 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Art. 10.

(Disposizioni finanziarie)

1. Agli oneri derivanti dagli articoli 2, comma 2, 3 e 5, valutati in 144 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, nonché agli oneri derivanti dagli articoli 4, comma 4, 6, comma 3, e 9, comma 2, pari a 18,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle maggiori entrate derivanti dal comma 2.

2. A decorrere dal 1° gennaio 2026, le misure del prelievo erariale unico sugli apparecchi indicati all'articolo 110, comma 6, lettere *a)* e *b)*, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, come determinate dall'articolo 1, comma 731, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, sono stabilite, rispettivamente, nel 24,5 per cento delle somme giocate, per gli apparecchi di cui alla lettera *a)*, e nel 9,1 per cento delle somme giocate, per gli apparecchi di cui alla lettera *b)*.

Art. 11.

(Disposizioni attuative)

1. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le disposizioni attuative della presente legge.

2. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute emana specifiche linee guida indirizzate alle regioni e alle strutture assistenziali.

