

REGIONE MARCHE

Assemblea legislativa

Proposta della IV Commissione permanente

SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

(Seduta del 12 dicembre 2023)

Relatore di maggioranza: GIORGIO CANCELLIERI

Relatore di minoranza: MAURIZIO MANGIALARDI

sulle proposte di deliberazione:

PROPOSTA DI LEGGE ALLE CAMERE

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

concernente:

- N. 15** **(testo base)** a iniziativa dei Consiglieri Mangialardi, Casini, Biancani, Bora, Carancini, Cesetti, Mastrovincenzo, Vitri, Ruggeri, Baiocchi, Borroni, Cancellieri, Ciccioli, Lupini, Menghi, Pasqui
presentata in data 12 settembre 2023
SOSTEGNO FINANZIARIO AL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE A DECORRERE DAL 2023
- N. 13** a iniziativa dei Consiglieri Mangialardi, Bora, Casini, Biancani, Cesetti, Vitri, Carancini, Mastrovincenzo
presentata in data 3 luglio 2023
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)

*(Abbate ai sensi dell'articolo 89 del Regolamento interno
di organizzazione e funzionamento dell'Assemblea legislativa)*

Testo base
Proposta di deliberazione n. 15

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 di organizzazione e funzionamento dell'Assemblea legislativa regionale delle Marche;

Vista la proposta di deliberazione presentata dai Consiglieri Mangialardi, Casini, Biancani, Bora, Carancini, Cesetti, Mastrovincenzo, Vitri, Ruggeri, Baiocchi, Borroni, Cancellieri, Ciccioi, Lupini, Menghi, Pasqui;

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.

Testo approvato dalla Commissione

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Identico

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del comma 1 dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione assembleare permanente competente in materia;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 11, comma 4, della l.r. 10 aprile 2007, n. 4, dal Consiglio delle autonomie locali;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera b), della legge regionale 26 giugno 2008, n. 15, dal Consiglio regionale dell'economia e del lavoro;

Identico

DELIBERA

Identico

Allegato A

PROPOSTA DI LEGGE ALLE CAMERE

Sostegno finanziario al Sistema sanitario nazionale a decorrere dal 2023

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Il diritto alla salute si afferma nel nostro paese come diritto fondamentale ad accesso universale a partire dal 1° gennaio 1948 con l'articolo 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", a cui ha fatto seguito a livello internazionale la Dichiarazione universale dei diritti umani (Assemblea generale delle Nazioni Unite nel dicembre 1948).

La legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale ne ha definito gli obiettivi e gli aspetti organizzativi declinando concretamente i principi di universalità, uguaglianza ed equità ribaditi in modo sintetico e puntuale all'articolo 1: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge."

Il diritto alla salute si concretizza, pertanto, in un diritto individuale teso a garantire una condizione di benessere fisico, psicologico e sociale della persona e in un diritto collettivo per la tutela della salute della comunità nel suo complesso, con un approccio che oggi viene denominato One Health. La garanzia di un diritto alla salute universale che si dovrà sempre più, nel tempo, misurare con un bisogno di servizi sanitari e sociosanitari in tendenziale aumento per effetto di un progressivo incremento dell'invecchiamento della popolazione a cui si sta accompagnando un calo delle nascite e della popolazione attiva. Una composizione della popolazione in progressivo cambiamento, a cui va prestata particolare attenzione per orientare i servizi sanitari e sociosanitari ad un'offerta su misura per una popolazione sempre più fragile e che in prospettiva è proiettata a vivere in solitudine.

In merito alla spesa sanitaria, dal 20esimo Rapporto Osservasalute 2022 si evince che: nel 2022 la spesa sanitaria pubblica si è attestata a 131 miliardi (6,8% del PIL), la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi (2% del PIL). I confronti internazionali evidenziano, nel 2020, che la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media Ue-27, sia in termini di valore pro capite (2.609 euro contro 3.269 euro) che in rapporto al PIL (9,6% vs 10,9%). Il nostro Paese, inoltre si legge nel report, si colloca al tredicesimo posto della graduatoria dei Paesi Ue per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (3.807 euro pro capite) e Germania (4.831 euro), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.588 euro). Germania, Olanda, Austria e Svezia sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o superiore ai 4.000 euro. Per la spesa

sanitaria rispetto al PIL, l'Italia occupa la decima posizione insieme alla Finlandia.

