Disegno di legge "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2027 e bilancio pluriennale per il triennio 2027-2029"

Memoria ARIS – Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari

Premessa

L'ARIS, Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, riunisce i rappresentanti di Enti e Congregazioni ecclesiali che erogano servizi ospedalieri e di assistenza socio-sanitaria sull'intero territorio nazionale. Fondata nell'anno 1963, l'Associazione ha percorso un lungo cammino nella sanità italiana, iniziato ben prima che fosse istituito il SSN. Le Istituzioni che si riconoscono in ARIS e che compongono la compagine associativa prestano la propria opera ispirate dai Carismi dei Padri Fondatori e guidati dal Magistero della Chiesa.

L'Associazione rappresenta, per numero di strutture associate ed eterogeneità di prestazioni erogate, una realtà particolarmente vasta e complessa. Oggi, comprende infatti oltre 260 strutture, tra cui Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati, Presidi, Case di Cura, Centri di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali ed ex-Istituti Psichiatrici.

Le strutture aderenti impegnano circa 50.000 dipendenti e rappresentano un significativo esempio di collaborazione tra realtà pubbliche e private, capaci di offrire su tutto il territorio nazionale circa 26.000 posti-letto, di cui 15.000 dell'area ospedaliera (IRCCS, ospedali classificati, presidi e case di cura) e 11.000 dell'area extraospedaliera (centri di riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, altre strutture). Gli assistiti dell'area semiresidenziale ed ambulatoriale in carico ai centri di riabilitazione ed alle residenze sanitarie assistenziali sono invece oltre 10.000.

Il quadro tariffario e la sostenibilità economica delle strutture accreditate

La continuità delle prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale richiede un sistema di remunerazione che consenta alle strutture accreditate di sostenere i costi dell'assistenza e mantenere adeguati livelli di attività. Per le prestazioni ospedaliere per acuti, le tariffe massime di riferimento sono tuttora quelle fissate dal decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012 e non riflettono l'evoluzione dei costi di produzione intervenuta negli anni successivi.

L'esigenza di aggiornare il sistema tariffario è stata già riconosciuta in più occasioni dal legislatore. L'articolo 1, comma 280, della legge n. 234 del 2021 ha previsto l'adeguamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e le successive Leggi di Bilancio hanno stanziato apposite risorse per consentirne l'attuazione.

Nel corso del 2026 sono state aggiornate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie, nonché di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, rispettivamente con i decreti del Ministro della salute del 12 maggio e del 7 agosto 2026. Nell'ambito di tali aggiornamenti, gli effetti finanziari sugli erogatori privati accreditati sono quantificati in 365 milioni di euro annui, riconoscendo la necessità di un corrispondente adeguamento dei limiti di spesa per consentire alle Regioni di applicare le nuove tariffe senza ridurre i volumi di prestazioni acquistabili.

Resta invece da completare la revisione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere per acuti. A tale scopo, l'articolo 69, comma 2, del disegno di legge di bilancio 2027-2029 destina ulteriori 500 milioni di euro annui dal 2027, che si aggiungono alle risorse già previste dalla legislazione vigente, per un totale di 1,5 miliardi di

euro annui. Il percorso di revisione del relativo tariffario è in corso e, sulla base delle informazioni disponibili, la sua definizione è attesa entro la fine del 2026.

L'aggiornamento delle tariffe per acuti rappresenta un passaggio necessario per avvicinare la remunerazione delle prestazioni ai costi di erogazione e preservare la capacità assistenziale delle strutture. Un incremento medio nell'ordine del 3%, qualora confermato nel nuovo tariffario, costituirebbe un primo passo nel recupero degli aumenti dei costi intervenuti nel tempo, ma non esaurirebbe l'esigenza di un progressivo riallineamento, anche alla luce dell'inflazione accumulata. In questo quadro, un adeguamento progressivo delle tariffe contribuirebbe anche a creare condizioni di maggiore sostenibilità economica per i rinnovi contrattuali, nell'ambito dell'equilibrio complessivo necessario a garantire continuità e qualità dell'assistenza. È pertanto opportuno considerare l'intervento come l'avvio di un percorso di aggiornamento graduale dei valori tariffari, coerente con l'evoluzione dei costi di erogazione.

