

REGIONE MARCHE  
Assemblea legislativa

proposta di deliberazione n. 2/26

**PROPOSTA DI LEGGE ALLE CAMERE**

concernente:

MODIFICA AL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502  
(RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA  
DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421)

*(articolo 121, secondo comma, della Costituzione,  
articolo 121 del Regolamento interno dell'Assemblea legislativa)*

a iniziativa dei Consiglieri Mangialardi, Vitri, Mancinelli, Caporossi, Nobili, Ruggeri, Seri, Catena,  
Cesetti, Mastrovincenzo, Piergallini

*presentata in data 3 aprile 2026*

---

## L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Visto l'articolo 121, secondo comma, della Costituzione, che prevede la possibilità da parte dei Consigli regionali di presentare proposte di legge alle Camere;

Visto l'articolo 121 del Regolamento interno;

Vista la proposta di deliberazione presentata dai Consiglieri Mangialardi, Vitri, Mancinelli, Caporossi, Nobili, Ruggeri, Seri, Catena, Cesetti, Mastrovincenzo, Piergallini;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

## DELIBERA

- 1) di approvare la proposta di legge di cui all'allegato A da sottoporre alle Camere, unitamente alla relazione illustrativa e alla relazione tecnico-finanziaria che l'accompagnano;
- 2) di presentare la stessa alla Camera dei deputati.

## PROPOSTA DI LEGGE ALLE CAMERE

MODIFICA AL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502  
(RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA  
DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421)

## RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'articolo 32 della nostra Costituzione definisce espressamente la «salute» come un diritto fondamentale dell'individuo. Sulla base di tale principio, il nostro Sistema sanitario nazionale (SSN), istituito con la legge 833/1978, nasce con l'obiettivo di garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione sociale, economica o territoriale, configurandosi come uno strumento di giustizia e di coesione sociale, secondo i principi di universalità ed eguaglianza. Ogni persona ha il diritto a essere curata e ogni malato deve essere considerato un legittimo utente di un pubblico servizio, con accesso pieno e incondizionato. Nonostante la previsione costituzionale, un insieme di fattori - politici, economici e organizzativi, a cui, di recente, si è aggiunta la pandemia da COVID-19 - ha messo a dura prova la tenuta del nostro servizio sanitario, aggravando le difficoltà esistenti e acuendo ulteriormente le difformità territoriali.

Tra tagli e definanziamenti, nel decennio 2010-2019 sono stati sottratti al servizio sanitario nazionale circa 37 miliardi di euro, mentre il Fondo sanitario nazionale (FSN) è stato aumentato di soli 8,2 miliardi di euro. Negli anni 2020-2022, il FSN è cresciuto di euro 11,2 miliardi, ma le risorse sono state interamente assorbite dalla gestione della pandemia.

La fase post-pandemica, che, secondo le intenzioni, avrebbe dovuto segnare il rilancio della sanità pubblica, una volta compresa per via del COVID l'importanza di questo servizio così cruciale per la vita dei cittadini, ha in verità rappresentato un ulteriore passo indietro rispetto al fi-

nanziamento del FSN. Non in termini di valori assoluti, ma in termini di rapporto tra spesa sanitaria e PIL.

Se, infatti, si è registrata una significativa crescita nominale del FSN, che ha raggiunto i 136,54 miliardi di euro nel 2025, va notato come l'alto tasso di inflazione e l'aumento delle spese per l'energia determinato dai conflitti bellici (in particolare dalla guerra in Ucraina) abbiano eroso la portata effettiva degli investimenti.

Dal punto di vista del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, al contrario, si riscontrano oggi livelli molto inferiori al massimo storico toccato nel 2020 (7,4%), e molto inferiori rispetto alla media OCSE (7,1%). Se, infatti, nel 2021 il rapporto è sceso già al 6,6%, ulteriori contrazioni si sono registrate nelle seguenti annualità fino ad attestarsi alla quota attuale del 6,3%.

