

Decreto-legge 7 agosto 2026, n. 144, recante disposizioni urgenti per la funzionalità della pubblica amministrazione e degli enti territoriali, nonché in materia di protezione civile (C. 3083)

Audizione Camera dei Deputati, Commissioni congiunte

V Bilancio, Tesoro e Programmazione e VIII Ambiente, Territorio e Lavori Pubblici

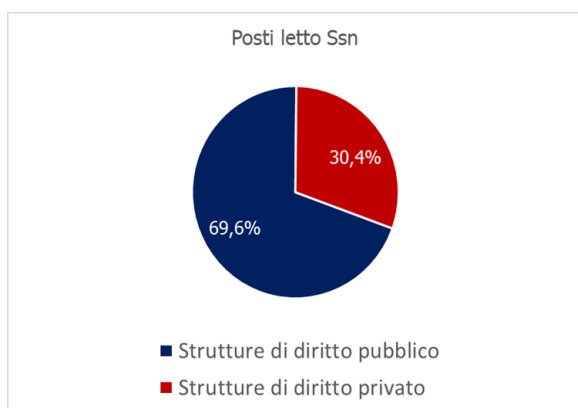
Memoria AIOP - ARIS

1. Premessa - La componente di diritto privato e le strutture Aiop e Aris nel Servizio sanitario nazionale

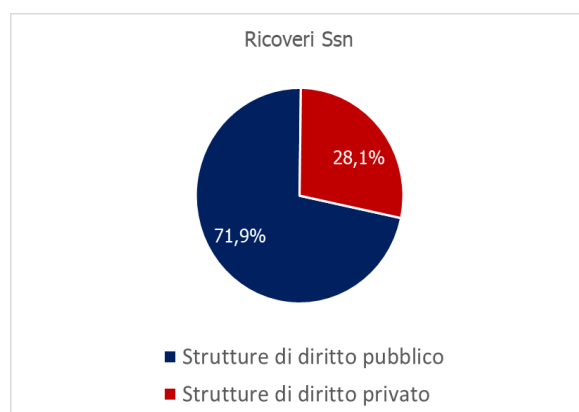
Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la legge 23 dicembre 1978, n. 833 ha dato concreta attuazione all'articolo 32 della Costituzione, che riconosce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Pubblica è la funzione di tutela - finanziata attraverso la fiscalità generale e garantita a prescindere dalla capacità contributiva - non la natura giuridica delle strutture di cui lo Stato si avvale. E, infatti, il SSN si articola, sin dalla configurazione originaria, in una componente di diritto pubblico e in una componente di diritto privato.

La componente di diritto privato del Servizio sanitario nazionale contribuisce alla sanità pubblica con **64 mila posti letto** (pari a oltre il **30% del totale**) producendo più di **2 milioni di ricoveri annui** (pari al **28% di tutti i ricoveri** ospedalieri che il SSN rende disponibili ai cittadini) e un volume superiore a **291 milioni** di prestazioni **ambulatoriali** (ossia il **36,2%** di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale).



Fonte: Ministero della Salute, Open Data, Anno 2023



Fonte: Ministero della Salute, Rapporto SDO, Anno 2023

In questa realtà **AIOP - Associazione italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali e ARIS - Associazione religiosa istituti sociosanitari** - sono le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative del settore e costituiscono, per numero di strutture associate ed eterogeneità di prestazioni erogate, una realtà particolarmente vasta e complessa.

In particolare, **AIOP** associa **550 strutture sanitarie** (di cui **9 IRCCS**) e **socio-sanitarie**, pari a circa il **60% dell'intero comparto privato accreditato** e garantisce oltre **54.000 posti letto** accreditati (di cui 38.483 posti letto ospedalieri e 16.000 posti letto socio-sanitari), che rappresentano più della metà (53,4%) dei posti letto del SSN.

L'**ARIS** riunisce i rappresentanti di Enti e Congregazioni ecclesiali che erogano servizi ospedalieri e di assistenza socio-sanitaria sull'intero territorio nazionale e che prestano la propria opera ispirate dai Carismi dei Padri Fondatori e guidati dal Magistero della Chiesa.

