
n° 710 – 12.1.2026

Primi passi per riformare il Servizio Sanitario Nazionale

Si muovono i primi passi per riformare il Servizio Sanitario Nazionale. Su questa strada l'esame, da parte del Consiglio dei Ministri, di un disegno di legge di delega che punta a riscrivere l'architettura dell'assistenza territoriale e ospedaliera e, più in generale, il modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale. Un intervento ampio, che affida al Governo il compito di adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi per aggiornare il decreto legislativo 502 del 1992, sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

La riforma interviene anche su digitale, cronicità e salute mentale, ma sarà vincolata alle risorse che il Parlamento deciderà di stanziare. La parte più interessante per quanto ci riguarda è contenuta nell'articolo 2 del testo, laddove, accanto agli ospedali di base, di primo e di secondo livello, la delega introduce due nuove categorie: gli ospedali di terzo livello e gli ospedali elettivi. I primi – gli ospedali di terzo livello – dovranno essere strutture di eccellenza a bacino nazionale o sovranazionale, comprese quelle gestite da enti privati senza scopo di lucro o religiosi, da finanziare con risorse dedicate in base a criteri omogenei (casistica trattata, qualità, mobilità interregionale, ricerca). Saranno individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, molto stringenti, tenendo conto, in particolare: della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *diagnosis-related group* (DRG) della casistica trattata dalla struttura; della positiva valutazione in merito al possesso di elevati *standard* di qualità; della quota di assistiti proveniente da altre regioni; dell'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori. Gli ospedali elettivi, invece saranno quelle strutture prive di pronto soccorso, chiamate a operare in rete con l'emergenza-urgenza, nel rispetto di tempi massimi di collegamento e requisiti uniformi di sicurezza e qualità. L'obiettivo è superare la frammentazione dei percorsi, migliorare la gestione dell'emergenza-urgenza e costruire modelli organizzativi che consentano carriere integrate ai professionisti sanitari.

Ampio spazio nella delega è riservato all'assistenza alle persone non autosufficienti, con la previsione di standard specifici – anche di personale – per residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità, inclusa la distribuzione del farmaco a domicilio. Un capitolo specifico riguarda le cure palliative per le patologie croniche complesse e avanzate, con l'aggiornamento degli standard assistenziali, dei volumi e degli esiti, differenziati per intensità e setting di cura.

Naturalmente nella realizzazione del progetto già si profila lo scoglio dei finanziamenti. Il decreto infatti precisa che qualora i decreti legislativi adottati in attuazione della legge determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, o mediante l'utilizzo delle risorse già stanziate, i suddetti decreti legislativi saranno emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanzino le occorrenti risorse finanziarie. Una clausola che rende evidente come la portata reale della riforma dipenderà non solo dall'architettura normativa, ma anche dalle scelte di bilancio che accompagneranno l'attuazione della delega.

Per maggiori approfondimenti allegiamo la bozza del testo in esame al Consiglio dei Ministri.

Cordiali saluti
Ufficio comunicazione

SCHEMA DI DISEGNO DI LEGGE RECANTE 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

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 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.
2. Gli schemi dei 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 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 successivamente 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.
3. Ove il parere delle Commissioni parlamentari indichi specificamente talune disposizioni come non conformi ai principi e criteri direttivi di cui alla presente legge, il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e motivazione. Le Commissioni competenti per materia e per i profili finanziari possono esprimersi sulle osservazioni del Governo entro il termine di quindici giorni dalla trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato.
4. Qualora i termini per l'espressione dei pareri parlamentari di cui ai commi 2 e 3 scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega previsti dal comma 1, ovvero successivamente, questi ultimi sono prorogati di tre mesi.
5. Il Governo, con la procedura indicata al comma 2, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi emanati nell'esercizio della delega di cui al comma 1, e nel rispetto dei principi e criteri direttivi fissati dalla presente legge, può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

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 ospedale e territorio, anche attraverso la revisione e l'aggiornamento della disciplina in materia di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, delineando, tra l'altro, indicazioni omogenee di funzionamento dei sistemi integrati di trasporto secondario e di gestione dell'emergenza e definendo modelli organizzativi integrati che garantiscano ai professionisti di area clinica di sviluppare percorsi integrati di carriera;
- b) aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere, di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, in particolare contemplando, oltre ad ospedali di base, di primo e di 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 enti privati, anche a carattere religioso, che operino esclusivamente senza scopo di lucro, 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, considerando infungibile la relativa offerta nell'ambito della programmazione regionale e destinando agli stessi specifiche risorse a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali di livello nazionale, tenendo conto, in particolare:
 - 1) della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *diagnosis-related group* (DRG) della casistica trattata dalla struttura;
 - 2) della positiva valutazione in merito al possesso di elevati *standard* di qualità;
 - 3) della quota di assistiti proveniente da altre regioni, diverse da quella in cui ha sede la struttura, fatta salva la quota relativa alla mobilità di confine;
 - 4) 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, per l'individuazione dei quali sono adottati criteri uniformi al 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, anche individuando un tempo massimo uniforme di livello nazionale per la percorrenza della relativa distanza, disciplinando le modalità di eventuale trasferimento dei pazienti già presi in carico da una struttura a strutture ospedaliere di riferimento di livello superiore e delineando requisiti minimi di sicurezza e qualità dell'assistenza erogata;
- c)aggiornare la declinazione del dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse anche in ragione del relativo bacino di utenza;
- d)prevedere l'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche, nonché di reti di riferimento nazionale, individuando 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;

- e) implementare 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, contemplato nel richiamato decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77 secondo la relativa disciplina di cui all'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 20 febbraio 2020;
- 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 garantire un adeguato 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 garantire la presa in carico multidimensionale e la garanzia della continuità assistenziale, anche con riferimento alla promozione della domiciliarità nell'accesso al farmaco;
- h) con riferimento all'assistenza rivolta alle persone in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppano traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole, definire *standard* assistenziali, di personale delle *équipe* dedicate, di volumi e esiti volti all'aggiornamento e all'integrazione della vigente disciplina in materia, articolati secondo la natura di base o specialistica delle cure palliative erogate, alle caratteristiche del bisogno, all'intensità e complessità dell'assistenza e alla durata della presa in carico e declinati nei diversi *setting* assistenziali;
- i) valorizzare il ruolo della bioetica clinica nell'ambito delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, attraverso l'introduzione e l'implementazione di 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) 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, nel rispetto dell'autonomia regionale e garantendo l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza;
- n) garantire la qualità e l'interoperabilità dei sistemi informativi, nel rispetto del codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, assicurando il relativo coordinamento di livello nazionale nell'ambito delle funzioni di programmazione sanitaria svolte dal Ministero della salute garantendo, in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera r), della Costituzione, l'integrazione con i sistemi digitali nazionali e regionali di sanità elettronica e l'adesione a programmi di sanità predittiva, personalizzata e di prossimità, anche nell'ambito dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS);
- o) riordinare la disciplina dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta anche al fine di valorizzarne il ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale.

ART. 3

(*Disposizioni finanziarie*)

1. 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 della presente legge determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, o mediante l'utilizzo delle risorse già stanziate, i suddetti decreti legislativi sono emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanzino le occorrenti risorse finanziarie.
2. Fermo restando quanto previsto dal comma 1, 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.

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.