



DDL di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024

La posizione dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata

Executive Summary

Recuperare le prestazioni non erogate, risolvendo l'annoso problema delle **liste d'attesa**, aggravatosi a causa della pandemia Covid-19, è **obiettivo prioritario** per garantire il diritto alla cura dei cittadini, spesso, indotti alla rinuncia alle cure o a fenomeni di mobilità sanitaria non fisiologica.

Le **strutture associate** Aiop hanno profuso un **notevole impegno** sin dalla prima **fase emergenziale**, mettendo a disposizione i posti letto delle proprie strutture, destinandoli o ad assistere i malati Covid o a decongestionare l'afflusso, gestendo quei pazienti che non riuscivano e non riescono a trovare assistenza nelle strutture di diritto pubblico, evitando così il collasso del Sistema Sanitario Nazionale.

Il DdL di Bilancio 2022, all'**art. 94**, prevede un nuovo intervento in materia di liste d'attesa con un finanziamento che ammonta a 500 milioni di euro per il recupero delle prestazioni non erogate.

Per raggiungere questo obiettivo di sanità pubblica, è previsto un **coinvolgimento attivo delle strutture private accreditate** (art. 94, co. 2) per un ammontare non superiore a 150 milioni di euro su base nazionale ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite della autorizzazione di spesa di 500 milioni di euro (comma 3).

La disposizione, prorogando la disciplina di cui all'art. 26, comma 2, DL n. 73/2021 (c.d. Decreto Sostegni-bis), pone però dei **problemi interpretativi** che, se non risolti, provocheranno ulteriori e inaccettabili disparità regionali rispetto al recupero delle prestazioni non erogate e, quindi, alla tutela del diritto di cura di tutti i cittadini, a prescindere dall'appartenenza regionale.

Ancora una volta, peraltro, questo strumento è previsto in **deroga al limite di spesa di cui all'articolo 15, co. 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95** (cd. Spending Review), deroga già prevista dai decreti Cura Italia e Sostegni-bis, ad ulteriore dimostrazione dell'oggettiva impossibilità delle strutture sanitarie pubbliche di garantire, nonostante le misure emergenziali ad esse dedicate, l'erogazione delle prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza e, quindi, a dimostrazione dell'importanza della componente di diritto privato per rispondere ai bisogni di cura dei cittadini e alla loro presa in carico.

Infatti, il potenziale delle stesse è ancora inespresso perché vincolato dall'art. 15, co. 14 del DL 95/2012 ai sensi del quale l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera dalla componente di diritto privato del SSN è, *sine die*, pari al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011. Questa norma, nata per ragioni di contenimento di spesa, oltre a sollevare questioni di legittimità costituzionale, appare oggi manifestamente anacronistica e illogica se rapportata agli interventi legislativi di politica espansiva messi in campo dal Legislatore per recuperare le prestazioni non erogate e rilanciare, nel suo complesso, il SSN.

Sulla base di tali premesse, Aiop propone di:

- 1) consentire che **le risorse stanziare all'abbattimento delle liste di attesa** siano utilizzate per il raggiungimento di detto obiettivo svincolandole dagli equilibri di bilancio dei singoli S.S.R., poiché, spesso, alcune Regioni alle quali vengono indirizzati i fondi per il recupero delle prestazioni non

erogate, non solo non predispongono i suddetti piani ma dirottano queste risorse ad altri fini per rispettare il vincolo dell'equilibrio di bilancio, utilizzandoli, quindi, a danno dei bisogni reali della popolazione;

- 2) superare la logica delle deroghe temporanee e **abrogare in modo definitivo il limite di spesa di cui all'articolo 15, co. 14 del DL n. 95/2012**, abrogazione che poggia su argomentazioni di ordine giuridico, oltre che di opportunità (*si veda considerazioni infra*).

MODIFICA ART. 94, CO. 2 – RISORSE STANZIATE PER LE LISTE DI ATTESA

AS 2448

Articolo 94

Emendamento

Al comma 2 dopo le parole “n.135,” inserire le seguenti: “nonché in deroga al vincolo di equilibrio economico di cui all’articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106,”.

