

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1741

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SCHLEIN, BRAGA, SPERANZA, FURFARO, CIANI, GIRELLI, MALAVASI, STUMPO, BONAFÈ, GHIO, TONI RICCIARDI, CASU, DE LUCA, DE MARIA, FERRARI, FORNARO, MORASSUT, ROGGIANI

Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità

Presentata il 26 febbraio 2024

ONOREVOLI COLLEGHE E COLLEGHI! — «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Così recita l'articolo 32 della nostra Costituzione, sancendo il diritto alla salute come un diritto fondamentale ed universale.

In seguito, con l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è stato istituito il Servizio sanitario nazionale (SNN) e sono stati fissati gli obiettivi legati ai principi di universalità, eguaglianza ed equità:

«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 ».

Secondo il nostro ordinamento, il diritto alla salute è un diritto fondamentale sia individuale che collettivo poiché, da un lato, garantisce il benessere fisico, psicologico e sociale della persona e, dall'altro, tutela la salute dell'intera collettività.

Quello alla salute, essa resta un diritto in continua evoluzione in quanto si deve necessariamente confrontare con i cambiamenti sociali e demografici della società e con la necessità, quindi, di adeguare i propri servizi sanitari e sociosanitari ai mutamenti e alle necessità della popolazione.

Occorre prestare particolare attenzione ai diversi fattori che incidono sulle fragilità della popolazione (calo delle nascite, progressivo invecchiamento della popolazione con la conseguente diminuzione del tasso di attività, eccetera) poiché esse rendono le persone sempre più vulnerabili e destinate alla solitudine.

I dati del Rapporto annuale 2022 dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) parlano chiaro:

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

i residenti che hanno raggiunto e superato i sessantacinque anni di età sono 14,046 milioni, circa 3 milioni in più rispetto a venti anni fa, pari al 23,8 per cento della popolazione totale;

i residenti che hanno raggiunto e superato i settantacinque anni di età, i cosiddetti « grandi anziani », sono 7.058.755, pari all'11,7 per cento del totale della popolazione. Il 60 per cento è composto da donne;

quasi la metà delle donne vive da sola, il 29 per cento in coppia. La situazione degli uomini appare invece capovolta: il 21,7 per cento vive da solo e il 68 per cento in coppia;

i centenari sono 19.714, un numero quadruplicato rispetto al 2002, quando le persone con oltre cento anni erano poco più di cinquemila. Di questi, l'83 per cento è rappresentato da donne (16.427), mentre il 17 per cento da uomini (3.287). I semi-supercentenari, ossia coloro che hanno raggiunto e superato i 105 anni, sono oltre 1.100, mentre sono 17 le donne supercentenarie, ossia che hanno raggiunto e superato i 110 anni.

L'ISTAT prevede, inoltre, un aumento di questi dati che vedranno, a partire dal 2042, il 34 per cento della popolazione italiana con almeno 65 anni (quasi 19 milioni), 6,5 milioni di ultraottantenni e circa 58.400 centenari.

Il Rapporto Osservasalute 2022, pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, evidenzia come, nel 2022, la spesa sanitaria è stata pari a 131 miliardi, pari al 6,8 per cento del prodotto interno lordo (PIL), e la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi, pari al 2 per cento del PIL.

Secondo i dati di confronto internazionali 2020, la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media dei Paesi dell'UE-27, sia in termini di valore *pro capite* (2.609 euro contro 3.269 euro) sia in rapporto al PIL (9,6 per cento contro 10,9 per cento). L'Italia è al tredicesimo posto della graduatoria dei Paesi UE per la spesa *pro capite*, sotto la Repubblica Ceca e Malta e molto distante dalla Francia (3.807 euro *pro capite*) e dalla 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, a parità di potere d'acquisto, con la spesa *pro capite* più elevata, prossima o superiore a 4.000 euro. Per la spesa sanitaria rispetto al PIL, il nostro Paese occupa la decima posizione insieme alla Finlandia.

Il Documento di economia e finanza 2023 (Doc. LVII, n. 1), approvato dalle Camere il 28 aprile 2023, nella sezione I – Programma di stabilità mette in evidenza, per il triennio 2024-2026, come: « Da tempo le proiezioni ufficiali evidenziano una ten-

denza 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 Report* della Commissione europea del 2021 « 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 domanda dei servizi sanitari e socio-sanitari è in crescita e non è soddisfatta da un'offerta pubblica drammaticamente sotto finanziata e con un SSN ancora non in grado di colmare il *deficit* dei costi sostenuti dalle regioni durante la pandemia di COVID-19.

Se da un lato emerge l'esigenza di riorganizzare e innovare il SSN, dall'altro appare evidente che sono necessarie le giuste risorse finanziarie per attuare tale riforma e per garantire il miglioramento delle prestazioni e dell'efficienza. Serve dunque, una programmazione di lungo periodo che garantisca interventi di carattere finanziario progressivi, consistenti e stabili a regime.

