

**Audizione
dell'Ufficio parlamentare di bilancio
nell'ambito dell'esame della proposta di
legge C. 1298 Quartini, recante
"Disposizioni concernenti il finanziamento,
l'organizzazione e il funzionamento del
Servizio sanitario nazionale nonché delega al
Governo per il riordino delle agevolazioni
fiscali relative all'assistenza sanitaria
complementare"**

**Intervento del Consigliere
dell'Ufficio parlamentare di bilancio
Giampaolo Arachi**

**Commissione XII della Camera dei deputati
(Affari sociali)**

17 luglio 2024



Indice

1. Introduzione e considerazioni generali	3
2. La spesa, il finanziamento e le coperture	7
3. La revisione dei criteri di riparto del FSN	13
4. Le principali misure proposte per il riordino del SSN	20
4.1 Il personale	20
4.2 Le misure di riorganizzazione del SSN	23
4.3 L'assistenza sanitaria integrativa	29

1. Introduzione e considerazioni generali

La proposta di legge (PDL) in esame¹ mira al potenziamento e alla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN), attraverso il rafforzamento delle risorse finanziarie e umane e una serie di interventi di riordino del sistema, con l'obiettivo di salvaguardarne la capacità di erogare i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Alla base della PDL vi è la valutazione di una condizione di sottofinanziamento del SSN largamente condivisa. In particolare, dopo la pandemia si è diffusa la convinzione della necessità di un potenziamento strutturale del sistema sanitario, da realizzare anche attraverso le misure previste nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (principalmente investimenti).

Già prima della diffusione della pandemia il SSN si caratterizzava, nel confronto internazionale, per una spesa contenuta sia in termini *pro capite*, sia in rapporto al PIL, pur mostrando indicatori di salute piuttosto favorevoli. Il significativo disinvestimento nella sanità pubblica conseguente alle politiche di consolidamento dei conti pubblici ha sottoposto il SSN a forti tensioni, determinando squilibri territoriali, problemi di accesso fisico ed economico, scarso sviluppo dell'assistenza territoriale, carenze di personale e sovraffollamento dei servizi di pronto soccorso². Queste tensioni, in assenza di adeguate risposte, si sono aggravate con l'emergenza sanitaria. Attualmente, le preoccupazioni riguardano soprattutto la questione del personale sanitario, la gestione dell'emergenza-urgenza e la lunghezza delle liste di attesa, mentre con il PNRR si cerca, in particolare, di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e di ridimensionare il divario tra le Regioni. Questo richiederà, oltre alla realizzazione di strutture idonee, il reclutamento di nuovo personale.

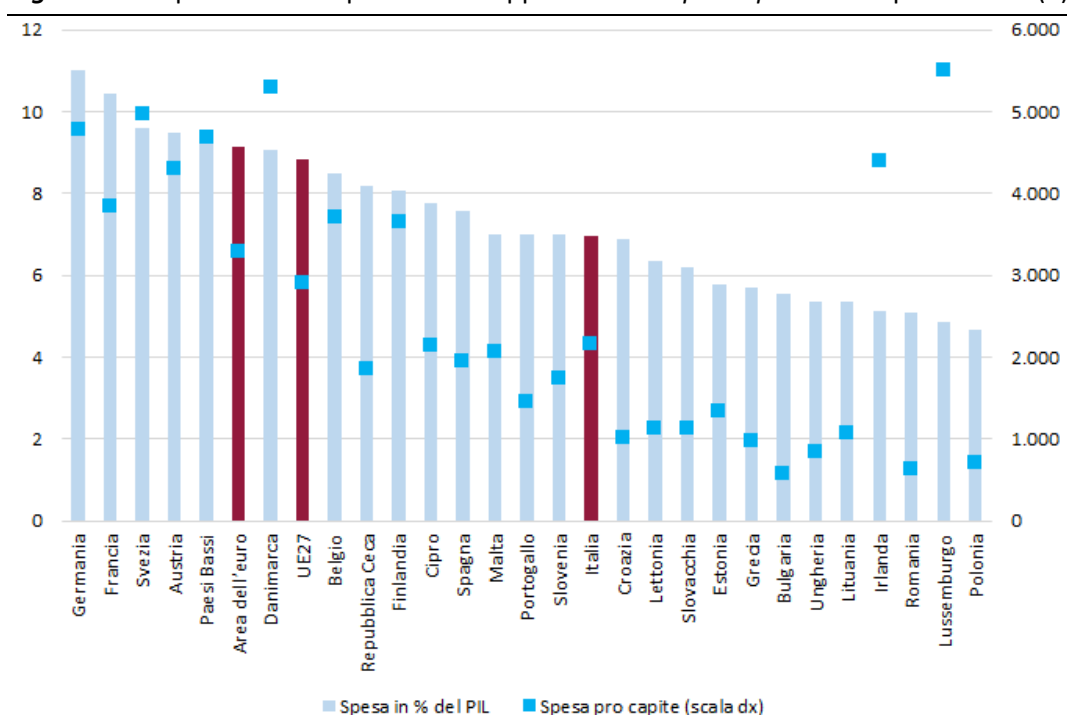
Nel 2021, ultimo anno disponibile per tutti i paesi della UE, la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata pari al 7,0 per cento del PIL, risultando inferiore sia alla media UE27 (8,8 per cento) sia a quella dell'area dell'euro (9,1 per cento). In particolare, l'incidenza della spesa sul prodotto è stata più bassa di quella di tutti i paesi dell'Europa settentrionale, centrale e meridionale, tranne Grecia, Lussemburgo e Irlanda, ma superiore a quella della maggior parte dei paesi dell'Europa orientale e di quelli baltici. Osservando gli andamenti in termini *pro capite*, il Lussemburgo e la Danimarca, con più di 5.000 euro per abitante, sono i paesi con la spesa più elevata; l'Italia (2.144 euro) si colloca anche in questo caso al disotto della media UE27 (2.893 euro) e di quella dell'area dell'euro (3.280 euro), con una spesa pari a meno della metà di quella tedesca (4.785 euro) e sensibilmente inferiore a quella della Francia (3.852 euro) (fig. 1).

Guardando agli esiti, tuttavia, l'Italia nel 2023 presentava, rispetto agli altri paesi europei, un'elevata speranza di vita a 65 anni, occupando il terzo posto nell'ordinamento decrescente, con 1,3 anni in più della media. Nel quadriennio

¹ Proposta di legge "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare", presentata il 13 luglio 2023 (Atto Camera n. 1298).

² Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "Lo stato della sanità in Italia", Focus tematico n. 6, 2 dicembre.

Fig. 1 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL e *pro capite* in Europa nel 2021 (1)



Fonte: Eurostat, *Health care expenditure by financing scheme*.

(1) L'aggregato di spesa è conforme alla metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) e differisce lievemente da quello dei conti della protezione sociale. La spesa pubblica include gli schemi assicurativi obbligatori.

successivo al 2019, che copre il periodo dell'emergenza sanitaria, il miglioramento è stato limitato (0,1 anni), a fronte di incrementi più consistenti in alcuni paesi (ad esempio, 0,5 in Portogallo e Romania) e di peggioramenti in altri (-0,4 in Austria e Finlandia) (fig. 2).

I risultati, tuttavia, non sono omogenei sul territorio. La speranza di vita a 65 anni oscilla tra 21,9 anni in Trentino-Alto Adige e 19,7 in Campania, restando inferiore a 21 anni in tutto il Mezzogiorno, in Piemonte e in Liguria (fig. 3).

Infine, considerando congiuntamente le risorse destinate alla sanità e il tasso di mortalità evitabile standardizzato (misurato in termini di decessi per 100.000 abitanti)³, un indicatore considerato più strettamente legato all'efficacia del sistema sanitario rispetto alla speranza di vita (sulla quale influiscono maggiormente numerosi fattori sociali e ambientali), è stato osservato che **l'Italia è uno dei nove paesi che hanno una spesa sanitaria *pro capite* inferiore alla media OCSE e bassi tassi di mortalità evitabile.** Guardando tale ultimo indicatore a livello territoriale, si confermano le forti disuguaglianze tra le aree del Paese, con il Mezzogiorno che presenta valori più elevati rispetto alle regioni del Nord-Est⁴.

³ OCSE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi.

⁴ Per approfondimenti si veda Istat, *Noi Italia 2024*.

Il SSN sembra dunque mostrare ancora una certa resilienza che, tuttavia, sarà difficile da mantenere nel tempo se non si affrontano le carenze e gli squilibri attualmente presenti. La PDL cerca di offrire una risposta ad alcune delle principali criticità emerse, prevedendo un potenziamento delle risorse finanziarie e umane e misure di riorganizzazione del sistema.

In particolare, si prevede di aumentare la spesa sanitaria, anche attraverso un incremento del finanziamento del SSN, e si individuano apposite coperture finanziarie. Si tratta di aspetti strettamente collegati, in quanto la decisione di allocare maggiori risorse a un determinato settore implica necessariamente la specificazione del modo in cui tali risorse debbano essere reperite. Ciò è reso ancora più stringente dalla necessità di rispettare il Patto di stabilità e crescita nella nuova versione recentemente approvata dalle istituzioni europee, che contempla regole volte a condurre il rapporto tra il debito e il PIL su livelli prudenti attraverso la fissazione di obiettivi pluriennali stabiliti in termini di spesa primaria netta⁵.

La copertura finanziaria è demandata a interventi di *spending review* o, nel caso in cui questi non vengano individuati o fossero insufficienti, a misure di incremento del gettito, anche intervenendo sulle aliquote fiscali. Tale impostazione, nonostante la carenza di elementi di dettaglio, passando per un aumento delle entrate, fornisce maggiore certezza di un recupero di risorse strutturali per finanziare un aumento permanente della spesa sanitaria, in linea con una corretta gestione del bilancio pubblico, e rende esplicita la scelta di politica economica.

Tuttavia, la combinazione delle disposizioni della PDL relative a spesa, finanziamento del SSN e coperture evidenzia alcune incoerenze, che rendono difficile l'interpretazione della volontà del legislatore e richiedono chiarimenti su alcuni nodi cruciali, a partire dalla dimensione delle nuove risorse che si intende allocare alla sanità e della relativa progressione nel tempo.

Le proposte di revisione del meccanismo di riparto dei finanziamenti al SSN trovano un certo fondamento nelle analisi dei determinanti del bisogno sanitario, ma il peso dei diversi fattori andrebbe commisurato con maggiore attenzione alla loro rilevanza relativa nell'influenzare lo stato di salute.

Le misure specifiche previste dalla PDL risultano in alcuni casi non ben definite e non del tutto coordinate con la legislazione vigente. Andrebbe resa più solida la coerenza finanziaria tra i relativi oneri, le coperture e gli obiettivi di evoluzione complessiva del finanziamento e della spesa. Inoltre, essendo stata presentata a luglio del 2023, la PDL

⁵ Per approfondimenti si vedano, tra gli altri, Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Rapporto sulla politica di bilancio", cap. 3, giugno e Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'indagine conoscitiva di riforma delle procedure di programmazione economica e finanziaria e di bilancio in relazione alla riforma della *governance* economica europea", 7 maggio.

necessiterebbe di essere aggiornata per tenere conto delle modifiche alla normativa apportate da quella data.

Di seguito ci si focalizza sugli articoli della PDL più rilevanti in termini finanziari e più attinenti, per contenuto, all'attività istituzionale dell'Ufficio parlamentare di bilancio. In particolare, nel paragrafo 2 vengono approfonditi gli aspetti finanziari e l'impatto sul bilancio pubblico della proposta di legge. Nel paragrafo 3 vengono delineati i possibili effetti della revisione dei criteri di riparto tra le Regioni del finanziamento del SSN. Nel paragrafo 4 ci si sofferma su alcune delle misure più specifiche previste dalla PDL, ovvero quelle per il potenziamento del personale, di riorganizzazione del sistema (gli interventi sui LEA, la revisione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi – DRG, l'incremento del numero di posti letto ospedalieri, i provvedimenti per il sistema di emergenza-urgenza, per l'abbattimento delle liste di attesa e per il potenziamento della ricerca⁶) e volte a fissare criteri più rigidi per l'accesso alle agevolazioni fiscali delle forme di assistenza integrativa.