L'aggiornamento delle tariffe e i limiti alla capacità di acquisto delle Regioni

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, le strutture religiose concorrono stabilmente all'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, integrandosi nella programmazione regionale e contribuendo alla capacità complessiva del sistema di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. La possibilità per le Regioni di avvalersi pienamente di tale capacità erogativa assume particolare rilievo per garantire la continuità dell'offerta assistenziale e contribuire al contenimento delle liste di attesa.

Tale possibilità è tuttavia condizionata dai limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, disciplinati dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95 del 2012. Il tetto di spesa, originariamente ancorato ai livelli di spesa storici e successivamente oggetto di diverse rideterminazioni, continua infatti a rappresentare un vincolo alla capacità delle Regioni di acquistare prestazioni dagli erogatori accreditati.

L'aggiornamento dei tariffari rende necessario intervenire anche su tale limite. L'aumento del valore unitario delle prestazioni, se non accompagnato da un corrispondente adeguamento del tetto di spesa, comporta una riduzione del numero di prestazioni acquistabili dalle singole Regioni, a parità di budget complessivo. In assenza di un adeguamento coordinato del limite, un intervento volto a riconoscere una remunerazione più congrua alle strutture potrebbe pertanto tradursi in una riduzione dei volumi acquistabili e dell'offerta assistenziale resa disponibile ai cittadini. L'obiettivo non è soltanto aggiornare i valori tariffari, ma consentirne l'applicazione senza compromettere il livello delle prestazioni acquistate.

Questa esigenza di coordinamento era già emersa in occasione dell'intesa del 2 aprile 2026 sull'aggiornamento delle tariffe per la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie, nell'ambito della quale è stata rappresentata la necessità di adeguare il tetto di spesa per il privato accreditato in relazione agli effetti dei nuovi valori tariffari.

L'articolo 74 del disegno di legge di bilancio

La medesima impostazione trova ora riscontro nell'articolo 74 del disegno di legge di bilancio 2027-2029, che incrementa dal 2027 di 3 punti percentuali il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati: 2 punti per gli effetti delle nuove tariffe relative alla riabilitazione ospedaliera e alla lungodegenza post-acuzie e un punto per quelli derivanti dall'aggiornamento delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

La relazione tecnica del disegno di legge collega tale incremento agli effetti finanziari sui privati accreditati, stimati in 365 milioni di euro annui, e chiarisce che l'adeguamento consente agli enti del Servizio Sanitario Nazionale di applicare le nuove tariffe senza ridurre il numero delle prestazioni acquistate. L'articolo 74 realizza, quindi, il necessario raccordo per gli aggiornamenti tariffari già intervenuti; non contempla, invece, un incremento specificamente destinato agli effetti del prossimo aggiornamento delle tariffe ospedaliere per acuti, per il quale sono previste le risorse dell'articolo 69, comma 2.

Richiesta 1 – Adeguamento del tetto di spesa per il privato accreditato

Per estendere alle prestazioni ospedaliere per acuti il medesimo criterio già adottato dall'articolo 74, si propone di incrementare il tetto di spesa di ulteriori 3,5 punti percentuali a decorrere dal 2027, portando l'aumento complessivo previsto dal disegno di legge da 3 a 6,5 punti percentuali. La quota aggiuntiva sarebbe destinata agli effetti dell'aggiornamento delle tariffe massime per l'assistenza ospedaliera per acuti. In questo modo, alla disponibilità delle risorse per la revisione tariffaria corrisponderebbe anche un'adeguata capacità delle Regioni di acquistare le prestazioni dagli erogatori privati accreditati.

L'incremento proposto è quantificato in circa 430 milioni di euro annui, sulla base di un parametro di circa 123 milioni di euro per ciascun punto percentuale del tetto di spesa. A conferma dell'ordine di grandezza della misura, si richiama anche la quota di attività ospedaliera attribuibile agli erogatori privati accreditati, stimata intorno al 30% sulla base delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2024: applicando tale quota, in via indicativa, agli 1,5 miliardi di euro annui destinati alla revisione delle tariffe per acuti, si ottiene un importo di circa 450 milioni di euro. Il confronto ha valore orientativo, poiché la distribuzione dei volumi di ricovero non coincide necessariamente con quella della relativa spesa.

