

NOVEMBRE 2022

# LA NUOVA AGENDA POLITICA SULLA SANITÀ

Le proposte dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata





# LA NUOVA AGENDA POLITICA SULLA SANITÀ

Le proposte dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata





La presente edizione del Libro Bianco Aiop è aggiornata al 10 novembre 2022.

#### **COMITATO ESECUTIVO AIOP**

Barbara Cittadini, *Presidente Nazionale*  
Gabriele Pelissero, *Vicepresidente*  
Fabio Marchi, *Tesoriere*  
Michele Nicchio, *Presidente Aiop Giovani*  
Federico Guidoni  
Carla Nanni  
Andrea Pirastu  
Giuseppe Puntin  
Potito Francesco Pio Salatto  
Ettore Sansavini

#### **COMMISSIONI NAZIONALI AIOP**

Enrico Brizioli, *Coordinatore Commissione RSA*  
Francesco Galli, *Coordinatore Commissione IRCCS*  
Concetta Petruzzi, *Coordinatrice Commissione Neuropsichiatria*  
Michèle Quarenghi, *Coordinatrice Commissione Riabilitazione e Lungodegenza*  
Francesco Berti Riboli, *Coordinatore Commissione Sanità Integrativa*

#### **DIRETTORE GENERALE**

Filippo Leonardi

*a cura di* Barbara Castellano

#### **GRUPPO DI LAVORO SEDE NAZIONALE AIOP**

Alice Basigliani, *Responsabile Area Epidemiologia valutativa, Ufficio Studi*  
Angelo Cassoni, *Responsabile Ufficio Studi*  
Barbara Castellano, *Relazioni Istituzionali*  
Francesca Gardini, *Ufficio Giuridico*

#### **PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE**

Andrea Albanese, *Area IT e Grafica Aiop*

©Tutti i diritti sono riservati. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, commerciale o comunque per uso diverso da quello personale - ad esempio Corsi di formazione - possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da:

**Aiop Sede Nazionale, via Lucrezio Caro 67, 00193 Roma**

[www.aiop.it](http://www.aiop.it)



Scarica in Pdf dalla pagina Pubblicazioni del sito Aiop.it





## SOMMARIO

<b>Premessa</b> .....	7
di Barbara Cittadini, Presidente Nazionale Aiop	
<b>La componente di diritto privato del SSN</b> .....	9
<b>Aiop, Associazione Italiana Ospedalità Privata</b> .....	11
<b>Uno sguardo d'insieme</b> .....	12
<b>Il Servizio Sanitario Nazionale come bene pubblico</b> .....	14
<b>Le risorse</b> .....	15
• Focus: Il PNRR.....	17
<b>Razionalizzazione del sistema</b> .....	18
• Focus: La risposta alla pandemia.....	20
<b>Le potenzialità inesprese e la competizione virtuosa</b> .....	22
• Focus: La spending review.....	23
• Focus: Una concorrenza in sanità?.....	25

<b>Monitoraggio nazionale e programmazione centrale</b> .....	26
• Focus: Il DM 70.....	27
<b>Il personale sanitario</b> .....	29
• Focus: Il personale Aiop .....	31
<b>LEA e tariffe</b> .....	32
• Focus: Sostenibilità ambientale .....	34
<b>Posti letto e deospedalizzazione</b> .....	35
<b>La rete dell'emergenza-urgenza</b> .....	37
<b>Il settore socio-sanitario</b> .....	39
<b>Gli IRCCS</b> .....	40
<b>La sanità integrativa</b> .....	42



## PREMESSA

Il "Libro bianco" Aiop intende fornire una sintesi di proposte e idee con un solo obiettivo: addivenire, in tempi ragionevoli, ad una riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che consenta di recuperare condizioni di efficacia e di efficienza.

Si tratta di un obiettivo pienamente raggiungibile con il concorso di tutte le componenti del SSN e per il quale Aiop, in quanto rappresentante della componente di diritto privato, si pone al servizio del decisore pubblico per garantire il proprio contributo.

È evidente, a questo proposito, che si deve, innanzitutto, prendere atto del contesto di esiguità di risorse che, ormai strutturalmente, il nostro Paese registra e che, progressivamente e sistematicamente, ha condotto alla riduzione della spesa pubblica in sanità, compromettendo così le fondamenta del diritto alla salute.

Per decenni, infatti, la Sanità è stata trascurata dall'agenda politica e sovente è stata oggetto di tagli lineari, con un generale impoverimento degli asset per ragioni non epidemiologiche, ma di mero equilibrio finanziario.

Non vogliamo negare l'esigenza di miglioramento del sistema, ma questa deve perseguire la razionalizzazione dello stesso attraverso l'eliminazione degli sprechi, delle inapproprietezze e delle logiche estranee al perseguimento di obiettivi di sanità pubblica.

Il "Libro bianco" si propone, quindi, di individuare i principali elementi correttivi delle criticità strutturali che deprimono la qualità del Servizio Sanitario Nazionale, stimolando la sua capacità di rispondere, con puntualità ed efficacia, ai bisogni di cura della popolazione.

Si tratta, vogliamo esprimerlo con grande chiarezza, di un contributo che Aiop mette a disposizione delle Istituzioni con il solo scopo di contribuire al miglioramento di quel SSN che molti Stati prendono come esempio e che è nostro dovere preservare e sviluppare.

È, in altri termini, arrivato il momento di rispondere ad una domanda cruciale: salvare il Servizio Sanitario Nazionale quale bene pubblico o salvare le strutture ospedaliere di diritto pubblico?

**Barbara Cittadini**

Presidente Nazionale Aiop



# LA COMPONENTE DI DIRITTO PRIVATO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale assicura **più del 28% di tutte le prestazioni** e di tutti i servizi ospedalieri resi alla popolazione dal SSN, assorbendo circa il **14% della spesa ospedaliera pubblica**.

**Fig. 1** – Articolazione dei posti letto ordinari del Servizio Sanitario Nazionale in base alla natura giuridica, Anno 2019



Fonte: Ministero della Salute, Opendata 2019

Per quanto concerne il settore della **riabilitazione post-acuzie** che, a titolo esemplificativo, coinvolge aree decisive quali quella cardiovascolare, neurologica e ortopedica, i presidi accreditati offrono circa il 75% del totale delle prestazioni.

In Tab. 1 si propone il dato 2020 dell'articolazione dei volumi di attività prestazione o condizione specifici tra la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale.

**Tab. 1** - Volumi di attività per natura giuridica, Italia 2020

Indicatori	Volumi totali	Volumi Comparto Pubblico		Volumi Comparto Privato	
	N	N	%	N	%
Colecistectomia laparoscopica	69.890	46.053	66%	23.837	34%
Protesi ginocchio	66.691	14.580	22%	52.111	78%
Protesi anca	96.822	50.501	52%	46.321	48%
Protesi spalla	9.405	3.744	40%	5.661	60%
Interventi ch. per frattura del femore	95.456	82.250	86%	13.206	14%
Infarto miocardico acuto	105.742	90.077	85%	15.665	15%
By-pass aortocoronarico isolato	10.681	6.177	58%	4.504	42%
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	29.238	16.184	55%	13.054	45%
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	7.096	5.354	75%	1.742	25%
Angioplastiche in IMA-Stemi	33.342	28.702	86%	4.640	14%
Interventi per T cerebrale	12.447	9.155	74%	3.292	26%
Parti	404.145	319.580	79%	84.565	21%
Interventi ch. per TM della mammella	56.057	39.840	71%	16.217	29%
Interventi ch. per TM del polmone	11.078	8.077	73%	3.001	27%
Interventi ch. per TM dello stomaco	5.088	3.843	76%	1.245	24%
Interventi ch. per TM del colon	23.078	17.821	77%	5.257	23%
Scompenso cardiaco	155.082	118.131	76%	36.951	24%
BPCO riacutizzata*	60.640	47.575	78%	13.065	22%
Ictus ischemico	73.494	64.010	87%	9.484	13%

\* ricoveri SOLO ordinari

Pur considerando il significativo ridimensionamento del numero di prestazioni – soprattutto, ma non esclusivamente di natura elettiva – verificatosi nel corso del 2020, come diretta conseguenza dell'urto pandemico, è possibile rilevare il contributo della componente di diritto privato nell'assistenza ospedaliera non solo programmata, ma anche in emergenza-urgenza.

## AIOP - ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Le **strutture Aiop** garantiscono annualmente cure a **più di un milione di degenti**, per un totale di 8,5 milioni giornate di degenza e 31,8 milioni di prestazioni ambulatoriali per utenti esterni (di cui il 72% per conto del SSN), erogando circa il **14% del totale delle giornate di degenza e utilizzando solo il 6,8% della spesa ospedaliera pubblica complessiva**.

Aiop rappresenta attualmente **574 strutture** (di cui il 72% ospedaliere), tra le quali 7 IRCCS, nonché due Associazioni aderenti (Ancod e Day Surgery Sicilia) per un complesso di **posti letto pari a 62.796, di cui 56.231 accreditati**.

Le aziende di area non ospedaliera, per la gran parte **RSA** (oltre che i centri di riabilitazione ex art. 26, L. n. 833/78), costituiscono il restante 28% della compagine associativa, con una incidenza del tutto in linea rispetto a quanto storicamente rilevato in ambiti regionali Aiop.

**Tab. 2** - Tipologia di posti letto Aiop accreditati e non accreditati, anno 2022

<b>Tipologia</b>	<b>PL accreditati</b>	<b>PL non accreditati</b>	<b>PL totali</b>
Acuti	27.557	3.736	31.293
Riabilitazione	9.485	902	10.387
Lungodegenza	2.996	121	3.117
RSA	13.482	1.726	15.208
CDR	2.711	80	2.791
<b>Totali</b>	<b>56.231</b>	<b>6.565</b>	<b>62.796</b>

### SSN: un bene pubblico

Il diritto alla salute è l'unico **diritto** definito "**fondamentale**" dalla Costituzione.

La funzione della sua tutela è eminentemente pubblica, ma gli attori deputati a svolgerla possono essere sia di diritto pubblico che di diritto privato, in una coazione tesa a offrire prestazioni appropriate e di qualità.

### Razionalizzazione del sistema

Il sistema deve recuperare margini di efficienza e, in questa direzione, le linee di azione sono due:

- ripresa dell'interrotto **percorso di aziendalizzazione** della rete pubblica;
- inserimento di una **sistematica collaborazione e integrazione pubblico/privato** all'interno del SSN e dei singoli SSR, che miri a una condizione di coesistenza strutturale e strutturata della dialettica operativa tra le componenti.

### Monitoraggio e programmazione

La razionalizzazione del sistema deve essere basata su requisiti qualitativi attraverso una maggiore **manifestazione di responsabilità del livello centrale/statale**, nel suo imprescindibile ruolo di supervisore e garante del SSN.

### Aumentare le risorse

È necessario continuare ad **investire in sanità** per rispondere al fabbisogno di ulteriori flussi di spesa corrente utili alla gestione delle progettualità del PNRR, all'adeguamento numerico del personale - rivedendone la programmazione - e a rispondere ai crescenti bisogni assistenziali della popolazione, **raggiungendo il valore indicativo del 7,5% della spesa in rapporto al PIL** per provare contestualmente a risolvere criticità strutturali quali **liste di attesa, mobilità passiva non fisiologica e rinuncia alle cure**.

