



**A.I.O.P.**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
OSPEDALITÀ PRIVATA

---

## **Audizione**

**1<sup>a</sup> Commissione permanente Affari Costituzionali**

**5<sup>a</sup> Commissione permanente Bilancio**

*Senato della Repubblica*

***“Conversione in legge del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”***

S. 452 – Cd. Milleproroghe

**Associazione Italiana Ospedalità Privata**

***Dott.ssa Barbara Cittadini***

Presidente Nazionale Aiop

16 gennaio 2023

## 1. PREMESSA

Il settore sanitario è un comparto a crescente qualificazione professionale e *labour-intensive* e, difficilmente – almeno nel breve periodo – questa tendenza subirà un’inversione come, invece, si sta verificando in altri settori dove l’agire dell’uomo viene sostituito, più o meno gradatamente, dall’introduzione delle macchine.

Le risorse umane rappresentano il patrimonio, fondamentale e insostituibile, del nostro Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, anche delle strutture che aderiscono all’Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop) – l’associazione maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del SSN, con 574 associate e 63.000 posti letto - che a livello nazionale impiegano oltre 73mila persone: 12 mila medici, 28 mila infermieri e tecnici e 33 mila operatori di supporto.

Il Disegno di Legge n. 452, di conversione del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, e noto come **DL Milleproroghe**, **all’articolo 4 dispone la proroga di termini in materia di salute.**

Interviene su temi di particolare importanza, quali la realizzazione di specifici obiettivi connessi all’attività di ricerca, assistenza e cura relativi al miglioramento dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza o la proroga per le assunzioni degli enti del SSN dei neolaureati in medicina, abilitati all’esercizio della professione medica, reclutati per far fronte all’emergenza Covid.

Le misure introdotte dal DL Milleproroghe sono, tuttavia, insufficienti per dare una risposta puntuale alla domanda di salute della popolazione, perché le strutture ospedaliere, a prescindere dalla natura giuridica, registrano criticità che è indispensabile risolvere, tra le quali una **cronica carenza di operatori sanitari, in un contesto di drammatica crisi energetica con costi divenuti insostenibili.**

## 2. LA CARENZA DI PERSONALE

La carenza di personale medico e infermieristico 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 e secondo politiche di contenimento della spesa.

Secondo la Ragioneria Generale dello Stato, si rileva - dall’anno 2011 (683mila unità) all’anno 2020 (665mila unità) - una diminuzione complessiva dell’occupazione nel SSN.

Fra il 2011 e il 2016, infatti, come si legge dal rapporto del Conto annuale del Mef relativo all’anno 2020, la sanità registra un calo costante, perdendo quasi 34.000 addetti, per restare stazionaria nella seconda metà del decennio, appena al di sotto dei 650.000 dipendenti.

Secondo i dati del recente rapporto del Ministero della Salute “Il personale del sistema sanitario italiano” (agosto 2022), elaborato anch’esso sulla base delle risultanze del Conto annuale del Mef, nel 2020 il personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo

indeterminato in servizio presso gli ospedali del SSN ammontava a 614.880 unità, di cui 501.795 nelle strutture pubbliche e 113.085 in quelle della componente di diritto privato (Policlinici Universitari Privati, I.R.C.C.S. Privati, Fondazioni Private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca e case di cura accreditate).

La cronica carenza di personale ha fortemente inciso sulla possibilità di prendere globalmente e tempestivamente in carico i pazienti non-Covid, andando ad acuire i drammatici fenomeni sanitari e sociali della rinuncia alle cure, dell'aumento delle liste d'attesa e della mobilità passiva non fisiologica.

Al fine di fronteggiare tale criticità, negli ultimi due anni sono stati previsti numerosi accorgimenti, sia di lungo periodo - come l'incremento delle borse di specializzazione - sia di immediata attuazione, quali la possibilità delle strutture pubbliche e private di assumere specializzandi fino al 31 dicembre 2023; un iter accelerato per il riconoscimento del personale estero con titoli equipollenti; il superamento del vincolo di esclusività per il personale infermieristico.

In attesa che le politiche di lungo periodo conseguano i risultati attesi, per i quali sono tuttavia necessari ancora anni, sono le politiche di breve periodo precedentemente richiamate a garantire la possibilità delle strutture di poter erogare le prestazioni sanitarie e, ove possibile, di procedere al recupero delle liste d'attesa.