2. La spesa, il finanziamento e le coperture

La PDL prevede: un incremento obbligatorio della spesa fino ad almeno l'8 per cento del PIL a partire dal 2024; un aumento annuale del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato pari in ogni caso al doppio del tasso di inflazione, anche nell'eventualità di recessione; l'introduzione di una serie di provvedimenti, di cui alcuni con oneri a carico della finanza pubblica; una copertura finanziaria di 4 miliardi l'anno dal 2025 al 2030.

Nella tabella 1 si presentano alcune evidenze utili a valutare questi aspetti.

⁶ Ulteriori disposizioni della PDL riguardano: la definizione, con decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, prevedendo una serie di meccanismi di controllo del rispetto degli stessi; l'introduzione di misure per la tracciabilità e la trasparenza della spesa, con la rilevazione di dati relativi all'acquisizione di beni e servizi, comprese le convenzioni e le procedure di accreditamento, l'estensione agli affidatari dei servizi sanitari e socio-sanitari in regime di accreditamento di alcune disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari volte a prevenire infiltrazioni criminali e il rafforzamento di alcuni obblighi di trasparenza relativi alla dirigenza sanitaria; la modifica dei meccanismi di nomina delle figure apicali del SSN e la previsione di eventuali sanzioni per gli stessi; la digitalizzazione del SSN, utilizzando il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina e altri strumenti di medicina digitale, prevedendo che la piena realizzazione dello stesso fascicolo consenta l'accesso alle forme premiali e rappresenti un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA.

Tab. 1 – Evoluzione della spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale e del finanziamento
(milioni di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria corrente di CN	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.679	127.627	131.674	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
Variazione %		1,7	0,3	0,9	1,1	2,0	1,1	6,1	4,0	3,2	-0,4	5,8	2,2	2,1	1,8
In % del PIL	6,7	6,7	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	7,4	7,0	6,7	6,3	6,4	6,3	6,3	6,2
Ammontare spesa pari all'8% del PIL	129.020	130.192	132.428	135.663	138.927	141.711	143.732	132.899	145.755	157.028	166.830	173.016	179.059	184.472	189.411
Incremento necessario per arrivare all'8% del PIL	21.130	20.480	22.420	24.686	26.742	27.288	28.069	10.220	18.128	25.354	35.711	34.240	37.245	39.712	41.991
Finanziamento del SSN ⁽¹⁾	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.869	134.021	135.399	135.691	135.691
Variazione %		2,7	-0,2	1,2	1,4	0,7	0,9	5,3	1,2	3,2	2,3	4,0	1,0	0,2	0,0
In % del PIL	6,6	6,8	6,6	6,5	6,5	6,4	6,4	7,3	6,7	6,4	6,2	6,2	6,0	5,9	5,7
PIL nominale	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.649	1.661.240	1.821.935	1.962.846	2.085.376	2.162.697	2.238.234	2.305.906	2.367.640
Variazione %		0,9	1,7	2,4	2,4	2,0	1,4	-7,5	9,7	7,7	6,2	3,7	3,5	3,0	2,7
NIC (variazione %)	1,2	0,2	0,1	-0,1	1,2	1,2	0,6	-0,2	1,9	8,1	5,7	1,1	2,0	2,0	2,0

Fonte: per i consuntivi, Istat e Ragioneria generale dello Stato (2023), "Il monitoraggio della spesa sanitaria, anno 2023", Rapporto n. 10, dicembre; per gli anni 2024-27, previsioni tendenziali indicate nel DEF 2024.

(1) La ricostruzione del finanziamento degli anni 2024-27 è stata realizzata sulla base di quanto disposto con la legge di bilancio per il 2024 e con precedenti provvedimenti⁷.

La spesa sanitaria corrente è diminuita in rapporto al PIL negli anni precedenti l'emergenza sanitaria fino ad arrivare al 6,4 per cento nel 2019. Nel 2020 sono state assegnate maggiori risorse per affrontare la pandemia, mentre il PIL è risultato fortemente ridimensionato in conseguenza delle misure di restrizione per il contenimento della stessa, contribuendo ampiamente all'aumento di un punto percentuale del rapporto. Nel successivo biennio le spese straordinarie ancora legate all'emergenza sanitaria e poi all'incremento dei prezzi dell'energia hanno mantenuto relativamente elevata la spesa, tanto in valore assoluto quanto in percentuale del PIL, ma già nel 2023 si è tornati a un'incidenza (6,3 per cento) inferiore a quella del 2019. Per il futuro lo scenario a legislazione vigente riportato nel Documento di economia e finanza (DEF) del 2024 prevede un ulteriore modesto calo tendenziale, malgrado il lieve rialzo nell'anno in corso, dovuto principalmente al rinnovo del contratto del personale. È evidente che ancora non emerge, in termini di risorse dedicate, alcun potenziamento strutturale del settore che, pur godendo degli investimenti del PNRR, risente in particolare di carenze di personale sanitario, soprattutto infermieri e alcune specializzazioni mediche (anche per i medici di medicina generale si comincia a osservare qualche criticità in alcune realtà).

Il raggiungimento di un livello di spesa pari all'8 per cento del PIL richiederebbe per il 2024 un incremento di circa 34 miliardi rispetto alle previsioni contenute nel DEF 2024 (con un aumento del 26 per cento rispetto al 2023), che diventerebbero circa 42 miliardi nel 2027. Per consentire tale crescita il finanziamento da parte dello Stato dovrebbe aumentare, in valore assoluto, in pari misura.

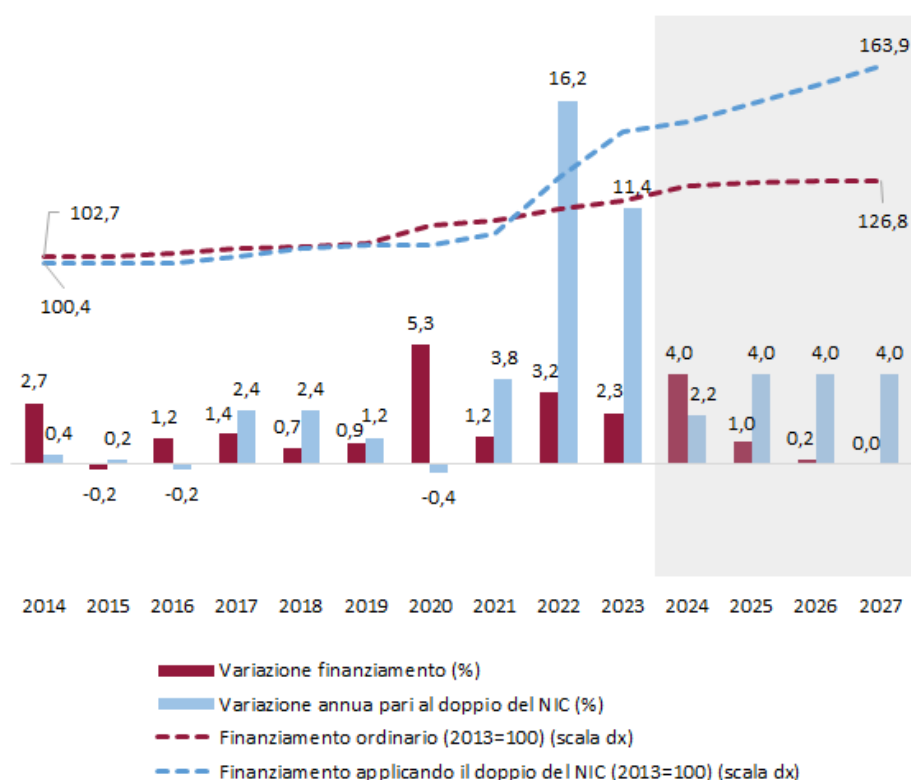
Guardando al finanziamento, d'altro canto, utilizzando l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), emerge che una crescita pari al doppio del tasso di inflazione, nel passato, ne avrebbe assicurato un aumento superiore a quanto

⁷ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), "Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge recante 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026'", 14 novembre.

effettivamente realizzato solo in alcuni anni e, in particolare, nel 2022 e nel 2023, quando il tasso di incremento avrebbe raggiunto rispettivamente il 16,2 e l'11,4 per cento (fig. 4). Il finanziamento sarebbe rimasto invece inferiore ai dati rilevati nel 2014 e, applicando la regola del raddoppio anche in caso di tassi di inflazione negativi, nel 2016 e, soprattutto, nel 2020, anno in cui l'emergenza sanitaria ha attratto molte risorse verso il SSN. Andrebbe chiarito, pertanto, quale dovrebbe essere la variazione del finanziamento negli anni di deflazione.

Nel quadriennio di programmazione, la regola contenuta nella PDL implicherebbe, rispetto al finanziamento determinato dalla legge di bilancio per il 2024 (e dai precedenti provvedimenti)⁸, un tasso di crescita inferiore di 1,8 punti percentuali nell'anno in corso (2,2 per cento, contro 4,0)⁹ e superiore di 3, 3,8 e 4 punti, rispettivamente, nel 2025, 2026 e 2027 (4 per cento, contro 1,0, 0,2 e 0).

Fig. 4 – Confronto tra la crescita del finanziamento della sanità e il doppio del tasso di inflazione (NIC) (variazioni percentuali)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (2023), "Il monitoraggio della spesa sanitaria, anno 2023", Rapporto n. 10, dicembre; Istat, IstatData-Prezzi; Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *op.cit.*.

⁸ Si veda la nota 7.

⁹ In base alle stime preliminari dell'Istat, a giugno il NIC ha registrato un aumento su base annua dello 0,8 per cento, portando l'inflazione acquisita per l'intero anno allo 0,8 per cento, contro l'1,1 atteso nel DEF. Pertanto, il divario del 2024 potrebbe risultare più ampio di quanto indicato nel testo.

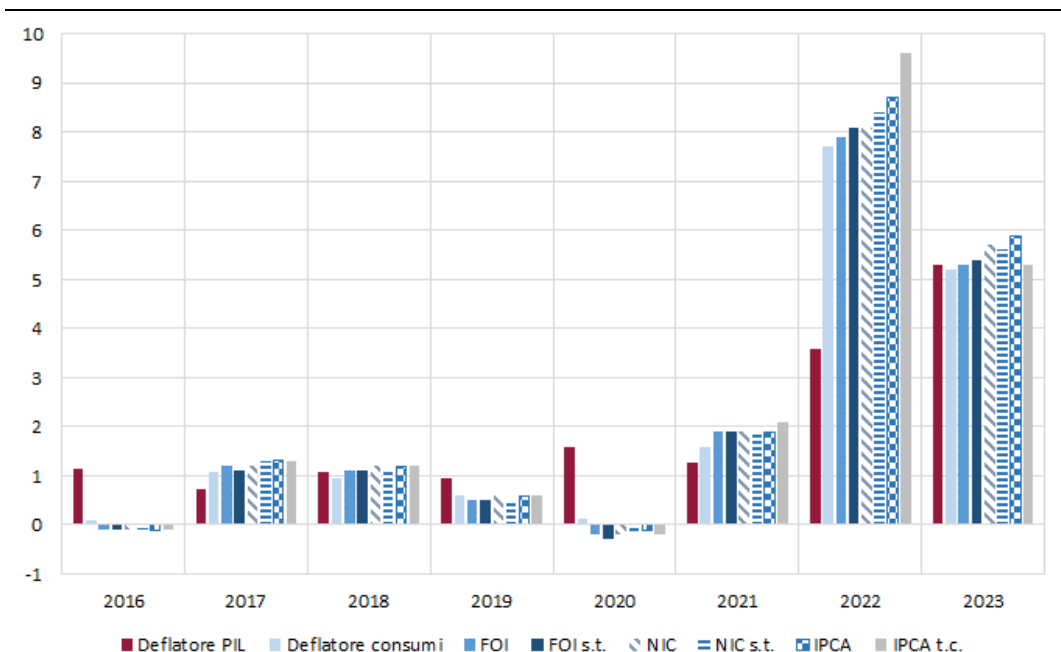
Guardando alla crescita cumulata del finanziamento a partire dal 2014 (ponendo il livello del 2013 pari a 100), emerge che, se nell'intero periodo di osservazione si fosse adottata la regola prevista dalla PDL, utilizzando il NIC, la crescita si sarebbe distaccata significativamente da quella effettiva negli anni della crisi energetica, spinta dagli elevati tassi di inflazione, e il divario si amplierebbe ulteriormente nel quadriennio di previsione (2024-27).