### Potenzialità e competizione virtuosa

Le componenti del SSN devono avere, pur nella differenza di stato giuridico, piena e uguale dignità: è necessario porle sullo stesso piano anche in termini di **virtuosa competitività**, intervenendo sulla disciplina della concorrenza e **superando** la logica anacronistica e fallimentare dei **tetti di spesa**, che ha dimostrato di depotenziare il SSN nella sua capacità di risposta ai bisogni assistenziali.

### Il personale sanitario

La **cronica carenza** di medici e infermieri, ma anche di operatori sociosanitari, è il risultato di una programmazione poco lungimirante e inadeguata. La **ridefinizione del fabbisogno** di personale deve prendere in considerazione anche le peculiarità eterodirette della componente di diritto privato del SSN.

## LEA e tariffe

Il SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA, remunerate secondo regole stabilite a livello regionale, nell'ambito del quadro normativo di riferimento nazionale per garantire l'omogeneità del sistema.

Il **necessario e atteso aggiornamento del tariffario** deve essere raggiunto secondo una **metodologia scientificamente corretta**, che tenga in conto i reali costi delle prestazioni.

## L'emergenza-urgenza

Il pronto soccorso continuano a essere investiti da accessi inappropriati e ad essere utilizzati quali anticamere e reparti-ombra dell'ospedalizzazione vera e propria, resa impossibile dal sottodimensionamento dei posti letto. Un maggior **coinvolgimento delle strutture di diritto privato** potenzierebbe la rete nel rispondere con maggiore efficacia, tempestività e puntualità all'insorgere di un bisogno di cura.

## Gli IRCCS

Nell'intervento di riordino della disciplina devono essere mantenuti diversi elementi dell'originario assetto di regolazione, in un **processo di manutenzione evolutiva** che salvaguardi alcuni capisaldi della normativa tra i quali l'autonomia giuridico-organizzativa degli IRCCS di diritto privato, consentendo l'implementazione di modelli organizzativi di alta efficienza e produttività e istituendo un sistema di valutazione dell'attività degli IRCCS e delle reti sulla base di standard scientifici internazionali.

## Posti letto e deospedalizzazione

La dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati, effettivamente, a carico dei SSR è stata riproposta a un livello non superiore a 3 p.l. per acuti per mille abitanti, e a 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e la degenza post-acuzie: si rimane ancora nel solco di **una superata impostazione top-down, difficilmente giustificabile nel quadro internazionale**.

## Riformare il settore RSA

È necessario un radicale intervento sull'intero sistema del welfare socio-sanitario italiano attraverso la **definizione di nuovi standard organizzativi e strutturali, l'aggiornamento delle tariffe e la tutela degli operatori**.

## Sanità integrativa

Rendere i **processi fluidi, trasparenti ed efficienti** attraverso, ad esempio, piattaforme digitali adeguate e nomenclatori comuni, affinché la legittima differenziazione delle offerte assicurative non si traduca in un vulnus per il nostro settore.

## IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE COME BENE PUBBLICO

È compito imprescindibile dei pubblici poteri, ai sensi dell'**art. 32 della nostra Costituzione**, quello di tutelare la salute degli individui, ossia garantire tutte le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di cura di un qualsiasi soggetto che si trovi sul territorio italiano.

Sulla base di questa premessa, il nostro Legislatore ha istituito il **Servizio Sanitario Nazionale**, con **Legge 23 dicembre 1978, n. 833**, definendolo come quel complesso di funzioni, strutture, servizi e attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza alcun riferimento alla natura giuridica delle strutture chiamate a erogare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

La **funzione** di tutela della salute assunta dallo Stato è, senza dubbio, **pubblica**, poiché finanziata attraverso la fiscalità generale e riconosciuta a tutti gli individui a prescindere dalla capacità contributiva.

Diversamente, non è mai stato previsto, né sarebbe razionale prevedere che pubblica debba essere la natura giuridica delle strutture delle quali lo Stato si avvale per l'assolvimento di tale funzione.

Tanto è vero che, **all'interno del SSN, sin dalla sua configurazione originaria, si sono trovate a operare sia strutture di diritto pubblico che strutture di diritto privato**, la cui coesistenza deve essere letta in chiave di miglior articolazione possibile dell'offerta sanitaria.

In altri termini, quando si parla di SSN, si fa riferimento in modo univoco e scevro da qualsiasi pregiudizio ideologico alla componente di diritto pubblico e alla componente di diritto privato, poste al servizio della funzione pubblica di tutela della salute.

## LE RISORSE

È essenziale **aumentare le risorse dedicate alla spesa pubblica in sanità**, sottodimensionate da oltre un decennio - come dimostrano, ad esempio, i dati sulle prestazioni differite e non erogate - che, oggi, in un contesto di ampliamento dei bisogni assistenziali, sono ancor più insufficienti.

Il quadro normativo finalizzato alla *governance* del SSN vede un contenimento del trend di crescita della spesa sanitaria corrente.

Dalla **Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza** di aprile 2022, deliberata dal Consiglio dei Ministri il 4 novembre 2022, emerge, infatti, una nuova **riduzione della spesa in rapporto al PIL che, nel 2025, raggiungerà il valore indicativo del 6,0%**: le prestazioni che potranno essere erogate, infatti, pur con gli incrementi del Fondo Sanitario Nazionale di cui alla Legge di Bilancio 2022-2024, avranno un valore minore della somma di tutte le prestazioni già erogate nel 2019, quando non erano previste le progettualità e le disponibilità in conto capitale del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR —> focus pag.17)**.

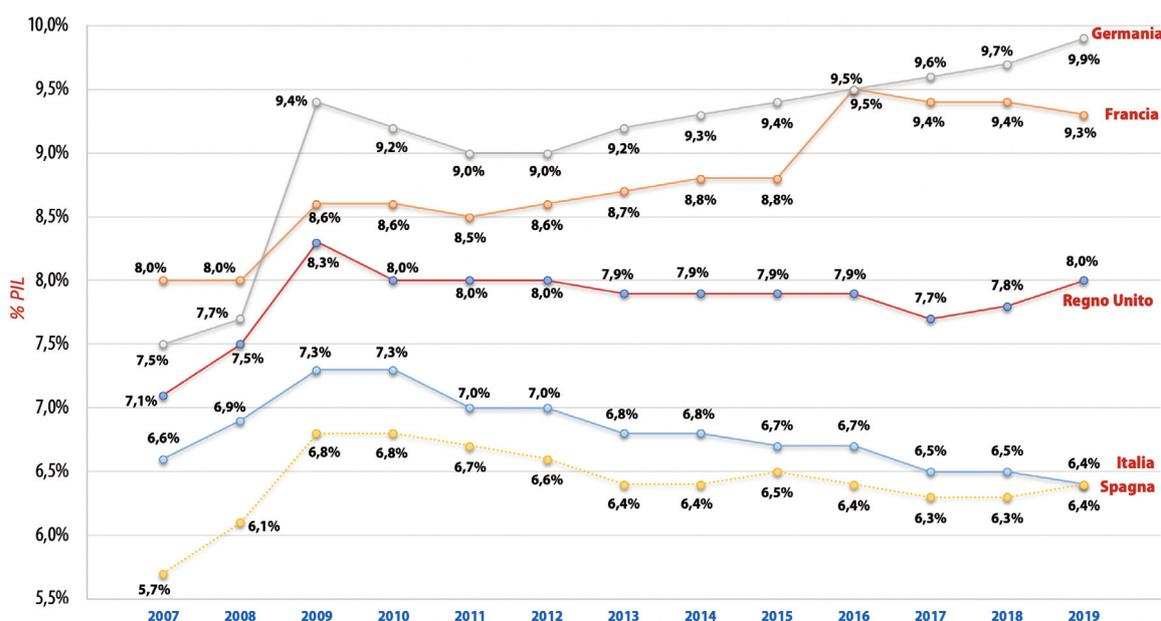
**Fig. 2** – Spesa sanitaria pubblica in valore assoluto e percentuale sul PIL, Italia 2007-2025 - (valori assoluti espressi in prezzi correnti in milioni di euro)



Fonte: M.E.F., Docum. di Economia e Finanza (Analisi e tend. della Finanza Pubblica; apr. 2019, apr. 2021, NADEF sett. 2021 e DEF apr. 2022, NADEF sett. e nov. 2022)

Il trend di costante riduzione della spesa sanitaria pubblica, al netto dei picchi di incremento dovuti alle misure emergenziali adottate per fronteggiare la pandemia, si inserisce in una situazione di **confronto internazionale** che vede l'Italia comunque penalizzata rispetto ai Paesi a noi vicini per modello di sistema economico (Francia e Germania) o sanitario (Regno Unito).

**Fig. 3** – Andamento temporale della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL in Italia, Francia, Germania, Spagna e Regno Unito, anni 2007-2019



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2017-2022); NADEF 2022; OCSE, Health Data feb. 2022

Come evidenzia la Fig. 3, l'andamento del valore della spesa sanitaria italiana sul PIL si colloca molto al di sotto di quello di **Germania** (9,9%) e **Francia** (9,3%), ma anche di quello del **Regno Unito** (8%). Nel 2019, poi, l'Italia ha raggiunto il valore della **Spagna** che, fino a quel momento, è stato costantemente inferiore. Il tutto a fronte di una media dei **Paesi del G7** pari a 9,2% e a una media **OCSE Europa** del 7,2%.

In assenza di sufficienti investimenti, quindi, il sistema sarà soggetto a effetti dirompenti in termini di fabbisogno di ulteriori flussi di spesa corrente per la gestione delle nuove infrastrutture, delle rilevanti quote aggiuntive di personale e dei crescenti bisogni assistenziali.

L'obiettivo deve essere, conseguentemente, quello di **invertire il trend di riduzione della spesa sanitaria, raggiungendo il valore indicativo del 7,5% della spesa in rapporto al PIL** per provare contestualmente a risolvere criticità strutturali quali liste di attesa, mobilità passiva non fisiologica e rinuncia alle cure.

## FOCUS: IL PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un'opportunità di riorganizzazione del nostro SSN partendo dai fabbisogni reali, rispetto ai quali implementare un'offerta articolata e differenziata che li soddisfi, rendendolo più efficiente, meno disomogeneo tra le regioni e maggiormente accessibile alle persone.

Le risorse complessivamente stanziare dal PNRR per la Missione 6 sono più di **20,3 miliardi di euro**. Di questi, 1 miliardo è destinato alla creazione degli Ospedali di Comunità, avendo come obiettivo il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture.

La Missione 6 è divisa in due Componenti:

- **M6C1** «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale», finalizzata a potenziare l'assistenza sanitaria territoriale e il SSN e sviluppare un modello di sanità pubblica più vicino alle esigenze dei cittadini - 9 miliardi;
- **M6C2** «Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN», finalizzata a promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina, rafforzare i sistemi informativi sanitari e gli strumenti digitali del SSN - 11,23 miliardi.

Come si legge nel PNRR, *«l'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata»*.

In una fase tanto delicata per la programmazione e la ridefinizione dell'assetto strutturale del SSN, è essenziale chiedersi come queste progettualità saranno effettivamente finanziate, considerando proprio il rapporto della spesa sanitaria pubblica sul PIL, posto che nel PNRR si specifica come *«la relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale»*.

**Le proposte del PNRR** - che, tra l'altro, mai citano il settore socio-sanitario - **devono essere rimodulate sulla base di una seria valutazione di sostenibilità**, a partire dal finanziamento del vasto programma di ricostruzione di una sanità territoriale che sia davvero integrata e complementare a una già sofferente rete ospedaliera.