Dagli studi Anaao Assomed sulla carenza di personale specialistico, inoltre, appare evidente che non tutte le borse di specializzazione bandite annualmente vengono assegnate, perpetuando una carenza di personale specializzato ormai strutturale in specifiche aree cliniche (es. l'emergenza-urgenza, la pediatria e la chirurgia generale).

La specialistica medica non è tuttavia l'unico settore in difficoltà: secondo la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche in Italia mancano oltre 60.000 infermieri.

Allo stesso modo, anche le stime di SalutEquità confermano che nei prossimi anni la carenza di personale sanitario è calcolabile in circa 25.000 medici e oltre 63.000 infermieri.

Come già evidenziato dal report OECD del 2008, recentemente rilanciato dall'ISS, l'invecchiamento degli italiani - nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni - rivestirà, inoltre, un ruolo significativo nell'incrementare la domanda di servizi sanitari, con un evidente riflesso sul fabbisogno di personale medico ed infermieristico.

Sul tema del fabbisogno di personale sanitario, inoltre, sono disponibili anche le analisi che Agenas ha diffuso attraverso il report "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale" di recente pubblicazione (ottobre 2022).

Facendo riferimento ai dati OCSE, l'Agenzia evidenzia soprattutto la carenza di personale infermieristico negli ospedali e nell'ambito delle cure primarie, rilevando come in molti Paesi si stiano mettendo in atto azioni volte a incentivare la formazione di tali professionalità e renderle più attrattive. Tra le determinanti del difficile reclutamento di personale, Agenas annovera le misure di contenimento delle assunzioni adottate nelle Regioni in Piano di

---

Rientro, i vincoli di spesa presenti nelle Regioni non in Piano di Rientro e la compensazione delle uscite dal sistema per pensionamenti.

Alla grave carenza di personale infermieristico e medico - resa evidente anche dagli studi e dai dati degli ordini professionali riportati - deve, infatti, aggiungersi l'effetto derivante dalla cosiddetta "gobba pensionistica".

Secondo Agenas, nel periodo 2010-2019, il tasso di turnover (che in caso di integrale sostituzione è pari a 100) assume un valore medio annuale di 90 per i medici e di 95 per gli infermieri. Per il quinquennio 2022-2027, si prevede una uscita dal sistema, per i soli pensionamenti, di 29.331 unità di personale medico e 21.050 unità di personale infermieristico.

Poco confortanti risultano, inoltre, le stime sul fabbisogno di infermieri necessari per far fronte al potenziamento dell'assistenza territoriale richiesto dall'attuazione del DM 77. Tutte le nuove realtà operative (2.350 in tutto tra Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, Unità di continuità assistenziale e assistenza domiciliare) - per le quali si è più volte sottolineata l'insufficienza di un finanziamento complessivo per la parte gestionale - avranno bisogno, secondo i calcoli Agenas, tra le 19.450 e le 26.850 unità di nuove acquisizioni.

Tanto considerato, per programmare correttamente il livello di prestazioni e di personale medico e sanitario nelle corsie e garantire il corretto funzionamento delle strutture, gli ospedali di diritto pubblico e di diritto privato necessitano di usufruire - per un arco temporale stabile, almeno triennale - di personale sanitario, sufficientemente formato, in grado di rispondere al fabbisogno di salute delle persone.

Le misure che si propone di prorogare, che non comportano ulteriori oneri, si sono mostrate ampiamente efficaci durante la pandemia e, vista la necessità recuperare le liste d'attesa, possono ora rivelarsi funzionali per garantire alle strutture il personale necessario ad erogare le prestazioni necessarie per garantire l'effettività dei LEA.

Si suggerisce, pertanto, di prorogare fino al 31 dicembre 2025 la possibilità delle strutture di poter contare sugli specializzandi, sul personale estero con titolo equipollente e sulla possibilità degli infermieri di erogare prestazioni in extramoenia.

---

*Dopo l'articolo 4, inserire il seguente:*

*"Art. 4-bis*

*(Proroga dei termini in materia di personale sanitario)*

*Al fine di rispondere alla domanda di personale sanitario delle strutture sanitarie, si apportano le seguenti modifiche:*

*1. All'articolo 1, comma 548-bis, primo periodo, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, le parole "31 dicembre 2023" sono sostituite dalle seguenti "31 dicembre 2025";*

