



**Audizione 5<sup>a</sup> Commissione permanente Bilancio**  
*Senato della Repubblica*

***“Conversione in legge del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico”***

**S. 2505 – Cd. Sostegni ter**

**Associazione Italiana Ospedalità Privata**

***Dott.ssa Barbara Cittadini***  
Presidente Nazionale Aiop

11 febbraio 2022

## **1. Premessa. I sostegni**

L'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) rappresenta 577 strutture di eccellenza che, nel corso della Pandemia Covid-19, si sono distinte, con merito, per il contributo offerto all'intero SSN, per decongestionare l'afflusso e la gestione di quei pazienti che non sono riusciti e, tuttora, non riescono a trovare assistenza nelle strutture di diritto pubblico.

Un impegno, questo, che continua a garantire anche nel corso di questa "quarta ondata", in quanto componente del SSN.

Aiop ha, da subito, scelto di affrontare questa emergenza con pieno senso di responsabilità e di unità di impegno, mettendo le proprie strutture ospedaliere a disposizione per assicurare la migliore e la più efficace risposta a tutela della salute dei cittadini, dando scrupolosa attuazione alle direttive nazionali e regionali emanate dalle autorità.

Con il cd. **Decreto Sostegni ter (A.S. 2505)**, "Conversione in legge del decreto-legge 27 gennaio 2022, n.4, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico" il Governo ha voluto varare un decreto che preveda i ristori per indennizzare le attività chiuse, o fortemente penalizzate, dalle restrizioni imposte per contenere il dilagare della variante Omicron.

Ciononostante, rileviamo **l'assenza di una specifica previsione**, all'interno dell'esaminando decreto, che riconosca l'impegno delle strutture associate Aiop, così come invece avevano già fatto la Legge di Bilancio 2021 e, prima, la L.176/2020.

Infatti, onde **assicurare la sostenibilità del settore** e, in alcuni casi, la stessa sopravvivenza di un considerevole numero di aziende associate Aiop, riteniamo prioritario che il decreto riproponga quanto l'art. 1, co. 495, L. 30-12-2020 n. 178, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023" aveva già previsto: il riconoscimento, anche, per il 2022, delle misure a sostegno delle strutture private accreditate introdotte, per il 2020, dall'art. 19-ter del D.L. 137/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 176/2020.

La disposizione della Legge di Bilancio 2021 appena richiamata **prevedeva per il 2021 l'estensione del riconoscimento di un ristoro, a tutte le strutture di diritto privato del SSN, nelle ipotesi di sospensione delle attività previste negli accordi stipulati nel 2021**, ristoro già previsto, nel 2020, per tutte le strutture che avevano sospeso le attività di ricovero e ambulatoriali, differibili e non urgenti, per effetto del Covid-19.

Tale contributo era concesso fino a un **massimo del 90%, a ristoro dei soli costi fissi, comunque, sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura.**

Rinnovare tale norma, in questo delicato e complesso momento storico, costituirebbe ulteriore prova del giusto riconoscimento del ruolo della componente di diritto privato, anima fondamentale del SSN, che mai ha fatto mancare, e che continuerà ad assicurare, il suo leale contributo al fine di garantire, a tutti i cittadini, i più alti standard di cura e assistenza.

## ***2. La carenza del personale***

Occorre, poi, svolgere una ulteriore considerazione.

La sanità italiana, a causa del Covid-19, è entrata in crisi, evidenziando carenze strutturali e di programmazione tanto che, in più occasioni, si è parlato di stress test per il nostro sistema.

La pressione dell'ospedalizzazione è stata tale che interi reparti sono stati riconvertiti in "posti COVID" e, a due anni dallo scoppio dell'emergenza, le "ondate" della pandemia continuano a scontrarsi e avere effetti dirompenti sulle strutture ospedaliere.

Questa situazione, è appena il caso di sottolinearlo, ha fortemente inciso sulla possibilità delle strutture di prendere globalmente e tempestivamente in carico i pazienti con altre patologie, andando ad acuire fenomeni gravissimi e preoccupanti quali la rinuncia alle cure e l'aumento delle liste d'attesa.

Questo trend è alla base di ulteriori criticità emerse, a volte drammaticamente, al rivelarsi del perdurante evento pandemico.

Ebbene, la **carenza di personale medico e infermieristico** e la limitata disponibilità di posti letto negli ospedali sono tra le maggiori criticità del Servizio Sanitario Nazionale, che in questa fase di emergenza pandemica è stato costretto a moltiplicare gli sforzi per gestire al meglio ricoveri e urgenze.

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

Le restrizioni imposte per arginare il contagio, il costante aumento dei ricoveri, la riconversione di interi reparti ospedalieri da destinare ai malati Covid, hanno portato gli ospedali a livelli di stress inaccettabili, con una preoccupante penuria di posti letto e liste d'attesa che si sono ancor più allungate.

Molte persone hanno rinunciato alle cure e tante operazioni chirurgiche sono state annullate, con i Pronto soccorso in perenne affanno e le ambulanze trasformate in provvisorie stanze di ricovero.

Questa carenza di personale, che ha carattere cronico e sistematico nel nostro sistema, come denunciato dalle maggiori Associazioni e Sindacati dei professionisti, inficia sensibilmente sulla qualità delle cure che siamo in grado di erogare ai cittadini.