**La componente di diritto privato**, con la sua nota **capacità di offrire una gestione agile ed efficiente delle risorse strutturali, organizzative e umane**, può dare un contributo importante nel realizzare il pieno compimento di un Servizio Sanitario Nazionale oggi ancora privo del livello di tutela medico-sanitaria più prossimo al cittadino.

## RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

L'insegnamento più importante della pandemia è stato la sua gestione attraverso il ricorso alle potenzialità del SSN nel suo complesso, favorendo e non inibendo il contributo della componente di diritto di privato. La pronta **risposta alla crisi** (—> **focus pag. 20**) è stata fornita dalle strutture di diritto privato mediante la riconversione degli spazi, la messa a disposizione di nuovi posti di terapia intensiva e sub-intensiva, nonché di posti letto per acuti e post-acuti destinati a decongestionare le strutture di diritto pubblico maggiormente investite dall'urto pandemico. L'emergenza stessa ha consentito di **superare i condizionamenti ideologici e di sistema** che hanno fino a ora relegato la componente di diritto privato a un ruolo vicario e che in troppi casi hanno sacrificato la tutela della salute pubblica sull'altare della pubblica proprietà.

In un sistema universalistico quale il nostro, i diversi livelli di governance sono chiamati a selezionare provider e acquistare le prestazioni - per nome e per conto degli utenti - sulla base di criteri di efficienza e di qualità a prescindere dalla natura giuridica degli erogatori.

Il compimento di questo modello richiede l'introduzione di un meccanismo competitivo tra le strutture di entrambe le componenti del sistema, finalizzato ad assicurare l'equità di accesso su tutto il territorio nazionale a servizi di provata efficacia clinica in condizioni di appropriatezza, sicurezza e al minor costo possibile.

Le linee di azione sono due: **ripresa dell'interrotto percorso di aziendalizzazione della rete pubblica** per una maggiore responsabilizzazione economico-finanziaria delle strutture e relativa trasparenza dei bilanci; **inserimento di una sistematica collaborazione e integrazione pubblico/privato** all'interno del SSN, che consenta di ridisegnare la rete dell'offerta attraverso criteri oggettivi.

Quanto alla prima linea di intervento, occorrerebbe, per esempio, estendere l'obbligo di **rendicontazione attraverso bilanci di tipo aziendale** - attualmente previsto solo per le aziende ospedaliere - anche alla tipologia maggiormente diffusa di strutture di diritto pubblico. Si pensi, soprattutto, agli ospedali a gestione diretta - circa il 75% sul totale della componente pubblica - le cui rendicontazioni confluiscono nei bilanci delle proprie ASL di riferimento: in questo modo si perde la tracciabilità del dato e, conseguentemente, si impedisce una corretta analisi sull'efficienza gestionale dei singoli presidi.

La seconda linea di azione implicherebbe il pieno ricorso agli strumenti conoscitivi di cui si dispone da una parte per la **valutazione della complessità** e, dall'altra, per la **valutazione della qualità dei servizi erogati** dalle strutture ospedaliere. Quanto alla prima, la misurazione dell'andamento temporale della complessità media delle prestazioni e della sua distribuzione territoriale, mostra una sostanziale sovrapposibilità tra erogatori di diritto pubblico e di diritto privato.

In termini di **peso medio**, sono 15 le regioni nelle quali le strutture ospedaliere di area Aiop presentano valori a volte significativamente superiori rispetto a quelle della componente pubblica; tale risultanza è confermata dall'analisi dell'indicatore maggiormente utilizzato per i confronti tra erogatori, quello del **case-mix**.

Per quanto attiene alla valutazione della qualità in termini di performance, nell'**analisi Treemap del Piano Nazionale Esiti**, elaborato da Agenas, viene proposta un'analisi sintetica della qualità dell'assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: cardiocircolatoria, nervosa, respiratoria, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

**Tab. 3** – Strutture ospedaliere di qualità alta/molto alta per natura giuridica, PNE Agenas 2021

Natura giuridica	Totale strutture valutate	Strutture con aree Treemap PNE di qualità alta/molto alta	
<b>PUBBLICA</b>	534	55	10%
<b>PRIVATA</b>	303	72	24%

La tabella si riferisce a tutte le strutture del SSN valutate da Agenas

A livello nazionale, delle 534 strutture di diritto pubblico valutate, 55 (pari al 10%) riportano tutte le aree cliniche validate di qualità alta o molto alta; delle 303 strutture di diritto privato quelle con standard elevati sono, invece, 72 (pari al 24%).

## FOCUS: LA RISPOSTA ALLA PANDEMIA

In più occasioni il 2020 è stato definito *annus horribilis*: la crisi in cui siamo stati proiettati è stata radicale, ha coinvolto la sanità - evidenziando carenze strutturali e di programmazione - e l'intero tessuto socio-economico italiano.

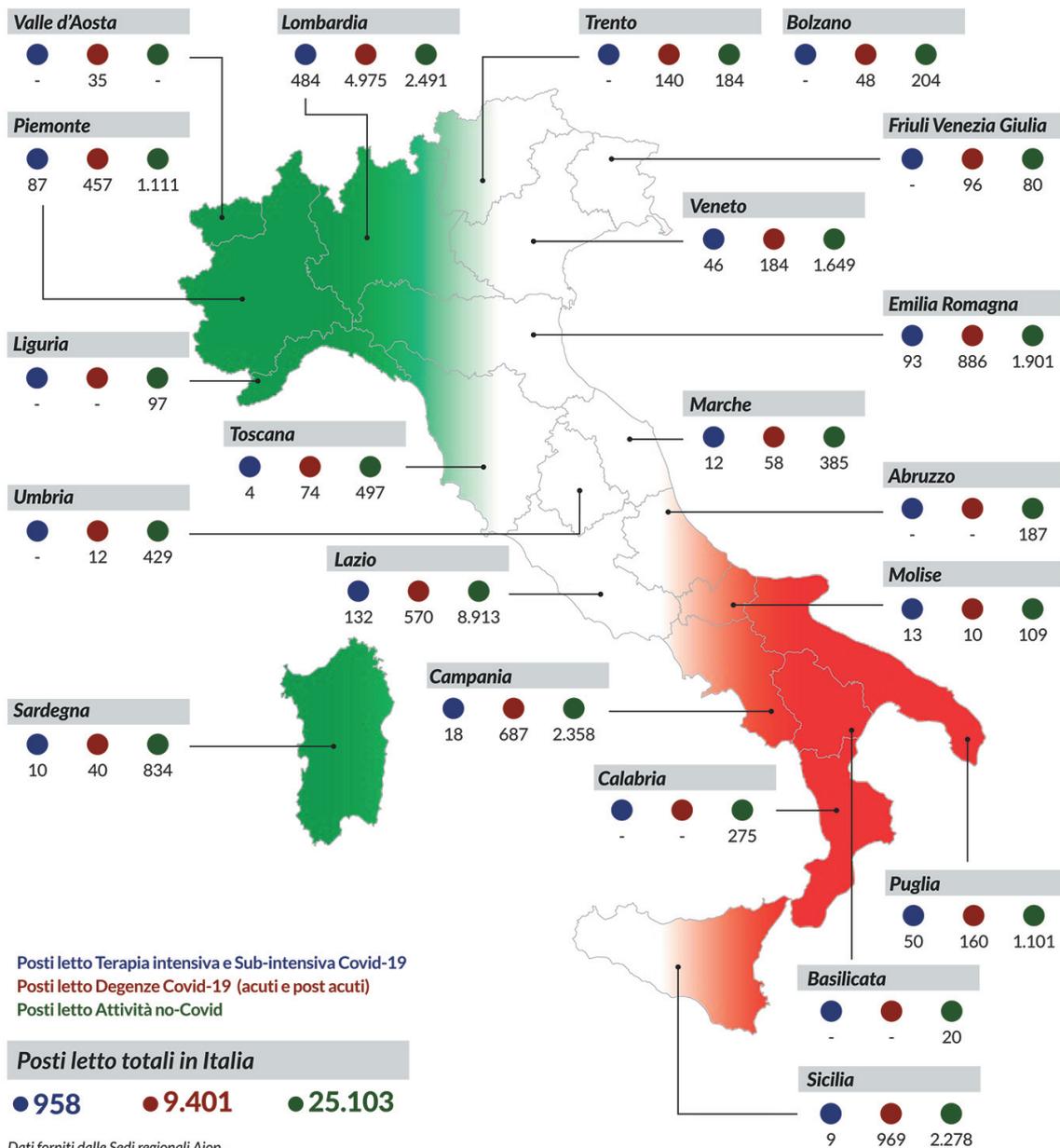
Nel linguaggio medico, una crisi è l'insorgenza improvvisa di un fenomeno violento e di durata piuttosto breve, dall'etimologia latina e greca del termine che sta per «scelta, decisione, fase decisiva di una malattia».

**L'Aiop ha da subito affrontato questa emergenza con pieno senso di responsabilità e di unità di impegno**, mettendo le proprie strutture ospedaliere a disposizione per assicurare la migliore e la più efficace risposta a tutela della salute dei cittadini, attuando scrupolosamente le direttive nazionali e regionali emanate dalle autorità.

Nella fase più acuta della prima ondata, la rete delle strutture Aiop, affiancata in qualche regione da alcune strutture di diritto privato non associate, ha **garantito l'apporto di circa 1.000 posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva Covid, 9.400 posti letto di degenza acuta e post-acuta Covid, oltre alla disponibilità di più di 25.000 posti letto per degenze ordinarie**, destinati ad evitare il collasso della rete di diritto pubblico.

Tutti i presidi Aiop hanno immediatamente fornito un pieno e **deciso contributo nell'ambito dei Piani di Emergenza** predisposti dalle singole regioni a seconda dello stato emergenziale e delle specifiche esigenze territoriali per la gestione dei pazienti Covid, oltre che per garantire la continuità delle cure ed assistenza a tutti i pazienti non-Covid. Tale apporto, in molte realtà, è stato comunque condizionato dalle decisioni autoritative che hanno imposto la **sospensione dell'attività ordinaria, differibile e non urgente per evitare il rischio del contagio**.

**Fig. 4** – Il contributo della componente di diritto privato del SSN nella prima fase della pandemia Covid-19, anno 2020



## LE POTENZIALITÀ INESPRESSE E LA COMPETIZIONE VIRTUOSA

La portata epocale dell'emergenza ha valorizzato la sinergia tra le componenti di diritto pubblico e di diritto privato, superando i vincoli posti dall'attuale normativa, a partire dal **tetto di spesa all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati** posto dall'art. 15, co. 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (**—> focus pag. 23**).

Si tratta di limite che, oltre a discriminare il valore delle strutture sanitarie di diritto privato, ha depotenziato il ruolo programmatico delle regioni e impoverito l'offerta sanitaria del SSN che già scontava criticità strutturali quali bassa aderenza terapeutica, liste d'attesa, rinuncia alle cure e mobilità sanitaria non fisiologica.

**Le componenti di diritto pubblico e diritto privato che operano nel SSN devono avere, pur nella differenza di stato giuridico, piena e uguale dignità.**

Perché questo avvenga, tuttavia, è necessario porle sullo stesso piano anche in termini di virtuosa competitività: è necessario rivedere l'art. 15 della **"Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021"** (**—> focus pag. 25**).

Infatti, l'introduzione dei previsti elementi di concorrenzialità nell'ambito del servizio sanitario - sia in termini di accreditamento sia di selezione dei soggetti - genererà, per i cittadini più fragili nel momento del bisogno, il dramma dell'incertezza di un loro approdo sicuro e non avrà, in alcun modo, quale conseguenza una più efficiente allocazione delle risorse pubbliche e una maggiore libertà di scelta degli assistiti in termini di luogo di cura e di medico.