---

2. Al primo periodo del comma 1 dell'articolo 6-bis del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) la parola: «2023» è sostituita con la seguente: «2025»;
- b) alle parole: «qualifiche professionali sanitarie,» sono aggiunte: «come definite dal decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206»;
- c) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Il professionista comunica all'Ordine competente l'ottenimento del riconoscimento in deroga e il nominativo della struttura sanitaria a contratto con il Servizio sanitario nazionale presso la quale presta l'attività nonché ogni successiva variazione. La mancata ottemperanza agli obblighi da parte del professionista determina la sospensione del riconoscimento fino alla comunicazione dell'ottemperanza degli stessi.»;

3. Al comma 1, dell'art. 3-quater del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al primo periodo, le parole: «Fino al termine dello stato di emergenza di cui all'articolo 1 del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126» sono sostituite da: «Fino al 31 dicembre 2025»;
  - b) al primo periodo, le parole: «quattro ore» sono sostituite da «otto ore».
- 

In particolare, la proposta di cui al comma 1, dispone una proroga fino al 31 dicembre 2025 dell'articolo 1, comma 548-bis della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, che prevede la possibilità delle strutture del SSN e delle strutture private accreditate, appartenenti alla rete formativa, di assumere gli specializzandi ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario. La proposta non interviene sugli attuali criteri e modalità di assunzione.

Contestualmente, il comma 2 dell'emendamento in oggetto propone la proroga al 31 dicembre 2025 dell'art. 6-bis del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 che consente l'esercizio provvisorio in Italia delle qualifiche professionali sanitarie tramite riconoscimento semplificato, esplicitando la possibilità delle Regioni di poter riconoscere in deroga anche il personale medico specialista. Tale specifica appare necessaria per garantire una lettura unica della normativa sul territorio nazionale e limitare l'attuale variabilità regionale, che rischia di privare il SSN proprio delle figure di cui ha maggiore bisogno.

La proposta di cui al comma 2, che peraltro mantiene intatte le procedure e le conseguenti garanzie previste dal decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, permette di immettere nel ruolo del SSN persone già presenti nel nostro Paese che sono ancora in fase di riconoscimento dell'equipollenza del titolo conseguito all'estero. Per ottenere il riconoscimento ordinario sono infatti necessari circa due anni sia per i medici che per i medici specialisti.

La proposta di cui al comma 3 prevede, infine, la possibilità degli infermieri di operare anche in extramoenia oltre il termine dello stato di emergenza, rendendola una misura stabile su cui i servizi ospedalieri e territoriali potranno contare fino al 31 dicembre 2025. Al fine di

garantire un apporto effettivo del personale infermieristico, il limite di ore settimanali per la quale si permette l'extramoenia è incrementato da quattro a otto.

### 3. IL RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA

I fenomeni relativi agli eccessivi tempi d'attesa e al mancato recupero delle prestazioni ritardate o non erogate durante la fase più acuta del periodo pandemico hanno acuito alcune tra le più preoccupanti criticità del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quantificare il numero di prestazioni in oggetto, i dati PNE-Agenas aggiornati al 2021 riportano, accanto all'inevitabile diminuzione nel 2020, anche il mancato recupero dei ricoveri non erogati o ritardati durante il periodo più acuto della fase pandemica.

Nonostante una ripresa rispetto al 2020, nel 2021 i volumi di attività non sono tornati ai livelli pre-pandemici né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti: a 1 milione e 700 mila ricoveri "persi" nel 2020 si sommano 1 milione e 200 mila ricoveri non effettuati nel 2021.

Per quanto riguarda i ricoveri urgenti, nel biennio 2020-2021, si registra una riduzione delle ospedalizzazioni del 26% rispetto ai valori pre-Covid.

Per quanto riguarda, invece, i ricoveri programmati la diminuzione si attesta al 44%.

Sul versante della specialistica ambulatoriale, secondo il Report Osservatorio GIMBE 1/2021, tra il 2020 e il 2019 la riduzione complessiva delle prestazioni si attesta su un valore di -144,5 milioni, di cui la maggior parte (90,2%) in strutture pubbliche. La quota più rilevante riguarda gli esami di laboratorio (62,6% del totale delle prestazioni in meno rispetto al 2019), seguita dalla diagnostica (13,9%), dalle visite (12,9%) e infine, più distaccate, dall'area della riabilitazione (5,8%) e da quella terapeutica (4,9%).

Altrettanto allarmanti sono i dati Agenas-MeS Sant'Anna di Pisa riguardanti l'attività di screening per condizioni cliniche il cui esito è fortemente condizionato dalla tempestività della diagnosi e che, a livello nazionale ha avuto una flessione del 43,4% per lo screening cervicale, del 37,7% per lo screening mammografico e del 46% per lo screening colon-rettale.