Inoltre, appare generica l'indicazione di considerare il tasso di inflazione senza specificare a quale indicatore fare riferimento.

Diversi, infatti, sono gli indici utilizzabili e il loro andamento tende a divergere soprattutto in situazioni di crisi. La figura 5 mette a confronto il deflatore del PIL, il deflatore dei consumi e i tre indici dei prezzi al consumo per le famiglie: il NIC (intera collettività), il FOI (famiglie di operai e impiegati) – entrambi al lordo e al netto dei tabacchi – e l'indice dei prezzi al consumo armonizzato (IPCA) a tassazione costante o effettiva. Il deflatore del PIL mostra la variabilità meno accentuata, tra lo 0,7 per cento del 2017 e il 5,3 del 2023. Gli altri indicatori non solo hanno una variabilità più ampia (passando dai valori negativi del 2016 ai picchi del 2022), ma registrano le tensioni inflattive in misura più elevata nell'anno in cui sono state più forti: nel 2022 si va da un minimo del 7,7 per cento registrato dal deflatore dei consumi al 9,6 dell'IPCA a tassazione costante. La scelta di un indice dei prezzi piuttosto che un altro potrebbe incidere in maniera non trascurabile sull'evoluzione futura del finanziamento del SSN.

In linea di massima, a prescindere dalla differenza – come si è visto, generalmente non trascurabile – tra tasso di inflazione e deflatore del PIL, un incremento del finanziamento secondo la regola proposta nella PDL farà aumentare il rapporto tra il finanziamento del SSN e il PIL solo se la crescita del PIL reale sarà inferiore alla variazione dei prezzi.

Fig. 5 – Confronto tra indici dei prezzi e deflatori
(variazioni annuali)



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Sempre nel quadriennio di programmazione e con la stessa regola della PDL, si determinerebbero aumenti in valore assoluto del finanziamento di circa 2,8 miliardi nel 2024 e di oltre 5 in ciascun anno del triennio successivo, da confrontare con quelli programmati dalla legge di bilancio per il 2024 e dai provvedimenti precedenti, pari a circa 5,2, 1,4 e 0,3 miliardi, rispettivamente, nel 2024, 2025 e 2026 e a una variazione nulla nel 2027 (tab. 2). Va ricordato, tuttavia, che non è ancora noto quali saranno le misure della prossima manovra di bilancio, anche se gli spazi saranno limitati, da un lato, dall'applicazione delle nuove regole europee – che implicano il rispetto di specifici obiettivi in termini di spesa primaria netta – e, dall'altro lato, dall'annunciato rinnovo di alcune misure non ancora finanziate in modo strutturale, come la decontribuzione. L'applicazione di quanto indicato nella PDL implicherebbe, invece, automaticamente un incremento progressivo del finanziamento, a meno che non si verificano condizioni di deflazione (o comunque inflazione nulla), che nell'ambito delle nuove regole europee andrebbe finanziato con misure strutturali di riduzione di altre spese o di aumento delle entrate.

L'incremento del finanziamento, se seguisse le regole della PDL, consentirebbe un aumento di spesa, rispetto al 2023, molto lontano da quello necessario per compiere il balzo all'8 per cento del PIL nel 2024 (2,8 miliardi contro 41,9; tab. 2). Negli anni successivi lo scarto negativo tra incremento del finanziamento e aumento della spesa necessario per mantenere il rapporto con il PIL al livello auspicato (nell'eventualità che fosse raggiunto nel 2024) si ridurrebbe fino a cambiare segno dal 2026.

Un'interpretazione alternativa delle proposte della PDL, che richiederebbe tuttavia una migliore specificazione nel testo, potrebbe consistere nell'indicazione dell'8 per cento del PIL come obiettivo di spesa sanitaria da conseguire gradualmente nel lungo periodo attraverso incrementi annuali del finanziamento non inferiori al doppio del tasso di inflazione.

Tab. 2 – Spesa sanitaria corrente all'8 per cento del PIL e finanziamento a legislazione vigente e secondo la proposta della PDL
(milioni di euro)

	2023	2024	2025	2026	2027
Finanziamento attuale	128.869	134.021	135.399	135.691	135.691
<i>Variazione annuale</i>		5.152	1.378	292	0
Finanziamento con crescita pari al doppio del NIC		131.704	136.972	142.451	148.149
<i>Variazione annuale</i>		2.835	5.268	5.479	5.698
Spesa sanitaria corrente pari all'8% del PIL		173.016	179.059	184.472	189.411
<i>Variazione annuale</i> ⁽¹⁾		41.897	6.043	5.414	4.939

Fonte: elaborazioni sulle previsioni tendenziali indicate nel DEF 2024 e su Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *op. cit.*

(1) Variazione annuale della spesa necessaria per raggiungere l'8 per cento del PIL ogni anno partendo dal dato di consuntivo del 2023. Si differenzia da quanto riportato nella tabella 1, dove il calcolo è stato fatto rispetto al livello di finanziamento già destinato al SSN.

Infine, la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla PDL è valutata complessivamente in 4 miliardi annui dal 2025 al 2030, ma non è chiaro se si tratti di un importo fisso per ogni anno del periodo indicato oppure incrementale fino a un totale di 24 miliardi a regime dal 2030. La prima interpretazione, più aderente al testo della PDL, implicherebbe il venire meno dal 2031 della copertura finanziaria, che costringerebbe, in assenza di altri fondi, ad annullare l'incremento del finanziamento e dunque della spesa, con l'eventuale cancellazione dei provvedimenti di riorganizzazione del SSN previsti dalla PDL che comportano oneri. Questa interpretazione sembrerebbe, tuttavia, in contrasto con il fatto che, come si vedrà poco oltre, le misure di copertura individuate dalla PDL appaiono di natura strutturale. Secondo entrambe le interpretazioni, comunque, **l'ammontare sarebbe largamente inferiore a quanto necessario a portare la spesa all'8 per cento del PIL dal 2024. Anche a confronto con l'importo necessario ad assicurare un incremento del finanziamento pari al doppio del tasso di inflazione, la copertura, peraltro non prevista per il 2024, risulterebbe insufficiente negli anni successivi.**

In base alla PDL, il reperimento di tali risorse dovrebbe avvenire attraverso interventi non meglio specificati di razionalizzazione e revisione della spesa. Solo nel caso questi interventi non venissero adottati o non riuscissero a garantire gli importi necessari, è prevista la possibilità di stabilire con DPCM¹⁰, su proposta del Ministro dell'Economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, **una variazione delle aliquote di imposta e una riduzione delle agevolazioni fiscali e delle detrazioni vigenti**, oltre un certo limite di reddito, ferma restando la tutela dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute. L'esperienza passata e gli sforzi già compiuti di razionalizzazione e revisione della spesa possono portare a valutare particolarmente ambizioso l'obiettivo di reperire 4 miliardi (tanto più se incrementali di anno in anno) attraverso tale canale. A una simile considerazione si giunge con riferimento all'ipotesi di modifica delle spese fiscali. Va infatti ricordato che si tratta di un obiettivo delle politiche pubbliche da tempo dichiarato, ma che nella realtà è stato disatteso, vista la tendenza costante a incrementare le stesse in termini sia di numerosità che di valore¹¹. **L'aumento delle aliquote di imposta** – un'impostazione, peraltro, in controtendenza rispetto agli interventi di politica tributaria di riduzione del prelievo realizzati nell'ultimo decennio – **rappresenta una modalità più immediata per generare risorse sufficienti a fornire copertura finanziaria all'incremento del finanziamento del SSN e della spesa sanitaria fino al livello desiderato. Sarebbe, tuttavia, opportuno che la PDL fornisca l'indicazione di quali imposte e relative aliquote verrebbero eventualmente interessate, specificando anche il possibile ambito di variazione.** In assenza di tali informazioni lo strumento del DPCM appare poco consono rispetto all'ampio margine di discrezionalità delle possibili scelte. Va inoltre ricordato che nel caso in cui fossero interessati tributi regionali sarebbe opportuno acquisire il parere della Conferenza Stato-Regioni.

¹⁰ Le scadenze per l'adozione degli interventi volti alla razionalizzazione e revisione della spesa e all'aumento del carico fiscale andrebbero aggiornate e rese coerenti tra loro.

¹¹ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Detrazioni e agevolazioni fiscali: analisi dei recenti interventi normativi", Focus tematico n. 4, 11 aprile.

Dal momento che la PDL contempla poi una serie di misure specifiche che implicano dei costi, è necessario confrontare le risorse che si è stabilito di destinare alla copertura con la somma di tali oneri. Nella tabella 3 sono stati dunque riportati gli importi espressamente indicati dalle norme e, in assenza di una quantificazione ufficiale o nel testo della PDL, quelli derivanti, quando possibile, da una stima di massima. In particolare, si è ipotizzato che l'intero aumento del tetto di spesa per il personale (si veda il paragrafo successivo) venga utilizzato e non si sono considerati eventuali effetti di risparmio dovuti a misure di riorganizzazione e riordino (che peraltro potrebbero contribuire dal lato delle coperture) o altri impatti con segno negativo o positivo non quantificati nella PDL, né immediatamente quantificabili, sia pure con molta approssimazione. **Le maggiori spese risulterebbero crescenti, passando da circa 2,5 miliardi del 2024 a circa 4,6 nel 2027.** Nel primo anno non vi sarebbe alcuna copertura finanziaria, mentre questa risulterebbe sufficiente per gli anni 2025 e 2026 ma non nel 2027, qualora le maggiori risorse non fossero da considerare incrementali.

Tab. 3 – Oneri delle misure contenute nella PDL (1)
(milioni di euro)

	2024	2025	2026	2027
Aggiornamento LEA	400	400	400	400
Aumento tetto di spesa per personale ⁽²⁾	567	1.621	2.716	3.856
Personale assistenza territoriale	300	500	1.000	1.000
Personale (contratto e assunzioni)	2.000	2.000	2.000	2.000
Oneri riflessi personale	-1.391	-1.999	-2.772	-3.325
Aumento spese ricerca	601	625	651	678
Totale oneri	2.478	3.148	3.995	4.609

Fonte: Atto Camera 1298.

(1) L'onere dell'aumento dei posti letto non è considerato in quanto si è ipotizzato che impatti sulla spesa corrente principalmente attraverso la spesa per il personale; allo stesso modo è trattato l'onere per la revisione delle dotazioni organiche del servizio di emergenza-urgenza. Si ipotizza che le risorse ottenibili dal ridimensionamento delle agevolazioni fiscali per l'assistenza sanitaria integrativa – così come quelle eventualmente derivanti dal miglioramento dell'appropriatezza e dalla maggiore tracciabilità della spesa sanitaria – siano utilizzate ai fini della copertura finanziaria di 4 miliardi annui indicata nell'articolo 12 della PDL. Si è tenuto conto degli oneri riflessi sulla spesa di personale (entrate fiscali e contributive), che rappresentano una partita di giro all'interno delle pubbliche amministrazioni. – (2) Si è ipotizzato che il tetto aumenti in tutti gli anni considerati in funzione dell'incremento del finanziamento del SSN che, a sua volta, crescerebbe in misura pari al doppio del tasso di inflazione. Allo scopo, è stato utilizzato il NIC.

