



Newsletter Aris

n° 717 – 04.03.2026

Al Senato il Ddl Delega per la revisione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera

È stato trasmesso al Senato il Ddl Delega per la revisione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera (S. [1825](#)), approvato lo scorso 12 gennaio dal Consiglio dei Ministri. Ricordiamo che il DdL in questione è il risultato del Tavolo di lavoro per l'aggiornamento dei DM 70/77 costituito nel giugno 2023 dal Ministero della Salute.

Al momento non risulta ancora pubblicato il testo ufficiale definitivo, sul quale avverrà l'esame parlamentare e non risulta assegnato in Commissione per l'avvio dell'esame.

Come noto, stando all'ultima bozza disponibile, il testo prevede che – entro il 31 dicembre 2026 – il Governo adotti uno o più decreti legislativi. Con specifico riferimento alla revisione dell'assistenza ospedaliera, segnaliamo:

- Aggiornamento della classificazione con:
 - gli ospedali di terzo livello, sul modello degli IRCCS, anche quando riconducibili a “associazioni o alti enti privati, anche di carattere religioso”. Tali enti andranno selezionati sulla base di: casistica DRG, qualità prestazioni; mobilità; ricerca;
 - ospedali elettivi, corrispondenti alle strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso; da collegare a strutture parte della rete di emergenza urgenza.
- Aggiornamento dimensionamento delle strutture complesse;
- Introduzione di nuove reti assistenziali tempo dipendenti;
- Definizione di nuovi standard minimi per l'offerta ospedaliera.

Assegnato per l'esame in sede referente in Commissione (con ogni probabilità la Affari Sociali) il testo dovrà seguire il consueto iter parlamentare: trattandosi di un Ddl, non vi sono tempistiche d'esame definite per l'approvazione.

Una volta approvato, il Governo avrà fino al 31 dicembre 2026 per emanare i decreti attuativi e ulteriori 18 mesi per eventuali disposizioni integrative e correttive agli stessi.

Allegiamo un'analisi più approfondita di quanto riferito alla revisione dell'assistenza ospedaliera.

Vi terremo informati sugli sviluppi dell'iter parlamentare.

All.1

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione



RIFORMA DM 70-77
Analisi bozza disegno di legge delega

CONTENUTO

Principi e criteri direttivi (art.2): il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:

- **Potenziamento livello integrazione ospedale-territorio (lettera a):** previsto il potenziamento del 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 SSN, di cui al regolamento adottato con DM 77/2022, 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;
- **Aggiornamento classificazione strutture ospedaliere (lettera b):** previsto l'aggiornamento della classificazione delle strutture ospedaliere, di cui al regolamento adottato con DM 70/2015, in particolare contemplando, oltre ad ospedali di base, di primo e di secondo livello, anche:
 - 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, oppure a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti. Tali ospedali sono individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, definiti e valutati in coerenza con la disciplina in materia di IRCCS ([d. lgs. 288/2003](#)) e di A.O.U. integrate ([d. lgs. n. 517/1999](#)), 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:
 - della **numerosità assoluta** e del **peso medio relativo ai 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**, diverse da quella in cui ha sede la struttura, fatta salva la quota relativa alla mobilità di confine;
 - dell'**attività di ricerca** svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori.
 - 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.
- **Aggiornamento declinazione dimensionamento strutture complesse (lettera c):** si prevede l'aggiornamento della declinazione del dimensionamento delle unità operative qualificabili come strutture complesse anche in ragione del relativo bacino di utenza.
- **Nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche (lettera d):** si prevede 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;
- **Implementazione appropriatezza offerta ospedaliera (lettera e):** si prevede l'implementazione dell'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 DM 77/2022 secondo la relativa disciplina di cui all'[intesa sancita](#) in CSR il 20 febbraio 2020;

- **Pratiche clinico-assistenziali (lettera f):** si prevede la definizione del 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;
- **Standard di qualità e personale per l'assistenza territoriale ai non autosufficienti (lettera g):** introduce standard di qualità per la presa in carico dell'autosufficienza facendo riferimento sia 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;
- **Standard assistenziali e di équipe per le cure palliative nei bisogni complessi (lettera h):** introduce standard assistenziali con riferimento all'assistenza rivolta alle persone in condizioni croniche complesse e avanzate che sviluppino traiettorie di malattia a evoluzione sfavorevole, 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;
- **Valorizzazione ruolo bioetica clinica (lettera i):** prevista la valorizzazione del 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;
- **Individuazione criteri organizzativi (lettera l):** introduce l'individuazione di criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino in termini di effettività l'integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del SSN con gli interventi assistenziali di natura e competenza istituzionale non sanitaria;
- **Integrazione dei servizi di salute mentale, dipendenze e salute in carcere nel modello territoriale (lettera m):** prevista la definizione e aggiornamento della 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;
- **Interoperabilità sistemi informativi (lettera n):** si prevede di garantire la qualità e l'interoperabilità dei sistemi informativi, nel rispetto del Codice dell'amministrazione digitale ([d. lgs. 82/2005](#)), assicurando il relativo coordinamento di livello nazionale nell'ambito delle funzioni di programmazione sanitaria svolte dal Min Sal garantendo 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);
- **Riordino disciplina MMG (lettera o)** previsto il riordino della disciplina dei MMG e dei PLS anche al fine di valorizzarne il ruolo nell'ambito dell'assistenza territoriale.

ITER

Oggetto e finalità della delega (art. 1): il Governo è delegato ad adottare entro il 31 dicembre 2026 uno o più decreti per l'integrazione e la revisione del modello organizzativo del SSN al fine 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.

- **Iter dei decreti legislativi:** gli schemi di decreti legislativi sono adottati su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e gli altri Ministri competenti per materia, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Tali schemi sono poi trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri, che si pronunciano entro 30 giorni dalla trasmissione (eventualmente prorogati di 3 mesi).
- **Pareri delle Commissioni di non conformità:** nel caso in cui le Commissioni parlamentari rilevino che alcune disposizioni non siano conformi ai principi e ai criteri direttivi, il Governo – qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari – trasmette nuovamente alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate degli elementi integrativi di informazione e motivazione. Le Commissioni competenti per materia e per i profili finanziari possono esprimersi sulle osservazioni del Governo entro 15 giorni dalla trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato.
- **Disposizioni correttive:** il Governo, entro 18 mesi dall'entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi emanati nell'esercizio della delega, può adottare disposizioni integrative e correttive (nel rispetto dei principi e criteri direttivi).

Disposizioni finanziarie (art. 3): gli schemi di decreti legislativi adottati sono corredate di una relazione tecnica che dia conto della loro neutralità finanziaria oppure dei nuovi o maggiori oneri da essi derivanti e delle corrispondenti coperture. Nel caso in cui i decreti legislativi determinino nuovi o maggiori oneri che non trovi compensazione al loro interno oppure mediante l'utilizzo di risorse già stanziare, questi sono emanati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore di appositi provvedimenti che stanziino le occorrenti risorse finanziarie. Fermo restando quanto, dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Clausola di salvaguardia (art. 4): le disposizioni della legge di delega e dei decreti attuativi 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.