

Non possiamo restare in silenzio
La società civile per la sanità pubblica

La legge di Bilancio per il 2025: pillole informative

Sommario

Premessa	2
Un abile espediente per confondere i cittadini	3
Il Ssn non è una priorità e si punta a strutturare il secondo pilastro	4
La dinamica della spesa sanitaria	5
Il SSN e il privato accreditato: spesa e regolazione.	6
L'errore degli interventi sui farmaci innovativi in legge di bilancio	7

Premessa

La legge di bilancio è uno dei provvedimenti più difficili da comprendere.

Quella appena approvata dal Parlamento (Legge 30 dicembre 2024, n. 207) si compone di 21 articoli, il primo dei quali comprende ben 908 commi. In realtà gli articoli dal 2 al 21 contengono norme di approvazione dei singoli stati di previsione; la manovra è quindi contenuta solo nell'articolo 1.

I commi che riguardano il settore sanitario vanno (principalmente) dal 240 al 394, mentre le disposizioni sui trattamenti economici del personale sono inseriti fra i commi dal 121 al 131. Altre misure sono disseminate in varie parti della legge.

Qualche breve informazione su alcune misure (e su quelle che mancano).

Il comma 273 stabilisce il **livello del finanziamento** del Ssn per gli anni dal 2025 al 2029. Le disposizioni sul finanziamento della sanità non sono di immediata comprensione. Il comma indica gli incrementi rispetto a quanto già previsto a legislazione vigente. Per il 2025 l'incremento porta il Fondo Sanitario Nazionale a 136,5 miliardi di euro, il 6% del Pil (percentuale uguale a quella del 2024).

Altrettanto difficili da comprendere sono i commi riferiti al **rapporto fra Ssn e privato accreditato** (commi 277-300): le modifiche aumentano di 246 milioni il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni dal privato per il biennio 2025 e 2026, mentre la legge annuale per il mercato e la concorrenza (approvata pochi giorni prima della legge di bilancio, Legge 16 dicembre 2024, n.193) dispone la revisione complessiva delle norme sull'accreditamento.

I commi da 281 a 292 modificano la **regolamentazione dei farmaci innovativi** e i criteri per il riconoscimento dell'innovatività. Un pasticcio che sposta risorse verso le aziende farmaceutiche, attenua i criteri per il riconoscimento dell'innovatività e penalizza l'autonomia dell'Aifa.

I commi dal 319 al 322 intervengono sulla **mobilità sanitaria interregionale**, imponendo accordi bilaterali (già previsti), tempistica perentoria, gestione condivisa non solo fra i soggetti interessati direttamente (Regioni e Province autonome), ma fra questi e il livello centrale, con i suoi vari tavoli. Un tema rilevante che non sembra essere destinato a produrre regole più chiare e meno farraginose di quelle in vigore.

Il comma 352 al 355 incrementano alcune **indennità degli infermieri** (per circa 7 euro nette al mese) e di **altre professioni** (per circa 6 euro nette al mese) e introducono la **flat tax al 5%** per il lavoro straordinario degli infermieri (circa 5 euro in più all'ora). L'introduzione della flat tax è limitata ai soli infermieri del Ssn (con evidenti effetti discriminatori nei confronti delle altre professioni), oltre che con dubbi di costituzionalità rispetto al principio di uguaglianza e di progressività del prelievo fiscale.

Sul **personale del Ssn** – la vera grande debolezza strutturale – la legge non interviene, se non in maniera del tutto irrisoria: non supera i tetti massimi di spesa (in vigore dal 2005 e solo allentati con la pandemia), ma si limita a incentivare l'erogazione di prestazioni aggiuntive a chi è già in servizio, pur sapendo che spesso si tratta di personale stremato dalla carenza di organico e da pesanti condizioni di lavoro, soprattutto in alcuni settori.

Per la **non autosufficienza**, nulla è previsto per dare attuazione alla legge 33/2023 la cui riforma continua a essere ignorata mentre i decreti attuativi sono in grave ritardo. E la sperimentazione della *prestazione universale* continuerà ad essere prevista per non più di 25 mila anziani, a fronte di una platea di 3,8 milioni di anziani non autosufficienti.



Un abile espediente per confondere i cittadini

La presidente del Consiglio ha affermato “Mai così tante risorse erano state messe nel Fondo sanitario nazionale”.