A tali risultati, semmai, sarebbe possibile pervenire instaurando un regime di reale virtuosa competizione tra erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, non certo introducendo elementi tali da accrescere ulteriormente la pressione competitiva nell'ambito della confinata offerta di una delle due componenti del Servizio Sanitario Nazionale.

## FOCUS: LA SPENDING REVIEW

L'art. 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (nota come *Spending Review*) 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**.

Questa misura è stata introdotta al fine di fronteggiare la grave crisi economica di quel momento storico e, da norma emergenziale quale doveva essere, ha assunto carattere strutturale.

Per effetto di questa disposizione normativa, ormai anacronistica, 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.

Durante la pandemia **il Legislatore**, per garantire una migliore risposta alla crescente domanda di salute della popolazione, **è intervenuto più volte in deroga espressa** al suddetto limite di spesa, a dimostrazione che questo meccanismo provoca un blocco di prestazioni a discapito della salute della popolazione.

Secondo il **Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021** della Corte dei conti, nel 2020 sono stati effettuati oltre 1,3 milioni i ricoveri in meno rispetto al 2019, pari cioè al - 17%, per un corrispondente valore economico di 3,7 miliardi.

Rispetto al 2019, **oltre ai ricoveri programmati (-747.011), sono venuti meno anche**

**quelli urgenti che ne rappresentano il 42,6% (cioè -554.123)**. Le aree maggiormente coinvolte sono quelle della Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare.

Secondo i dati dell'**Osservatorio Nazionale Screening** le prestazioni diagnostiche effettuate tra gennaio 2020 e maggio 2021 si sono ridotte rispetto al 2019 del -35,6% per la cervice, -28,5% per mammella, -34,3% per il colon retto. Invece la stima delle lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico è pari a 3.504 lesioni CIN2+, 3.558 carcinomi mammari, 1.376 carcinomi coloretali e oltre 7.763 adenomi avanzati del colon retto.

È doveroso poi annoverare gli effetti sulla presa in carico delle cronicità, dalle prestazioni per la diagnosi a quelle per la prevenzione e gestione delle complicanze: secondo il **Rapporto Annuale 2021 dell'Istat**, nel 2020 le visite controllo e le prime visite volte ad impostare il Piano terapeutico sono ridotte di quasi 1/3. Secondo lo stesso Rapporto, nel 2020 le prestazioni ambulatoriali e specialistiche erogate sono diminuite del 20,3% rispetto all'anno precedente (una caduta molto più ampia di quella già osservata nel 2019, quando la diminuzione è stata dell'1%), mentre le prestazioni indifferibili erogate (TAC, risonanze magnetiche, biopsie, dialisi e radioterapia) sono state complessivamente circa 2 milioni in meno, con un calo del 7%.

Secondo il **Rapporto BES 2021 dell'Istat**, l'11% delle persone che avevano bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, con un certo grado di omogeneità su tutto il territorio nazionale. Nel 2021 è cresciuta la quota di persone che ha dovuto rinunciare a visite o accertamenti

di 1,5 punti percentuali, 765 mila persone in più, confermando l'aumento già osservato nel 2020, pari a +3,3 punti percentuali rispetto al 2019.

Tanto premesso, benché negli ultimi anni il **Fondo Sanitario Nazionale** sia aumentato in modo consistente, tale aumento non ha prodotto alcun effetto sugli acquisti delle prestazioni private accreditate, con le summenzionate conseguenze in punto di tutela della salute. Diversamente, per la spesa farmaceutica gli incrementi del Fondo, introdotti nel corso dell'emergenza pandemica dai vari decreti-legge adottati, ha percentualmente inciso, in aumento, sui tetti per essa previsti. Viceversa, il "tetto" imposto alla componente di diritto privato del SSN, che solleva questioni di legittimità costituzionale, è ancorato ad un dato storico ed è rimasto pressoché immutato.

Il superamento del vincolo di spesa in oggetto, restituendo alle regioni una piena attività di programmazione, non solo non comporterebbe una deregolamentazione *tout court* della materia o una esplosione della spesa pubblica, ma muove dalla dimostrata impossibilità delle strutture sanitarie di diritto pubblico di assicurare, nonostante le misure emergenziali a esse dedicate, l'erogazione delle prestazioni necessarie a garantire i LEA ed è conforme alla *ratio* che sottende tutta la legislazione sanitaria adottata per fronteggiare la pandemia Covid-19.

Sulla linea di quanto richiesto dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, **è ormai improcrastina-**

**bile il definitivo superamento del tetto in oggetto, così da favorire un governo della spesa sanitaria maggiormente efficiente e dinamico rispetto alla domanda di salute della popolazione. Si propone, a tal fine, di abrogare il primo periodo dell'art. 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.**

## FOCUS: UNA CONCORRENZA IN SANITÀ?

L'art. 15 della **“Legge annuale per il mercato e la concorrenza”** (L. 5 agosto 2022, n. 118) reca disposizioni in materia di **“Revisione e trasparenza dell’accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati”**.

La nuova disciplina si pone in contrasto sia con la Direttiva dell’Unione Europea 2006/123/CE, conosciuta come **Direttiva Bolkestein**, sia con l’assetto normativo sanitario italiano che vede quali titolari della competenza in materia di concorrenza e di tutela della salute soggetti diversi. Un assetto che nel tempo si è stratificato, sovrapponendo al principio della scelta dell’utente quello della programmazione di volumi, tipologia, modalità e corrispettivi delle prestazioni.

A tutto questo si è affiancato l’ulteriore ed eccessivo principio della selezione delle strutture di diritto privato mediante esame comparativo, promuovendo la concorrenza tra questi soli erogatori e non, invece, tra quelli di diritto pubblico, in un settore regolamentato da normative stringenti che non consentono di esprimere compiutamente la potenzialità della componente di diritto privato, avendone bloccato la crescita *sine die*.

La normativa in commento, al contrario, rischia di dare luogo a **dinamiche anticoncorrenziali** tali da provocare una compressione dell’offerta nel solo perimetro della componente di diritto privato del SSN: un aspetto che, unitamente ad

una revisione di breve periodo, oltre a rendere particolarmente complessa l’attività di programmazione degli investimenti da parte degli imprenditori, amplificherà le differenze nella gestione delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato, pur facendo loro parte della stessa rete.

Se questa è la strada che si è scelto di perseguire, è quantomeno necessario adottare un meccanismo di selezione degli erogatori, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, attraverso dei meccanismi omogenei che valorizzino - invece che rendere precari - gli investimenti tecnologici e di personale compiuti dalle strutture già accreditate e contrattualizzate per garantire i migliori standard di qualità e sicurezza nell’erogazione delle prestazioni.

Non a caso la Direttiva 2006/123/CE ha escluso espressamente i “servizi sanitari” dal suo campo di applicazione, riconoscendo indirettamente le prestazioni sanitarie come non soggette alla concorrenza: **la teoria economica ci insegna, infatti, che la salute è un bene pubblico e che in sanità le regole del mercato falliscono**.

## MONITORAGGIO NAZIONALE E PROGRAMMAZIONE CENTRALE

Nella attuale impostazione di programmazione regionale dei servizi sanitari e di identificazione delle strutture erogatrici, la **auspicata razionalizzazione del sistema, basata su requisiti qualitativi, deve considerare le caratteristiche di un modello di fatto articolato in 21 sistemi regionali distinti e per nulla parlanti**. Questo può essere realizzato solo **attraverso una maggiore manifestazione di responsabilità del livello centrale/statale, nel suo imprescindibile ruolo** - riconosciuto costituzionalmente anche nell'ambito del nuovo Titolo V - **di supervisore e garante del SSN**.

Se è vero che la qualità delle cure non può essere sacrificata sull'altare dell'unitarietà del sistema (in una sorta di egualitarismo verso il basso), è vero anche che la diversa velocità, le diverse risorse e, soprattutto, i differenti livelli di partenza di ciascuna Regione non possano essere una giustificazione alla **disuguaglianza nell'accesso alle cure e alla disparità di trattamento dei pazienti**, a seconda della area geografica di pertinenza e della struttura ospedaliera alla quale si rivolgono.

In questo senso, devono essere **potenziati i meccanismi centrali di vigilanza sull'equità di accesso alle cure, quelli di controllo della eterogeneità qualitativa tra gli erogatori, nonché quelli di regolazione della mobilità fisiologica e di contrasto alla mobilità patologica**, anche attraverso l'identificazione di reti nazionali e interregionali per l'erogazione di prestazioni caratterizzate da incidenza relativamente contenuta ma per le quali è nota l'associazione tra maggiori volumi di attività e migliore esiti dei trattamenti sanitari.

Questo è valido allo stato dell'arte del SSN, rispetto al quale il Programma Nazionale Esiti di Agenas documenta annualmente una preoccupante eterogeneità interregionale e intra-regionale nell'accesso a servizi di provata efficacia clinica, nonché livelli di migrazione sanitaria tali da indicare chiaramente "buchi" assistenziali in molte aree geografiche del nostro territorio.

Ma è valido, a maggior ragione, se si procede verso una razionalizzazione del sistema, i cui costi non possono ricadere – cosa che altrimenti negherebbe alle sue fondamenta il Servizio Sanitario Nazionale – sui pazienti e la capacità soggettiva (economica e di mobilità) di rivolgersi alla struttura ospedaliera considerata "adeguata", se non si vuole tradurre la ricerca della qualità in un mero efficientamento del sistema a spese della salute e del diritto alla cura dei pazienti.

Allo stesso tempo, la definizione di criteri qualitativi, quantitativi ed economico-finanziari per la selezione delle strutture del SSN e la definizione delle reti ospedaliere deve necessariamente evitare derive ingegneristiche – che spesso assumono i documenti di natura programmatoria come il **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"** (—> **focus pag. 27**) – ma considerare *ex-ante* l'impatto dell'applicazione di standard stabiliti a livello centrale.

## FOCUS: IL DM 70

La riflessione di Aiop, corredata da analisi di impatto e illustrata nel corso dell'audizione tecnica presso il Ministero della Salute, riguarda sia il DM 70 vigente sia la proposta di modifica circolata a mezzo stampa nell'autunno 2021.

Tra le osservazioni e le proposte di modifica:

### Requisiti relativi alla dotazione di posti letto:

- la revisione del requisito della dotazione di posti letto per acuti non inferiore a 60 p.l., quale soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali con le strutture di diritto privato;
- il riferimento alle "discipline affini" per la corretta definizione delle attività monospecialistiche per acuti e la conferma della soglia dei 30 posti letto per acuti prevista nel DPCM del 1986 per le Case di cura private;
- la necessità di considerare la peculiarità delle strutture c.d. "miste", ovvero strutture dotate di posti letto sia per acuti sia post-acuti, caratterizzate da un elevato livello di specialità e continuità assistenziale.

Se la *ratio* degli standard è quella di razionalizzare la rete ospedaliera nella prospettiva di migliorare la capacità del sistema di rispondere ai bisogni dei pazienti, il numero dei posti letto non presenta, però, alcuna nota associazione con la qualità delle cure erogate. La conseguenza sarebbe una compressione del pluralismo che penalizza, in assenza di evidenze, le strutture di diritto privato del SSN caratterizzate da minori dimensioni, ma perfettamente funzionali e radicate sul territorio.

