

Disegno di Legge

“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028”

A.S. 1689

POSITION PAPER AIOP

Audizione Senato della Repubblica

5^a Commissione Programmazione economica, bilancio

3 novembre 2025



Aiop

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

DISEGNO DI LEGGE

“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028”

A.S. 1689

Position Paper Aiop

Audizione Senato della Repubblica

5^a Commissione Programmazione economica, bilancio

3 novembre 2025

1. Premessa

In relazione al Disegno di Legge in esame, che deve essere letto unitamente alle precedenti manovre, intendiamo anzitutto apprezzare l’impegno finanziario in ordine alle risorse messe a disposizione del settore della salute che torna al centro del dibattito pubblico e dell’agenda politica di Governo e Parlamento.

Ci riferiamo, in particolare, alle misure previste dagli articoli 67 e 81 che riguardano, rispettivamente, l’atteso aggiornamento delle tariffe relative all’assistenza ospedaliera per acuzie e post-acuzie e dell’assistenza specialistica ambulatoriale, nonché l’ulteriore incremento del limite di spesa all’acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati.

Per quanto attiene al tema della remunerazione delle prestazioni, quanto previsto dal Disegno di Legge in oggetto appare assolutamente necessario per adeguare le tariffe alla reale situazione economica e ai costi effettivi che esse comportano, atteso che quelle attuali sono completamente lontane da ogni realtà di costi, come confermato dall’importante sentenza del TAR dello scorso settembre.

Un intervento, questo, che riteniamo fondamentale e urgente per garantire l’erogazione di prestazioni di qualità ai pazienti e per difendere adeguatamente il diritto alla salute della popolazione.

In secondo luogo, l’ulteriore incremento del limite di spesa per l’acquisto di prestazioni da privati accreditati di cui all’articolo 81 – originariamente introdotto dall’articolo 15, comma 14 del DL 95/2012, modificato nel 2019 (art. 41, comma 1-ter, DL. 124/2019) e per la prima volta revisionato dalla Legge di Bilancio 2024 – rappresenta la conferma di un orientamento avviato con le precedenti manovre che consente alle Regioni e Province autonome di utilizzare maggiormente le potenzialità delle strutture private che lavorano per conto del Servizio sanitario nazionale. Questo, a maggior ragione, in un periodo storico nel quale la crescita delle liste d’attesa è avvertito come un problema sociale da superare e rispetto al quale gli operatori di diritto privato possono fornire un contributo fondamentale.

L’auspicio è quello di raggiungere la completa equiparazione di tutti i soggetti che lavorano in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla natura giuridica che rivestono. È tempo di superare la retorica che, confondendo il servizio pubblico con la proprietà pubblica, spesso interpreta le misure citate in termini di *favor* per le aziende di diritto privato accreditato che, invece, sono e restano al servizio della salute dei cittadini.

Per le ragioni appena illustrate, **queste misure rappresentano un importante segnale di inversione di tendenza rispetto all'ultimo decennio e dovrebbero essere costantemente promosse e sostenute, al fine di consentire la manutenzione e la sopravvivenza stessa dell'ecosistema salute che, senza il rilevante contributo della componente di diritto privato, crollerebbe.**

In questo ecosistema, il settore socio-sanitario è in continua evoluzione e ricopre spazi sempre più considerevoli, tenuto conto del *trend* di invecchiamento della popolazione e del connesso aumento della cronicità. Lo stesso, pertanto, dovrebbe trovare un più esplicito riconoscimento nelle manovre di Bilancio anche al fine di superare una frammentazione normativa non in linea con la rilevanza sociale e sanitaria che ha assunto, attraverso un maggiore coordinamento e una migliore capacità di intervento a livello nazionale.