L'affermazione è vera: il FSN è nel 2025 pari a 136,5 miliardi di euro, mentre ad esempio nel 2022 era 126 miliardi. Ma se questa è la prospettiva di analisi, ovvero la semplice analisi del valore assoluto del finanziamento a prescindere da ogni altra considerazione, Georgia Meloni dovrebbe per coerenza anche affermare: “Mai così tanti tributi erano stati prelevati dai contribuenti prima d'ora”. Le entrate tributarie nel 2025 sono stimate infatti dall'ultima Nadev pari a 627 miliardi, mentre nel 2022 erano solo 569 miliardi!

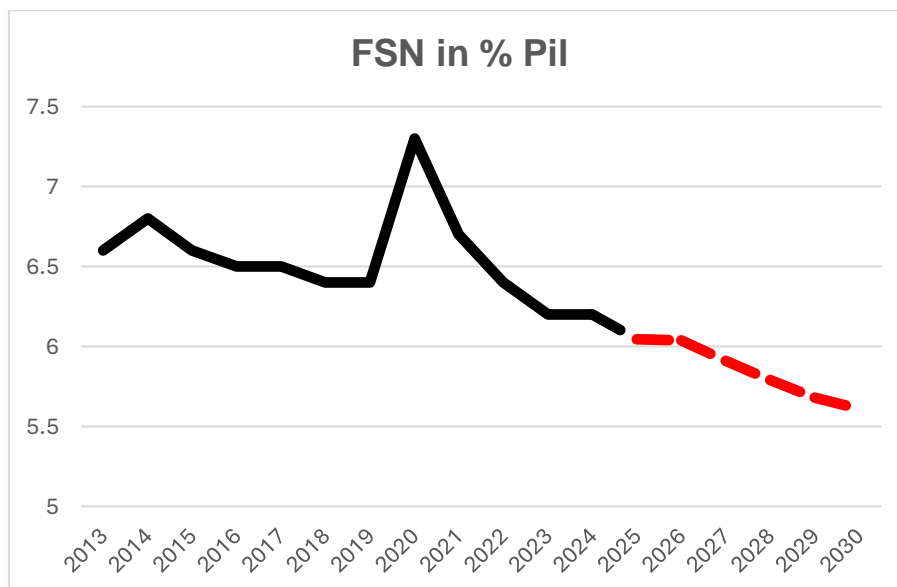
L'ambiguità della dichiarazione è utile per (cercare di) tacitare le critiche sull'impegno del Governo sulla sanità pubblica; un abile espediente per confondere i cittadini.

Tutte le grandezze economiche aumentano infatti in valore assoluto nel corso degli anni (salvo casi, per fortuna rari, come nel 2020), quindi è naturale che l'importo complessivo aumenti: sia del Fsn sia delle entrate tributarie.

La dimensione del FSN va invece analizzata in termini relativi, rispetto al Pil, rispetto all'inflazione e rispetto a quanto necessario per garantire l'assistenza alla popolazione. Ma questi dati sono purtroppo impietosi. Mai così poche risorse – in percentuale del Pil – erano state destinate al Ssn. E non certo perché i bisogni sono diminuiti.

Ormai da molti anni il Servizio sanitario nazionale non riceve la giusta attenzione. Ormai da molti anni osserviamo, spesso impotenti, una grande indifferenza nei confronti del progressivo indebolimento della sanità pubblica.

Il grafico riporta la quota di Pil destinata al Ssn dal 2013 al 2024 (dati consolidati) e dal 2025 al 2030 (previsioni del DDLB). Risulta evidente la tendenza già avviata prima della pandemia, e interrotta solo per affrontare il Covid-19, a una progressiva e continua riduzione della percentuale. La quota si mantiene al 6% per il 2025 e 2026 e scende verso livelli mai così bassi negli anni successivi.



Fonte: elaborazione dati documenti finanza pubblica e DDLB

Il Ssn non è una priorità e si punta a strutturare il secondo pilastro

La legge di bilancio per il 2025-2027 definisce come il Governo intende affrontare le gravi difficoltà che incontrano le persone che hanno bisogno di assistenza. Purtroppo, la manovra è molto deludente.

Ricostruiamo, non senza difficoltà, il finanziamento al Ssn sulla base di quanto previsto nel Titolo VII - Misure in materia di sanità (<https://documenti.camera.it/leg19/pdl/pdf/leg.19.pdl.camera.2112.19PDL0112500.pdf>).