### Requisiti di volume:

- uno studio condotto da Aiop in collaborazione con Nomisma sulla valutazione di impatto - in termini di limitazione nell'accesso alle cure e mobilità sanitaria indotta - degli standard previsti sia nel DM70 vigente sia nella bozza di revisione, secondo la prospettiva del paziente-utente, evidenzia le ricadute derivanti da una applicazione meramente ingegneristica dei requisiti quantitativi;
- la difficoltà di valutare i volumi delle strutture di diritto privato del SSN, essendo tali volumi "imposti" dal meccanismo di assegnazione di budget e quindi non indicativi delle reali potenzialità di offerta;
- la revisione della soglia minima di 200 interventi/anno per le procedure di bypass aortocoronarico isolato, alla luce delle evidenze scientifiche e dell'evoluzione nella pratica clinica.

Il rischio è quello di indurre il malato a una rinuncia alle cure e di ampliare, anziché ridurre, le disuguaglianze sulla base di variabili geografiche e socio-economiche.

### Rete dei punti nascita:

- salvaguardare e potenziare il modello di rete Hub e Spoke - *fil rouge* di tutto il DM 70 e considerato a livello internazionale come il sistema migliore nel garantire sicurezza e appropriatezza nell'assistenza perinatale - anche per l'assistenza al parto;
- applicare a tutte le maternità gli standard di sicurezza relativi all'assistenza h24 di due unità

di personale ostetrico e due unità di personale ginecologico, un anestesista e una figura neonatologica, nonché la presenza di terapia sub-intensiva, così come previsti nell'Accordo Stato-regioni del 2010 per i punti nascita di primo livello.

La sicurezza della puerpera e del nascituro, nei punti nascita di primo livello - ovvero le maternità che assistono le gravidanze e i parti fisiologici in età gestazionale oltre le 34 settimane - deve essere perseguita utilizzando a pieno le potenzialità del *risk management* e attraverso la promozione di protocolli formalizzati di orientamento verso il setting assistenziale adeguato al livello di rischio e di accesso tempestivo alle dotazioni eventualmente non presenti nei punti nascita di primo livello (quali centro trasfusionale, terapia intensiva generale, terapia intensiva neonatale, consulenze multispecialistiche).

Le proposte relative alla rete dei punti nascita sono state condivise con la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO).

## IL PERSONALE SANITARIO

La **carenza di personale medico e infermieristico** e la limitata disponibilità di posti letto negli ospedali sono tra le maggiori criticità del sistema.

Secondo la **Ragioneria Generale dello Stato**, nel Servizio Sanitario Nazionale si rileva dall'anno 2011 (683mila unità) all'anno 2020 (665mila unità) una diminuzione complessiva dell'occupazione.

Fra il 2011 e il 2016, infatti, come si legge dal rapporto del **Conto annuale del Mef** relativo all'anno 2020, la sanità registra un calo costante, perdendo quasi 34.000 addetti, per restare stazionaria nella seconda metà del decennio appena al di sotto dei 650.000 dipendenti.

Secondo i dati del recente rapporto del **Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano"** (agosto 2022), elaborato anch'esso sulla base delle risultanze del Conto annuale del Mef, nel 2020 il personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso gli ospedali del SSN ammontava a 614.880 unità, di cui 501.795 nelle strutture pubbliche e 113.085 in quelle della componente di diritto privato (Policlinici Universitari Privati, I.R.C.C.S. Privati, Fondazioni Private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca e case di cura accreditate).

Nell'ultimo periodo si è assistito, invece, ad un consistente incremento imputabile ai provvedimenti di contrasto della pandemia, tra i quali ricordiamo i decreti emergenziali numeri 18, 34 e 104 del 2020 che hanno introdotto misure straordinarie di reclutamento del personale per far fronte alla predetta emergenza.

La cronica carenza di personale ha fortemente inciso sulla possibilità di prendere globalmente e tempestivamente in carico i pazienti non-Covid, andando ad acuire i più volte richiamati fenomeni quali la rinuncia alle cure e l'aumento delle liste d'attesa.

La mancanza di medici e infermieri, ma anche di operatori sociosanitari, è il risultato di una **programmazione** che nel corso degli anni si è rivelata **poco lungimirante e inadeguata perché gestita non in base alle esigenze del SSN, ma rispetto alle risorse disponibili.**

Le ragioni di tale dinamica sono da individuare nelle **politiche di contenimento della spesa**: infatti, a differenza di altre amministrazioni pubbliche, gli enti del SSN non sono stati sottoposti ad un limite assunzionale da turn over, bensì ad un vincolo di spesa, rafforzato nelle regioni in Piano di Rientro, ma presente anche nelle altre.

Nonostante una recente revisione del tetto sul personale, il Legislatore non è riuscito a risolvere il carattere cronico e sistematico della problematica che, come denunciato dalle maggiori Associazioni e Sindacati dei professionisti, inficia sensibilmente sulla qualità delle cure che siamo in grado di erogare ai cittadini.

Il rapporto **Censis-Fnopi 2020** ha stimato questo bisogno in un reclutamento aggiuntivo di circa 57.000 infermieri.

Secondo l'ultimo **rapporto C.R.E.A. Sanità**, 17ª edizione, il dato è ancora più preoccupante: rispetto alla media dei Paesi europei considerati, riferendosi alla popolazione nel suo complesso, l'Italia presenta un gap di - 3,93 infermieri ogni 1.000 abitanti che si traduce in una carenza di 237.282 unità di personale. L'analisi mette a confronto il numero di medici e infermieri italiani, rapportati alla popolazione totale e alla popolazione over 75, con la media dei rispettivi valori di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna: Paesi che, proprio come l'Italia, lamentano carenza di personale. Ripetendo le analisi con riferimento alla sola fascia over 75 - in continua crescita per effetto dell'allungamento dell'aspettativa di vita e, rispetto al totale, per effetto della scarsa natalità - il numero di medici e infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi europei considerati: allo stato attuale, mancherebbero all'appello più di 17.000 medici e 350.000 infermieri.

Sul tema del fabbisogno di personale sanitario sono ora disponibili anche le analisi che **Agenas** ha diffuso attraverso il report **"Il personale del Servizio Sanitario Nazionale"** di recente pubblicazione (ottobre 2022).

Facendo riferimento ai dati OCSE, l'Agenas evidenzia soprattutto la carenza di personale infermieristico negli ospedali e nell'ambito delle cure primarie, rilevando come in molti Paesi si stiano mettendo in atto azioni volte ad incentivare la formazione di tali professionalità e renderle più attrattive. Tra le determinanti del difficile reclutamento di personale, Agenas annovera le citate misure di contenimento delle assunzioni adottate nelle Regioni in Piano di Rientro, i vincoli di spesa presenti nelle Regioni non in Piano di Rientro e la compensazione delle uscite dal sistema per pensionamenti.

Secondo Agenas, nel periodo 2010-2019, il tasso di turnover (che in caso di integrale sostituzione è pari a 100) assume un valore medio annuale di 90 per i medici e di 95 per gli infermieri. Per il quinquennio 2022-2027, si prevede una uscita dal sistema, per i soli pensionamenti, di 29.331 unità di personale medico e 21.050 unità di personale infermieristico.

Poco confortanti risultano, inoltre, le stime sul fabbisogno di infermieri necessari per far fronte al potenziamento dell'assistenza territoriale richiesto dall'attuazione del DM 77. Tutte le nuove realtà operative (2.350 in tutto tra Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, Unità di continuità assistenziale e assistenza domiciliare) - per le quali si è più volte sottolineata l'insufficienza di un finanziamento complessivo per la parte gestionale - avranno bisogno, secondo i calcoli Agenas, tra le 19.450 e le 26.850 unità di nuove acquisizioni.

Una ridefinizione del fabbisogno di personale *ceteris paribus*, che non prenda in considerazione le peculiarità eterodirette della componente di diritto privato, si inserisce inoltre in uno scenario storico di carenza di personale sanitario ormai strutturale che solleva problemi di fattibilità di un eventuale incremento delle risorse umane impiegate.

Dalla prospettiva delle strutture di diritto privato del SSN (**—> focus pag. 31**) non possiamo, quindi, che confermare questa situazione di indisponibilità di personale. Si tratta di una condizione che, ad oggi, può essere affrontata solo in via straordinaria e non risolutiva, con l'**offerta di ulteriori borse di stu-**

**dio per i medici specializzandi** (già operativa grazie a una collaborazione con il MIUR dal 2019), e con l'**ulteriore proroga della norma che consente ai professionisti sanitari e agli operatori socio-sanitari di operare in deroga al riconoscimento di titoli conseguiti extra UE** (DL 23 luglio 2021, n. 105, art.6-bis, comma 1) fino al 31 dicembre 2023, a sua volta concepita per fronteggiare l'emergenza pandemica, ma utilizzata ora anche per tamponare la carenza di personale sanitario.

## FOCUS: IL PERSONALE AIOP

Uno dei motivi per i quali il settore sanitario registra un incremento delle persone impiegate è la continua innovazione, intesa sia come innovazione tecnologica infrastrutturale, sia come digitalizzazione e informatizzazione delle strutture.

Il settore sanitario è un comparto a **crescente qualificazione professionale** e **labour intensive** e, difficilmente, la tendenza – almeno nel breve periodo – subirà un'inversione come, invece, sta verificandosi in altri settori dove l'agire dell'uomo viene sostituito, più o meno gradatamente, dall'introduzione delle macchine.

Le risorse umane rappresentano il patrimonio, fondamentale e insostituibile, per il successo delle **strutture Aiop** che a livello nazionale **impiegano oltre 73mila persone: 12 mila medici, 28 mila infermieri e tecnici e 33 mila operatori di supporto.**

Inoltre, **la sanità è donna**: il 69% di tutti i dipendenti è di genere femminile, mentre tra i medici la quota è di più del 30%.

La sanità è uno dei settori a più alta **stabilità lavorativa**: circa il 77% dei dipendenti è assunto a tempo indeterminato e le competenze del personale vengono mantenute e incrementate attraverso intensi e qualificanti programmi di formazione e aggiornamento professionale.

La capacità di creare e mantenere valore per il

territorio e la comunità è testimoniato, anche, dall'occupazione locale, creata e garantita dalla componente ospedaliera di diritto privato: l'81% dei dipendenti è, infatti, residente nella stessa provincia della struttura; percentuale che sale se si considera l'ambito regionale, pari al 94,9%.

## LEA E TARIFFE

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** stipulando degli accordi o dei contratti con erogatori di diritto pubblico (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, Ospedali a diretta gestione ASL, IRCCS pubblici) e di diritto privato (Ospedali accreditati, IRCCS privati, Ospedali classificati, Presidi ASL, Enti di ricerca).

Il loro finanziamento avviene nel rispetto dell'autonomia costituzionalmente riconosciuta alle regioni in materia di assistenza sanitaria, secondo regole stabilite a livello regionale, nell'ambito del quadro normativo di riferimento nazionale per garantire l'omogeneità del sistema.

Le prestazioni sanitarie ospedaliere sono remunerate mediante **tariffe omnicomprensive predefinite per raggruppamento di prestazione (DRG)**.

Ne esistono, normativamente, tre tipologie:

- le **tariffe nazionali** massime di riferimento, stabilite periodicamente;
- le **tariffe regionali**, che possono oscillare - soprattutto in diminuzione - ed essere articolate per classi di erogatori definite per tipologia di struttura e/o sulla base delle caratteristiche organizzative e gestionali;
- per le sole attività di ricovero, inoltre, dal luglio 2003, tra tutte le regioni sono stabilite, annualmente e concordemente, le tariffe e le relative regole di remunerazione utilizzate per la "compensazione della mobilità interregionale" (TUC, **Tariffa Unica Convenzionale**).

