

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2550

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE

d'iniziativa del deputato D'IPPOLITO

Modifiche agli articoli 81, 97, 117 e 119 della Costituzione, concernenti la competenza esclusiva dello Stato in materia di tutela della salute e l'esclusione delle spese sanitarie dall'applicazione del principio di equilibrio del bilancio

Presentata il 18 giugno 2020

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, è stato istituito il Servizio sanitario nazionale, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione che prevedono il principio universalistico e solidaristico della tutela della salute quale diritto inalienabile e incomprimibile della persona e della collettività. La legge ha inoltre comportato, quale corrispettivo a tale principio, il diritto incomprimibile alla fruizione delle prestazioni minime e uniformi, con il superamento, sotto il profilo storico e sociale, di un sistema assistenziale basato sulla mutualità plurima e settoriale, sia pubblica che privata, che garantiva il diritto a un'assistenza sanitaria diversificata e disomogenea, in ragione della capacità contributiva degli iscritti e che determinava, in tal modo, una forte sperequazione prestazionale. Nel precedente sistema mutualistico risultavano del tutto

assenti i concetti della prevenzione e della riabilitazione, concetti, invece, fondamentali nell'approccio globale al sistema curativo e la tutela della salute si limitava a prevedere un percorso costituito dalle tappe della cura, della guarigione e del decesso.

La legge n. 833 del 1978 ha introdotto, ai fini del finanziamento delle prestazioni assistenziali, il concetto delle cosiddette « macroaree », consistenti, rispettivamente, nell'area territoriale, nell'area ospedaliera e nell'area degli ambienti di vita e di lavoro. Con l'articolo 26, la stessa legge ha sancito il diritto alle prestazioni riabilitative, intese quale recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualunque causa. La cosiddetta « stagione della solidarietà », che ha dato la spinta all'approvazione della legge n. 833 del 1978, ha però lasciato, ben presto, il posto a una

concezione aziendalistica e ragionieristico-matematica del Servizio sanitario nazionale, che si è concretizzata con l'approvazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dei decreti legislativi 7 dicembre 1993, n. 517, e 19 giugno 1999, n. 229, che hanno apportato modifiche alla normativa del 1992.

L'introduzione della parametrizzazione econometrica, basata sul rapporto tra costo e beneficio, ha comportato la necessità, in capo alla programmazione sanitaria nazionale, dell'adozione di *standard* assistenziali, da applicare in tutto il territorio nazionale senza tenere conto delle diversità esistenti dal punto di vista epidemiologico e della vulnerabilità sanitaria e sociale. Con l'introduzione del parametro programmatico-gestionale basato sulla concezione aziendalistica della salute, le unità sanitarie locali, previste dalla legge n. 833 del 1978 quali espressioni del fabbisogno sanitario complessivo dei territori, sono state trasformate in aziende del Servizio sanitario nazionale e assoggettate all'obbligo del pareggio del bilancio e della sostenibilità del debito pubblico. Negli atti programmatori di finanza pubblica è stata introdotta la normativa concernente il piano di rientro dai disavanzi sanitari regionali, ai sensi dell'articolo 1, commi 174, 176 e 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 2, commi 71, 80, 83, 84, 88, 88-bis e 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, completata dalle disposizioni in materia di commissariamento dei servizi sanitari regionali, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, nella novella recata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3; dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131; e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222.

In antitesi alle garanzie di cui agli articoli 3 e 32 della Costituzione, il diritto universalistico alla fruizione dei livelli essenziali in materia di diritti sanitari, civili e sociali è stato vincolato alle fasi avverse o favorevoli del ciclo economico, all'equilibrio di bilancio, alla sostenibilità del debito pubblico, all'osservanza delle disposizioni

derivanti dall'appartenenza all'Unione europea, concetti che hanno trovato piena attuazione con l'approvazione della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, la quale ha introdotto nell'ordinamento italiano il principio del pareggio di bilancio e la stretta osservanza delle direttive europee in materia di *fiscal compact* europeo, mediante la modifica degli articoli 81, 97, 117 e 119 della Costituzione.