La presidente del Consiglio ha affermato: "Il fondo sanitario arriverà nel 2025 alla cifra record di 136,5 miliardi di euro". Giusto, ma purtroppo il FSN aumenta solo dell'1,9% rispetto all'anno precedente, contro un aumento del Pil stimato pari al 3,3%. Quindi l'incidenza percentuale sul Pil continuerà a diminuire anche nel 2025, come in tutti gli anni successivi, cioè fino al 2030, raggiungendo percentuali record - in negativo - mai viste prima.

I pochi soldi a disposizione del Governo per la manovra di Bilancio sono quindi messi altrove, non certo nella tutela della salute, nonostante la qualità del sistema sanitario sia secondo gli italiani il primo problema da affrontare (<https://www.demos.it/a02263.php>) e 7 persone su 10 considerino la salute e la sanità il primo settore su cui investire urgentemente (https://dirittoesanita.unipv.it/kdocs/2124983/aspettative_italiani_ssn.pdf).

Nulla è previsto per l'assunzione di personale, la risorsa più scarsa nella sanità pubblica. Il tetto sulla spesa per il personale non viene abolito. L'aumento delle remunerazioni non è in grado di contrastare la demotivazione dei professionisti. Mentre aumentano le risorse riservate al Ministero, utilizzate ad esempio per aumentare il ricorso al privato accreditato.

La situazione del Ssn è sempre più grave. D'altro canto, la maggioranza (al cui interno militano gli eredi degli unici due partiti che nel 1978 votarono contro la legge istitutiva del Ssn: MSI e PLI) vuole strutturare il secondo pilastro, perché il modello "virtuoso del Ssn non è più sostenibile dal punto di vista economico", come ha dichiarato Francesco Zaffini, presidente della *Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale* del Senato. Le iniquità e gli alti costi che il secondo pilastro potrebbe comportare sono totalmente sottovalutati, e gli italiani rischiano di ritrovarsi con un sistema che, contrariamente alla narrazione dei suoi sostenitori, comporta un aumento della spesa complessiva, una crescita dell'inappropriatezza e un aumento delle disuguaglianze. Dopo decenni di un Servizio sanitario certamente imperfetto ma pensato per assicurare a tutti l'assistenza, gli italiani stanno riscoprendo (e sempre più sperimenteranno) uno dei timori più disumani che si possano provare: la paura di non potersi curare a causa dell'alto costo delle cure.

Finanziamento del Ssn: come cambia con il dd LB 2025 (mln di euro)

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Finanziamento FSN a legislazione vigente (*)	134.021	135.239	135.525				
Incremento indistinto FSN LB 2025 (*)		1.302	5.078	702	883	1.062	1.173
Finanziamento FSN programmatico LB 2025 (^)		136.541	140.603	141.305	142.188	143.250	144.423
Finanziamento FSN - Var %		1.9%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
PIL nominale - Var % (**)		3.3%	3.1%	2.6%	2.8%	2.6%	2.1%

Fonte: ns elaborazioni su Documenti di finanza pubblica

(*) Il FSN della LB 2024 è al netto delle riduzioni di cui all'art. 7 del DL 73/2024 convertito con mod. dalla L. 107/2024 (imposta sostitutiva dell'Irpef al 15% per le prestazioni aggiuntive) pari a 160,3 mln nel 2025, a 165,9 mln nel 2026 e a 165,5 mln a decorrere dal 2027. Il FSN corrisponde agli incrementi già previsti a legislazione vigente.

(^*) Gli incrementi sono calcolati sulla base dei valori cumulati indicati nella LB 2025. L'aumento complessivo del periodo 2025-2028 è di 8.898 mln. Per gli anni dal 2027 al 2030 l'incremento è al netto degli aumenti già computati negli anni precedenti.

(^*) Il fabbisogno del 2025 e 2026 è comprensivo degli incrementi già disposti ante dd LB 2025.

(**) Fonte: MEF, Piano Strutturale di Bilanci di medio termine, Italia 2025-2029, settembre 2024, pag. 35.

La dinamica della spesa sanitaria

È importante non confondere il finanziamento con la spesa sanitaria.

Per il 2025, a fronte di un finanziamento pari a 136,5 miliardi di euro, la spesa sanitaria è stimata pari a 143,2 miliardi (UPB), ovvero 6,7 miliardi in più delle risorse disponibili. Una parte di tale differenza è coperta dalle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle convenzionali (es. ticket) e la restante parte costituisce disavanzo.

Di seguito, la ricostruzione della dinamica della spesa sanitaria effettuata dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio. Rispetto al Pil, nel 2026 l'incidenza della spesa sanitaria tornerebbe ai livelli precedenti la pandemia (6,4%).