Il complesso delle prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe (prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti secondo il sistema DRG, specialistica ambulatoriale esterna e protesica), sono definite in maniera univoca - come tariffe di riferimento - a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità tra regioni e la connessa portabilità dei diritti di assistenza.

I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge e impongono sia il legame delle tariffe con i **costi di produzione delle prestazioni**, sia il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo del SSN.

I nuovi LEA sono stati introdotti nel 2017 senza una corrispondente e adeguata copertura economica, peraltro superando i LEA storici introdotti nel 2001 che, a loro volta, sono stati solo in parte attuati. L'esperienza maturata negli anni dimostra che **occorre rivedere la loro implementazione e i rispettivi sistemi tariffari, adeguando questi ultimi ai maggiori costi di produzione, tenendo in considerazione anche il costo del personale e delle nuove tecnologie**, premiando contemporaneamente i territori che assicurano, autonomamente, la loro erogazione mantenendo l'equilibrio finanziario.

L'adeguamento alle risorse effettivamente impiegate dovrebbe altresì prevedere, a livello nazionale, un meccanismo di stadiazione tariffaria collegata alla complessità/gravità del paziente se proveniente da pronto soccorso, anche in deroga ai limiti previsti dal DL 95/2012.

Con il recente schema di decreto Mef-Salute che aggiorna le tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale esterna e protesica, trasmesso dal Ministero della salute alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si provvede al necessario e atteso aggiornamento del Tariffario nazionale, includendo prestazioni tecnologicamente innovative ed eliminando quelle divenute obsolete.

Lo stesso decreto - sul quale, tuttavia, non si è ancora raggiunta l'intesa - nella sua attuale formulazione non tiene realmente conto dell'impatto che avrà sul Paese, poiché sono previsti abbattimenti che coinvolgono drammaticamente le strutture di piccole dimensioni e, più in generale, le strutture che svolgono in via principale attività di laboratorio e di diagnostica.

Questa **operazione di riduzione comporta una oscillazione, per le prestazioni in diminuzione, dal 30% all'80%**, e non tiene nella dovuta considerazione aspetti essenziali come l'**obsolescenza tecnologica** delle attrezzature e la loro necessaria innovazione, in un quadro nazionale e internazionale che deve fare i conti con gli **effetti dell'inflazione e della pandemia, dei notevoli rialzi dei costi energetici (—> [focus pag. 34](#)) e dell'aumento dei costi dei materiali di consumo, delle attrezzature e dei reagenti**.

Esistono prestazioni innovative che devono essere garantite, in modo equo e omogeneo, a tutta la popolazione, senza per questo però mettere a rischio lo standard quali-quantitativo delle diagnosi, delle terapie e delle cure di provata efficacia clinica finora erogate.

La crisi di questa parte del settore non potrà che avere ricadute negative in termini di risposta alla sempre crescente domanda di salute, amplificando ulteriormente il fenomeno delle liste d'attesa e di rinuncia alle cure.

Se è vero che con l'adozione del provvedimento risulteranno fruibili alcune delle nuove prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale esterna, oltre che le prestazioni specialistiche in esenzione per le nuove malattie croniche e rare riconosciute, e sarà applicabile una parte delle disposizioni relative ai nuovi nomenclatori sull'assistenza protesica, è vero anche che **correlare l'ampliamento della tutela alla decurtazione delle tariffe per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio maggiormente diffuse è una scelta di contenimento e, in molti casi, di allarmante riduzione della spesa sanitaria**, quando, invece, l'aggiornamento dei LEA del 2017 voleva configurarsi quale scelta di salute pubblica.

È necessario rendere operativi i nuovi Lea, adottando un tariffario che tenga in considerazione i reali costi delle prestazioni specialistiche e che non aggravi ulteriormente la crisi di un settore già in grande difficoltà e costretto a ricorrere al meccanismo degli **"extra LEA"** - precluso alle regioni in Piano di Rientro - che consente solo a poche regioni virtuose di erogare prestazioni aggiuntive.

## FOCUS: SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE

Il tema dell'ambiente è sempre stato importante per il sistema sanitario, rappresentando uno dei fattori determinanti che influenzano la salute umana: il cambiamento climatico, l'inquinamento sonoro, l'inquinamento dell'aria e del suolo sono una minaccia alla salute dell'uomo. Questa considerazione è confortata ormai da numerosi studi internazionali che spingono verso un approccio **"One Health"**, nel quale i bisogni delle popolazioni sono intimamente interrelati con il benessere psicofisico degli individui, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono.

La tutela dell'ambiente, al pari dell'eccellenza richiesta nella pratica clinica, è parte integrante della filosofia delle strutture sanitarie associate Aiop che si distinguono per essere tipicamente **luoghi "antidegrado"** per la loro qualità architettonica, così come per gli spazi verdi che contribuiscono a valorizzare il paesaggio e il territorio.

Tanto premesso, il conflitto Russo-Ucraino ha avuto sensibili ricadute sul **caro-energia**, comportando un aumento esponenziale dei prezzi e generando effetti dirompenti anche sulle strutture di diritto pubblico e di diritto privato del SSN che oggi si trovano a sostenere oneri energetici che incidono sensibilmente sulla sostenibilità dei costi e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Da una **rilevazione Aiop**, condotta su un campione di **oltre 200 strutture** presenti su tutto il territorio nazionale, è emerso che tra gli anni 2020 e 2022 **i costi dell'energia elettrica delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate sono aumentati di circa 3 volte e quelli del gas di 4,7 volte**. Da un'analisi sulla tipologia dei consumi si rileva, poi, che circa 2/3 è assorbito dalle unità di trattamento d'aria, che consentono di mantenere, nelle aree sanitarie, la temperatura costante rispetto ai valori previsti dalle linee guida Ispesl.

Le strutture sanitarie e socio-sanitarie - dalle caratteristiche, tra di loro, molto eterogenee anche in termini di consumo energetico - tuttavia non possono essere

equiparate alle imprese energivore di cui al DM Mise 21 dicembre 2017, poiché legate alla configurazione industriale prevista dagli allegati 3 e 5 delle Linee guida della Commissione Europea 200/01 in merito agli aiuti di Stato a favore dell'ambiente e dell'energia. Ciononostante è significativo evidenziare come le associate Aiop, nel 2019, abbiano stimato un consumo complessivo di energia elettrica pari a 512 milioni circa e di gas/metano di oltre 161 milioni: una spesa assolutamente rilevante se si pensa, in proporzione, all'incremento oggi subito.

**Assicurare prestazioni sanitarie puntuali ed efficaci implica l'uso di una ingente quantità di energia, che deve essere mantenuta costante nel tempo:** si pensi al lavoro delle sale operatorie, al condizionamento obbligatorio degli ambienti, ai gruppi elettrogeni, alle operazioni di sterilizzazione e disinfezione dei macchinari e delle attrezzature, all'utilizzo delle apparecchiature come tac, risonanze magnetiche e pet, all'erogazione della radioterapia e al funzionamento dei macchinari che devono restare necessariamente attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Al fine di fronteggiare il rilevante incremento dei costi energetici, già il DL Aiuti-ter ha previsto all'articolo 5, comma 5 che le Regioni e le Province autonome possano erogare un contributo *una tantum*, non superiore allo 0,8% del tetto di spesa assegnato per l'anno 2022, alle strutture di diritto privato del SSN.

Analogamente a quanto richiesto dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si ritiene necessario quantificare i maggiori costi sostenuti dalle strutture che erogano prestazioni per conto del SSN e individuare un corrispondente livello integrativo di finanziamento.

**La previsione di nuove risorse deve essere equa e proporzionata agli effettivi consumi, senza che sia operata alcuna distinzione, nell'accesso alle stesse, in base alla natura giuridica delle strutture, attraverso eventuali limitazioni quantitative applicabili alla sola componente di diritto privato.**

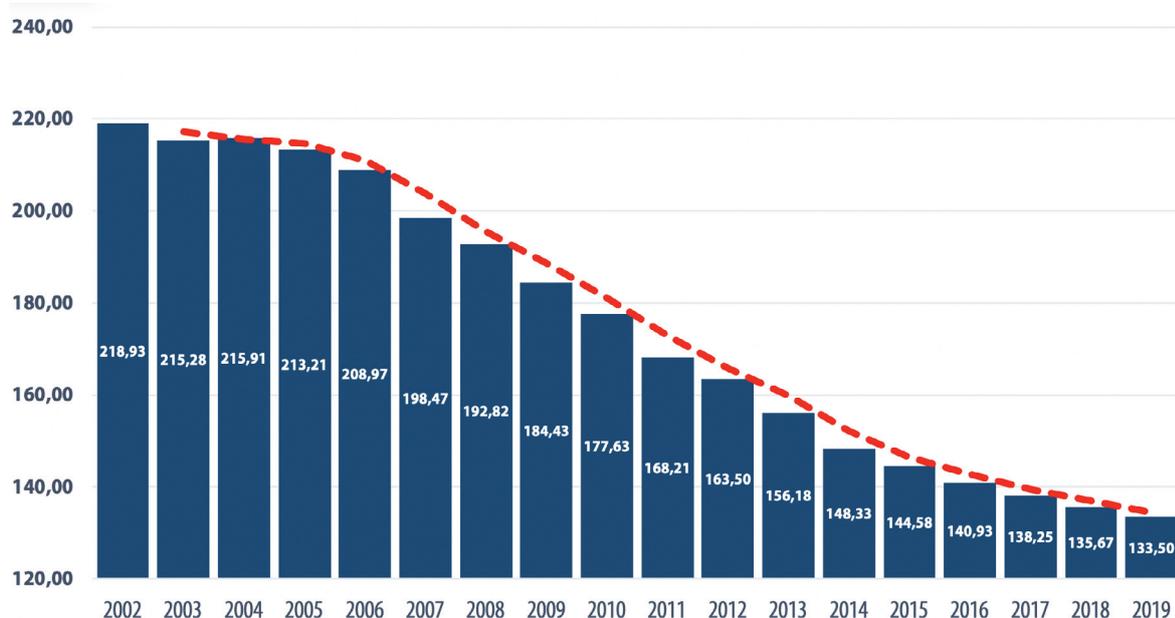
## POSTI LETTO E DEOSPEDALIZZAZIONE

In tema di **accesso ai servizi ospedalieri**, la nuova versione del DM 70 ripropone l'adozione di un provvedimento generale di programmazione che prevede l'adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati - ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale - a un livello non superiore a 3 posti letto per acuti per mille abitanti, e a 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la degenza post-acuzie: **si rimane quindi nel solco di una superata impostazione di programmazione dall'alto**, a più di cinquant'anni dall'ultimo storico modello di questo tipo (la legge di riforma ospedaliera Mariotti del 1968/69).

Una impostazione che risulta, tra l'altro, difficilmente giustificabile alla luce del **quadro internazionale**, che vede Paesi come la Germania su valori per l'acuzie prossimi al 6‰, e medie dei Paesi G7 e OCSE Europa che sono pari rispettivamente al 4,3‰ ed al 3,3‰.