Per un effetto consequenziale, la logica dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità del debito pubblico applicata agli enti del servizio sanitario nazionale ha comportato, negli anni, una considerevole contrazione delle spese di investimento concernenti gli ambiti strutturale, tecnologico, farmaceutico, terapeutico e di dotazione organica, in antitesi al principio secondo cui la tutela della salute non può essere considerata un settore statico o comunque da innovare a saldi di bilancio invariati.

La modifica del titolo V della parte seconda della Costituzione, disposta dalla citata legge costituzionale n. 3 del 2001, ha comportato la riformulazione dell'articolo 117 della Costituzione che, fatte salve le esclusive prerogative statali previste dal secondo comma, lettere *m*) e *q*), ha introdotto, al terzo comma, per quanto concerne lo specifico ambito della tutela della salute, il principio della legislazione concorrente tra Stato e regioni. Tale novella legislativa ha portato all'istituzione di venti servizi sanitari regionali, che si sono rivelati altrettanti centri di potere gestionale e decisionale, da cui sono scaturiti numerosi conflitti di attribuzione tra lo Stato e le regioni dinanzi alla Corte costituzionale.

Privi di effetti benefici si sono rivelati sia i piani di rientro dai disavanzi sanitari regionali che i correlati commissariamenti i quali, ben lungi dal risanare i disavanzi gestionali degli enti dei servizi sanitari regionali, hanno prodotto un disinvestimento strutturale e tecnologico, ulteriori disavanzi gestionali, tagli orizzontali dei livelli essenziali di assistenza, l'allungamento delle liste di attesa, un incremento vertiginoso della migrazione sanitaria, anche per prestazioni a bassa complessità assistenziale, e

un aumento della mobilità sanitaria passiva interregionale.

Questa situazione avrebbe potuto essere evitata se solo si fosse pienamente attuato il principio del federalismo fiscale nell'ambito sanitario, in una logica di sussidiarietà, dei costi e dei fabbisogni *standard*, della perequazione interregionale, in applicazione della legge delega 13 maggio 1999, n. 133, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, dell'articolo 119, commi terzo, quarto e quinto, della Costituzione, della legge delega 5 maggio 2009, n. 42, del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 26 novembre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 75 del 1° aprile 2011, e del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, che, all'articolo 25, ha previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2013, un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, basati sulla popolazione residente, sulla frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, sui tassi di mortalità della popolazione e sulle particolari situazioni territoriali atte a definire i bisogni sanitari delle regioni (quota capitaria pesata).

L'adozione del criterio della quota capitaria pesata ha contribuito a determinare una marcata sperequazione in materia di offerta assistenziale complessiva, comportando una maggiore penalizzazione, in termini di risorse, per le regioni meridionali, soprattutto per quanto concerne la cura dei pazienti cronici. Per contro, un criterio di riparto del Fondo sanitario nazionale basato su evidenti parametri epidemiologici di morbilità, comorbilità, vulnerabilità sanitaria e sociale, comprendenti le malattie croniche ad andamento evolutivo, integrando, a tal fine, le prestazioni socio assistenziali con quelle sanitarie, avrebbe evitato ed eviterebbe storici e mai colmati *gap* assistenziali.

L'istituto del convenzionamento con le strutture sanitarie private, previsto dalla legge n. 833 del 1978, al quale i cittadini possono ricorrere in caso di impossibilità di erogazione delle prestazioni da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, è stato sostituito dal concetto giuridico-legi-

slativo dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, ai sensi, rispettivamente, degli articoli 8-*quater* e 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, in assenza, peraltro, di una specifica norma quadro nazionale sulla percentuale massima delle strutture private accreditate in rapporto alle strutture sanitarie pubbliche, tenuto conto del principio secondo il quale le strutture sanitarie private accreditate, effettivamente in carico al Servizio sanitario nazionale, devono svolgere una funzione integrativa e complementare alle strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale (decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70).