La copertura dei 430 milioni di euro annui è individuata dalla proposta nelle risorse già destinate all'aggiornamento delle tariffe per acuti, come avvenuto anche per gli incrementi già previsti, con già citata finalità di preservare la capacità delle Regioni di acquistare prestazioni in presenza di tariffe aggiornate, evitando che l'aumento della remunerazione unitaria comporti una contrazione dei volumi assistenziali.

Proposta normativa 1

1. All'art. 74 sono apportate le seguenti modificazioni:
   a) Al primo periodo sostituire: "*3 punti percentuali*" con *"6.5 punti percentuali*".
   b) Dopo l'ultimo periodo aggiungere il seguente:
   «Gli ulteriori 3,5 punti percentuali sono destinati agli effetti derivanti dall'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, da stabilire con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze».
2. Agli oneri derivanti dal comma 1, pari a 430 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, si provvede a valere delle risorse destinate all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti ai sensi all'art. 69 comma 2 della presente legge e dell'articolo 1, comma 300, della legge n. 207 del 2024 e dell'art. 1, comma 350, della legge 199/2025.

Richiesta 2 – Estensione della flessibilità tariffaria alla riabilitazione e alle RSA

Un'esigenza distinta, ma riconducibile alla medesima necessità di garantire la continuità dell'assistenza, riguarda le prestazioni riabilitative e sociosanitarie territoriali. Gli aggiornamenti tariffari del 2026 hanno interessato, tra l'altro, la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie, ma non esauriscono le

criticità delle attività di riabilitazione disciplinate dall'articolo 26 della legge n. 833 del 1978 e delle prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, comprese quelle erogate dalle RSA.

Per tali attività, la remunerazione riconosciuta alle strutture private accreditate risulta sempre più difficilmente sostenibile rispetto ai costi del personale, dell'organizzazione assistenziale e del mantenimento degli standard di qualità e sicurezza. Incide su questo divario anche la crescita dei prezzi: secondo i dati ISTAT richiamati nella proposta, tra il 2010 e il 2025 l'inflazione cumulata è stata pari a circa il 31,8%.

L'insufficiente adeguamento della remunerazione rischia quindi di incidere sulla continuità e sull'adeguatezza dei percorsi assistenziali. L'articolo 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012 disciplina già un meccanismo di flessibilità tariffaria che consente alle Regioni, alle condizioni previste dalla disposizione, di applicare tariffe superiori ai valori massimi.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 26 del 2026, ne ha chiarito la portata anche con riferimento alle Regioni sottoposte a piano di rientro dal disavanzo sanitario. La seconda proposta intende estendere espressamente tale facoltà alle prestazioni riabilitative e sociosanitarie territoriali, comprese quelle residenziali e semiresidenziali erogate dalle RSA.

A differenza della prima richiesta, non si interviene qui sul tetto di spesa per l'acquisto delle prestazioni, ma sulla possibilità delle Regioni di adeguarne la remunerazione. La disposizione non introduce incrementi tariffari automatici né obblighi di aumento: l'eventuale applicazione di tariffe maggiorate resta subordinata alle valutazioni e alle procedure regionali, alla disponibilità delle risorse e al rispetto degli obblighi di equilibrio economico-finanziario, anche nell'ambito dei piani di rientro. Gli eventuali maggiori oneri restano a carico dei bilanci regionali, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato.

Proposta normativa 2
(Disposizioni per le tariffe delle prestazioni riabilitative e sociosanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza)

All'articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il quarto periodo è inserito il seguente:

«La facoltà di applicare tariffe superiori ai valori massimi previsti a livello regionale, secondo le modalità e nel rispetto delle condizioni previste dal presente comma, si applica altresì alle prestazioni di assistenza riabilitativa erogate ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché alle prestazioni di assistenza sociosanitaria in regime residenziale e semiresidenziale erogate dalle strutture private accreditate, comprese le residenze sanitarie assistenziali (RSA), limitatamente alle attività riconducibili all'assistenza territoriale. La presente disposizione si applica anche alle regioni sottoposte a piano di rientro dal disavanzo sanitario, nel rispetto delle procedure previste dal presente comma e degli obblighi di equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale. Gli eventuali maggiori oneri derivanti dall'applicazione delle tariffe maggiorate restano a carico dei bilanci regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.»