Lo stesso Documento di economia e finanza 2023, per il triennio 2024-2026, Sezione I – Programma di stabilità (pag. 111, approvato dal parlamento il 28 aprile 2023), mette in evidenza come: “Da tempo le proiezioni ufficiali evidenziano una tendenza a un rapido invecchiamento della popolazione comune a livello europeo, anche se con intensità diverse nei paesi dell’Unione. Ciò comporta da un lato una riduzione significativa della popolazione attiva, dall’altra un aumento delle spese di natura sociale, specialmente di quelle legate all’invecchiamento: spesa previdenziale e assistenziale, sanitaria per l’assistenza a lungo termine” e che secondo le proiezioni contenute nell’Ageing Reports-2021 commissionato dalla Commissione europea “il costo totale dell’invecchiamento della popolazione nell’Unione europea è previsto aumentare di 1,9 p.p. di PIL nel lungo periodo raggiungendo il 25,9 per cento del PIL nel 2070.”.

La crescita tendenziale della domanda di servizi sanitari e sociosanitari si inserisce in un Servizio sanitario nazionale già oggi sottofinanziato rispetto alle necessità della popolazione e ancora in affanno rispetto alla copertura dei costi delle regioni determinati dalla pandemia. Pur risultando imprescindibile un intervento di riorganizzazione e innovazione del sistema sanitario attuale, al fine di migliorarne le prestazioni e l’efficienza, è impensabile che ciò avvenga a risorse finanziarie e professionali invariate. Senza una programmazione di lungo periodo che garantisca interventi di carattere finanziario progressivi, consistenti e stabili a regime, per lo Stato e le Regioni risulterà impossibile garantire il diritto di offerta e accesso universale ai servizi sanitari e sociosanitari come previsto dal nostro ordinamento giuridico. Tra i bisogni di salute, non certo nuovi, ma che la stessa pandemia ha fatto emergere in modo esplosivo non si può non citare la domanda esponenziale di supporto psicologico e di presa in carico per disturbi legati alla salute mentale e alle dipendenze patologiche.

Senza sottovalutare il fatto che un Servizio sanitario nazionale sottofinanziato porterebbe progressivamente ad aumentare la disuguaglianza sociale all’interno della popolazione dividendo le famiglie tra quelle che riusciranno ad accedere alle cure attingendo anche a risorse finanziarie proprie attraverso l’acquisto di prestazioni dalla sanità privata da quelle che vi dovranno rinunciare o a causa delle liste di attesa o per impossibilità di carattere economico. Come ha denunciato la Fondazione Gimbe nella 15esima Conferenza nazionale: aumentano le disuguaglianze sociali anche in ambito sanitario, che non permettono a tutti il godimento del diritto alla salute; aumenta la spesa sanitaria

delle famiglie e il numero dei cittadini che rinunciano alle cure; aumenta il divario nord-sud nell’accesso alle cure.

Secondo Istat:

- nel 2021, 11,1% delle persone hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie e nel 2022 si stima che siano state il 7% (4,2% a causa liste attese; 3,2% per motivi economici);
- nel 2021 la spesa sanitaria ha toccato 168 MLD Euro, di cui 127 MLD di spesa pubblica (75,6%), 36,5 MLD (21,8%) a carico delle famiglie e 4,5 MLD (2,7%) sostenuti da fondi sanitari e assicurazioni.

Secondo il rapporto "Le Performance Regionali" del CREA (Centro per la ricerca economica applicata in sanità) nel 2021 la spesa privata è stata in media di 1.734 euro/nucleo familiare. Il Servizio sanitario nazionale si è, inoltre, caratterizzato dalla sua nascita ad oggi per importanti eccellenze nella diagnostica, nella chirurgia e nella cura. Per continuare a offrire cure all’avanguardia che coniugano la cura con l’umanizzazione e l’accesso alle sempre più innovative prestazioni messe a disposizione dalla ricerca scientifica, tecnologica e farmaceutica, è necessario ricordare che il SSN va sostenuto anche per l’accesso, in tempi celeri e congrui, a tutte le innovazioni disponibili (diagnostiche, tecnologiche, farmaceutiche).

Dopo il tragico evento pandemico da Covid-19, il nostro paese anche grazie all’Unione europea ha avviato importanti investimenti (Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR, Next Generation EU, piano nazionale per gli investimenti complementari) per rilanciare l’economia con un approccio green e digitale e l’obiettivo di rendere il Paese più coeso territorialmente, con un mercato del lavoro più dinamico e senza discriminazioni di genere e generazionali, e una sanità pubblica più moderna e vicina alle persone.

