

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1608

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA

Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023

Presentata il 12 dicembre 2023

ONOREVOLI DEPUTATI! — 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 n. 833 del 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 verso un'offerta su misura per una popolazione sempre più fragile e che in prospettiva è proiettata a vivere in solitudine. Secondo i dati ISTAT dei primi mesi 2022:

l'indice di vecchiaia continua ad aumentare ed ha raggiunto quota 187,6 anziani ogni cento giovani, mantenendo l'Italia tra i Paesi più « vecchi » dell'Unione europea;

i residenti di 65 anni e più sono 14.046.000, circa 3 milioni in più rispetto a venti anni fa, pari al 23,8 per cento della popolazione totale;

i residenti di 75 anni e più (i cosiddetti « grandi anziani ») sono 7.058.755, l'11,7 per cento del totale della popolazione. Il 60 per cento è risultato composto da donne. Quasi la metà delle donne di 75 anni e più vive da sola, il 29 per cento in coppia. Capovolta la situazione degli uomini, il 21,7 per cento vive solo e il 68 per cento in coppia;

i centenari sono risultati 19.714, un numero quadruplicato rispetto al 2002,

quando le persone con oltre 100 anni erano poco più di 5.000. Di questi 19.714, l'83 per cento è rappresentato da donne (16.427), mentre il 17 per cento da uomini (3.287). I semi-supercentenari (di 105 anni e più) sono oltre 1.100 e 17 sono le donne supercentenarie (di 110 anni e più).

L'ISTAT, nel rapporto annuale 2022 stima, inoltre, che nel 2042 le persone di 65 anni e più saranno quasi 19 milioni, il 34 per cento della popolazione; gli ultraottantenni supereranno i 4,5 milioni; la popolazione con almeno cento anni raggiungerà le 20.000 unità, valore quadruplicato negli ultimi vent'anni; gli ultracentenari triplicheranno, raggiungendo le 58.400.

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 per cento del PIL), la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi (2 per cento 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 dei Paesi Ue-27, sia in termini di valore *pro capite* (2.609 euro contro 3.269 euro) che in rapporto al PIL (9,6 per cento vs 10,9 per cento). 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 (pagina 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 del-

l'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 15^a 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.

Sempre secondo l'ISTAT:

nel 2021, l'11,1 per cento delle persone hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie e nel 2022 si stima che siano state il 7 per cento (4,2 per cento a causa di liste d'attesa; il 3,2 per cento per motivi economici);

nel 2021 la spesa sanitaria ha toccato 168 miliardi di euro, di cui 127 miliardi di spesa pubblica (75,6 per cento), 36,5 miliardi (21,8 per cento) a carico delle famiglie e 4,5 miliardi (2,7 per cento) sostenuti da fondi sanitari e assicurazioni.

Secondo il rapporto « *Le performance regionali* » del Centro per la ricerca economica applicata in sanità (CREA) nel 2021 la spesa privata è stata in media di 1.734 euro per 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 Servizio sanitario nazionale 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 Servizio sanitario nazionale 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.

Il particolare, con le risorse del PNRR, si prevede di realizzare un numero significativo di investimenti concernenti le case della comunità, le centrali operative territoriali (COT) e gli ospedali di comunità (OSCO) entro la metà del 2026 (*target UE*), oltre a diversi interventi di messa in sicurezza antisismica degli ospedali.

Mentre con il regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, 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, sociosanitaria e sociale, a fronte del quale le risorse stanziare 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 Servizio sanitario nazionale, 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 Servizio sanitario nazionale. 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 Servizio sanitario nazionale, le spese per l'attuazione del PNRR, nonché gli impegni pianificati per rafforzare la *performance* del Servizio stesso, 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 per cento nel quinquennio 2018-2022 (7,2 per cento nel 2021, a seguito degli interventi finanziari in ambito sanitario adottati per contrastare l'epidemia di COVID-19) (fonte: DEF 2023 – agg. 27 novembre 2022), a confronto di una media europea dell'8,1 per cento.