In nome dei criteri cosiddetti « di appropriatezza », basati sul tasso minimo di utilizzo delle strutture ospedaliere, sugli *standard* di dotazione massima dei posti letto a destinazione ospedaliera ordinaria e sul tasso massimo di ospedalizzazione, si è assistito nel tempo a una drastica riduzione dell'offerta ospedaliera, soprattutto nelle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi sanitari e al commissariamento. A puro titolo esemplificativo, è opportuno evidenziare che la dotazione complessiva dei posti letto di degenza ordinaria è passata da 250.000 del 2010 a 191.000 del 2017, secondo quanto riportato dall'ultimo annuario statistico del Ministero della salute, con un indice nazionale di 3,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, al di sotto dello *standard* di 3,7 posti letto previsto dall'articolo 15, comma 13, lettera c), del citato decreto-legge n. 95 del 2012, con evidenti discrasie tra le varie regioni, con indici a livello territoriale che oscillano tra il 3 della regione Calabria, il 3,7 della regione Liguria e il 3,8 della regione Lombardia. Se si considera la mancata realizzazione, fatte salve pochissime realtà regionali, delle reti di assistenza sanitaria territoriale (unità operative complesse di cure primarie), risulta evidente il tasso di decrescita dell'offerta sanitaria complessiva, con un contestuale depotenziamento della dotazione organica complessiva, accertato, a livello na-

zionale, tra il 2010 e il 2017, in circa 43.000 unità di personale.

L'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha palesato l'incapacità delle strutture del Servizio sanitario nazionale di fronteggiare tale evento pandemico. Pertanto, si ritiene ormai indispensabile e urgente la revisione dei parametri assistenziali esistenti, sia ospedalieri che della rete territoriale, prevedendo nuovi parametri che comportino un ampliamento dell'offerta ospedaliera e territoriale mediante la (ri)valorizzazione delle realtà ospedaliere periferiche e il contestuale potenziamento del sistema delle cure primarie.

È quindi auspicabile il superamento dell'attuale strutturazione del Servizio sanitario nazionale, gestito dalle regioni, me-

diate un processo di cosiddetta « agenzificazione » dello stesso, da realizzare, in via legislativa ordinaria, tramite l'istituzione di un'Agenzia nazionale della salute in capo all'esclusiva competenza statale, da articolare a livello regionale in agenzie regionali della salute.

A tale fine, si rende necessario affermare sul piano costituzionale la clausola di esclusiva competenza statale in materia di tutela della salute, mediante la modifica all'articolo 117, commi secondo e terzo, della Costituzione.

Contestualmente, si rende necessario, per quanto già indicato, procedere alla modifica degli articoli 81, secondo comma, 97, primo comma, e 119, primo comma, della stessa Costituzione.

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE

—

Art. 1.

1. All'articolo 117 della Costituzione sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo comma è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

« s-bis) tutela della salute »;

b) al terzo comma, le parole: « tutela della salute; » sono soppresse.

Art. 2.

1. Il secondo comma dell'articolo 81 della Costituzione è sostituito dal seguente:

« Il ricorso all'indebitamento è consentito agli enti sanitari pubblici per finalità di investimento, senza tenere conto degli effetti del ciclo economico. Resta salvo, in ogni caso, il ricorso all'indebitamento, per gli altri ambiti d'intervento, al fine di considerare gli effetti del ciclo economico, previa autorizzazione delle Camere, adottata a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali ».

2. Il primo comma dell'articolo 97 della Costituzione è sostituito dal seguente:

« Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione Europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, fatta eccezione per le spese di investimento effettuate dagli enti sanitari pubblici ».

3. Al primo comma dell'articolo 119 della Costituzione è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Il rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, con concorrenza nell'assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, non opera per gli enti sanitari pubblici limitatamente alle spese di investimento ».

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



18PDL0107710