3. La revisione dei criteri di riparto del FSN

Per quanto riguarda il sistema di riparto tra Regioni del finanziamento del SSN, la PDL mira a introdurre tre modifiche: **1) la presa in conto di criteri ambientali, socio-economici e culturali; 2) l'attribuzione di un peso almeno del 50 per cento all'indice di deprivazione economica individuato annualmente dall'Istat; 3) la considerazione delle differenze di costo delle prestazioni sanitarie legate alle carenze strutturali e alle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle Regioni o nelle rispettive aree territoriali.**

A tale proposito va innanzitutto ricordato che nel 2023 sono stati introdotti nuovi parametri nel meccanismo di allocazione delle risorse tra le Regioni, precedentemente basato sul criterio capitarario parzialmente pesato con l'età, che la letteratura individua come il principale determinante dello stato di salute.

Il D.Lgs. 68/2011, come rivisto dalla L. 190/2014, prevedeva un regime transitorio, con ponderazione della quota capitaria per fasce di età, disponendo che in seguito si tenesse anche conto, ai fini del riparto, del percorso di miglioramento degli standard di qualità. Esso indicava come pesi da adottare, a partire dal 2015, tutti quelli già individuati dalla L. 662/1996: la popolazione residente, la frequenza dei consumi sanitari per età e genere, i tassi di mortalità, ulteriori indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni e indicatori epidemiologici territoriali. Il sistema transitorio di fatto è rimasto in vigore fino al 2022¹², con un meccanismo che allocava i finanziamenti in base a una quota capitaria semplice (non pesata) per circa il 60 per cento e pesata per età per il restante 40 per cento¹³. La redistribuzione complessiva (somma delle differenze positive o di quelle negative riscontrate nelle diverse Regioni tra il *pro capite* semplice e quello parzialmente pesato) operata dalla ponderazione dei consumi per l'età è stata pari a 701 milioni con riferimento al 2023.

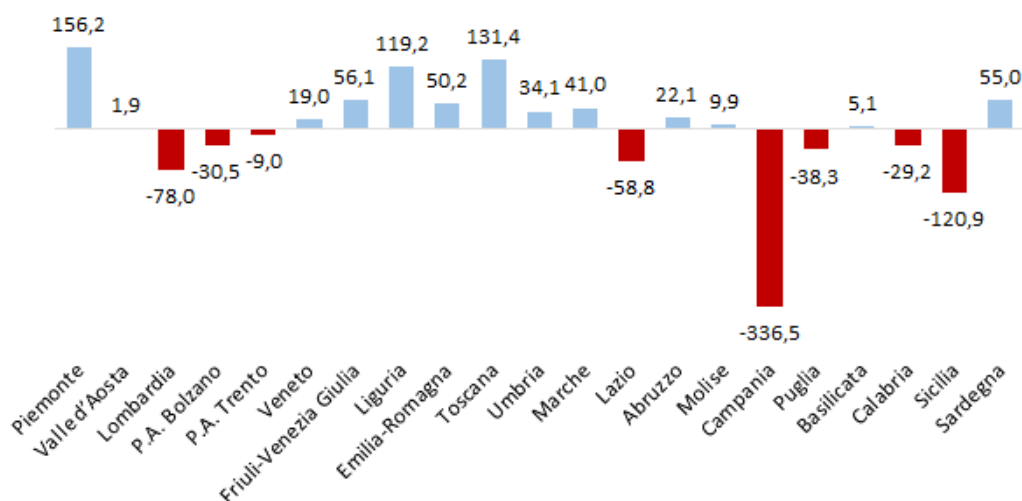
Data la curva dei consumi sanitari, pesare la quota capitaria in base all'età assicura risorse addizionali ai territori con maggiore presenza di anziani e riduce quelle della Lombardia, del Lazio e delle grandi Regioni del Mezzogiorno (tranne la Sardegna) (fig. 6). Il Piemonte ottiene circa 156 milioni in più rispetto alla distribuzione attuata in base alla quota capitaria semplice, mentre le Regioni con le maggiori correzioni negative sono la Campania e la Sicilia (rispettivamente circa 336 e 121 milioni).

Dal 2023, dopo quasi trent'anni, si è data parziale attuazione alla L. 662/1996, introducendo nel meccanismo di riparto, accanto alla ponderazione parziale per l'età, anche la considerazione del tasso di mortalità e di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni, intesi come parametri volti a riflettere le condizioni socio-economiche.

¹² Si veda, per approfondimenti, Ufficio parlamentare di bilancio (2024), [“Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute”](#), Focus tematico n. 3, 27 marzo. Da tale Focus sono tratte le analisi che seguono sul sistema in vigore nel 2022 e sulla riforma introdotta nel 2023.

¹³ Ci si riferisce alla parte largamente preponderante del finanziamento (il 94 per cento nel 2023); le rimanenti risorse, ad esempio le quote vincolate e la cosiddetta quota premiale, sono ripartite secondo criteri specifici. I finanziamenti venivano distribuiti in parte – con riferimento all'assistenza specialistica e al 50 per cento dell'assistenza ospedaliera – in base a una quota capitaria aggiustata per tenere conto della distribuzione dei consumi per fascia di età, in parte – per gli altri livelli di assistenza, con l'eccezione della farmaceutica – secondo un *pro capite* semplice. I finanziamenti per l'assistenza farmaceutica, per la quale è previsto un tetto di spesa in percentuale del finanziamento complessivo (al netto delle somme per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie), erano ripartiti secondo il risultato finale della distribuzione di tutte le altre voci.

Fig. 6 – Effetti sul riparto della ponderazione attraverso i consumi per fascia di età nel 2023
(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (Rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

Il meccanismo di ponderazione dei nuovi criteri appare semplificato, in quanto è stato stabilito che il 98,5 per cento delle risorse da ripartire resterà allocato tra le Regioni secondo i vecchi criteri, lo 0,75 per cento sarà distribuito in base al tasso di mortalità sotto i 75 anni e il rimanente 0,75 per cento in base agli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali. Per quanto riguarda il tasso di mortalità, viene calcolato sulla popolazione al di sotto dei 75 anni, dunque riflette la mortalità prematura, un parametro che si ritiene sia associato alla deprivazione, spesso utilizzato come *proxy* delle condizioni di emarginazione sociale. Quanto agli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, sono stati individuati l'incidenza della povertà relativa individuale, il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, aggregati in un unico indice composito di deprivazione attribuendo a ognuno di essi lo stesso peso. Resta inapplicata l'inclusione nel riparto degli altri criteri previsti dalla normativa, in attesa che siano disponibili dati adeguati e che siano risolti alcuni problemi connessi con le norme sul trattamento dei dati personali¹⁴.

Il nuovo sistema di riparto implica, rispetto a quello precedentemente in vigore, un vantaggio per le Regioni meridionali, a scapito di quelle del Centro e settentrionali. Tra le prime è la Campania a ottenere, in termini percentuali, il guadagno più consistente (0,75 per cento, corrispondente a un incremento del finanziamento di circa 83,9 milioni), mentre le perdite più rilevanti si riscontrano – escludendo le Province autonome di Bolzano e di Trento per le quali la quota di accesso non corrisponde a un trasferimento effettivo – in Lombardia (-0,35 per cento, ovvero 71 milioni). L'effetto determinato dalla deprivazione è maggiore di quello derivante dalla mortalità.

Nel complesso, l'introduzione dei nuovi criteri compensa in parte (più che completamente in Puglia) gli effetti della presa in conto dell'età ai fini del riparto nel

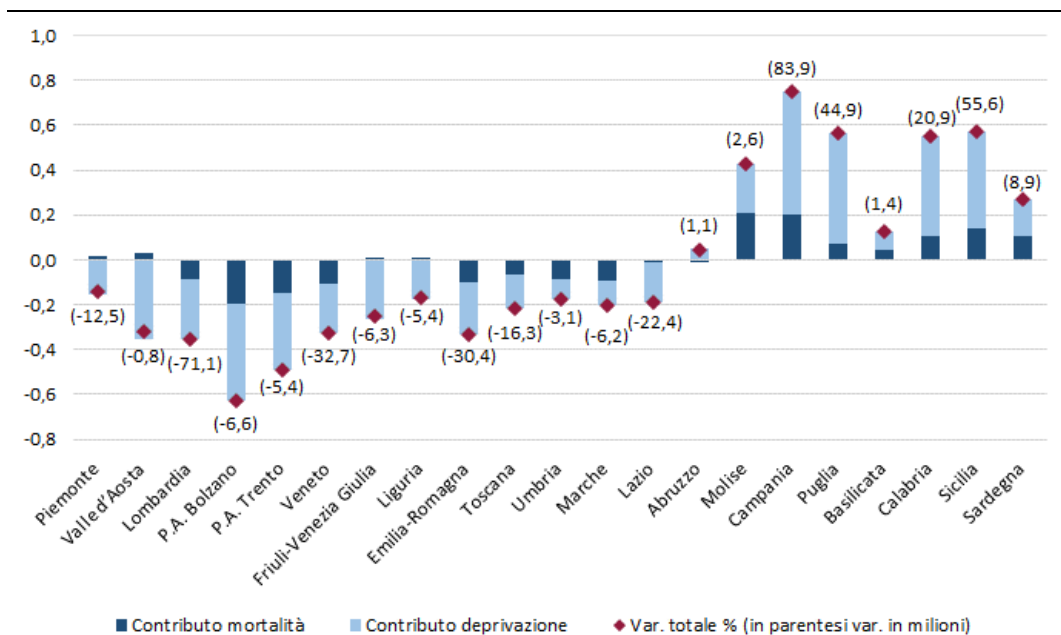
¹⁴ Quanto alla considerazione del genere, viene generalmente ritenuto che non abbia un peso rilevante sul riparto.

caso delle Regioni più popolate del Mezzogiorno. Altre Regioni, come la Lombardia e il Lazio, si vedono riconosciuto un minore fabbisogno sia in conseguenza dell'applicazione del tradizionale sistema di ponderazione della quota capitaria con l'età, sia con l'introduzione dei nuovi parametri. Altre Regioni ancora (le piccole del Mezzogiorno e la Sardegna) sono in entrambi i casi avvantaggiate. La redistribuzione operata dai nuovi criteri, ovvero l'ammontare complessivo di risorse spostate applicando il nuovo sistema (somma delle differenze positive o di quelle negative riscontrate nelle diverse Regioni tra il risultato post riforma e quello pre riforma), risulta pari a 219 milioni (fig. 7).

Va aggiunto, tuttavia, che l'incremento nel tempo della cosiddetta "quota premiale" (0,5 per cento del finanziamento nel 2023), allocata attualmente tenendo conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, sottrae risorse crescenti alla perequazione basata su criteri più obiettivi e trasparenti, pur contribuendo ad agevolare il raggiungimento di accordi tra le Regioni grazie a un uso che appare spesso in parte compensativo rispetto alle variazioni delle risorse ottenute dalle singole Regioni che si verificano per altre cause.

La distribuzione della quota premiale, pari a 644 milioni nel 2023, non vincolata neanche a quella della popolazione, è in grado di assicurare in alcuni casi benefici di gran lunga maggiori delle perdite o dei guadagni che discendono dai nuovi criteri di riparto. Alcune Regioni come, ad esempio, la Lombardia, la Liguria e il Lazio, che ottengono rispettivamente 155, 108 e 53 milioni grazie all'accordo raggiunto sulla quota premiale, riescono a più che compensare con queste risorse la perdita subita per i nuovi criteri di riparto, mentre altre, come la Campania, che ottiene 131 milioni, o la Puglia, con 16, rafforzano il proprio vantaggio.