La Missione 6 - Salute del PNRR ha come parole chiave prossimità, innovazione e uguaglianza (in linea con i principi costituzionali e i nuovi bisogni evidenziati dalla pandemia e da un contesto demografico ed epidemiologico mutato e in mutazione) e si pone l’obiettivo di potenziare e sviluppare l’assistenza sanitaria territoriale nel SSN implementando nuovi modelli organizzativi e ridefinendo le funzioni e il coordinamento delle realtà già presenti nel territorio. Le risorse a disposizione sono finalizzate a investimenti infrastrutturali e tecnologici diretti a rafforzare l’offerta e la qualità dei servizi promuovendo un approccio sempre più integrato tra sanità e sociale.

In particolare, con le risorse del PNRR, si prevede di realizzare un numero significativo di investimenti concernenti le Case della comunità, le

Centrali operative territoriali e gli Ospedali di comunità entro la metà del 2026 (Target UE), oltre a diversi interventi di messa in sicurezza antisismica degli ospedali.

Mentre con il cosiddetto d.m. 77 (decreto ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale) si è definito il modello organizzativo innovativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, un luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, a fronte del quale le risorse stanziata a livello nazionale risultano insufficienti per attuare le azioni per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e per applicare i nuovi modelli e standard organizzativi e strutturali, come rilevato nel documento contenente le Proposte strategiche delle Regioni e delle Province autonome trasmesso il 26 ottobre 2022 dalla Conferenza delle Regioni al Ministro della salute (Prot. n. 7202/C7SAN/CR).

Questa importante stagione di investimenti e di riforme in sanità richiede una programmazione finanziaria pluriennale di risorse aggiuntive e stabili per far fronte anche ai conseguenti maggiori costi per la gestione e il funzionamento delle strutture di nuova costruzione (OSCO, COT e Case della comunità) e il superamento del vincolo assunzionale del personale in sanità previsto dal cosiddetto "decreto Calabria" (articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60).

Le sfide ordinarie e straordinarie a cui è sottoposto il Servizio sanitario nazionale che si è cercato di evidenziare pongono con forza la necessità di sostenere ulteriormente in modo progressivo, ma consistente e stabile a regime, il sistema sanitario.

La sostenibilità economico-finanziaria dei bilanci sanitari delle regioni è fortemente compromessa da un insufficiente livello di finanziamento del SSN, su cui grava, diversamente da quanto accade per le altre amministrazioni pubbliche statali, anche il finanziamento degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN. La previsione di spesa in sanità di lungo periodo sconta infatti gli oneri legati al rinnovo del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato con il SSN, le spese per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nonché gli impegni pianificati per rafforzare la performance del SSN, anche in termini di tempestività di risposta rispetto alle emergenze sanitarie.

La spesa sanitaria in rapporto al PIL si attesta in media sul 6,9% nel quinquennio 2018-2022

(7,2% nel 2021, a seguito degli interventi finanziari in ambito sanitario adottati per contrastare l'epidemia da Covid-19) (fonte: DEF 2023 – agg. 27.11.22), a confronto di una media europea dell'8,1%.

Gli incrementi già riconosciuti sul Fondo sanitario nazionale 2023 dall'articolo 1, comma 535, della legge 197/2022 (pari a 2,150 mld) non sono pertanto sufficienti. Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale 2023 non è adeguato a consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria alla luce dei significativi oneri per il proseguimento delle misure di contrasto e sorveglianza dell'emergenza pandemica che sono divenuti strutturali e, contestualmente, dei maggiori costi emergenti: energetici, inflattivi e contrattuali.

Nell'anno 2021 il finanziamento ordinario del SSN in rapporto al PIL è stato pari al 6,9% (fonte: Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria 2022, pag. 9). Nel 2019 tale rapporto è stato pari al 6,4%, a fronte di paesi come Germania che destina il 9,9% del PIL al finanziamento della spesa sanitaria pubblica; la Francia il 9,3%; il Regno Unito l'8% (dati OCSE).

Il Rapporto OCSE del febbraio 2023, evidenzia che per evitare il ripetersi delle enormi conseguenze (verificatesi in tutti i Paesi OCSE) prodotte dalla pandemia di Covid-19 sulle società e i sistemi sanitari, i sistemi sanitari devono diventare resilienti ossia capaci di pianificare ed essere pronti per gli shock, come le pandemie, le crisi economiche o gli effetti del cambiamento climatico. I Sistemi sanitari resilienti sono quelli in grado di ridurre al minimo le conseguenze negative delle crisi, recuperare il più rapidamente possibile e adattarsi per diventare più performanti e più preparati.