Questo si traduce in una sottostima delle diagnosi, con conseguente compromissione della prognosi e della qualità della vita del malato, ma anche con conseguente aggravio economico per il SSN chiamato a trattare una casistica più complessa.

Per affrontare tale emergenza, sono stati messi a disposizione delle Regioni alcuni strumenti straordinari a disposizione delle Regioni per incrementare le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini.

Tali strumenti – prorogati al 31 dicembre 2022 dall'art. 1, commi 276 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 - riguardano in particolare:

1. il finanziamento dello sforzo degli erogatori di diritto pubblico, aumentando l'orario di lavoro straordinario del personale e ampliando l'offerta delle singole strutture, anche

superando i limiti imposti dalla normativa sulla spesa del personale sanitario (rif. DL Sostegni-*bis*, articolo 26, comma 1, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73).

2. la possibilità di incrementare le prestazioni acquistate da erogatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, stanziando ulteriori budget anche in deroga agli attuali tetti di spesa pari alla spesa consuntivata 2011 e fissati dall'articolo 15, comma 14, primo periodo del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95 (rif. DL Sostegni-*bis*, articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73).

Si evidenzia, inoltre, che la Legge di Bilancio appena approvata (Legge 29 dicembre 2022, n. 197) prevede, ai sensi dell'art. 1 comma 535, un incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 2.150 milioni di euro per l'anno 2023, 2.300 milioni di euro per l'anno 2024 e 2.600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

Tanto premesso, considerate le misure richiamate, per recuperare le prestazioni non erogate negli scorsi anni appare imprescindibile impiegare quota parte delle risorse aggiuntive assegnate al FSN per il recupero delle liste di attesa.

Si propone, a tal fine, di affrontare tale emergenza prorogando fino al 31 dicembre 2025 la validità normativa degli strumenti messi già a disposizione delle Regioni – consentendo così una migliore programmazione da parte delle strutture sanitarie – e dedicando specifiche risorse del FSN all'obiettivo di recuperare le prestazioni non erogate nel triennio 2020-2022.

---

*Dopo l'art. 4, aggiungere il seguente:*

*4-bis.*

*1. Al fine di consentire la riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti e per le prestazioni di specialistica ambulatoriali, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2025.*

*2. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1 dell'articolo 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 è autorizzata la spesa di 300 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 anche in deroga ai limiti di spesa per il personale di cui all'articolo 11 del Decreto-Legge 30 aprile 2019, n.35. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell'articolo 26 del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 è autorizzata la spesa di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 in deroga ai limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, di cui all'art. 15, comma 14 del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95.*

*3. Le autorizzazioni di spesa di cui al comma 2 del presente articolo, pari a 500 milioni di euro per*

*ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, sono a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, così come rimodulato dall'art. 1 comma 535 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197.*

La proposta emendativa proroga al 31 dicembre 2025 le misure previste dai commi 1 e 2 dell'art. 26 del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 finora adottate per l'abbattimento delle liste di attesa, quali:

- la possibilità delle strutture pubbliche di ricorrere a ore aggiuntive di straordinari del proprio personale;
- la possibilità delle Regioni di acquistare prestazioni da strutture private accreditate in deroga al limite di spesa previsto dall'art. 15, comma 14 del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95.

Si prevede, inoltre, che le risorse attraverso cui finanziare tali prestazioni, pari a 500 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, siano a valere dell'incremento del Fondo Sanitario Nazionale previsto dall'art. 96 della Legge di bilancio 2023.

Per il combinato disposto dell'attuale disegno di legge di Bilancio e la normativa precedente, infatti, il Fondo Sanitario Nazionale vedrà la seguente evoluzione nel prossimo triennio:

	2023	2024	2025
Incremento FSN rispetto al 2022	+4,15 MLD	+ 6,3 MLD	+ 6,6 MLD
Incrementi FSN già vincolati (energia)	1,4 MLD	-	-
Incrementi FSN non vincolati (ad oggi)	2,75 MLD	6,3 MLD	6,6 MLD
<b>Impatto proposta</b>	0,5 MLD	0,5 MLD	0,5 MLD
<b>Incrementi FSN non vincolati - con approvazione proposta</b>	2,65 MLD	5,8 MLD	6,1 MLD

In questo modo, senza comportare maggiori oneri, si vincolerebbero risorse *ad hoc*, per le quali non è stata ancora prevista una specifica destinazione d'uso, per il recupero delle prestazioni non erogate.