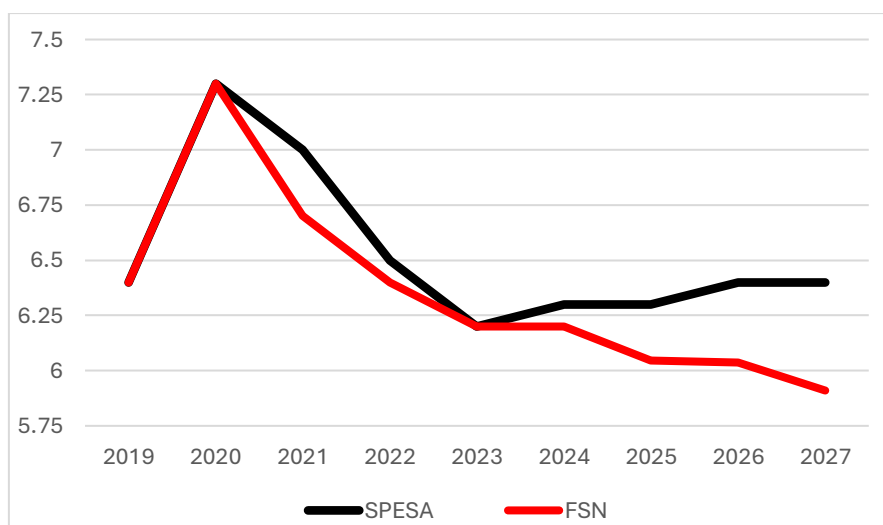
Tab. 4.18 – La dinamica della spesa sanitaria
(milioni di euro e valori percentuali)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria									
consuntivo Istat ⁽¹⁾	114.936	122.469	128.393	130.708	131.489				
In % PIL	6,4	7,3	7,0	6,5	6,2				
Spesa sanitaria									
tendenziale PSB					131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
Tasso di crescita					0,3	5,2	2,9	2,1	1,7
In % PIL					6,2	6,3	6,3	6,2	6,2
Spesa tendenziale +									
manovra						137.934	143.231	150.047	153.286
Tasso di crescita						5,2	3,8	4,8	2,2
In % PIL						6,3	6,3	6,4	6,4

Fonte: Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2024

Il confronto fra l'evoluzione della spesa e quella del finanziamento del Ssn mette in evidenza "un rischio significativo di aumento del disavanzo dei Servizi sanitari regionali" nei prossimi anni (UPB). Il finanziamento non è infatti sufficiente a coprire la crescita tendenziale della spesa sanitaria, tanto da implicare un divario di oltre 11 miliardi nel 2027.

Il rischio di consistenti disavanzi sanitari



Fonte: elaborazione su dati UPB.

Il SSN e il privato accreditato: spesa e regolazione.

Nel mese di dicembre 2024 sono state approvate due leggi che modificano, direttamente od indirettamente, l'attuale sistema di finanziamento e di regolazione dei rapporti fra il SSN e le imprese private: la legge di bilancio (Legge 30 dicembre 2024, n. 207) e la legge per il mercato e la concorrenza (Legge 16 dicembre 2024, n. 193). La prima incrementa complessivamente del 2 % (pari a 246 milioni) il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato per il biennio 2025 e 2026 e finanzia l'aumento delle tariffe drg-specifiche per 77 mln di euro nel 2025 e di 1 mld nel 2026. La seconda dispone la revisione del sistema dell'accreditamento e degli accordi contrattuali con le imprese private entro il 31.12.2026.

Il limite di spesa per il privato aumenta di 246 milioni di euro nel biennio 2025-2026

I commi da 277 a 280 della legge di bilancio per il 2025 dispongono l'innalzamento del limite di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato nel biennio 2025 e 2026, indicando anche specifici settori di attività e ambiti assistenziali da considerare prioritariamente. L'incremento del limite di spesa dello **0,5 % per il 2025** e dello **1 % per il 2026** (pari rispettivamente a 61,5 e a 123 milioni di euro) è “*anche* destinato alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate da strutture private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete della emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso con codice di priorità rosso o arancio”. **Per il 2026 è previsto un ulteriore incremento dello 0,5 %** del limite di spesa relativamente ai “ricoveri nei reparti di medicina generale, recupero e riabilitazione funzionale e assistenza ai lungodegenti”. Queste risorse aggiuntive avrebbero lo scopo di “ridurre il fenomeno della attesa del ricovero in reparti di Pronto Soccorso” e dovrebbero essere prioritariamente indirizzate “alle strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso”.