Fig. 7 – Effetti del nuovo meccanismo di riparto
(variazioni percentuali e in milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

La PDL, come si è visto, intende portare al 50 per cento il peso dell'indice di deprivazione, utilizzando inoltre un parametro diverso da quello introdotto nel 2023. Questa impostazione potrebbe essere intesa come un aumento dallo 0,75 al 50 per cento della quota delle risorse pesata con variabili rappresentative della deprivazione (a prescindere dalla scelta dell'indicatore), con esclusione dell'ulteriore 0,75 per cento ripartito secondo il tasso di mortalità sotto i 75 anni. Il testo della PDL non chiarisce, inoltre, i criteri da utilizzare per ripartire il restante 50 per cento; qualora rimanessero (come ipotizzato nelle simulazioni successive) quelli attuali, la quota pesata con l'età si ridurrebbe a circa il 20 per cento (si veda la nota 13) e si attribuirebbe alla deprivazione una rilevanza sproporzionata rispetto al suo ruolo nella distribuzione dei consumi sanitari. Infatti, la letteratura individua l'età come il principale determinante dello stato di salute, seguita dalle condizioni socio-economiche.

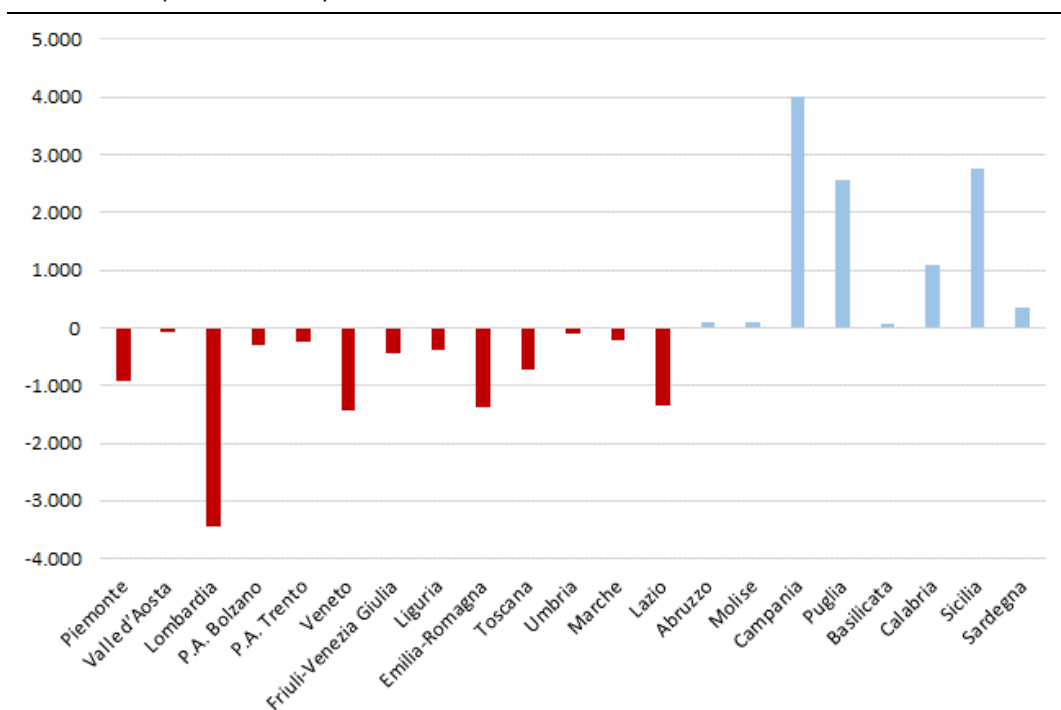
Per l'Italia, i dati sul consumo sanitario tratti dal Sistema Tessera Sanitaria mostrano una variabilità della spesa *pro capite* per età in rapporto a quella complessiva molto elevata, con un'oscillazione da meno di 0,5 a più di 2,5¹⁵. Tuttavia, la letteratura ha dimostrato che, a parità di età, le disuguaglianze sociali restano il principale determinante della morbilità (esiste dunque una correlazione tra questa e gli indicatori di *status* sociale, in particolare, l'istruzione), la deprivazione incide più sui bisogni che sul consumo sanitario e, se si esclude la morbilità, l'età e alcuni indicatori delle condizioni sociali predicono bene i bisogni sanitari e di assistenza sanitaria¹⁶.

Gli effetti distributivi del solo ampliamento al 50 per cento della quota di spesa pesata con l'indice di deprivazione introdotto nel 2023 sarebbero molto rilevanti (fig. 8). Tutte le Regioni del Mezzogiorno otterrebbero maggiori risorse, che arriverebbero a 4 miliardi per la Campania, 2,8 per la Sicilia, 2,6 per la Puglia e 1,1 per la Calabria. Tutte le altre Regioni resterebbero sfavorite, con una perdita di 3,5 miliardi per la Lombardia e circa 1,4 per il Veneto, l'Emilia-Romagna e il Lazio. **L'effetto redistributivo complessivo sarebbe pari a circa 11 miliardi, rispetto ai circa 700 milioni spostati dalla presa in conto dell'età e ai 219 riallocati dalla riforma del 2023.** Come sopra chiarito, un simile risultato è molto lontano e incoerente rispetto al ruolo relativo che i due fattori, età e deprivazione, esercitano sulla salute e sul consumo sanitario. Tra l'altro, questo suggerirebbe un ripensamento del meccanismo di applicazione del criterio dell'età, che trascura metà della spesa ospedaliera e tutta la farmaceutica (si veda la nota 13).

¹⁵ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2021), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario", Rapporto n. 22, luglio.

¹⁶ Si vedano: Costa, G., Carano, M. e Demaria, M. (1998), "Torino. Storie di salute in una grande città", Osservatorio socio-economico torinese, Ufficio statistico città di Torino; Costa, G., Landriscina, T., Marinacci, C., Petrelli, A. e Vannoni, F. (2008), "I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza", Quaderni di Monitor, Supplemento al numero 22; Costa, G., Petrelli, A., Marinacci, C., Landriscina, T. e Onorati, M. (2010), "La deprivazione è un elemento importante nella stima dei bisogni in sanità?", allegato ad Agenas (2010), "Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario", Relazione commissionata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, a cura di C. Cislighi, con la collaborazione di E. Di Virgilio e G. Tavini, 30 aprile. In particolare, su disuguaglianze di salute e svantaggio sociale si veda anche il recente Costa, G. e Di Girolamo, C. (2023), "Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti", in *Politiche sociali*, n. 3, Il Mulino, Bologna, dove si osserva come l'associazione tra posizione sociale e salute possa agire anche in direzione causale opposta, nel senso che la malattia può influenzare la posizione sociale.

Fig. 8 – Effetti redistributivi del riparto con il 50 per cento pesato con la deprivazione calcolata con i criteri introdotti nel 2023
(milioni di euro)

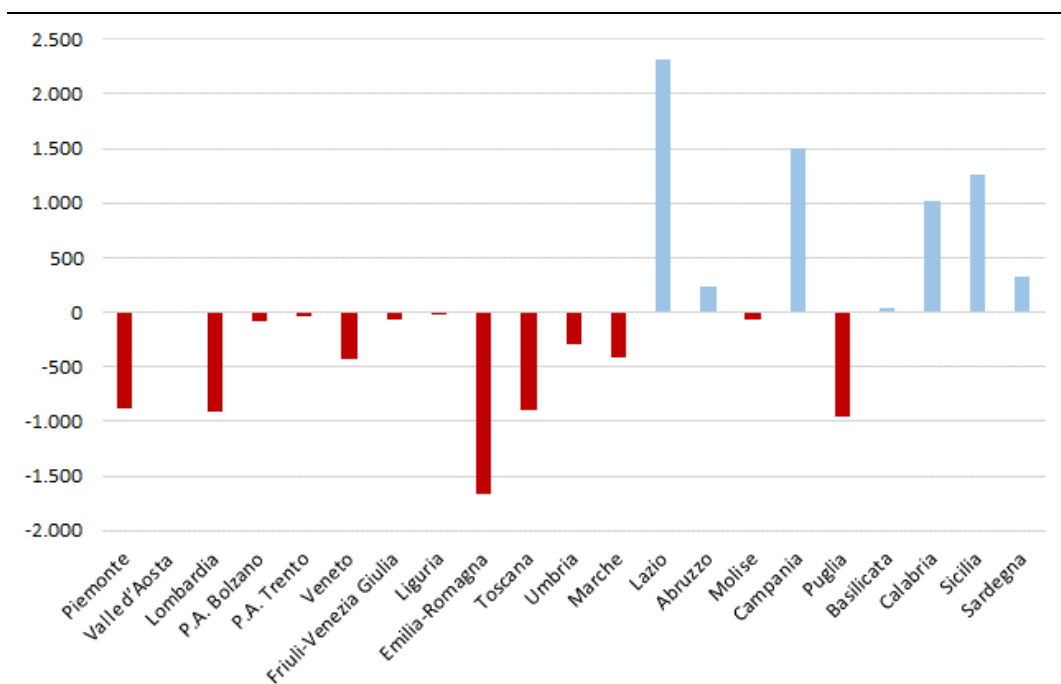


Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

La PDL fa riferimento a un indice di deprivazione che dovrebbe essere individuato e calcolato annualmente dall'Istat. Per verificare gli effetti distributivi derivanti da un cambiamento di indice, si è calcolato il riparto, per la sola quota relativa alla deprivazione (50 per cento), sostituendo alle variabili utilizzate nel 2023 il rischio di povertà o di esclusione sociale (AROPE) calcolato dall'Istat, che individua i soggetti che si trovano in almeno una condizione di fragilità rispetto alle tre seguenti: il rischio di povertà, la grave deprivazione materiale e sociale e la bassa intensità di lavoro. **Adottando questo parametro, si otterrebbe un'ulteriore redistribuzione di risorse pari a circa 6,7 miliardi**, che avvantaggerebbe il Lazio (2,3 miliardi) e le Regioni meridionali, ad eccezione di Puglia (-950 milioni) e Molise (-70 milioni), penalizzando tutte le altre Regioni (fig. 9).

Questi esercizi mostrano, in primo luogo, la necessità che i pesi di età e deprivazione vengano stabiliti non arbitrariamente, ma piuttosto il più coerentemente possibile con le relative influenze sullo stato di salute e sul consumo sanitario. Per ponderare le diverse variabili in modo meno discrezionale andrebbe verificato come si distribuisce il consumo per età e per condizione economico-sociale e, a tal fine, si potrebbero misurare i pesi congiunti di età e deprivazione sulla base dei consumi rilevati. In questo caso si utilizzerebbero i consumi come *proxy* dei bisogni, con la stessa impostazione già seguita per calcolare i pesi per fascia di età. Va tuttavia considerato che anche questo procedimento, che pure può offrire evidenze utili e consentire un'allocazione più

Fig. 9 – Effetti redistributivi del riparto con il 50 per cento pesato con la deprivazione calcolata con l'indicatore AROPE



Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

coerente con il rischio associato alle condizioni di salute, presenta dei limiti, in quanto il consumo stesso non riflette pienamente i bisogni. I motivi sono legati principalmente, da un lato, alla eventuale inappropriatezza di una parte della domanda e, dall'altro lato, alla presenza di restrizioni fisiche (razionamenti, liste di attesa) e/o economiche (compartecipazioni o tariffe a carico dell'utenza) o addirittura a una mancata percezione del bisogno stesso. Se si volesse procedere in questa direzione andrebbero comunque rafforzate le basi informative, in coerenza con le disposizioni che regolano il trattamento dei dati personali e sensibili¹⁷.

In secondo luogo, si è visto che la deprivazione è un fenomeno multidimensionale, che può essere valutato in molti modi, e che la scelta del criterio di misurazione (indicatore o parametro su cui basare il riparto) deve essere compiuta con particolare attenzione, dopo ampie riflessioni e analisi degli effetti di impatto, malgrado non esista un criterio oggettivamente superiore agli altri.