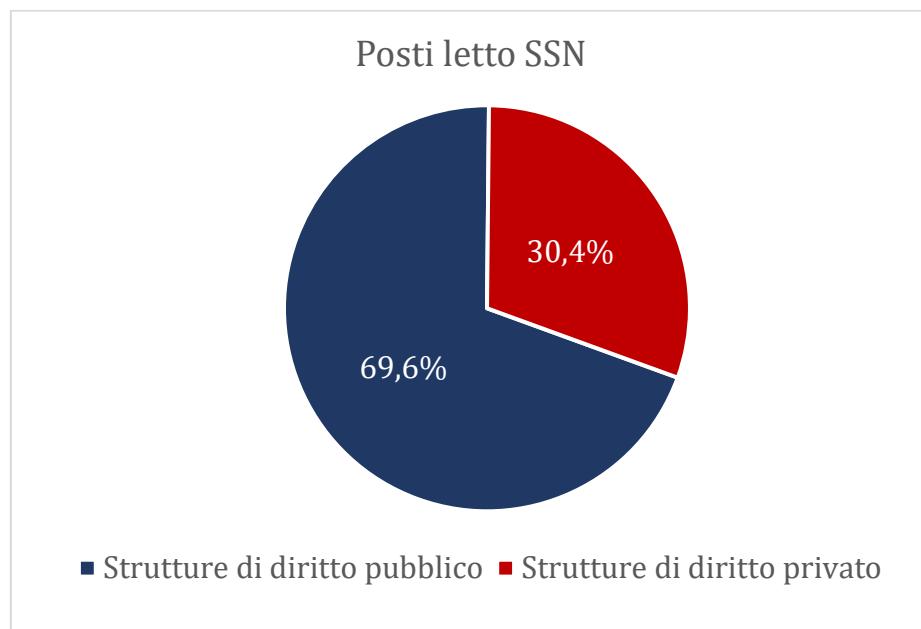
2. La componente di diritto privato e le strutture AIOP nel Servizio sanitario nazionale

Le strutture di diritto privato accreditate sono una componente essenziale del Servizio sanitario nazionale e contribuiscono alla sanità pubblica con oltre 66 mila posti letto (pari al 30,4% del totale) producendo 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).

In questa realtà, AIOP – con le sue 550 strutture (di cui 8 IRCCS) – è l'associazione di categoria maggiormente rappresentativa delle aziende sanitarie e socio-sanitarie di diritto privato del Servizio sanitario nazionale.

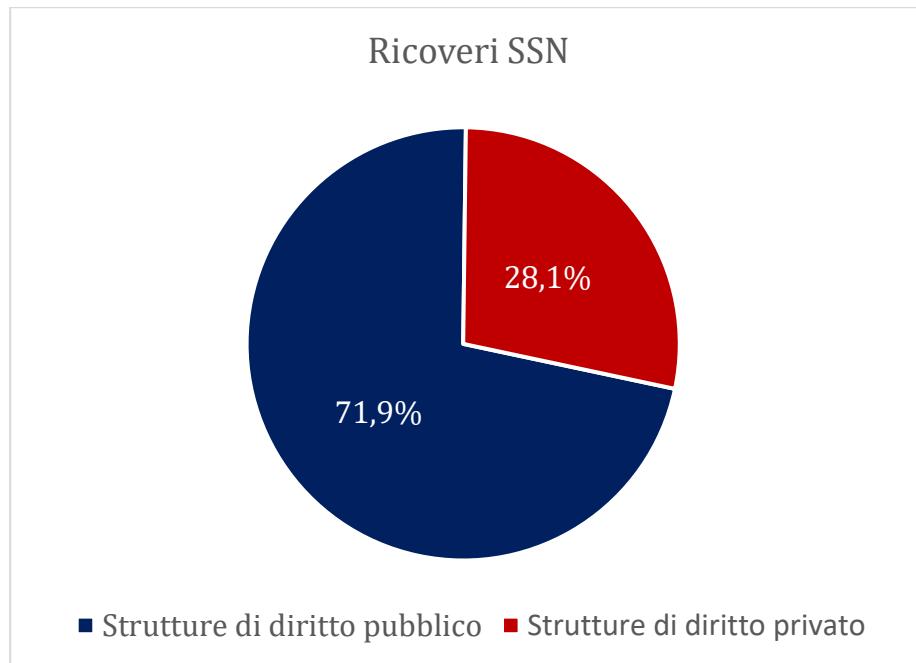
Di seguito i dati principali e rappresentativi del sistema.