L'Associazione oggi **comprende oltre 260 strutture**, tra cui Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati, Presidi, Case di Cure, Centri di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali ed ex-Istituti Psichiatrici, capaci di offrire su tutto il territorio nazionale circa **26.000 posti letto**, di cui 15.000 dell'area ospedaliera e 11.000 dell'area extraospedaliera. Gli assistiti dell'area semiresidenziale e ambulatoriale in carico ai centri di riabilitazione e alle residenze sanitarie assistenziali sono invece oltre 10.000.

Le strutture aderenti alle scriventi Associazioni, inoltre, impegnano **oltre 120.000 dipendenti**, che giornalmente contribuiscono a garantire la tutela della salute dei cittadini al pari dei professionisti che operano per la componente di diritto pubblico del Servizio sanitario nazionale.

2. Il sistema di remunerazione delle prestazioni: lo stato attuale del tariffario DRG e il valore dell'inflazione

Le strutture accreditate operano all'interno di un sistema nel quale la remunerazione delle prestazioni ospedaliere continua a essere determinata sulla base di tariffe definite dal decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012. Si tratta di un **sistema tariffario fermo da quattordici anni, che risente dell'erosione determinata dall'inflazione cumulatasi a partire dal 2013 (pari al 25,6%) e non più coerente con l'evoluzione dei costi di produzione.**

L'esigenza di aggiornare il sistema tariffario è stata già riconosciuta 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. Con specifico riferimento alle prestazioni ospedaliere per acuti, per il 2026 sono state individuate risorse pari a 650 milioni di euro, che salgono a 1 miliardo di euro a decorrere dal 2027.

Nonostante la disponibilità delle risorse, l'aggiornamento sistematico delle tariffe non risulta ancora perfezionato. All'interno delle prime bozze del testo del Decreto oggetto d'esame, era stata già individuata la possibilità di procedere, nelle more della revisione complessiva, a un **incremento lineare del 3,68 per cento dei DRG relativi all'assistenza ospedaliera per acuti**. Tale soluzione avrebbe consentito di utilizzare le **risorse già stanziate per assicurare un primo e immediato adeguamento delle tariffe**, senza attendere il completamento del più ampio processo di revisione sistematica.

Il prolungato mancato aggiornamento delle tariffe assume particolare rilevanza per la componente di diritto privato del SSN anche in relazione alla componente del costo del lavoro. Gli incrementi retributivi connessi al rinnovo contrattuale, atteso da imprese e lavoratori, non possono trovare copertura in un sistema di remunerazione delle prestazioni ancorato a valori fissati nel 2012: l'aggiornamento del tariffario, pertanto, è necessario anche a garantire la sostenibilità del rinnovo e, con esso, della tutela dei professionisti che operano nelle strutture accreditate.

Per AIOP e ARIS, rendere effettivo tale aggiornamento rappresenta quindi un passaggio non più differibile per recuperare, seppur parzialmente, l'erosione determinata dall'inflazione cumulatasi nel periodo 2013-2026, nonché per la sostenibilità del rinnovo contrattuale (che per la componente pubblica è finanziato *ad hoc*). La sostenibilità del costo del personale non può essere affrontata separatamente dalla sostenibilità economica delle prestazioni rese nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: non a caso l'inerzia nella revisione del tariffario DRG ha impedito e continua a impedire il rinnovo del CCNL della sanità privata.

3. Il contributo del privato accreditato e i limiti alla capacità di acquisto delle Regioni

L'incremento delle tariffe, tuttavia, costituisce solo il primo elemento dell'intervento necessario. Una volta aumentato il valore unitario delle prestazioni, occorre infatti assicurare che le Regioni dispongano anche di una corrispondente capacità di spesa per continuare ad acquistare gli stessi volumi assistenziali garantiti dal privato accreditato. È questo il profilo, strettamente connesso all'aggiornamento dei DRG, che rende necessario intervenire contestualmente anche sui vigenti limiti di spesa. Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, le strutture di diritto privato 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.

Tale contributo assume particolare rilievo in una fase nella quale il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a garantire volumi di assistenza adeguati alla domanda e, al contempo, a fronteggiare il persistente problema delle liste di attesa. In questo quadro, la possibilità per le Regioni di avvalersi pienamente della capacità erogativa delle strutture accreditate costituisce un elemento essenziale per assicurare continuità e adeguatezza dell'offerta assistenziale.

Questa capacità risulta, tuttavia, condizionata dalla disciplina che limita la spesa destinata all'acquisto di prestazioni ospedaliere per acuti e riabilitazione da soggetti privati accreditati. Il limite, originariamente introdotto dall'articolo 15, comma 14 del DL 95/2012, pur essendo stato oggetto negli ultimi anni di successive rideterminazioni, continua a operare come vincolo quantitativo alla possibilità delle Regioni di acquistare prestazioni.