Quanto ai criteri ambientali, socio-economici e culturali menzionati nella PDL, sembrano in gran parte riprodurre quelli previsti dalla L. 96/1996, già applicati o rimasti inutilizzati. Le condizioni ambientali che possono influenzare lo stato di salute includono generalmente l'acqua sicura e l'aria pulita, luoghi di lavoro sani e case sicure¹⁸, aspetti

¹⁷ Si veda Fantozzi, R., Gabriele, S. e Zanardi, A. (2021), "Improving the allocation of health care resources in the Italian National Health Service", Relazione presentata alla XXXIII SIEP WEB Conference, 17 settembre.

¹⁸ Ad esempio, in Organizzazione mondiale della sanità (WHO) (2017), "Determinants of Health", 3 febbraio, questo fattore è citato insieme all'ambiente sociale ed economico e alle caratteristiche e ai comportamenti individuali della persona.

connessi in parte alla condizione socio-economica, che potrebbero essere eventualmente catturati da adeguati indicatori epidemiologici e dallo stesso indice di deprivazione (che spesso comprende, ad esempio, parametri legati alle condizioni dell'abitazione). Gli aspetti socio-economici sono colti, come si è visto, dagli indicatori di deprivazione e dalla mortalità prematura. Quelli culturali trovano nel livello di scolarizzazione, di cui si tiene conto nel riparto 2023, un'espressione relativamente adeguata, che rappresenta a sua volta efficacemente il livello socio-economico, tanto che l'istruzione risulta essere la dimensione più comunemente usata ai fini della valutazione delle diseguaglianze di salute (le altre dimensioni essendo quella materiale, misurata da reddito e ricchezza, e quella di *status*, approssimata con la posizione professionale e di lavoro)¹⁹. **Poiché le variabili in gioco presentano in generale un'elevata correlazione tra di loro, occorre selezionare accuratamente quelle da utilizzare, eventualmente proponendo sostituzioni rispetto alle indicazioni prevalenti nell'ultimo trentennio**, piuttosto che sovrapporne un elevato numero senza verificare la relativa distribuzione e co-movimento.

Infine, **con riguardo alle differenze di costo delle prestazioni, si tratta di un parametro considerato anche in altre esperienze internazionali**, ad esempio, per il Servizio sanitario nazionale inglese (NHS England). Tuttavia, va sempre tenuto presente che nella selezione delle variabili da adottare per effettuare il riparto delle risorse è necessario individuare quelle che rappresentano determinanti "giustificabili" o "legittimi" della spesa²⁰, tralasciando gli aspetti legati a una gestione inefficiente dei servizi o a comportamenti opportunistici. Dunque le differenze di prezzo possono essere accomodate se dipendono da fattori esterni alla gestione della struttura sanitaria e non condizionabili da quest'ultima (differenziali presenti sui mercati regionali e locali, distanza tra fornitore e acquirente o costi legati alle condizioni morfologiche del territorio), in caso contrario, il meccanismo distributivo dovrebbe stimolarne la progressiva eliminazione o andrebbero utilizzati altri strumenti (ad esempio, investimenti per il riequilibrio infrastrutturale). Gli aspetti demografici possono essere considerati, a questo proposito, in funzione di una valutazione delle possibili economie di scala.

4. Le principali misure proposte per il riordino del SSN

4.1 Il personale

La PDL mira ad accrescere la spesa di personale del SSN attraverso: 1) un incremento del tetto di spesa, in attesa che venga approvata una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale che consenta di valutare l'adeguatezza delle risorse utilizzate; **2) un aumento delle risorse da destinare al potenziamento del personale dell'assistenza sanitaria territoriale** di 150 milioni per il

¹⁹ Si veda Costa, G. e Di Girolamo, C. (2023), *op. cit.*

²⁰ Si veda Mapelli, V. (2007), "Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni", in *Politiche sanitarie*, vol. 8, n. 1, gennaio-marzo.

2023, 300 per il 2024, 500 per il 2025 e 1.000 dal 2026²¹, risultando, a regime, pari a quasi il triplo di quanto destinato dalla legge di bilancio per il 2024 (250 milioni per il 2025 e 350 dal 2026); **3) l'istituzione di un fondo dotato di 2 miliardi annui dal 2024**, destinato ad assicurare nella tornata contrattuale 2022-24 miglioramenti economici per il personale del SSN, per adeguare le retribuzioni ai livelli europei, e a favorire le assunzioni nelle aree dove si rileva maggiore carenza di organico, prevedendo il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.

Quanto al primo punto, il quadro normativo attuale è particolarmente complesso e in corso di evoluzione.

Va innanzitutto ricordato che il tetto per le spese di personale (calcolate al netto dei rinnovi contrattuali) è stato parametrato dal DL 35/2019 (e successive modifiche) al valore storico del 2018 (in alternativa a quello del 2004 ridotto dell'1,4 per cento), aumentato annualmente del 10 per cento della crescita del Fondo sanitario regionale, incrementabile di un ulteriore 5 per cento in caso di oggettivi ulteriori fabbisogni di personale (valutati di volta in volta dai tavoli ministeriali²²) sempre che sia rispettato l'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale. Un eventuale ulteriore incremento è ammesso in caso di re-internalizzazione di servizi sanitari esternalizzati. L'aumento del 5 per cento veniva subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale – coerente con gli standard dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) e con quelli dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), oltre che con la programmazione della formazione e delle necessità assunzionali e con i tetti di spesa – sulla base della quale le Regioni dovevano predisporre i piani dei fabbisogni triennali per il Servizio sanitario regionale, valutati e approvati dai tavoli ministeriali.

Con il decreto interministeriale del 24 gennaio 2023, dopo l'Intesa del 21 dicembre 2022 in Conferenza Stato-Regioni, è stata adottata la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, da applicare in via sperimentale per il triennio 2022-24. Gli allegati al decreto riguardano il personale ospedaliero e quello operante in assistenza domiciliare integrata (ADI) e un ulteriore documento concerne alcuni ulteriori servizi territoriali (salute mentale degli adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere). Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la metodologia è coerente con i relativi standard (tanto che si applica solo nelle Regioni che li hanno attuati). Si ricorda a tal proposito che il DM 70/2015 richiedeva alle Regioni una riduzione dei posti letto a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Con riguardo all'assistenza domiciliare²³, il fabbisogno di personale stimato resta condizionato dalle ipotesi del PNRR, che prevede un'intensità assistenziale media molto bassa per i nuovi assistiti²⁴. Si ricorda che presso il Ministero della Salute è stato istituito un Tavolo tecnico per lo studio delle criticità emerse dall'attuazione dei due Regolamenti sugli standard.

Va infine ricordato che il DL 73/2024, per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, mirando ad assicurare una maggiore flessibilità dei vincoli per la spesa di personale, subordina

²¹ Che vanno a incrementare le risorse stanziare dalla legge di bilancio per il 2022, pari a 91 milioni per il 2022, 150 per il 2023, 328 per il 2024, 591 per il 2025 e 1,015 miliardi dal 2026, e di quelle già previste dal PNRR.

²² Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, e Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della Salute.

²³ La metodologia per l'assistenza domiciliare è indicata come complementare rispetto al DM del 23 gennaio 2023 di ripartizione delle risorse dell'investimento del PNRR per l'assistenza domiciliare integrata.

²⁴ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), "L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale", Focus n. 2, 13 marzo.

invece dal 2024 l'ulteriore incremento del 5 per cento, che può essere richiesto dalle Regioni, a una verifica dell'adeguatezza delle misure compensative della maggiore spesa di personale che devono essere adottate dalle stesse Regioni richiedenti (fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni)²⁵. Per il 2025 è prevista l'approvazione²⁶ di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale coerente con i nuovi limiti di spesa, in base alla quale andranno predisposti dalle Regioni i piani dei fabbisogni triennali per il Servizio sanitario regionale. A questa modifica al DL 35/2019 non sono stati attribuiti effetti di bilancio dalla relazione tecnica.

La PDL prevede un aumento dal 10 al 30 per cento della percentuale dell'incremento del finanziamento al Servizio sanitario regionale che va ad accrescere il tetto di spesa. Tuttavia, apparentemente, tale incremento sarebbe transitorio e non sarebbe più concesso una volta approvata la nuova metodologia di determinazione del fabbisogno di personale, che sembrava dovesse condurre a un potenziamento del personale stesso. Resterebbe dunque un'incoerenza tra il rafforzamento previsto dalla nuova metodologia e il ritorno del tetto al livello individuato dal DL 35/2019 (o dal 73/2024)²⁷. La nuova metodologia, come quella già prevista dalla normativa vigente, contempla la successiva definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale e deve essere coerente con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale. **Non viene specificato se lo standard vada rivisto** in considerazione della richiesta, presente in altri articoli della PDL, di incrementare il numero di posti letto per 100.000 abitanti e di riorganizzare i servizi di emergenza-urgenza. Differisce comunque dal passato la procedura di adozione della nuova metodologia che, oltre all'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, prevede l'accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e il parere delle competenti Commissioni parlamentari, mentre la proposta di decreto spetterebbe al Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, e il decreto sarebbe adottato dal Presidente del Consiglio (DPCM).

Per quanto riguarda le maggiori risorse destinate all'assistenza sanitaria territoriale va osservato che implicherebbero un pari aumento del finanziamento del SSN, che non è chiaro se debba essere aggiuntivo o compreso nella crescita di quest'ultimo, indicata dall'articolo 1 nel doppio del tasso di inflazione. Il contributo di 2 miliardi agli oneri per i rinnovi posti a carico del bilancio statale per la contrattazione 2022-24 sembrerebbe invece aggiuntivo all'aumento del finanziamento del SSN in quanto confluisce in un fondo istituito presso il Ministero dell'Economia e delle finanze. Va tuttavia ricordato che i rinnovi contrattuali restano normalmente a carico delle singole amministrazioni pubbliche (se diverse da quelle statali). **Sarebbe pertanto più appropriato che i 2 miliardi incrementassero il finanziamento del SSN e andrebbe chiarito se debbano essere**

²⁵ L'autorizzazione andrà concessa con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

²⁶ I decreti di approvazione della metodologia e di verifica della congruità dei piani regionali seguiranno lo stesso iter di quello per l'autorizzazione all'incremento del 5 per cento.

²⁷ Per il calcolo degli oneri si è ipotizzato che l'incremento del tetto venga concesso in tutti gli anni di previsione.

considerati aggiuntivi al finanziamento per l'adeguamento al doppio del tasso di inflazione.

Va tenuto a mente che gli oneri per il bilancio pubblico di queste misure consistono nell'incremento della spesa di personale che ne discende al netto degli oneri riflessi.

4.2 *Le misure di riorganizzazione del SSN*

La PDL prevede una serie di misure di riordino e riorganizzazione del SSN, sulle quali di seguito ci si sofferma.

Al fine di accrescere l'appropriatezza, è prevista **una revisione del DPCM del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei LEA, con l'obiettivo di eliminare le prestazioni obsolete**. Si ricorda che i cosiddetti nuovi LEA, determinati nel 2017, non sono ancora esigibili in tutte le Regioni nelle aree dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, in quanto subordinati all'entrata in vigore del provvedimento di definizione delle relative tariffe (decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 23 giugno 2023), la cui attuazione, già in parte rinviata, è stata da ultimo, nel marzo scorso, differita a gennaio 2025.

Inoltre, la PDL dispone **un incremento di 400 milioni, a partire dal 2024, delle risorse del SSN vincolate all'aggiornamento annuale dei LEA**, già indicate in 200 milioni dalla L. 234/2021, a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard. Va ricordato a tale proposito che la legge di bilancio per il 2024 ha incrementato tali risorse di 50 milioni per il 2024 e 200 dal 2025.

Viene proposto, inoltre, di **rivedere gli indicatori e i parametri di riferimento relativi a elementi rilevanti per il monitoraggio dei LEA**, in modo che alcuni siano fissi e altri variabili. Va considerato che nel 2020 è entrato in vigore il Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dei LEA (DM 12 marzo 2019), in sperimentazione già dal 2016, che tuttavia non è ancora stato effettivamente utilizzato a causa dell'emergenza sanitaria e della relativa influenza sui risultati degli indicatori, tanto che i dati per il 2020 e per il 2021 sono stati calcolati solo a scopo informativo. Quelli per il 2022 sono stati presentati dal Ministero della Salute in un convegno il 15 luglio scorso e i risultati sono stati da poco pubblicati sul sito dello stesso Ministero.