Fig. 1) Il contributo del privato accreditato alla Sanità pubblica in termini di posti letto



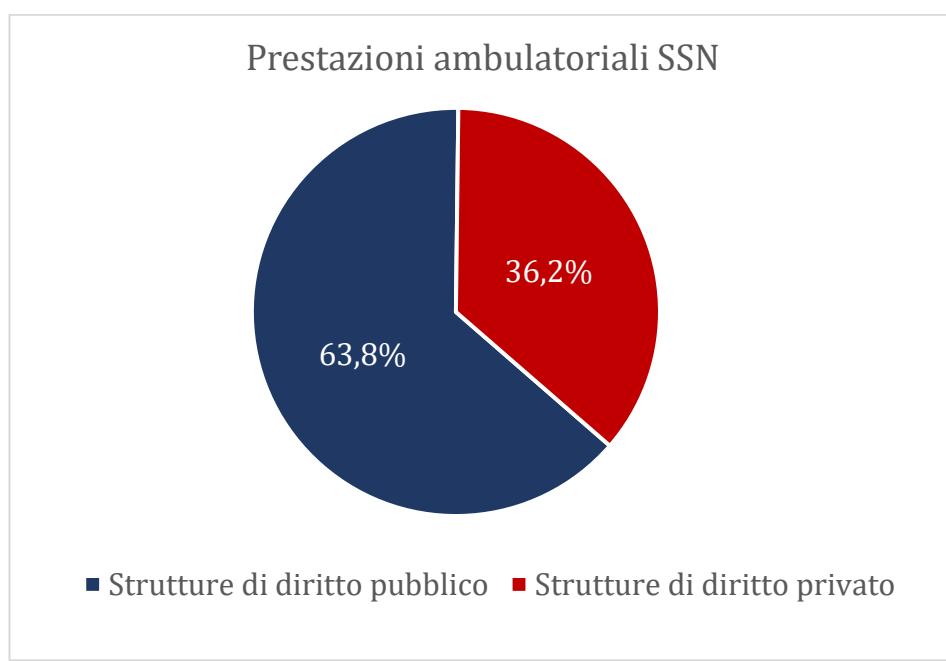
Fonte: Ministero della Salute, Open Data, Anno 2023

Fig. 2) Il contributo del privato accreditato alla Sanità pubblica in termini di ricoveri



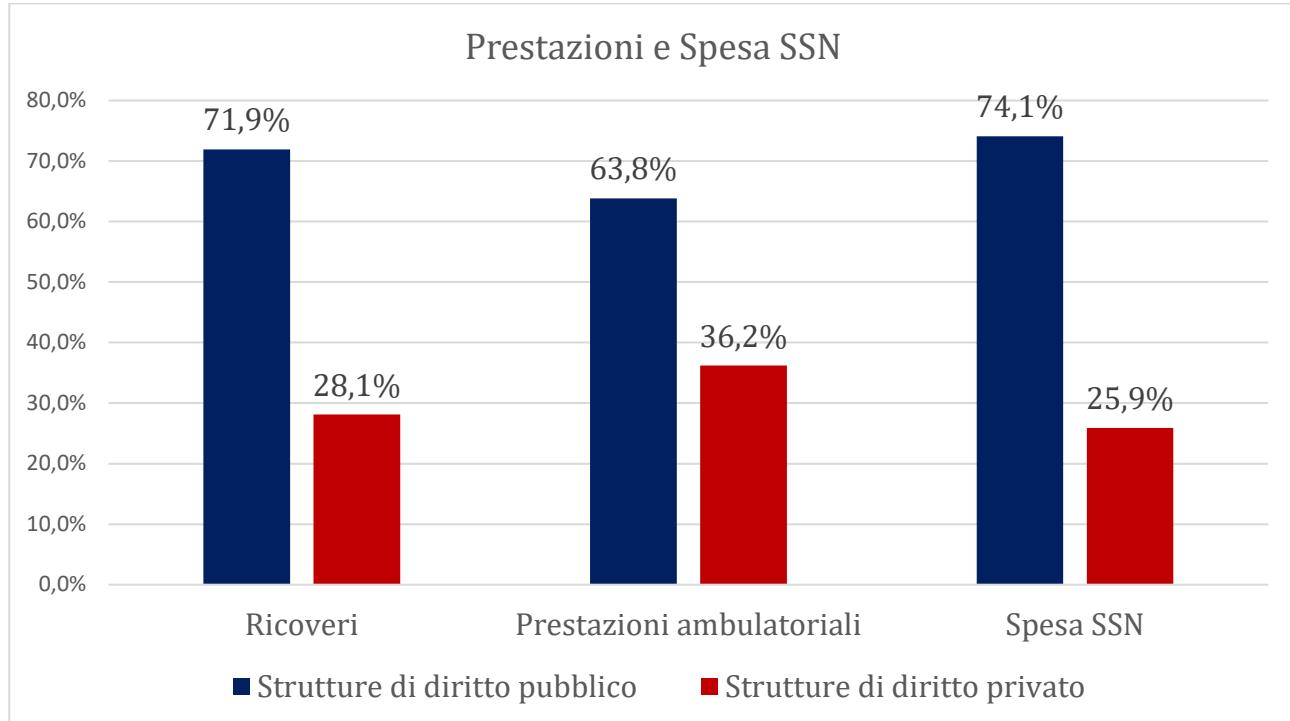
Fonte: Ministero della Salute, Rapporto SDO, Anno 2023