Lo stesso rapporto OCSE nel confermare il dato di sottofinanziamento dei sistemi sanitari stima in un finanziamento extra mediamente del 1,4% del PIL il fabbisogno utile a mantenere le risorse umane necessarie al funzionamento dei sistemi sanitari. Indica, inoltre, sei raccomandazioni per migliorare la resilienza dei sistemi sanitari stessi e per ridurre l'impatto di shock futuri: promozione della salute della popolazione (assistenza preventiva, campagne vaccinali e di screening); politiche attive di reclutamento e ritenzione delle risorse umane (competitività delle retribuzioni, attrattività personale qualificato in sanità, assistenza e dipendenze); raccolta e buon uso dei dati; promozione delle collaborazioni internazionali; riduzione delle carenze e dei rischi di carenze (attrezzature, tecnologie); promozione della governance e della fiducia nei sistemi sanitari.

L'OCSE ribadisce come in futuro, il rendimento di questi investimenti mirati nei sistemi sanitari, in particolare nel campo della prevenzione, andranno più che a compensare i costi associati, andando a generare anche, con conseguenti significativi risparmi sui costi dell'assistenza sanitaria oltre che in termini di miglioramento della qualità di vita e di aspettativa di vita.

Nella Nota di Aggiornamento al DEF - Versione rivista e integrata del 4 novembre 2022 si prevede un livello di spesa sanitaria che nel 2025 scende al 6% del PIL. Occorre, pertanto, incrementare, in maniera stabile, il livello di finanziamento del SSN avvicinandolo alla media degli altri paesi europei e portandolo in linea con le raccomandazioni OCSE, prevedendo che a decorrere dall'anno 2023 il finanziamento complessivo del SSN possa attestarsi in misura progressiva al 7,5% del PIL nominale tendenziale.

Considerando che nella nota di aggiornamento al DEF - Versione rivista e integrata del 4 novembre 2022 il PIL nominale tendenziale è stimato in misura pari a 1.990,2 mld di euro, un livello di finanziamento del SSN almeno pari al 7,5% comporta un incremento delle risorse da 128,869 mld di euro (fabbisogno programmato nel 2023) a oltre 149 mld di euro, attestando tale livello in misura analoga a quanto si registra in altri paesi europei. Al fine di assicurare la necessaria gradualità la norma prevede, nei prossimi 5 anni un incremento percentuale annuale pari allo 0,21% del PIL nominale tendenziale.

Per le considerazioni fin qui espresse con la presente proposta di legge, con l'articolo 1, a decorrere dall'anno 2023, si intende incrementare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, (a cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 così come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197) su base annua dello 0,21% del Prodotto interno nominale italiano per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5% del Prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento.

Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard qui proposto si intende far fronte alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

L'articolo 2 introduce una modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure

emergenziali per il Servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, che attualmente stabilisce i vincoli in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nonché il limite relativo all'ammontare complessivo dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio prevista dall'articolo 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017.

Va evidenziato che già la vigente disciplina legislativa riconosce l'autonomia finanziaria delle regioni, stabilendo che esse provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato (si veda la disposizione dettata dall'articolo 11, comma 4.1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35).

In questo contesto, che già prevede una specifica forma di responsabilizzazione delle Regioni rispetto al finanziamento complessivo del proprio Sistema Sanitario Regionale, la modifica intende superare i vincoli di spesa puntuali relativi a singoli aggregati di spesa, riferiti al personale. Ciò al fine di eliminare gli elementi di rigidità che condizionano fortemente la possibilità da parte delle Regioni di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

La modifica aggiunge all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, la legge 5 agosto 2022, n. 118, dopo il comma 4.1, un nuovo comma diretto a prevedere che a decorrere dall'anno 2023 le Regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende ed enti del Sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico. Sempre a decorrere dal 2023, la modifica prevede che non trovi, quindi, più applicazione la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle Regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

L'articolo 3 definisce la copertura finanziaria degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati in 4 miliardi di euro per il 2023, 8 miliardi di euro per il 2024, 12 miliardi di euro per il 2025, 16 miliardi di euro per il 2026, 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027.

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

Il Servizio sanitario nazionale, affinché, sia nelle condizioni di assicurare le migliori cure a tutti i cittadini, attraverso un sistema universale in grado di erogare un'assistenza uniforme sul territorio nazionale, di garantire tempi di accesso e qualità delle prestazioni conformi ai migliori standard, richiede la garanzia di un adeguato livello di risorse finanziarie e umane per superare le criticità che interessano il sistema acuite dalla pandemia da Covid-19 e dalla crisi energetica.

Gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, a partire dal livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, così come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, a fronte di un PIL nominale tendenziale previsto nella Nota di Aggiornamento al DEF - versione rivista e integrata del 4 novembre 2022 (NADEF 2022 - vers. 4.11.22), sono valutati in 4 miliardi di euro per il 2023, 8 miliardi di euro per il 2024, 12 miliardi di euro per il 2025, 16 miliardi di euro per il 2026, 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027.

In particolare, si evidenzia quanto segue.

Tenuto conto che il PIL nominale tendenziale, previsto nella NADEF 2022 (vers. 4.11.22), è stimato in 1.990,2 miliardi, che l'obiettivo indicato nella presente proposta di legge di un livello di finanziamento del SSN pari al 7,5% del PIL nominale tendenziale è quantificato in 149,27 mld di euro, che il livello attuale di finanziamento del SSN per l'anno 2023 si attesta in un volume di risorse pari a 128,869 mld di euro, il differenziale (rispetto all'obiettivo del 7,5%) è quantificato in 20,8 mld di euro.

Il raggiungimento dell'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 20,8 mld, a decorrere dal 2027, si prevede che si realizzi in maniera progressiva nel periodo 2023-2027 con un incremento su base annua di almeno 4 mld per ciascun anno (pari a 0,21% del PIL nominale tendenziale assunto a riferimento).

Dalla analisi della "Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva anno 2022" approvata dalla omonima Commissione (istituita a norma dell'articolo 10-bis.1, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196) nella seduta del 19 settembre 2022 e degli "Aggiornamenti per gli anni 2015-2020 a seguito della revisione dei conti nazionali apportata dall'Istat" ad

integrazione della medesima Relazione (Commissione per la redazione della Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva), si evince rispettivamente che il valore aggiunto generato dal sommerso economico nel 2019 (una delle componenti dell'economia non osservata) si attesta a 183,9 miliardi di euro e nel 2020 a 157,4 miliardi di euro.

Conseguentemente, l'incidenza sul PIL del sommerso economico pur scendendo al 10,2% rispetto al 10,7% dell'anno precedente rimane un dato significativo a favore della copertura dei servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini.

Nel capitolo III della medesima Relazione (settembre 2022) sono riportate le stime del tax gap - fiscale e contributivo - alla luce dei dati relativi all'economia sommersa aggiornati al 2019, laddove per tax gap assoluto si intende la differenza tra le imposte potenziali, calcolate sulla base della contabilità nazionale, e quelle effettivamente versate (ossia il gettito evaso) e per tax gap relativo, anche detto propensione al gap, il rapporto tra questa differenza - cioè le imposte evase - e le imposte potenziali.

Nella menzionata relazione il tax gap assoluto complessivo (fiscale e contributivo) viene stimato, nel 2019, in circa 99,2 miliardi, di cui 86,5 miliardi di euro di mancate entrate tributarie e 12,7 miliardi di euro di mancate entrate contributive in cui può trovare capienza il progressivo maggiore finanziamento del Sistema sanitario nazionale a seguito dell'adozione di aggiuntivi meccanismi e misure di "riduzione del tax gap" come previsto tra le stesse riforme "abilitanti" del PNRR. Misure ed Obiettivi di Riforma indicati puntualmente dal PNRR e ribaditi nei documenti ufficiali di fonte governativa quali la Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2022 - Allegato "Rapporto sui risultati conseguiti in materia di misure di contrasto all'evasione fiscale e contributiva - Anno 2022".

Qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria di questa legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, si propone che siano individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto all'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

Testo proposto**Art. 1**

(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)

1. A decorrere dall'anno 2023, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), così come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025), è incrementato su base annua dell'0,21% del Prodotto interno lordo nominale italiano per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5% del Prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento. Nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard sono altresì comprese le maggiori risorse destinate alla copertura dei fabbisogni correlati all'erogazione delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

Art. 2

(Modifica all'articolo 11 del d.l. 35/2019)

1. Dopo il comma 4.1 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, è inserito il seguente:

“4.1.1. Dall'anno 2023 le Regioni concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando, nell'ambito dei propri indirizzi relativi alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale da parte delle aziende ed enti del Sistema sanitario regionale, il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico. Non trova applicazione, sempre a decorrere dal 2023, la disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, e la disciplina sul limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 ed eventuali maggiori costi a carico delle Regioni dovranno trovare co-

Testo approvato dalla Commissione**Art. 1**

(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)

Identico

Art. 2

(Modifica all'articolo 11 del d.l. 35/2019)

Identico

pertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto all'articolo 1 della presente legge.”.