Tale sistema, più ampio e completo della precedente Griglia LEA, basato su dati calcolati con una metodologia omogenea, comprende 88 indicatori, di cui 22 cosiddetti *core*, utilizzati per valutare in modo sintetico l'erogazione dei LEA nelle Regioni. Il livello minimo per tutti gli indicatori è 60, su una scala da 1 a 100, calcolata attraverso specifiche funzioni di valorizzazione. Dopo il primo triennio di applicazione la scelta degli indicatori *core* potrebbe essere modificata.

Pertanto, non è ancora possibile valutare appieno se il nuovo sistema sia tale da superare i limiti della precedente Griglia LEA – che non appariva in grado di rilevare tutte

le debolezze del SSN – individuati, in particolare, nella possibile adozione di comportamenti opportunistici (ad esempio, la concentrazione delle risorse sulle prestazioni o servizi oggetto di monitoraggio), nell’adozione come parametri di riferimento dei valori medi regionali (non necessariamente rappresentativi di una condizione di adeguatezza del servizio), nelle distorsioni derivanti dall’uso di autocertificazioni e nell’approccio di condivisione all’interno del Comitato LEA, dove sono presenti le Regioni, il cui operato deve essere monitorato²⁸. Le modifiche prospettate dalla PDL, essendo rinviate a successivo decreto, non possono essere attualmente valutate. Va sottolineata l’importanza di non abbandonare l’insieme degli indicatori non *core* nel monitoraggio dei LEA.

Altra proposta inclusa nella PDL è quella di **rivedere in via sperimentale il sistema di raggruppamento omogeneo di diagnosi** con il quale, ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, vengono classificati i ricoveri in gruppi cui viene attribuita una determinata tariffa. Tra gli obiettivi è contemplato il contrasto dei fenomeni di inappropriata e dei comportamenti opportunistici di selezione dei pazienti meno complessi o delle procedure più remunerative. Il sistema attualmente in uso, applicato dal 2009, è la versione 24.0 dei *Medicare Diagnosis Related Groups* (DRG), mutuato dagli Stati Uniti. Sarebbe auspicabile un suo aggiornamento e un migliore adeguamento alla realtà italiana. La PDL prevede di applicare il sistema dei DRG anche alle prestazioni ambulatoriali e territoriali e di collegare le tariffe ai risultati in termini di qualità e di salute e alla presa in carico complessiva del paziente. Per il primo aspetto, è possibile ipotizzare che si faccia riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), alcuni dei quali sono anche monitorati dal NSG. Quanto al secondo aspetto, la qualità delle prestazioni, gli esiti, la capacità di presa in carico complessiva del paziente variano da caso a caso e dunque si tratta di fattori che non potrebbero incidere sulla definizione delle tariffe standard per DRG (o per PDTA), ma potrebbero essere eventualmente considerati per attribuire premi o sanzioni da applicare alle tariffe stesse. L’eventuale differenziazione delle tariffe dovrà essere comunque compatibile con la realizzazione dei LEA e il meccanismo di premi e sanzioni non deve favorire la specializzazione in prestazioni a basso costo e di bassa qualità.

Con riguardo all’assistenza ospedaliera, viene anche prevista la **ridefinizione del sistema di calcolo del numero di posti letto** in funzione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, **con un significativo incremento di quelli di degenza ordinaria e di terapia intensiva**, tale da portare la disponibilità dei primi almeno al livello della media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e quella dei secondi ad almeno 25 per 100.000 abitanti.

²⁸ Si vedano: Caruso, E. e Dirindin, N. (2021), “La garanzia dei LEA: problemi di misurazione e monitoraggio”, CAPP paper, n. 175, Centro di Analisi e Politiche Pubbliche, Dipartimento di Economia Marco Biagi, Università di Modena e Reggio Emilia, dicembre; Ufficio parlamentare di bilancio (2024), “Audizione dell’Ufficio parlamentare di bilancio nell’ambito dell’indagine conoscitiva sulla determinazione e sull’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”, 1° febbraio.

Il confronto internazionale va preso con cautela. **I dati Eurostat mostrano una media europea (UE27) di posti letto²⁹ per 100.000 abitanti pari a 524,75 nel 2021, contro 312,39 in Italia**, ma va osservato che tali dati comprendono anche il settore privato. Quanto alle terapie intensive, l'Italia presentava, nello stesso anno, un numero di posti letto decisamente inferiore alla media OCSE (11,6 contro 16,9 per 100.000 abitanti), ma il dato relativo al nostro Paese non è pienamente confrontabile in quanto comprende solo i posti per pazienti critici, a fronte di paesi per i quali sono indicati anche i posti relativi alle cure neonatali e pediatriche³⁰.

Si ricorda che il DL 34/2020 aveva previsto un aumento di 3.500 posti letto in terapia intensiva – che avrebbe consentito di raggiungere una dotazione strutturale di 14 posti letto per 100.000 abitanti – e di circa 4.200 in terapia semintensiva, per un totale di circa 7.700 posti letto in più. Successivamente, tale investimento è confluito tra quelli in essere da finanziare nell'ambito del PNRR ai fini dell'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Con la rimodulazione del PNRR i nuovi posti letto finanziati da quest'ultimo sono stati ridotti a poco meno di 6.000, di cui 2.692 in terapia intensiva e 3.230 in semi-intensiva. Per gli ulteriori posti precedentemente previsti si prevedeva di trovare fonti di finanziamento alternative.

La figura 10 mostra il numero di posti letto in terapia intensiva nel 2021 per 100.000 abitanti in Italia e nelle diverse Regioni, così come risultano dai dati del Ministero della Salute³¹. Nel Paese si disponeva di 14,6 posti letto, un livello superiore a quello individuato inizialmente come obiettivo del PNRR, anche se non tutte le Regioni raggiungevano questa soglia e alcune, come la Provincia autonoma di Trento e la Calabria, rimanevano decisamente indietro. **Per arrivare all'obiettivo indicato dalla PDL (25 posti letto) si dovrebbe dunque aumentare il numero di posti letto in terapia intensiva di 10,4 per 100.000 abitanti, con effetti differenziati sul territorio** (6,8 posti letto in più in Lombardia, a fronte di più di 15 posti letto nella Provincia autonoma di Trento e in Calabria).

Passando ai posti letto complessivi, se si intendesse raggiungere almeno il livello di 500 posti per 100.000 abitanti indicato nella PDL, nelle sole strutture pubbliche e accreditate, **tenendo conto dei più elevati posti di terapia intensiva previsti, andrebbero assicurati 134,6 ulteriori posti per 100.000 abitanti a livello nazionale, con un'ampia variabilità tra Regioni**, da 40 in più in Piemonte e meno di 100 in Valle d'Aosta, Lombardia e Provincia autonoma di Bolzano a circa 200 in Calabria, Toscana e Campania (fig. 11).

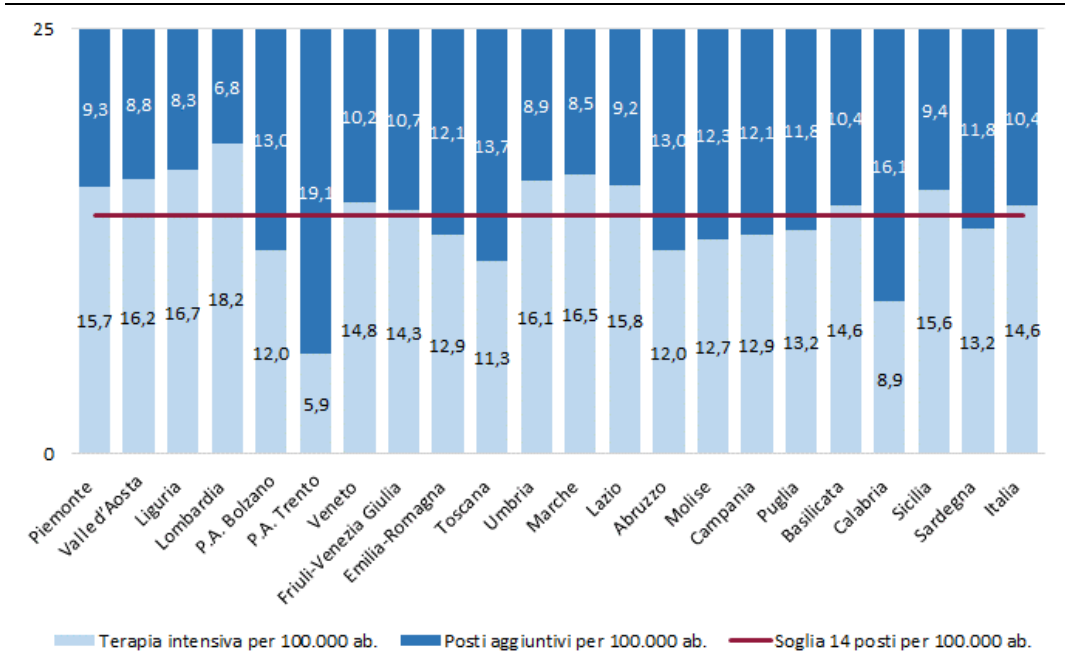
Va osservato che **in caso di attivazione di nuovi posti letto è indispensabile assicurare un'adeguata presenza di personale sanitario**. Si è visto che la PDL prevede diverse misure per il potenziamento del personale, tuttavia andrebbero assicurate, come accennato, la presa in conto dei nuovi standard di posti letto nella nuova metodologia di calcolo dei fabbisogni e la coerenza di quest'ultima con le risorse destinate al personale e con il nuovo limite di spesa.

²⁹ I posti sono comprensivi di quelli per acuti, riabilitazione per cure a lungo termine e altro.

³⁰ OCSE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi.

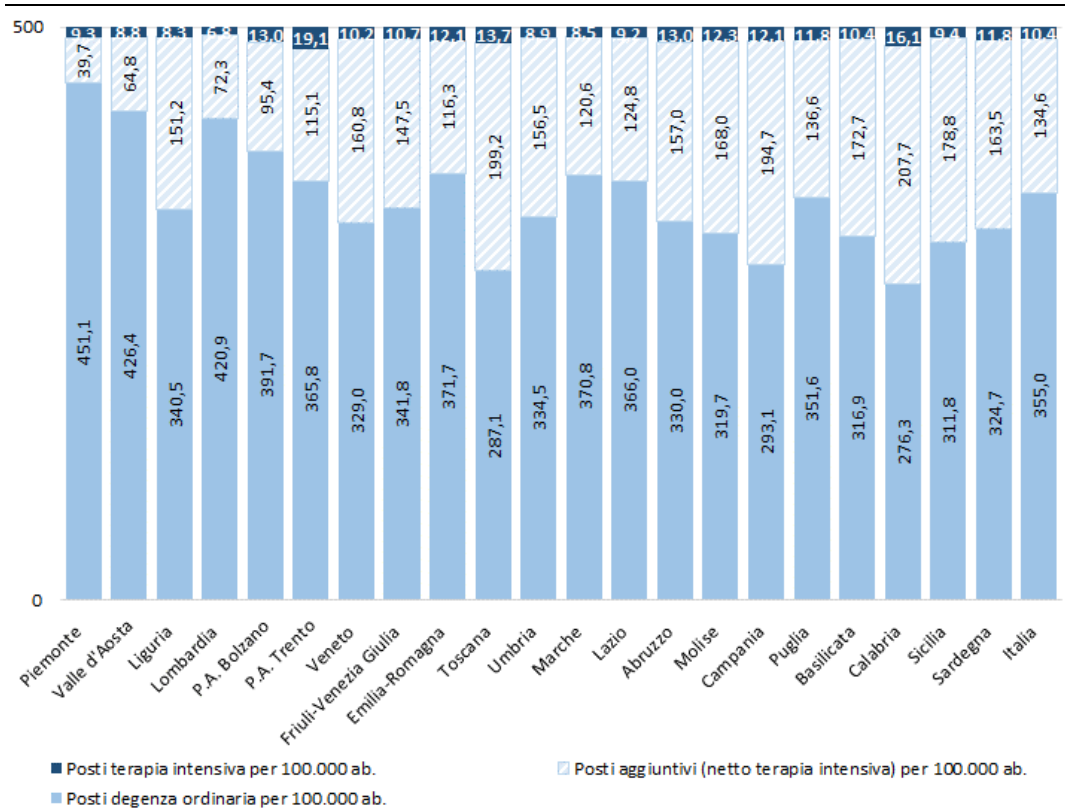
³¹ Si osservi che i dati forniti dal Ministero della Salute per i posti letto ordinari e in terapia intensiva non coincidono con quelli di Eurostat.