Fig. 3) Il contributo del privato accreditato alla Sanità pubblica in termini di prestazioni ambulatoriali



Fonte: Agenas, analisi *ad hoc*, Anno 2023

Fig. 4) Il contributo del privato accreditato alla Sanità pubblica e la relativa spesa SSN



Fonti: varie, Anno 2023

Il 28% dell'assistenza ospedaliera SSN è garantita da strutture di diritto privato e tale quota è in aumento nel tempo.

Il 36% della specialistica ambulatoriale SSN è garantita da strutture di diritto privato.

Tuttavia la quota di spesa SSN per l'assistenza da strutture di diritto privato è rimasta sostanzialmente inalterata nel tempo.

Aiop rappresenta il 60% circa dell'intera componente di diritto privato ed è l'Associazione di categoria maggiormente rappresentativa dell'intero settore.

Più della metà (53,4%) dei posti letto garantiti dalla componente privata accreditata del SSN fa riferimento a strutture associate Aiop.

3. Focus: i volumi di attività e l'aggiornamento del limite di spesa di cui al DL 95/2012

L'articolo 81, citato in premessa, prevede un ulteriore incremento di un punto percentuale – a decorrere dal 2026 – del limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della Legge di Bilancio 2024, come da ultimo rideterminato dall'articolo 1, commi 277 e 279 della Legge di Bilancio 2025.

Questo approccio si inserisce nell'intervento pluriennale di manovra economica che, a partire dal 2024, ha inaugurato una nuova stagione aggiornando, di anno in anno, un vincolo agli acquisti dalle strutture di diritto privato altrimenti congelato alla spesa consuntivata al 2011 (Tab.1).

Tab. 1) Rideterminazioni del vincolo di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato di cui al DL 95/2012

	L. Bilancio 2024	L. Bilancio 2025	DDL Bilancio 2026	<u>Totale incremento tetto</u>
Anno 2024	+123.000.000	//	//	123.000.000
Anno 2025	+368.000.000	+ 61.500.000	//	429.500.000
Dal 2026	+490.000.000	+ 123.000.000	+ 123.000.000	736.000.000

Il suddetto meccanismo, lì dove applicato, fornisce continue evidenze di risultati positivi e l'unica raccomandazione che suggeriamo in merito è quella di coinvolgere attivamente e coordinare le Regioni e le Province autonome – che su questa materia assumono un ruolo fondamentale – affinché traducano in concreto le indicazioni programmatiche e finanziarie contenute nelle Leggi di Bilancio. Esigenza, quest'ultima, che non è ancora stata completamente soddisfatta nella esperienza quotidiana su tutti i territori interessati. Eppure, la componente di diritto privato, che è remunerata esclusivamente a prestazione, fornisce indubbiamente una migliore garanzia di utilizzo efficiente delle risorse a disposizione.