La previsione al 2028 (stando alle previsioni fornite nel Documento programmatico di Finanza Pubblica 2026-2028) della spesa per il FSN raggiungerà la quota di 155,6 miliardi di euro, stabilizzando l'incidenza sul PIL a un livello attorno al 6,3%. Altre previsioni, meno ottimistiche, fornite da enti indipendenti, indicano come proiezioni al 2028 un rapporto tra spesa sanitaria e PIL pari al 5,94% (Fondazione Gimbe) e 5,6% (Il Sole 24 Ore).

Ora, questi bassi livelli di incidenza sul PIL rappresentano un elemento preoccupante perché si traducono in «meno salute», ponendo l'Italia al di sotto della media dei Paesi OCSE e al di sotto del livello di «accettabilità», con inevitabili ripercussioni sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sull'aspettativa di vita,

come studi e ricerche hanno già documentato in rapporti accreditati.

Al fine di garantire le esigenze di pianificazione e organizzazione del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, sarebbe auspicabile prevedere che l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL non debba essere inferiore a una percentuale idonea, che consenta un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale.

La presente proposta di legge al Parlamento mira a introdurre alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) in materia di finanziamento della spesa sanitaria finalizzate a riequilibrare la situazione sopra rappresentata.

In particolare, si intende modificare l'articolo 1 del suddetto decreto, introducendo due commi aggiuntivi.

Il primo stabilisce che l'importo delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale sia determinato in misura non inferiore al 7,5 per cento del PIL dell'anno precedente, al netto del tasso di inflazione annuale, e sia adeguato all'indice di vecchiaia e all'aspettativa di vita della popolazione.

Il secondo differisce l'entrata in vigore della suddetta disposizione al 1° gennaio 2028, allo scopo di consentire l'armonizzazione complessiva del sistema di finanziamento della spesa sanitaria. L'obiettivo della novella è, dunque, che le risorse finanziarie non siano nominali ma al netto del tasso di inflazione annuale e che, ai fini del riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale, il loro importo sia adeguato all'indice di vecchiaia e all'aspettativa di vita della popolazione, due indicatori statistici ben precisi: il primo, misura il numero di anziani presenti ogni cento giovani, permettendo di valutare il livello di invecchiamento degli abitanti di un certo territorio; il secondo, invece, esprime il numero medio di anni di vita di un essere vivente a partire da una certa età all'interno di una popolazione indicizzata. Tali criteri servono, dunque, "anche" a definire il riparto delle risorse, configurandosi come criteri aggiuntivi e non esaustivi.

Infine, l'articolo 2 della proposta reca la clausola di invarianza finanziaria, non comportando un aumento degli oneri sul bilancio di previsione statale, che rimangono immutati, ma traducendosi in una rimodulazione dell'allocazione delle risorse sul bilancio medesimo.

**RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA**

La presente relazione tecnico-finanziaria è predisposta ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 (Legge di contabilità e finanza pubblica).

La presente proposta da presentare alle Camere non comporta nuovi oneri a carico della finanza pubblica in quanto di carattere ordinamentale.

**Art. 1***(Finanziamento della spesa sanitaria)*

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) sono inseriti i seguenti:

“3 bis. L'importo delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale di cui al comma 3 è determinato in misura non inferiore al 7,5 per cento del prodotto interno lordo (PIL) dell'anno precedente, al netto del tasso di inflazione annuale, ed è adeguato all'indice di vecchiaia e all'aspettativa di vita della popolazione. Tali parametri sono considerati ai fini del riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale.

3 ter. Per consentire l'armonizzazione complessiva del sistema di finanziamento della spesa sanitaria conseguente all'introduzione della misura di cui al comma 3 bis, la relativa disposizione trova applicazione a decorrere dal 1° gennaio 2028.”.

**Art. 2***(Invarianza finanziaria)*

1. Dall'applicazione di questa legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.