Fig. 10 – Posti letto in terapia intensiva per 100.000 abitanti nel 2021 e obiettivo da raggiungere



Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

Fig. 11 – Posti letto ordinari per 100.000 abitanti nel 2021 e obiettivo da raggiungere



Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

Nella fase dell'emergenza sanitaria, tra il periodo antecedente il DL 34/2020 e il 10 maggio 2021, all'incremento dei posti si è accompagnata una riduzione del numero di anestesisti e rianimatori per posto letto in terapia intensiva³². Del resto, la stessa relazione tecnica al DL 34/2020 calcolava i costi del personale aggiuntivo necessario a rafforzare le terapie intensive prendendo a riferimento soltanto il 40 per cento dei posti da incrementare (1.400 su 3.500), facendo affidamento sul personale già disponibile nelle unità di terapia intensiva e rianimazione.

Sempre nella PDL si propongono³³: 1) una riorganizzazione del sistema di emergenza sanitaria, assicurando l'integrazione funzionale del Sistema Nazionale di Emergenza Sanitaria ("118") con il dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione, prevedendo il collegamento dei rispettivi sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso; 2) la ridefinizione delle dotazioni organiche del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio e dei profili dei professionisti coinvolti, per uniformarne l'impiego sul territorio, definendo apposite indennità di rischio biologico e ambientale e assicurando una formazione adeguata e funzionale all'integrazione con i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri.

L'integrazione, anche digitale, tra il sistema "118" e i servizi di emergenza-urgenza rappresenterebbe un obiettivo utile e auspicabile per rendere più efficiente e più fluido il sistema. Il proposito di assicurare al personale dei servizi di emergenza-urgenza specifiche indennità di rischio appare giustificato alla luce degli elementi di disagio che caratterizzano queste attività, recentemente rafforzati dagli effetti delle carenze di risorse umane sullo stress del personale e dall'incremento dei casi di aggressività, anche fisica, degli assistiti e relativi parenti. Tuttavia, andrebbe specificato come tale indennità si sovrapponga con quella di pronto soccorso, recentemente introdotta. Anche in questo caso si deve ritenere che le risorse per le indennità di rischio e quelle che risultassero necessarie in base alla ridefinizione delle dotazioni organiche vadano reperite nell'ambito dell'incremento della spesa per il personale previsto dalla PDL, ma non sono presentati elementi per valutare la coerenza con le nuove esigenze di spesa.

Ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, oltre a raccomandare il rispetto dei tempi massimi previsti e la pubblicazione sul sito della Regione dei tempi necessari per ottenere le diverse prestazioni, la PDL prevede la gestione informatica trasparente, tracciabile e unica dell'agenda di prenotazione per le strutture pubbliche e private accreditate, comprese le prestazioni in intramoenia. La realizzazione di centri unici di prenotazione (CUP) è ampiamente condivisa e già prevista, tra l'altro, dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-21. Il recente DL 73/2024 consente che vi siano CUP di livello infraregionale, mentre la PDL **pone l'agenda di prenotazione esclusivamente a livello regionale.** Inoltre, lo stesso DL 73/2020 individua la piena interoperabilità dei centri di

³² Altems, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore (2021), "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19", Instant REPORT#53, 20 maggio.

³³ Le misure andrebbero attuate con DPCM, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, anche in questo caso in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP come condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali e come specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale. La PDL, invece, pone come sanzione, in caso di attivazione di agende separate, la perdita dell'accreditamento all'esercizio in convenzione con il SSN e, nel caso delle strutture pubbliche, in caso di mancata adesione alle prescrizioni sulla gestione delle liste di attesa, il divieto di attivare l'*intramoenia*.

La PDL richiede anche alle strutture private di gestire un sistema di prenotazione distinto per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e quelle in convenzione con il SSN. Inoltre, sono poste ulteriori condizioni per le prestazioni in *intramoenia* delle strutture, tra cui la garanzia che non vi siano trattamenti di favore per i pazienti in questo regime. Si ricorda che il DL 73/2024 prevede il divieto per ciascun dipendente di svolgere un volume di prestazioni in attività libero-professionale superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali e verifiche da parte della direzione generale aziendale, con sanzioni che possono arrivare alla sospensione del diritto allo svolgimento dell'attività stessa.

Ancora, la PDL stabilisce che **il rispetto delle disposizioni introdotte per l'abbattimento delle liste di attesa rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA e consente l'accesso alle forme premiali**. Tuttavia, il riferimento è all'articolo 2, comma 67-bis, della L. 191/2009 che riguarda la quota premiale di cui si è detto nel terzo paragrafo, ormai distribuita da tempo anche secondo i criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (malgrado questo meccanismo continui a essere definito come transitorio). Forse sarebbe più opportuno un riferimento al comma 68, lettera c dello stesso articolo, che riguarda la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali (3 per cento del finanziamento indistinto, al netto di alcune voci, e 2 per cento per le Regioni che nell'ultimo triennio hanno rispettato gli adempimenti previsti).

Il potenziamento della ricerca sanitaria è perseguito dalla PDL attraverso la destinazione di uno 0,5 per cento in più del finanziamento complessivo al SSN (poco meno di 700 milioni nel 2024). **Al contempo, è incrementato il contributo delle aziende farmaceutiche alla ricerca sui farmaci**, in misura pari al 10 per cento delle spese autocertificate sostenute per le attività di promozione, al netto di quelle di personale (stimate in circa 685 milioni su base annua dal Dipartimento delle Finanze in occasione dell'esame parlamentare della L. 175/2021³⁴).

³⁴ Servizio del bilancio del Senato (2021), "A.S. 2255: 'Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani' (Approvato dalla Camera dei deputati)", Nota di lettura n. 227, luglio.

4.3 L'assistenza sanitaria integrativa

Un articolo della PDL è dedicato alla revisione della normativa in materia di assistenza sanitaria integrativa. In primo luogo, **si mira a ripristinare l'opportuna distinzione tra prestazioni sostitutive di interventi erogati dal SSN e prestazioni integrative**, limitando il campo di azione delle forme di assistenza sanitaria integrativa alle seconde, ovvero quelle, erogate da professionisti e da strutture accreditate, non comprese nei LEA, e alle quote di compartecipazione a carico dell'assistito sulle prestazioni comprese ed erogate dal SSN. Inoltre, la PDL prevede che le forme di assistenza integrativa dedichino l'80 per cento delle proprie risorse alla copertura di prestazioni integrative e il 20 per cento a quella delle compartecipazioni e prestazioni *intramoenia* e alberghiere a pagamento.

Già il DL 229/1999 disponeva, ai fini del riconoscimento delle agevolazioni fiscali, che i Fondi integrativi del SSN (attualmente definiti Fondi di tipo A), oltre a essere tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi e a essere autogestiti³⁵, potessero fornire esclusivamente prestazioni aggiuntive non comprese nei LEA erogate da professionisti e da strutture accreditati, nonché copertura degli oneri a carico dell'assistito relativi a prestazioni comprese nei LEA erogate dal SSN (compresi quelli dell'*intramoenia* o di servizi alberghieri su richiesta) o a prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o domiciliari. Tuttavia, il decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008, modificato dal decreto del Ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 27 ottobre 2009, consente alle società di mutuo soccorso e agli enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale (cosiddetti Fondi di tipo B) di ottenere le agevolazioni fiscali³⁶ all'unica condizione che almeno il 20 per cento delle risorse, al netto delle spese di gestione, sia impegnato per l'erogazione di prestazioni integrative, intese come prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio erogate da strutture autorizzate.

Nel tempo, la maggior parte dei Fondi si è orientata verso il tipo B, che consente un'ampia erogazione di prestazioni sostitutive, mentre si è diffusa la pratica della riassicurazione o gestione dei Fondi attraverso compagnie assicurative³⁷ e si è sviluppato un processo di concentrazione e finanziarizzazione³⁸.

Poiché la PDL si riferisce in generale alle forme di assistenza sanitaria integrativa, sembrerebbe riguardare sia i Fondi di tipo A, sia quelli di tipo B, anche se questo dovrebbe

³⁵ Era consentito tuttavia l'affidamento in gestione, mediante convenzione, a istituzioni pubbliche (compresi gli Enti territoriali) e private operanti nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo modalità da individuare con decreto ministeriale. L'applicazione di questa disposizione era rinviata a un decreto ministeriale.

³⁶ Non concorrenza al reddito, fino al tetto di 3.615,2 euro, dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente finalità assistenziale in esecuzione di contratti, accordi o regolamenti aziendali e detraibilità dei contributi associativi versati alle società di mutuo soccorso, nel limite di 1.300 euro.

³⁷ Si vedano Gruppo Unipol – UniSalute S.p.A. (2024), "Audizione di Giovanna Gigliotti presso la Commissione parlamentare affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale, nell'ambito dell'Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute"; Fondazione Gimbe (2019), "La sanità integrativa", Report Osservatorio GIMBE, n. 1, Bologna, gennaio.

³⁸ Geddes da Filicaia, M. e Giorgi, C. (2024), "L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale", in *Politiche Sociali/Social Policies*, n. 3/2023.

essere opportunamente specificato. In ogni caso, **la PDL delega a uno o più decreti legislativi, attraverso i quali l'impostazione della proposta dovrebbe trovare applicazione, il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare**, assicurando in particolare l'esclusione dai benefici fiscali delle prestazioni comprese nei LEA.

Inoltre, la PDL sottolinea le finalità solo assistenziali delle forme di assistenza integrativa, che non devono attuare politiche di selezione dei rischi e di discriminazione, e **interviene incisivamente negando l'accesso alle agevolazioni fiscali in caso di affidamento della gestione a soggetti con scopo di lucro**, escludendo la partecipazione di datori di lavoro, sindacalisti o promotori delle forme di assistenza sanitaria integrativa agli organi di gestione e amministrazione delle stesse, di enti gestori delle stesse o di imprese di assicurazione che le finanzino o gestiscano e vietando ai medesimi soggetti l'ottenimento di benefici o vantaggi in conseguenza dell'adesione dei relativi lavoratori, iscritti o associati. Sembra opportuna anche la richiesta di assicurare la volontarietà dell'adesione del singolo alle forme di assistenza sanitaria integrativa costituite sulla base di accordi contrattuali o collettivi relativi a specifiche categorie di lavoratori. Vengono poi vietate le campagne pubblicitarie delle forme di assistenza sanitaria integrativa basate sulla sottolineatura delle difficoltà di accesso al SSN o tali da promuovere l'inappropriatezza.

Altre norme intervengono sulla trasparenza dell'anagrafe dei Fondi sanitari, che dovrebbe essere consultabile nel sito internet istituzionale del Ministero della Salute, e sul tipo di dati da fornire, comprese le informazioni sulle agevolazioni fiscali godute. Si osserva che sarebbe molto utile, sia a fini di studio e analisi, sia di disegno delle politiche, se vi fosse anche una piena disponibilità dei dati amministrativi in possesso dell'Agenzia delle entrate relativi al minore gettito dovuto a tali agevolazioni.