Si tratta dunque di una misura rispetto alla quale non si può che esprimere condivisione, in quanto rappresenta un contributo concreto alla riduzione delle liste d'attesa e al miglior soddisfacimento della domanda di salute della popolazione, tuttavia gli incrementi previsti a livello normativo dovrebbero essere tradotti in affidamenti di budget effettivi.

4. Focus: la remunerazione delle prestazioni - I tariffari esistenti e il valore dell'inflazione

Come anticipato in premessa, l'articolo 67 del Disegno di Legge destina un finanziamento all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliero per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

La misura prevede un finanziamento ulteriore volto all'aggiornamento dei DRG per acuzie e post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) a decorrere dall'anno 2027 e conferma al contempo il finanziamento delle medesime tariffe per l'anno 2026, già previsto nella Legge di Bilancio 2025 all'art. 1, comma 300. Prevede, inoltre, un apposito stanziamento pari a 100 milioni di euro per l'anno 2026 e a 183 milioni di euro annui a decorrere dal 2027 – vincolando a tal fine una quota del FSN – per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica.

Stanziamenti, questi, urgenti e indifferibili in considerazione della particolare risalenza nel tempo e della manifesta inadeguatezza rispetto ai reali costi delle prestazioni degli attuali valori tariffari. Si ricorda, infatti, che per le **prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e post-acuti, attualmente vengono utilizzate le tariffe previste dagli Allegati 1 e 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012**. In relazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, invece, si applicano le remunerazioni previste dal DM 25 novembre 2024, annullato il 22

settembre 2025 dalle prime sentenze emesse dal Tar Lazio, ma attualmente vigente stante il differimento dell'efficacia di 365 giorni disposto dal Giudice Amministrativo.

È bene precisare, inoltre, che **i suddetti valori** non solo non sono mai stati aggiornati con cadenza periodica – come previsto dalla Legge – ma **non sono neppure stati adeguati rispetto all'indice dell'inflazione: come da dati Istat, da febbraio 2013 a settembre 2025, l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) è aumentato del 23,9%**.

Auspichiamo, quindi, che le poste di bilancio individuate dall'articolo 67 si traducano il più rapidamente possibile in nuovi tariffari, costruiti attraverso il confronto costruttivo con le Associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori di diritto privato che sono gli unici soggetti in grado di rilevare i costi e le opportunità connesse alla necessità di assicurare i più alti standard di cura e assistenza.

Riteniamo, inoltre, **necessario che il percorso avviato nel 2026 prosegua negli anni successivi fino al completo recupero degli effetti negativi fin qui prodotti dall'inflazione prevedendo altresì un adeguamento tariffario minimo annuale rapportato alla variazione del Fondo Sanitario Nazionale.**

5. I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della sanità privata

Come Associazione di categoria datoriale riteniamo non più prorogabile la definizione di una politica di lungo raggio che garantisca a tutti i lavoratori che operano presso le strutture private accreditate con il SSN adeguati livelli retributivi.

Ribadiamo, anche in questa sede, la necessità che il Governo intervenga a copertura degli oneri connessi ai rinnovi dei CCNL della sanità privata, individuando un meccanismo normativo – vincolante per tutte le Regioni – che assicuri il costante aggiornamento dei suddetti contratti e la corretta allocazione degli incrementi contrattuali finanziati dallo Stato a tutti i lavoratori interessati. Questa operazione rappresenta l'unica soluzione percorribile per giungere alla piena equiparazione dei professionisti sanitari che operano per le strutture di diritto privato e che svolgono le medesime funzioni dei colleghi del pubblico a tutela della salute dei cittadini. Tale questione si ricongiunge peraltro al citato tema della sistematica revisione del sistema tariffario, che dovrebbe essere aggiornato con periodicità costante.