Il rapporto Censis-Fnopi 2020<sup>1</sup> ha stimato questo bisogno in un reclutamento aggiuntivo di circa 57.000 infermieri.

Secondo l'ultimo rapporto C.R.E.A. Sanità, 17<sup>a</sup> edizione<sup>2</sup>, il dato è ancora più preoccupante: rispetto alla media dei Paesi europei considerati, riferendosi alla popolazione nel suo complesso, l'Italia presenta un gap di - **3,93 infermieri** ogni 1.000 abitanti che si traduce in **una carenza di 237.282 unità di personale**.

L'analisi mette a confronto il numero di medici ed infermieri italiani rapportati alla popolazione totale ed alla popolazione over 75, con la media dei rispettivi valori di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna: Paesi che, proprio come l'Italia, lamentano carenza di personale.

Ripetendo le analisi con riferimento alla **sola fascia over 75**, che è in continua crescita per effetto della scarsa natalità e l'allungamento dell'aspettativa di vita, il numero di medici e infermieri ogni 1.000 abitanti over 75 risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi europei considerati: allo stato attuale, **mancherebbero all'appello più di 17.000 medici e 350.000 infermieri**.

Il Legislatore ha provato a porre rimedio a questa rilevante criticità del nostro sistema attraverso la previsione di cui all'art. 6-bis del Decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito con modificazioni dalla L. 16 settembre 2021, n. 126, con il quale

---

*Al fine di fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e socio-sanitario che si riscontra nel territorio nazionale, fino al 31 dicembre 2021 è consentito l'esercizio temporaneo, nel territorio nazionale, delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica di operatore socio-sanitario, in deroga alle norme sul riconoscimento delle predette qualifiche professionali, secondo le procedure di cui all'articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.*

---

La legge di conversione, sostanzialmente, ha **prorogato fino al 31 dicembre 2022 la possibilità di esercitare temporaneamente, nel territorio nazionale, le qualifiche professionali sanitarie e la qualifica di operatore socio-sanitario**, in deroga alle norme sul riconoscimento delle predette qualifiche, secondo le procedure di cui all'art. 13 del D.L. 18/2020.

La cronicità e sistematicità della problematica, che non è legata esclusivamente all'emergenza, deve essere risolta in maniera strutturale: si propone, dunque, di **eliminare il riferimento temporale al 31 dicembre 2022 o, quantomeno, estendere ulteriormente la disposizione fino al 31 dicembre 2024** poiché, ad oggi, non è possibile ritenere che il futuro ingresso dei giovani professionisti del nostro Paese sul mercato lavorativo sia in grado di colmare una carenza tanto rilevante.

---

<sup>1</sup> <https://www.censis.it/welfare-e-salute/rapporto-censis-fnopi-sugli-infermieri-e-la-sanita%C3%A0-del-futuro/rapporto-censis-fnopi>

<sup>2</sup> XVII edizione del Rapporto Sanità, presentata il 19 gennaio 2022 ed edita dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), p. 149

Appare opportuno segnalare, in aggiunta a quanto già esposto, che nel corso dell'esame del provvedimento "Conversione in legge del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, recante proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19" (A.S. 2488), **l'emendamento n. 4.0.2 (testo 4) della 1<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato ha apportato una modifica all'art. 13, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 creando una **disarmonia rispetto al comma 2** del medesimo articolo.**

Nel dettaglio, nel comma 1 le parole «purché impegnate nell'emergenza da COVID-19» sono state sostituite dalle parole «interessate direttamente o indirettamente nell'emergenza da COVID-19» e, per quanto l'emendamento possa essere condiviso, non possiamo esimerci dal rilevare come, per evitare una antinomia rispetto al comma 2 del richiamato art. 13 DL 18/2020, si reputa necessario apportare, in questa sede, la medesima modifica.

### **3. Proposte emendative**

Tutto ciò premesso, Aiop, al fine di vedere riconosciuti gli sforzi delle proprie strutture che, grazie al loro apporto, hanno evitato il collasso del SSN e al fine di fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e socio-sanitario che si riscontra nel territorio nazionale avanza le seguenti proposte emendative.

---

AS 2505  
Emendamento  
Art. 21

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 21-bis

**(Prestazioni acquistate dal Servizio sanitario nazionale da privati accreditati)**

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2022 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2022, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2022 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2022. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato

per l'anno 2022, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2022, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2022 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2022».

---

AS 2505  
Emendamento  
Art. 21

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

«Art. 21-bis.

***(Misure urgenti in materia di personale sanitario)***

1. All'articolo 13, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le parole «purché impegnate nell'emergenza da COVID-19» sono sostituite dalle seguenti: «interessate direttamente o indirettamente nell'emergenza da COVID-19».
2. All'articolo 6 bis, comma 1, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126, le parole: «, fino al 31 dicembre 2022» sono soppresse.

---

AS 2505  
Emendamento  
Art. 21

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

«Art. 21-bis.

***(Misure urgenti in materia di personale sanitario)***

1. All'articolo 13, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le parole «purché impegnate nell'emergenza da COVID-19» sono sostituite dalle seguenti: «interessate direttamente o indirettamente nell'emergenza da COVID-19».
2. All'articolo 6 bis, comma 1, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126, le parole: «, fino al 31 dicembre 2022» sono sostituite dalle seguenti: «, fino al 31 dicembre 2024».