



## **Disegno di legge C. 2365 - “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”**

Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati

27 maggio 2025

### **Audizione AIOP**

Illustre Presidente,

illustri Onorevoli,

il disegno di legge in esame si pone come obiettivo quello di introdurre misure volte a ridurre le liste di attesa e assicurare il rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso alle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Vi ringrazio, dunque, per l'opportunità di confronto con AIOP che, con le sue 550 istituzioni aderenti, è l'Associazione maggiormente rappresentativa delle strutture di diritto privato del SSN.

La nostra rete è parte integrante e non sostituibile del Servizio Sanitario Nazionale.

Le strutture di diritto privato in regime di accreditamento con il SSN producono infatti oltre 2 milioni di ricoveri annui (pari al 28,1% di tutti i ricoveri ospedalieri che il SSN rende disponibili ai cittadini) e un volume di oltre 291 milioni di prestazioni ambulatoriali (ossia il 36,2% di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale). Si tratta, evidentemente, di una quota rilevantissima delle prestazioni totali.

La forte attenzione al profilo dell'esigibilità delle prestazioni alimenta costantemente il dibattito pubblico e la sensibilità rispetto al tema delle liste d'attesa, per offrire una più tempestiva e adeguata risposta alla domanda di prestazioni.

Il contributo della componente di diritto privato risulta determinante (e può e deve esserlo sempre di più) poiché le nostre aziende non solo assicurano quote significative di prestazioni, ma hanno un potenziale inespresso di erogazione, oggi limitato dalla normativa vigente.

Il riferimento in tal senso è al vincolo posto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (cd. “Spending Review”) che ha posto in capo alle Regioni un limite massimo all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale e ospedaliera da soggetti privati accreditati. Limite che, dopo dodici anni, è stato effettivamente rideterminato con Legge di Bilancio 2024 incrementandolo dell'1%, del 3% e del 4% rispettivamente negli anni 2024, 2025 e a decorrere dal 2026.

Questo intervento è stato un primo, vero, segnale di inversione di tendenza rispetto a un decennio di restrizioni progressive del finanziamento e dei volumi di attività. Un segnale al quale hanno fatto seguito dei piccoli incrementi ai sensi dell'articolo 1, commi 277-279, della Legge 30 dicembre 2024, n. 207.



**Conseguentemente, non possiamo che accogliere positivamente le misure previste dal disegno di legge in discussione che incrementano ulteriormente il suddetto tetto di spesa dello 0,5% e del 1% (per il 2025 e a decorrere dal 2026) destinando prioritariamente tali risorse alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza.**

Se la *ratio* di questi interventi appare pienamente condivisibile, essi risultano tuttavia ancora a nostro giudizio insufficienti per addivenire al superamento del fenomeno delle liste di attesa.

**Questa nota realtà ci induce a condividere la richiesta della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di consentire, alle amministrazioni regionali che intendono avvalersene, di acquisire maggiori prestazioni dagli erogatori di diritto privato accreditati, utilizzando una quota non superiore allo 0,5% del livello annuale del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, in deroga al citato articolo 15, comma 14, del d.l. 95/2012.** Ciò detto, riteniamo indispensabile che perduri una forte sollecitazione da parte delle autorità centrali nei confronti delle stesse Regioni e delle Province autonome, affinché le risorse all'uopo stanziato siano concretamente utilizzate e trasformate in prestazioni all'utenza.

Cogliamo questa occasione per fornire una ulteriore suggestione.

Il vincolo posto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo del d.l. 95/2012 ricomprende le prestazioni di emergenza-urgenza erogate dalle strutture private accreditate sede di pronto soccorso, che pertanto fanno parte della Rete Regionale dell'Emergenza (118). Considerato che le suddette prestazioni devono essere obbligatoriamente erogate in quanto considerate "prestazioni salva vita", riteniamo necessario che il loro valore annuale sia computato in deroga ai limiti di spesa fissati dalla "Spending review" e pertanto – fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale – non concorra alla formazione del calcolo per la verifica del limite di spesa fissato dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, così evitando una compressione dell'erogazione delle restanti prestazioni assoggettate al limite di spesa fissato con la citata norma.