La previsione di cui sopra, che nelle intenzioni voleva essere un tentativo di stimolo all'efficiamento del sistema, ha però prodotto una insostenibile criticità a danno dei pazienti, con una **drastica riduzione del tasso di ospedalizzazione**, che dal 2014 al 2019 è passato dal 148,33‰ al 133,50‰ (a fronte di un riferimento per i bacini di utenza che nel DM 70 è pari a 160,0‰), e un contestuale e inevitabile innalzamento dei fenomeni di rinvio o di rinuncia alle prestazioni.

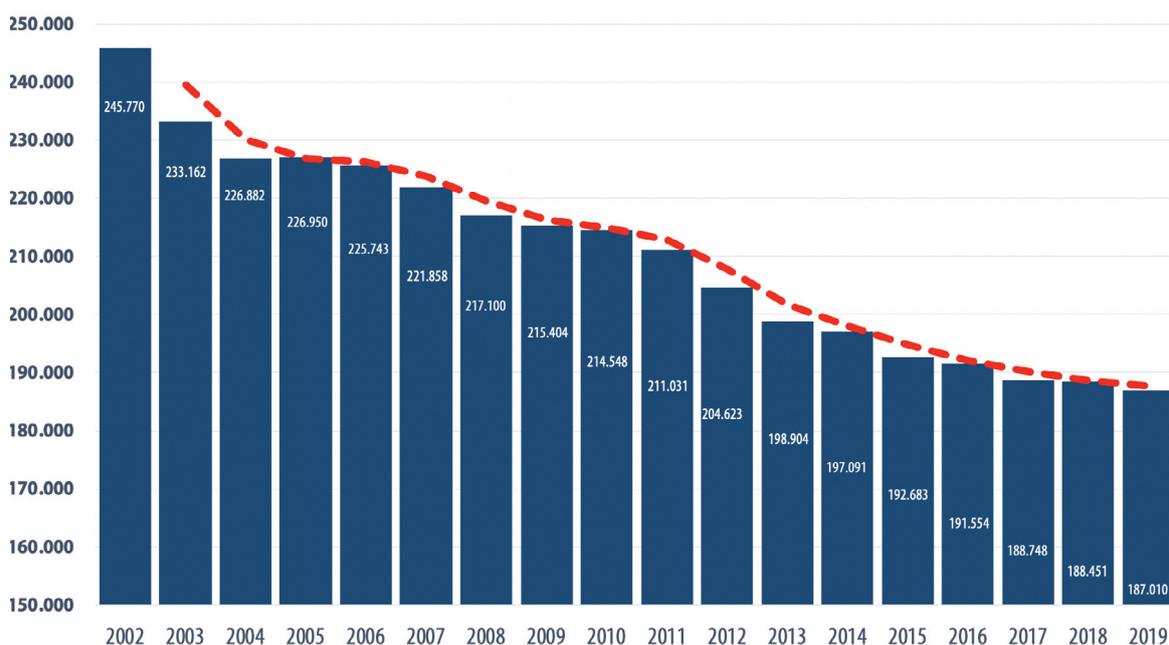
**Fig. 5** - Tassi di ospedalizzazione complessivi, Italia 2002-2019



Fonte: Ministero della salute - Rapporti SDO anni 2002 - 2019

In Fig. 6 vengono invece mostrati gli **andamenti costantemente in diminuzione dei posti letto** per ricovero ordinario che, tra il 2011 - anno dei primi pesanti tagli alla sanità (Legge Tremonti) a cui è seguito il provvedimento sulla Spending Review - ed il 2019, si sono ridotti di più di 24 mila unità; e le anticipazioni sull'anno 2020 confermano una ulteriore riduzione.

**Fig. 6** - Posti letto per ricovero ordinario, Italia 2002-2019



Fonte: Ministero della salute - Annuari statistici e Opendata, anni 2002 - 2019

Non solo, quindi, carenza di personale che paralizza ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale, non solo mancanze della medicina territoriale - in fase di eterna riorganizzazione sulla carta, senza risorse dedicate - nel rispondere ai bisogni di cura primaria e nel fare da *gate keeper* ma, anche e soprattutto, inadeguatezza dei posti letto, fatti scomparire negli ultimi anni in nome della deospedalizzazione.

## LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

Una delle maggiori criticità riscontrate in tema di accesso ai servizi sanitari da parte degli utenti, riguarda principalmente la rete dell'emergenza-urgenza, una **rete caratterizzata da carenze strutturali e di organico, spesso amplificate da un utilizzo improprio delle unità operative dislocate sul territorio.**

Le carenze della medicina di base e l'estrema difficoltà di accedere a un ricovero ospedaliero attraverso i canali ordinari compromettono la normale operatività di queste strutture, penalizzate ulteriormente a valle del percorso assistenziale dall'endemica insufficienza di posti letto dei reparti ospedalieri collegati funzionalmente.

In un contesto nel quale le cure primarie non sono mai state potenziate e la componente ospedaliera è in evidente difficoltà, il pronto soccorso continuano a essere investiti di accessi inappropriati e a fare da anticamera e da reparto-ombra all'ospedalizzazione vera e propria resa impossibile dal sottodimensionamento dei posti letto.

Le cause dell'affollamento del pronto soccorso - secondo uno studio condotto dalla Società Italiana Medicina di Emergenza Urgenza (Simeu) - non sono tanto e solo collegate agli accessi impropri, che negli ultimi anni sono diminuiti, e pesano solo per un 20-30% sul problema, ma riguardano l'impossibilità di inviare nei reparti i pazienti che necessitano di ricovero.

Secondo le risultanze di una specifica indagine effettuata nel periodo pre-pandemico (Rapporto Ospedali&Salute, 2018), **la media degli accessi annuali nei pronto soccorso italiani è di circa 14,5 milioni di persone, con tempi di attesa per la prima visita che, per la popolazione adulta, si protraggono fino a 3 ore nel 79,3% dei casi, mentre per il restante 20,7% diventano di oltre 3 e fino alle 10 ore.** Inoltre, per il completamento di eventuali ulteriori esami integrativi le attese risultano nel 55,8% dei casi fino a 3 ore, ed oltre 3 e fino a 10 ore per il 39,5% degli accessi. Per quanto concerne l'appropriatezza di utilizzo, gli accessi sono associabili a ragioni ritenute molto gravi o abbastanza serie nel 60,6% dei casi.

In un contesto che mostra tali problematiche, **una programmazione orientata ad una integrazione della rete che sappia cogliere le capacità inespresse, anche in questo settore, dalla componente di diritto privato,** apporterebbe sicuramente un beneficio positivo ed innalzerebbe la risposta qualitativa dei servizi offerti, soprattutto negli ambiti territoriali meno organizzati.

Al contrario, in molte realtà regionali l'apporto della componente di diritto privato risulta molto limitato o del tutto assente, e questa circostanza viene a volte interpretata paradossalmente come una scelta gestionale, legata a un calcolo di profitto, tesa alla rinuncia ad attività più complesse e costose. Fino a definire l'ambito di attività delle strutture accreditate come una sorta di "riserva protetta", caratterizzata dalla scelta di prestazioni meno impegnative ma ugualmente molto remunerative.

Sappiamo, per contro, che nella maggior parte dei casi è la programmazione regionale che non ritiene di inserire tali strutture nella rete dell'emergenza-urgenza, così come sappiamo, in termini più generali di attività ospedaliera, il confronto pubblico/privato sugli indicatori di complessità (peso medio e case-

mix) mostra una sostanziale sovrapposibilità tra i due comparti. Il quadro della poco uniforme presenza delle strutture ospedaliere della componente di diritto privato nella rete dell'emergenza-urgenza, è confermato dalla **distribuzione dei pronto soccorso e dei DEA** di tutte le strutture della componente di diritto pubblico e di diritto privato inserite nella rete dell'emergenza-urgenza nelle regioni italiane, riscontrabile nei dati più recenti (anno 2019) **diffusi dal Ministero della salute. I presidi accreditati della rete** sono così ripartiti sul territorio italiano.

#### **Pronto soccorso ospedalieri:**

- 16 in Lombardia;
- 6 nel Lazio;
- 5 in Campania;
- 1 in Piemonte;
- 1 in Veneto;
- 1 in Liguria;
- 1 in Emilia Romagna;
- 1 in Puglia;
- 1 in Calabria.

#### **Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA)**

- 14 in Lombardia;
- 8 nel Lazio;
- 3 in Puglia;
- 3 in Calabria;
- 2 in Veneto;
- 1 in Liguria.

Un disegno che mostra come regioni nelle quali le strutture accreditate svolgono un ruolo importante ed apprezzato, ad esempio **Piemonte ed Emilia-Romagna**, non siano coinvolte a pieno titolo nella rete e, parimenti, come nell'altra metà delle regioni non vi sia alcun coinvolgimento.

Un caso emblematico è quello riscontrabile in **Sicilia**, regione nella quale una norma obsoleta non consente la partecipazione delle strutture della componente di diritto privato alla rete dei pronto soccorso, limitando fortemente le sue potenzialità in un settore strategico dell'assistenza sanitaria che dimostra, per contro, nelle regioni ove tale accreditamento è possibile, la sua importanza.

Quanto rappresentato è confermato dalla presenza dei posti letto di terapia intensiva, concentrati prevalentemente nelle strutture di diritto pubblico: una circostanza che deriva dalle linee di indirizzo della programmazione regionale. Si pensi, ad esempio, al tema della ridefinizione della rete dei punti nascita rispetto a requisiti strutturali, come la presenza delle terapie intensive generali e neonatali, non dipendenti dal management.

**Ricorrere alle strutture di diritto privato, per potenziare il fronte dell'emergenza-urgenza, sarebbe quindi una scelta di programmazione lungimirante** che aiuterebbe non solo a decongestionare le strutture di diritto pubblico, ma a rispondere con maggiore efficacia, tempestività e puntualità all'insorgere di un bisogno di cura.

## IL SETTORE SOCIO-SANITARIO

Il sistema dell'**assistenza extraospedaliera residenziale** sta vivendo un particolare momento di crisi: consta di una **rete di circa 400.000 posti letto**, centri diurni e centri ambulatoriali che **assistono disabili, anziani non autosufficienti e persone con disturbi psichici**, duramente colpita dalla pandemia, dalla progressiva carenza di personale infermieristico ed ora dai rincari dovuti all'impennata inflattiva.

In altri termini, parliamo dell'intero sistema del *welfare* socio-sanitario italiano che garantisce prestazioni a persone non assistibili a domicilio e che è regolato dalle regioni e gestito essenzialmente da soggetti privati di varia natura, profit e non profit.

Un problema specifico riguarda la **tutela degli operatori che operano in queste strutture**, il cui lavoro è regolato da contratti di lavoro che nella attuale situazione di crisi trovano difficoltà ad essere rinnovati, a causa degli incrementi di costi che risulterebbero insostenibili. Si tratta di un tema di grande rilievo perché, a parità di qualifica e mansioni, questi contratti registrano ormai una marcata differenza con il CCNL della sanità pubblica, generando da un lato una profonda ingiustizia e dall'altro crescente difficoltà di reclutamento di personale, ponendo a rischio la possibilità stessa di erogare l'assistenza necessaria.