Il tema assume particolare rilevanza in presenza di un incremento delle tariffe riconosciute alle strutture erogatrici. **L'aumento del valore unitario delle prestazioni, qualora non sia accompagnato da un corrispondente adeguamento del limite di spesa, determina infatti un effetto immediato: a parità di *budget* complessivo, si riduce il numero di prestazioni che le Regioni possono acquistare dal privato accreditato.** Ne consegue che un intervento finalizzato al necessario aggiornamento della remunerazione delle prestazioni rischierebbe, **in assenza di un parallelo adeguamento del tetto di spesa**, di tradursi in una **contrazione dei volumi assistenziali effettivamente erogabili**.

È proprio questa correlazione tra livello delle tariffe e capacità di acquisto che rende necessario affrontare congiuntamente i due profili. L'aggiornamento tariffario non può essere considerato isolatamente rispetto alla disciplina dei limiti di spesa: affinché esso possa produrre i propri

effetti senza incidere negativamente sui livelli di attività, occorre che l'incremento del valore delle prestazioni sia accompagnato da un adeguamento coerente delle risorse che le Regioni possono destinare al loro acquisto.

La stessa esigenza è stata espressamente rappresentata dalle Regioni in occasione dell'intesa del 2 aprile 2026 (Rep. Atti N. 47/CSR) relativa all'aggiornamento delle tariffe per la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie. In quella sede, i rappresentanti del Governo hanno manifestato l'impegno a elevare, con il primo veicolo normativo utile, il tetto per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato in misura corrispondente all'impatto derivante dall'incremento tariffario, precisando peraltro che il relativo importo risultava coperto dagli stanziamenti effettuati dalla Legge di Bilancio 2026.

Si tratta di un principio che deve trovare applicazione anche rispetto alle prestazioni ospedaliere per acuti, prevedendo un aggiornamento del limite di spesa fissato dal DL 95/2012 di una somma pari all'impatto finanziario degli incrementi tariffari per le strutture private accreditate, così da preservare almeno i volumi di prestazioni attualmente acquistabili e scongiurare che l'incremento tariffario determini, per un effetto meramente aritmetico, una riduzione dell'offerta resa disponibile ai cittadini.

4. La proposta

In questo quadro, AIOP e ARIS propongono di intervenire con una **misura immediata, volta ad anticipare parte dell'aggiornamento tariffario già previsto** dalla legislazione vigente e a garantirne la piena efficacia sul piano assistenziale.

La proposta prevede, in primo luogo, **l'incremento lineare del 3,68 per cento** delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a decorrere **dal 1° luglio 2026, utilizzando le risorse già stanziata a tale finalità**. In secondo luogo, **consente il riassorbimento dell'incremento in occasione del successivo aggiornamento sistematico del tariffario**, da effettuare entro il 31 dicembre 2027 e secondo la procedura ordinaria di cui all'articolo 8-sexies del D.lgs. 502/1992.

Si tratta di una misura che recepisce l'ipotesi già presente, con la medesima formulazione, nelle prime bozze del decreto in oggetto. L'intervento peraltro appare **legittimo sotto il profilo tecnico-normativo in quanto transitorio – in attesa della citata definizione complessiva del nuovo tariffario DRG – conforme al meccanismo periodico di revisione disposto dalla L. 234/2021, coperto sotto il profilo economico-finanziario e inserito in una fonte normativa di rango primario**.

Contestualmente, la proposta **incrementa di 3,9 punti percentuali**, a decorrere dal 2026, il **limite di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dal privato accreditato**. L'adeguamento, come precisato nel precedente paragrafo, è volto a evitare che l'aumento delle tariffe determini, a parità di *budget*, una riduzione dei volumi acquistabili dalle Regioni e tiene conto sia dell'impatto dell'aggiornamento dei DRG per acuti, sia di quello relativo alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie.

La proposta consente così di affrontare in modo unitario i due profili, rendendo effettivo un primo adeguamento della remunerazione delle prestazioni, a parziale recupero dell'erosione inflattiva e quale contributo alla sostenibilità del costo del personale, nonché preservando la capacità delle Regioni di acquistare i volumi assistenziali necessari nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.