



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Firenze, 4 luglio 2023



Al Presidente del Consiglio regionale

Oggetto: Proposta di legge al Parlamento

Disposizioni in materia di finanziamento della spesa sanitaria. 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).

D'iniziativa dei Consiglieri:

VINCENZO CECCARELLI

ENRICO SOSTEGNI

MARCO NICCOCCI

MASSIMILIANO PESCIANI

FEDERICA FRACONI

DONATELLA SPADI

ANDREA VANNUCCI

CRISTIANO BETRUCCI

ELENA ROSIGNOLI

MARIO PUPPA

LUCIA DE ROBERTIS

[Handwritten signatures of the council members]

Proposta di legge al Parlamento

Disposizioni in materia di finanziamento della spesa sanitaria. 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).

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

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

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 n. 833 del 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 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 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”.

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 accumuli sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening. Dal Report Osservatorio Gimbe 2/2022, «Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze 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 presenti inaccettabili diseguaglianze 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 TECNICA

(Articolo 17, comma 6, della legge 31 dicembre 2009, n. 196)

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).

Con la presente proposta di legge, si intende modificare l'articolo 1 del d.lgs. 502/1992 introducendo nello stesso due commi aggiuntivi per i cui contenuti si rinvia all'allegata relazione illustrativa. Dal punto di vista delle potenziali ricadute finanziarie la proposta, all'articolo 2, è dotata di apposita clausola di neutralità finanziaria. In particolare, le motivazioni che permettono di affermare l'assenza di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica sono da rintracciare nella natura ordinamentale delle disposizioni in commento, tale da non produrre aggravii di spesa sul bilancio dello Stato.