Gli incrementi già riconosciuti sul Fondo sanitario nazionale 2023 dall'articolo 1, comma 535, della legge n. 197 del 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 Servizio sanitario nazionale in rapporto al PIL è stato pari al 6,9 per cento (fonte: Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, *Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria 2022*, pagina 9). Nel 2019 tale rapporto è stato pari al 6,4 per cento, a fronte di Paesi come Germania che destina il 9,9 per cento del PIL al finanziamento della spesa sanitaria pubblica; la Francia il 9,3 per cento; il Regno Unito l'8 per cento (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 stessi 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 dell'1,4 per cento 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, andrà più che a compensare i costi associati, 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 per cento del PIL. Occorre, pertanto, incrementare, in maniera stabile, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale 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 Servizio sanitario nazionale possa attestarsi in misura progressiva al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale. Considerando che nella citata 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 miliardi di euro, un livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale almeno pari al 7,5 per cento comporta un incremento delle risorse da 128,869 miliardi di euro (fabbisogno programmato nel 2023) a oltre 149 miliardi di euro, attestando tale livello in misura analoga a quanto si registra in altri Paesi europei. Al fine di assicurare la necessaria gradualità, la presente proposta di legge prevede, nei prossimi cinque anni, un incremento percentuale annuale pari allo 0,21 per cento del PIL nominale tendenziale.

Tra le misure di politica economica varate dall'Unione europea in risposta alla crisi generata dalla pandemia si ricorda anche il MES (meccanismo europeo di stabilità), rivolto agli Stati membri per finanziare i costi sanitari diretti e indiretti, che

avrebbe rappresentato una opportunità per il Sistema sanitario nazionale.

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

È previsto che i criteri del riparto del Fondo sanitario nazionale fra le regioni e le province autonome tengano conto anche dell'indice di vecchiaia e della speranza di vita alla nascita della loro popolazione residente.

L'articolo 2 introduce una modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (« Misure emergenziali per il Servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria ») 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 previsto dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

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 introduce il comma 4.2 dell'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, 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 e degli 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 legge, valutati in 4 miliardi di euro per il 2023, in 8 miliardi di euro per il 2024, in 12 miliardi di euro per il 2025, in 16 miliardi di euro per il 2026 e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027.

RELAZIONE TECNICA

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

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'art. 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, così come integrato dall'art. 1, c. 535 della Legge n. 197 del 29 dicembre 2022, 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'art. 10-bis.1 c. 3 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 - Ministero ... \(mef.gov.it\)](#)), 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 della presente 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.

PROPOSTA DI LEGGE
D'INIZIATIVA REGIONALE

—
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, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, è incrementato su base annua dello 0,21 per cento del prodotto interno lordo nominale nazionale per ciascuno degli anni dal 2023 al 2027 fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5 per cento 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.

2. I criteri del riparto del fondo sanitario nazionale fra le regioni e le province autonome dovranno tener conto anche dell'indice di vecchiaia e della speranza di vita alla nascita della loro popolazione residente.

Art. 2.

(Modifica all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35)

1. Dopo il comma 4.1 dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, è inserito il seguente:

«4.2. 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 e degli 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 ».

2. Gli eventuali maggiori costi a carico delle regioni, derivanti dall'applicazione del comma 1, dovranno trovare copertura nell'ambito dell'aumento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto all'articolo 1.

Art. 3.

(Copertura finanziaria)

1. 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, come integrato dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, 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 l'anno 2023, in 8 miliardi di euro per l'anno 2024, in 12 miliardi di euro per l'anno 2025, in 16 miliardi di euro per l'anno 2026 e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 1 si provvede a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria. Qualora la crescita programmata prevista non garantisca le risorse necessarie alla copertura

finanziaria della presente 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.



19PDL0067660