Il complesso delle disposizioni dei commi 277-300 determina **nel biennio 2025-2026 un incremento complessivo del 2 % (pari a 246 mil di euro)** del limite di spesa del SSN per l'acquisto di prestazioni da privato, che tocca il 30,1 % della spesa del SSN.

I commi 300-301 stanziavano risorse a destinazione vincolata per l'aggiornamento (parziale) delle tariffe drg-specifiche per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri, acuti e post-acuti. Anche questo provvedimento è quindi destinato ad incidere, indirettamente, sugli accordi contrattuali fra SSN e imprese private accreditate. Il comma 300 assegna all'aggiornamento delle tariffe dei “drg per acuti” 650 milioni per l'anno 2026, riservando alle tariffe dei “drg post-acuzie” 77 mil di euro per l'anno 2025 e 350 mil per il 2026.

Prevista revisione complessiva delle norme sull'accreditamento

La legge annuale per il mercato e la concorrenza (approvata pochi giorni prima della legge di bilancio) dispone la revisione delle norme sulle relazioni fra SSN e imprese private accreditate che potrebbe modificare significativamente l'attuale sistema basato sull'art.8 del d.lgs 502/92 come modificato dal d.lgs 229/99. L'art. 36 sospende infatti l'efficacia delle modifiche introdotte dal governo Draghi nel 2022 (legge 5 agosto 2022, n. 118) per facilitare l'accesso al mercato di nuove strutture e istituisce un “Tavolo di lavoro” con la partecipazione delle Regioni per elaborare una nuova disciplina entro la fine del 2026.

L'errore degli interventi sui farmaci innovativi in legge di bilancio

La legge di bilancio 2025 svaluta il valore dei farmaci davvero innovativi, sposta risorse verso le aziende farmaceutiche attraverso un meccanismo tortuoso, attenua i criteri per il riconoscimento dell'innovatività e penalizza l'autonomia dell'Aifa.

Il pasticcio sui farmaci innovativi: il fondo è esteso anche ai farmaci a innovatività potenziale

I commi da 281 a 292 della legge di bilancio 2025 modificano la regolamentazione dei farmaci innovativi e suddividono l'attuale fondo di 1,3 miliardi di euro in tre fondi (vedi Box e Addis 2024).

La suddivisione del fondo dei farmaci innovativi non tiene conto del fatto che, quando con la legge 106/2021 era stato deciso di unificare i fondi allora presenti – oncologici e non oncologici, ciascuno con un tetto di spesa annuale di 500 milioni di euro – vi erano due motivazioni principali. La prima era che il riconoscimento dell'innovatività di un farmaco non dipende dall'indicazione terapeutica (oncologica o meno), ma dalla capacità di dimostrare, sulla base di studi adeguati, un valore aggiunto clinicamente rilevante nella cura di patologie gravi prive di terapia o con opzioni terapeutiche di efficacia limitata. La seconda era che in caso di superamento di uno solo dei due tetti, appariva poco ragionevole sottoporre una parte dei farmaci innovativi al payback, a fronte di una quota non utilizzata nell'altro fondo.

Sempre con l'obiettivo di sostenere l'innovazione, il fondo dei farmaci innovativi era stato incrementato negli anni, fino a raggiungere 1,3 miliardi di euro nel 2024. L'insieme delle due manovre – l'unificazione dei tetti e il loro incremento complessivo – unitamente a un'identificazione rigorosa dei farmaci innovativi, ha permesso al fondo di essere sempre capiente, con avanzi di circa 300-400 milioni di euro in questi ultimi anni.

Questo avanzo era utilizzato per soddisfare bisogni in altri ambiti del SSN. Era però evidente l'obiettivo, testimoniato da interrogazioni parlamentari ed emendamenti a disegni di legge, teso a utilizzare l'avanzo solo per i farmaci. Ciò sarebbe stato possibile utilizzando l'avanzo per coprire una parte dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica degli acquisti diretti o (ipotesi più complicata) allargando l'accesso al fondo ai farmaci a minore innovatività, che avevano ricevuto il riconoscimento di innovatività potenziale.