Più in generale l'intero settore, che non ha trovato di fatto menzione né all'interno del PNNR e né nell'ambito del DM 77/2022 di riorganizzazione dell'assistenza residenziale, necessita di una radicale riforma che preveda:

- **definizione di nuovi standard organizzativi e strutturali** finalizzati a garantire livelli di sicurezza e di qualità assistenziale omogenei sul territorio nazionale;
- **adozione di un sistema univoco nazionale di classificazione e valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone assistite**, coerente per i diversi livelli assistenziali: residenziale, semi-residenziale e domiciliare;
- approvazione di una norma per la quale le regioni aggiornino con cadenza biennale il **sistema tariffario della rete extra-ospedaliera**, in linea con l'evoluzione dei costi di produzione ed in coerenza con l'obbligo di adeguamento periodico che la Legge di Bilancio 2022 ha già previsto per le prestazioni ospedaliere;
- istituzione di una figura intermedia di **Operatore Socio-Sanitario "specializzato"** che consenta una più equilibrata e qualificata distribuzione del lavoro tra le diverse figure professionali presenti in struttura;
- previsione che, in occasione dei **rinnovi del CCNL** della sanità pubblica, venga assicurata una parallela copertura del costo dei contratti di lavoro applicati dai diversi soggetti che concorrono ad assicurare le prestazioni del SSN;
- estensione alle strutture della rete residenziale e semi-residenziale delle **misure di sostegno volte al contenimento dei costi dell'energia** e di credito di imposta per la esecuzione di lavori di efficientamento energetico e adeguamento alla normativa anti-incendio ed anti-sismica.

## GLI IRCCS

La disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) è attualmente contenuta nel decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 che, all'art. 1, li definisce come **enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.**

Quanto alla natura giuridica degli Istituti, questi possono essere di diritto pubblico o di diritto privato: i primi si caratterizzano per una gestione a trazione statale, con la nomina del direttore scientifico che spetta al Ministro; i secondi, invece, operano con una maggiore libertà gestoria ed il controllo su di essi viene effettuato soltanto sulla valenza delle ricerche effettuate.

Numericamente parlando, al momento dell'entrata in vigore del D. Lgs. n. 288/2003, gli IRCCS operanti erano 35. Oggi, invece, sono attivi 21 IRCCS di diritto pubblico e 30 IRCCS di diritto privato, con una importante conseguenza sul piano del loro finanziamento. I fondi per la ricerca approntati essenzialmente dal Ministero della salute, con i quali nel corso del tempo sono stati finanziati questi Istituti è rimasto sostanzialmente costante negli anni a fronte di una loro crescita nel numero, determinando in termini reali la riduzione di circa la metà dei finanziamenti ricevuti.

È attualmente in corso una **revisione della disciplina dell'assetto regolamentare degli IRCCS** ai sensi della Legge "Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288" (L. 3 agosto 2022, n. 129), che trae origine dalle azioni di riforma previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e individua, a tal fine, quindici principi e criteri direttivi.

Tra i principali punti di intervento si ritiene fondamentale – al fine di rendere la normativa compatibile con quella europea sugli aiuti di Stato - specificare il ruolo degli IRCCS quali enti integrati nel SSN e, al contempo, **evidenziare la stretta connessione tra l'attività di ricerca e le finalità e prestazioni assistenziali** come, del resto, stabilito nel principio della Legge Delega che prevede che gli IRCCS siano "enti di ricerca e cura" e che l'attività di ricerca "integri" quella di assistenza.

Nell'applicare i nuovi criteri di riconoscimento, è fondamentale non modificare la disposizione dell'art. 12, comma 1, della L. 288/2003, inerente all'**autonomia giuridico amministrativa degli IRCCS di diritto privato**, che ha rappresentato un fattore di successo per l'intera rete degli IRCCS, consentendo l'implementazione di modelli organizzativi di alta efficienza e produttività.

In particolare, la previsione - indicata in una prima bozza del decreto legislativo diffuso a mezzo stampa - di una quota nel personale con contratto di tipo subordinato si traduce nell'introduzione di un profilo che evidentemente esula da una corretta valutazione ai fini del riconoscimento scientifico o della rendicontazione delle attività dei ricercatori.

L'**attività di ricerca** che caratterizza gli IRCCS, infatti, è **di tipo traslazionale e clinico** e, conseguentemente, non si comprendono le ragioni per le quali i medici non possano essere computati "in quota parte" sulla ricerca: si affermerebbe, in questo modo, che un clinico non svolge attività di ricerca, un assunto da rifiutare, perché il medico ricercatore è proprio la figura chiave dell'IRCCS. Un trattamento esteso persino ai docenti universitari (*rectius*, al personale distaccato in via esclusiva in base alle convenzioni con le Università), che per natura compenetrano i due ambiti della clinica e della ricerca.

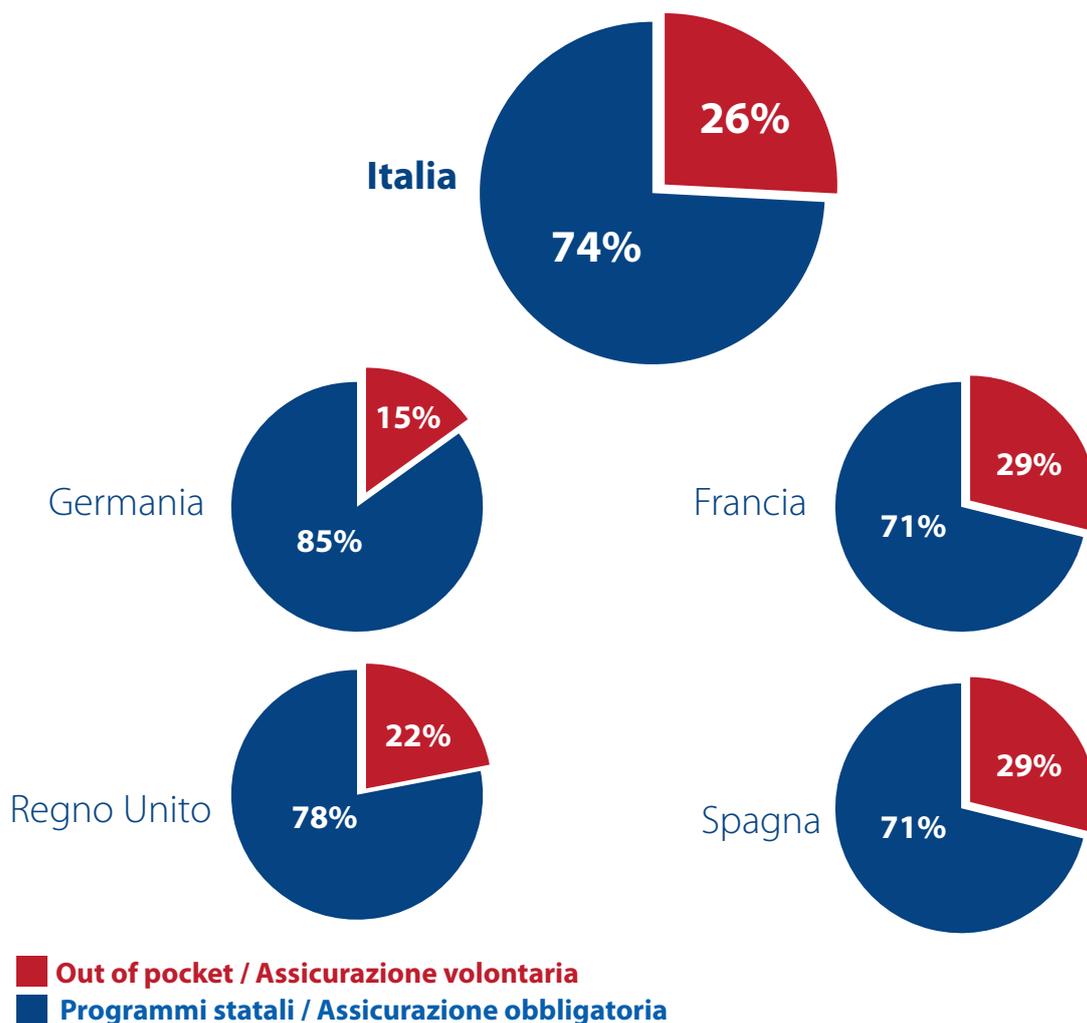
Inoltre, pur condividendo lo spirito della disciplina concernente le modalità di accesso alle prestazioni di alta specialità da parte dei pazienti residenti in regioni diverse da quella in cui è ubicata la struttura, si auspica che lo stesso venga applicato pienamente, evitando l'introduzione di limiti alla **mobilità interregionale** dei pazienti verso strutture di eccellenza nazionali al fine di garantire l'accesso universale a cure di qualità a tutta la popolazione.

## LA SANITÀ INTEGRATIVA

Nell'ultima decade si è assistito all'evoluzione della sanità integrativa - soprattutto riguardo la sua componente assicurativa - che oggi si pone quale **"Terza Gamba" del nostro sistema di welfare**: dalle compagnie generaliste che, a fronte di premi importanti e sovente non remunerativi, assumevano il rischio-spese mediche su singoli e famiglie, si è passati alla nascita di compagnie o di divisioni all'interno delle stesse.

Nel nostro Paese, oggi, **più di 20 milioni di persone** usufruiscono dell'assistenza di associazioni sanitarie, casse mutue e fondi di categoria. Le famiglie italiane spendono **oltre 40 miliardi**, ogni anno, di tasca propria, per far fronte a cure e spese mediche.

**Fig. 7** - Composizione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi vicini (Germania, Francia, Regno Unito e Spagna), OCSE 2019



La quota dedicata alla spesa *out of pocket* in Italia - secondo dati OCSE 2019 - ammonta al 26% ed è superata solo da Francia e Spagna, entrambe al 29%.

La componente della spesa sanitaria che i cittadini sostengono privatamente, non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, è alta ed è in costante aumento, soprattutto per effetto delle liste d'attesa, delle forme di compartecipazione al costo delle prestazioni, dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie cronico-degenerative.

La migrazione sanitaria nel privato puro è da legare anche alle summenzionate previsioni dell'ultimo DEF che nel 2025 porterebbero il rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,0%: con un Servizio Sanitario Nazionale sempre meno finanziato, il ricorso alla spesa *out of pocket* non potrà che aumentare.

Oggi, la crisi del sistema sanitario, deve essere affrontata con determinazione e collaborazione da parte di tutti, cercando di raggiungere **determinazioni condivise che governino il settore e non lo lascino completamente privo di strategia da parte dello Stato**, minando, conseguentemente, il fondamentale principio di equità di accesso alle cure da parte dei cittadini, al quale il sistema sanitario non può rinunciare.

Una consapevolezza ancor più importante, se consideriamo che il nostro è un sistema di ispirazione universalistica di tipo Beveridge, mentre **la sanità integrativa basata su assicurazioni, fondi e casse mutue trae ispirazione dai sistemi di tipo bismarckiano**.

L'obiettivo comune, ancora da raggiungere, deve essere quello di rendere i processi della sanità integrativa fluidi, trasparenti ed efficienti attraverso, ad esempio, piattaforme digitali adeguate e nomenclatori comuni, affinché la legittima differenziazione delle offerte assicurative non si traduca in un *vulnus* per il settore.

È improcrastinabile una riforma strutturale del sistema sanitario del nostro Paese, che veda **integrarsi - e non sovrapporsi - una sanità integrativa regolamentata con una sanità pubblica, garantita da prestazioni erogate da attori di diritto pubblico e di diritto privato**.



## **Aiop** - Associazione Italiana Ospedalità Privata

È la realtà maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale e ha nella sua *mission* la promozione della qualità delle strutture associate, orientandone i comportamenti verso decisioni *evidence-based* a beneficio della Salute pubblica tutta.

Il presente lavoro, a cura della Sede Nazionale Aiop, ha come obiettivo quello di individuare alcune direttrici utili nel progetto di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di valorizzarne i caratteri di universalità, eguaglianza ed equità nell'accesso alle cure.