Art. 3
(Copertura finanziaria)

1. Gli oneri derivanti dall'attuazione di questa legge, a partire dal livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato, definito dall'articolo 1, comma 258, della legge 234/2021, così come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 197/2022 e tenuto conto delle previsioni di crescita del Prodotto interno lordo tendenziale e programmatico sono valutati in termini incrementali, rispetto al finanziamento 2023, in 4 miliardi di euro per il 2023, 8 miliardi di euro per il 2024, 12 miliardi di euro per il 2025, 16 miliardi di euro per il 2026, 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027.

2. Per far fronte agli oneri derivanti dall'applicazione dell'articolo 1 di questa legge si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Qualora la crescita programmatica prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura finanziaria di questa legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, vengono individuati e resi operativi meccanismi e misure aggiuntive di contrasto all'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

Art. 3
(Copertura finanziaria)

Identico

Proposta di deliberazione n. 13

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 di organizzazione e funzionamento dell'Assemblea legislativa regionale delle Marche;

Vista la proposta di deliberazione presentata dai Consiglieri Mangialardi, Bora, Casini, Biancani, Cesetti, Vitri, Carancini e Mastrovincenzo;

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.

Allegato A

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, da ultimo, 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.

Secondo l'ultimo rapporto GIMBE dell'11 ottobre 2022, tra tagli e defianziamenti 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 Nota di aggiornamento del DEF (versione rivista e integrata del 4 novembre 2022) stima che la spesa sanitaria, a ragione dei minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica, sia destinata a scendere costantemente nel corso del triennio 2023-2025, assestandosi a 131.724 miliardi nel 2023, a 128.708 miliardi nel 2024 e a 129.428 miliardi nel 2025, pari al 6,0 per cento del

PIL e ben al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia.

Con la legge di bilancio 2023, sono stati aggiunti 2 miliardi rispetto a quanto già previsto, portando a 128 miliardi lo stanziamento per la sanità, anche se la maggior parte delle risorse, pari a 1,4 miliardi di euro, sono andate a coprire i maggiori costi legati al "caro energia". Inoltre, va tenuto presente che questa quota, già di per sé insufficiente, non servirà nemmeno a far fronte all'erosione del valore causato dall'inflazione (+6,4% su base annua, dato Istat Giugno 2023).

Proprio con riferimento alla predetta manovra, la Corte dei conti ha rilevato che la previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi in tal modo solo poco al di sotto di quella prevista per il 2022 (133,9 miliardi), e confermando, dunque, che la spesa sanitaria, in termini di prodotto, è in riduzione nel prossimo biennio (-1,1% in media all'anno). La Corte dei conti ha sottolineato, quindi, che il rapporto fra spesa sanitaria e PIL si attesta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria già dal 2024 (6,3%), per ridursi ulteriormente di un decimo di punto nell'anno terminale (2025).

Il decrescere dell'incidenza sul PIL è un elemento preoccupante perché si traduce in «meno salute» e pone 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.

Recentemente, la Corte dei conti ha evidenziato nuovamente come, dopo l'emergenza che ha caratterizzato lo scorso triennio, si riproponga il gap, mai risolto, tra le risorse dedicate nel nostro Paese al sistema sanitario e quelle dei principali partner europei; una differenza resa più grave dagli andamenti demografici: già oggi l'Italia è caratterizzata da una quota di popolazione anziana superiore agli altri Paesi, quota destinata a crescere in misura significativa nei prossimi anni.

Permane, inoltre, il grave ritardo nell'erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste d'attesa, cresciute esponenzialmente con la pandemia. A riguardo, sempre la Corte dei conti ha rappresentato come siano ben 14 le regioni italiane che presentano performance peggiori di quelle del 2019. Anche dalle analisi della Fondazione GIMBE emerge come si accumulino sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening. Dal Report Osservatorio Gimbe 2/2022, «Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità», si evince che rispetto al mantenimento dell'erogazione dei Lea, a fronte di un servizio sanitario nazionale fondato su principi di equità e universalismo, il nostro Paese presenta inaccettabili disuguaglianze regionali.

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 2025, 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 2025.”.

Art. 2*(Invarianza finanziaria)*

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