5.1. CCNL pubblici e privati del settore sanitario e socio-sanitario: quadro esistente e fabbisogno stimato per i rinnovi

Di seguito si riportano i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro attualmente applicati ai dipendenti medici e non medici del settore sanitario e socio-sanitario pubblico e privato.

- **CCNL settore sanitario dipendenti non medici:**

- a) pubblico: CCNL del Comparto sanità 2022-2024 sottoscritto in data 27 ottobre 2025;
- b) privato: CCNL per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate all'AIOP e all'ARIS 2016-2018 sottoscritto in data 8 ottobre 2020 – Contratto di riferimento per la grande maggioranza delle aziende sanitarie di diritto privato.

- **CCNL settore sanitario dipendenti medici:**

- a) pubblico: CCNL Area sanità 2019-2021 sottoscritto in data 23 gennaio 2024;
- b) privato:
 - i. CCNL della Dirigenza medica delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali ARIS 2020-2023 sottoscritto in data 7 ottobre 2020;
 - ii. CCNL per il personale medico dipendente da Case di Cura, IRCCS, Presidi e Centri di Riabilitazione 2002-2005 AIOP, ARIS e FDG 2002-2005 e Accordo ponte a valenza economica per il biennio 2009-2010 personale medico dipendente strutture sanitarie associate ad AIOP sottoscritto in data 11 febbraio 2009.

- **CCNL settore socio-sanitario:**

- a) pubblico: CCNL Comparto sanità 2022-2024 sottoscritto in data 27 ottobre 2025;
- b) privato (si contano circa 28 contratti nazionali di lavoro, tra i quali si indicano quelli più rappresentativi):
 - I. CCNL per il personale dipendente delle RSA e delle altre strutture residenziali e socio-assistenziali associate AIOP 2012-2015 e Accordo Ponte inerente alla parte economica e ad alcuni istituti normativi del CCNL AIOP RSA 2021-2023, sottoscritto in data 24 ottobre 2023;
 - II. CCNL per il personale dipendente del settore assistenziale, socio-sanitario e delle cure post-intensive CONFCOMMERCIO salute sanità e cura, CONFCOMMERCIO Imprese per l'Italia 2022-2024;
 - III. CCNL per il personale dipendente dai settori socio-assistenziale, socio-sanitario ed educativo UNEBA 2017-2019;
 - IV. CCNL per il personale dipendente delle strutture territoriali, per le imprese del settore socio-sanitario aderenti ad ANASTE 2020-2022;
 - V. CCNL per il personale dipendente dell'AIAS Associazione Italiana Assistenza Spastici e delle Fondazioni e/o Consorzi AIAS 2017-2019.
 - VI. CCNL Cooperative Sociali AGCI Solidarietà, CONFCOOPERATIVE, FEDERSOLIDARIETÀ, LEGACOOPSOCIALI 2017-2019;
 - VII. CCNL per il personale dipendente da residenze sanitarie assistenziali e centri di riabilitazione ARIS 2013-2015 e Accordo Ponte sottoscritto in data 24 gennaio 2024;
 - VIII. CCNL per Istituti socio-sanitari, Assistenziali, Educativi AGIDAE 2020-2022;
 - IX. CCNL per le lavoratrici ed i lavoratori dipendenti dalle strutture associative aderenti alla rete ANFFAS 2023-2025.

Di seguito, invece, la quantificazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti della sanità privata:

- Contratto personale dipendente non medico: **754.337.595** milioni di euro annui – comprensivi degli oneri riflessi;
- Contratto personale dipendente medico: **227.666.449** milioni di euro annui – comprensivi degli oneri riflessi;
- Contratto personale dipendente RSA: **506.727.765** milioni di euro annui – comprensivi degli oneri riflessi.