MOTIVAZIONE

L’articolo 94 prevede un nuovo intervento in materia di liste d’attesa per il recupero delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera non erogate a causa dell’emergenza pandemica, prorogando al 31 dicembre 2022 le misure previste dall’articolo 26, commi 1 e 2, del DL n. 73/2021 (c.d. DL Sostegni-bis). Per raggiungere questo obiettivo, il comma 2 attribuisce alle Regioni e alle Province Autonome la possibilità di coinvolgere le strutture private accreditate per un ammontare non superiore a 150 milioni di euro su base nazionale ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite della autorizzazione di spesa di 500 milioni di euro di cui al successivo comma 3.

Ciò posto, la proroga *tout court* del comma 2 dell’articolo 26 del c.d. DL Sostegni-bis presenta grandi criticità nella parte in cui detta disposizione prevede che il coinvolgimento delle strutture private accreditate, in deroga ai limiti di cui all’articolo 15, comma 14, del DL n. 95/2012, avvenga “*ferma restando la garanzia dell’equilibrio economico del Servizio Sanitario regionale*” anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l’anno 2020.

La criticità consiste nella creazione di un problema interpretativo che rischia di rendere inattuabile in concreto la disposizione in questione creando, ancora una volta, una disomogeneità a livello regionale a danno dei pazienti.

Infatti, spesso, per garantire l’equilibrio economico, le Regioni tendono ad utilizzare le risorse per finalità diverse da quelle per le quali sono state stanziare, talvolta proprio per finalità di mero risanamento dei conti pubblici. Questo comporta una differenziazione marcata tra le regioni, a discapito dei cittadini i quali, in base alla regione di provenienza, potranno accedere o meno alle prestazioni sanitarie.

Proprio per garantire una equa e uniforme applicazione della disposizione in questione, e consentire a tutti i cittadini, a prescindere dalla regione di provenienza, di poter accedere alle prestazioni rinviate a causa della pandemia, si propone di modificare il comma 2 prevedendo una deroga al vincolo di equilibrio economico di cui all’articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73.

ABROGAZIONE LIMITE DI SPESA EX ART. 15, co. 14, DL N. 95/2012

AS. 2448
Articolo 94
Emendamento

Dopo l'articolo 94 inserire il seguente articolo:

Articolo 94-bis
(Disposizioni in materia di tetti di spesa per l'acquisito di prestazioni da privato accreditato)

A decorrere dall'anno 2022, il comma 14 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è abrogato.

MOTIVAZIONE

La disposizione che si propone di **abrogare** (comma 14 dell'articolo 15 del DL n. 95/2012 - Spending review Monti) prevede un **limite massimo all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati**, limite che attualmente – per effetto della rideterminazione operata dall'articolo 45 comma 1-ter, del decreto-legge 124/2019 – è pari al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011. Per effetto di questa disposizione normativa, le Regioni si sono viste limitare il potere di programmazione dell'acquisto di prestazioni dalle strutture private; queste ultime, a loro volta, hanno dovuto subire un limite alla loro possibilità di erogare prestazioni, indipendentemente dal fabbisogno regionale. Peraltro, che si tratti di una **norma emergenziale** meritevole di un superamento è un'**esigenza già nota al Legislatore**. La Legge di Bilancio per l'anno 2019 (articolo 1, commi 514-516, Legge 30 dicembre 2018, n. 145) ha previsto che l'accesso delle Regioni ai maggiori incrementi del FSN per gli anni 2020 e 2021 fosse subordinato ad un accordo Stato-Regioni in cui prevedere, tra l'altro, anche un aggiornamento del limite di spesa previsto per l'acquisito di prestazioni sanitarie dal privato accreditato (comma 516, lett. f). Questa disposizione è rimasta inattuata, verosimilmente a causa dell'emergenza da Covid-19 iniziata a marzo 2020.

Inoltre, proprio **durante la pandemia** il Legislatore ha avvertito la necessità di apportare una **deroga espressa al suddetto limite di spesa**, a dimostrazione che questo meccanismo provoca un blocco di prestazioni a discapito della salute dei cittadini. In tal senso, il DL n. 18/2020 (c.d. **DL Cura Italia**) e il DL n. 73/2021 (c.d. **DL Sostegni-bis**) hanno introdotto una deroga espressa al limite di spesa di cui all'articolo 15, comma 14 del DL 95/2012.

Da ultimo, l'articolo 94 del disegno di legge di bilancio 2022, al comma 1, proroga al 31 dicembre 2022 le misure straordinarie già introdotte dall'art. 29 del D.L. n. 104 del 2020 in materia di abbattimento delle liste di attesa prevedendo che per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, le regioni e le province autonome possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.