Per evitare la prima opzione, che sarebbe apparsa un trasferimento a favore delle aziende farmaceutiche, la legge di bilancio sceglie la seconda, che produce comunque uno spostamento di risorse a favore delle aziende farmaceutiche ma comporta alcuni danni aggiuntivi. Innanzitutto, si svaluta il valore dell'innovazione, riconoscendo lo stesso incentivo per farmaci davvero innovativi e farmaci con vantaggi marginali (quelli con innovatività potenziale). In secondo luogo, si ripropone la segmentazione del fondo e si riduce il tetto di spesa per i farmaci davvero innovativi (da 1,3 miliardi a 900 milioni), con un aumento della probabilità di sfondamento e una conseguente necessità di un payback. Siccome il principale vantaggio associato al riconoscimento dell'innovatività è proprio di non essere soggetto al payback, che invece grava sui farmaci non innovativi che rientrano nel tetto di spesa degli acquisti diretti, si finisce per trattare i farmaci innovativi come tutti gli altri farmaci.

Nel passaggio parlamentare della legge di bilancio è stata poi introdotta una ulteriore complicazione; si è previsto l'ampliamento delle tipologie di antibiotici che possono accedere al fondo, includendo, oltre agli antibiotici *reserve* (ovvero di ultima scelta, riservati a infezioni multiresistenti), anche i farmaci "attivi nei confronti di almeno un patogeno considerato prioritario, cosiddetti *listed*". Il che rende necessario effettuare un lavoro di *matching* fra i batteri "*listed*" e le indicazioni autorizzate.

Nuovi criteri per il riconoscimento di innovatività: la legge introduce criteri diversi dal valore terapeutico del farmaco e si dimentica il requisito di "studi clinici di qualità".

Infine, la legge di bilancio introduce un danno ulteriore, imponendo all'Aifa di modificare la determina che oggi regola il riconoscimento di innovatività. Nei commi 281 e 282 sono indicati i nuovi criteri da seguire. Si stabilisce che "un farmaco si considera innovativo in funzione dei risultati di efficacia e sicurezza derivanti dal confronto con le alternative terapeutiche disponibili". Ma prima si afferma che "l'innovatività di un farmaco è valutata sulla base della tecnologia di produzione del suo principio attivo, del suo meccanismo d'azione, della

modalità della sua somministrazione al paziente, della sua efficacia clinica e sicurezza...". Si fa quindi riferimento anche a caratteristiche, come la tecnologia di produzione o il meccanismo d'azione, che non dovrebbero avere alcun rilievo nel riconoscimento dell'innovatività terapeutica, che dovrebbe invece riguardare solo il valore terapeutico aggiunto. È stato inoltre "dimenticato", a differenza dell'attuale regolamento, il riferimento al criterio della qualità degli studi clinici su cui si basa la dimostrazione del valore aggiunto.

Gli attuali criteri per l'attribuzione dell'innovatività, in vigore dal 2017, sono stati il risultato di un lavoro molto approfondito e di una lunga elaborazione da parte della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa. È un errore averne previsto la cancellazione senza avere prima effettuato un'analisi dei risultati conseguiti finora e delle criticità che si ritiene necessario superare con una nuova regolamentazione. Se ci fosse stato qualcosa da cambiare, l'Aifa avrebbe potuto semplicemente modificare una determina, possibilmente sottoponendo la nuova versione, prima dell'adozione, allo stesso livello di discussione e di confronto che aveva caratterizzato la precedente.

Box: principali modifiche introdotte dall'articolo 49 della legge di bilancio 2025

- Possono accedere al fondo dei farmaci innovativi anche i farmaci giudicati con innovatività condizionata (o potenziale) e gli antibiotici "reserve", in base alla classificazione AWaRe (*Access, Watch e Reserve*) dell'OMS, o attivi nei confronti di almeno un patogeno considerato prioritario dall'elenco "*Bacterial Priority Pathogens List*" dell'OMS, cosiddetti "*listed*".
- Il fondo attuale di 1,3 miliardi di euro per i farmaci innovativi è ripartito in: 900 milioni per i farmaci innovativi, 300 milioni per i farmaci con innovatività condizionata, e 100 milioni per gli antibiotici "reserve" e "*listed*". L'accesso al fondo è di 36 mesi per i farmaci innovativi e con innovatività condizionata, mentre dura per tutto il periodo di copertura brevettuale per gli antibiotici.
- L'Aifa dovrà rivedere entro marzo 2025 i criteri attualmente utilizzati per il riconoscimento dell'innovatività (Determinazione Aifa 1535/2017 <https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi>).

Per approfondimenti ulteriori si rimanda all'analisi condotta da Antonio Addis: "Nuove regole per l'innovatività dei farmaci". *Ricerca & Pratica* 2024; 40: 254. (<https://www.ricercaepratica.it/archivio/4382/articoli/43795/>).