6. Stima del fabbisogno per la manutenzione di tutti i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della componente di diritto privato del Servizio sanitario nazionale tramite la manovra tariffaria

Tab. 2) Fabbisogno per la manutenzione dei CCNL della sanità privata

	Previsioni Leggi di Bilancio - tariffe	Oneri annui connessi ai rinnovi CCNL	Totale fabbisogno manutenzione CCNL sanità privata
2025	€ 77.000.000 per DRG post-acuzie	Personale non medico € 754.337.595 Personale medico € 227.666.449 Personale RSA € 506.727.765	€ 1.565.731.809
2026	€ 1.000.000.000 (350 milioni di euro per DRG post-acuzie e 650 milioni di euro per DRG per acuti)	Personale non medico € 754.337.595 Personale medico € 227.666.449 Personale RSA € 506.727.765	€ 2.488.731.809
Dal 2027	€ 1.350.000.000 annui (350 milioni di euro per DRG post-acuzie e 1 miliardo di euro per DRG per acuti)	Personale non medico € 754.337.595 Personale medico € 227.666.449 Personale RSA € 506.727.765	€ 2.838.731.809

Si precisa che ai fini del soddisfacimento del fabbisogno complessivo per la manutenzione dei CCNL del personale medico e non medico delle strutture sanitarie, **l'adeguamento periodico della manovra tariffaria dovrebbe essere contestualmente affiancato dal corrispondente aggiornamento – anche esso periodico – del limite di spesa** per l'acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati, **che consenta l'assegnazione di equivalenti incrementi di budget in favore degli stessi erogatori.**

7. Profili fiscali volti all'equiparazione del personale dipendente delle strutture di diritto privato accreditate

Sempre al fine di addivenire alla piena equiparazione dei professionisti che operano presso le aziende di diritto privato e le aziende di diritto pubblico del SSN, appare opportuno evidenziare che il rinnovo contrattuale non è ancora sufficiente a colmare il “gap” tra i compensi dei dipendenti delle strutture nella loro componente variabile.

E invero, precedenti provvedimenti hanno infatti riservato alcuni benefici fiscali in favore dei soli dipendenti pubblici.

In particolare il DL Liste d'attesa (art. 7, DL. 73/2024) ha previsto una imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% sui compensi erogati per le prestazioni aggiuntive del personale del Comparto Sanità e dell'Area Sanità, mentre la citata Legge di Bilancio 2025 (art. 1, commi 354-355, L. 207/2024) ha introdotto un'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle addizionali con aliquota sui compensi da lavoro straordinario del personale infermieristico pari al 5%.

Contestualmente, sempre al fine di un allineamento con il personale Comparto Sanità Pubblico Impiego, anche per i professionisti sanitari dell'ospedalità privata dovrebbe vedersi rimosso ogni vincolo di esclusività, consentendo l'esercizio dell'attività in regime libero-professionale all'interno del perimetro dello stesso comparto dell'ospedalità privata.

È di tutta evidenza, infatti, che senza alcun intervento regolatorio in materia fiscale perdurerebbe comunque la illogica discriminazione tra professionisti con identica qualifica, identico profilo e identico esercizio dell'attività all'interno del Servizio sanitario nazionale, integrando una manifesta violazione dei principi costituzionali di cui agli articoli 3 e 53 in materia di uguaglianza e progressività contributiva.

8. Conclusioni

Le risorse previste dal Disegno di Legge di Bilancio 2026 per il settore sanitario costituiscono sicuramente una novità positiva e in controtendenza rispetto all'andamento dell'ultimo decennio pre-Covid e non possono che essere apprezzate, rappresentando un primo significativo segnale di attenzione del Governo nei confronti del Servizio sanitario nazionale e, per quanto di competenza, della sua componente di diritto privato che – come sinteticamente illustrato – ne costituisce una parte fondamentale e insostituibile.

L'obiettivo di pervenire ad una manutenzione del sistema esistente che ne consenta di proseguire l'attività rivolta alla tutela della salute della popolazione viene parzialmente raggiunto dalle disposizioni contenute nel Disegno di Legge, ma con ogni evidenza richiede ulteriori immediati e tempestivi interventi, utilizzando ogni veicolo normativo che si renda disponibile.

A parte, resta ovviamente il problema del finanziamento ulteriore delle tecnologie più innovative che rimane a nostro giudizio una fondamentale e continuativa esigenza per garantire al Servizio sanitario nazionale il più elevato e doveroso livello di qualità.