Grazie a queste deroghe le Regioni e le Province Autonome hanno potuto dapprima contrattualizzare con le strutture sanitarie private accreditate l'erogazione di ulteriori prestazioni sanitarie – oltre il budget prefissato - destinate, nell'immediato, ad affrontare l'emergenza sanitaria, potenziando l'assistenza territoriale (art. 3, DL n. 18/2020) e, successivamente, hanno potuto recuperare le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate nel 2020 (art. 26, comma 2, DL n. 73/2021). Le misure di cui sopra, quindi, muovono dalla impossibilità delle strutture sanitarie pubbliche di garantire, nonostante le misure emergenziali ad esse dedicate, l'erogazione delle prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza e dimostrano quanto sia importante la componente di diritto privato per sopperire a questa impossibilità.

Occorre infine svolgere altre due considerazioni:

- 1) il **superamento del limite di spese non comporterebbe una deregolamentazione tout court della materia o una esplosione della spesa pubblica**: la conseguenza, sul piano normativo, sarebbe il ritorno alle previsioni del D. Lgs. N. 502/1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421) e si darebbe nuovamente alle Regioni la possibilità di determinare, a seconda delle proprie e reali esigenze, i limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.
- 2) Il limite di spesa all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato è stato introdotto dal Governo Monti al fine di fronteggiare la grave crisi economica di quel momento storico ed ha assunto un carattere "*sine die*". A tal riguardo, si ricorda che la **Corte costituzionale** (pronuncia n. 43 del 3 marzo 2016) ha precisato che "*gli interventi statali sull'autonomia di spesa delle Regioni sono consentiti purché transitori. In caso contrario (...) trasmoderebbero in direttive strutturali sull'allocazione delle risorse finanziarie di cui la regione è titolare*".

L'abrogazione proposta, quindi, mira a cancellare dall'ordinamento una disposizione che crea un vincolo alle Regioni e alle Province autonome non conforme ai dettami della Corte costituzionale e, soprattutto, è conforme alla *ratio* che sottende tutta la legislazione sanitaria adottata per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. In questa direzione, gli incrementi del Fondo Sanitario Nazionale introdotti dalla normativa più recente e da ultimo dal Disegno di Legge di Bilancio 2022-2024 rischiano di non essere realmente soddisfattivi se restano bloccate immotivatamente alcune voci di costo sulla base di vincoli legislativi introdotti durante una fase di grave crisi economica oramai distante nel tempo. Senza considerare che durante la pandemia sono emerse tutte le criticità del SSN legate alla precedente stagione di tagli alla Sanità (di cui il DL 95/2012 è esempio paradigmatico), ulteriore dimostrazione che queste norme vanno rimosse per abbracciare una nuova vision del sistema all'insegna degli investimenti in sanità a beneficio dei cittadini.

CHI SIAMO

L'**AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata** - è stata fondata a Roma nel 1966 in rappresentanza di IRCSS e case di cura private, accreditate e non, presenti in tutto il territorio italiano, con l'obiettivo di sviluppare la qualificazione delle strutture associate e di sostenerne la collocazione e l'attività nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale.

Rappresenta **577 strutture sanitarie private di ricovero e cura** (Istituti a Carattere Scientifico, strutture di alta specialità quali cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro, strutture per acuti, strutture di riabilitazione, strutture per lungodegenza post-acuzie, strutture per anziani non autosufficienti, RSA, strutture per recupero funzionale per handicap, strutture per riabilitazione neuropsichiatrica e altro) **con 63.000 posti letto**.

Il **92% delle strutture (533)** e l'**89% dei posti letto (56.000)** attualmente risultano essere accreditati con il Servizio sanitario nazionale, ricoverando annualmente un milione di degenti, per un totale di più 8 milioni di giornate di degenza, con un'**incidenza del 14% sull'intero monte di giornate di degenza ospedaliere**, che **assorbono il 6,8% della spesa ospedaliera pubblica**.

Per esplicitare questa attività le strutture associate all'**AIOP** si avvalgono della professionalità di **12 mila medici, 28 mila infermieri e tecnici e 33 mila operatori di supporto**, svolgendo il proprio ruolo secondo le finalità fondamentali individuate nello Statuto associativo.