Un SSN non finanziato nel modo corretto potrebbe, inoltre, aumentare le disuguaglianze sociali dividendo le famiglie tra quelle che possono o non possono accedere alle cure, tra quelle che sono costrette a rivolgersi alla sanità privata e quelle costrette a lunghe liste d'attesa.

Questa disuguaglianza della popolazione, relativa al godimento del diritto alla salute, è stata denunciata anche nella 15a edizione della Conferenza nazionale della Fondazione GIMBE, del 31 marzo 2023, che ha evidenziato un aumento della spesa sanitaria delle famiglie, del numero di cittadini che rinunciano alle cure e del divario tra il Nord e il Sud del Paese nell'accesso alle cure.

Nel 2021 la spesa sanitaria ha raggiunto 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.

Con 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, dopo la tragica pandemia di COVID-19, il nostro Paese, anche grazie all'Unione europea, ha avviato importanti investimenti, attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), Next Generation EU e il Piano nazionale per gli investimenti complementari per rilanciare l'economia con un approccio *green* e digitale.

La missione 6 – Salute del PNRR ha come parole chiave « prossimità », « innovazione » e « uguaglianza » e si pone l'obiettivo di potenziare e sviluppare l'assistenza sanitaria territoriale all'interno del SSN potenziando i modelli organizzativi, anche individuandone di nuovi, e ridefinendo le funzioni e il coordinamento delle realtà già presenti nel territorio.

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.

Inoltre, con il regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN 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 possano accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Maggiori costi per la gestione e il funzionamento delle strutture di nuova costru-

zione (OSCO, COT e case della comunità) e il superamento del vincolo assunzionale del personale previsto dall'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (cosiddetto « decreto Calabria »), richiedono maggiori investimenti e risorse nella sanità con una programmazione finanziaria pluriennale.

La Nota di aggiornamento al DEF 2023, deliberata dal Consiglio dei ministri il 27 settembre 2023, prevede una forte decrescita del livello di spesa sanitaria che passa dal 6,7 per cento del PIL nel 2022 al 6,2 per cento nel 2025 e al 6,1 per cento nel 2026.

Sempre secondo la Nota di aggiornamento al DEF 2023 la spesa sanitaria in rapporto al PIL si attesta in media al 6,36 per cento nel quinquennio 2022-2026 inferiore agli altri Paesi europei di riferimento.

Gli incrementi del Fondo sanitario nazionale per il 2023 già riconosciuti dall'articolo 1, comma 535, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, pari a 2,15 miliardi di euro e quelli previsti dall'articolo 1, comma 217, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, pari a di 3 miliardi di euro per l'anno 2024, 4 miliardi di euro per l'anno 2025 e 4,2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2026, non appaiono, pertanto, sufficienti.

La somma dei costi fissi e strutturali e di quelli emergenti legati all'energia, all'inflazione e ai nuovi contratti rendono il livello di finanziamento del SSN per l'anno 2024 del tutto inadeguato.

Il rapporto « *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience* » pubblicato dall'OCSE nel 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 sui sistemi sanitari, questi ultimi 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.

Lo stesso rapporto OCSE, nel confermare il dato di sottofinanziamento dei sistemi sanitari, stima in un finanziamento aggiuntivo pari mediamente all'1,4 per cento del PIL il fabbisogno utile a mantenere le risorse umane necessarie al funzionamento

dei sistemi sanitari e, per migliorare la resilienza dei sistemi sanitari e ridurre l'impatto di *shock* futuri, raccomanda investimenti su: 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 del 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 questi investimenti mirati nei sistemi sanitari andranno più che a compensare i costi associati, generando significativi risparmi sui costi dell'assistenza sanitaria e un netto miglioramento della qualità e dell'aspettativa di vita.

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 dell'OCSE, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2024, il finanziamento complessivo del SSN medesimo possa attestarsi in misura progressiva al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale.

Al fine di assicurare la necessaria gradualità, la presente proposta di legge prevede, quindi, nei prossimi cinque anni un incremento percentuale annuale pari allo 0,21 per cento del PIL nominale tendenziale fino a raggiungere nel 2028 un finanziamento del SSN non inferiore al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale dell'anno di riferimento.

Inoltre, a fronte di tale investimento si prevede l'incremento di spesa relativa al personale sanitario, nuove procedure concorsuali straordinarie nonché ulteriori misure tra cui un sistema di prenotazione unico a livello regionale o per aree infra-regionali, la possibilità di vedersi erogata la prestazione tramite l'attività libero professionale intramuraria mantenendo a proprio carico la differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del SSN al fine di abbattere le liste di attesa.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale)

1. A decorrere dall'anno 2024, 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 2024 al 2028 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 in tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

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 2024 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 2024, 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. 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 della presente legge.

Art. 3.

(Misure per l'abbattimento delle liste di attesa)

1. Nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di garantire la piena e completa attuazione dei rispettivi piani operativi, di fornire tempestiva risposta alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di *screening* e di ricovero ospedaliero, di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, di garantire i livelli essenziali di assistenza, di garantire gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, nonché di garantire la piena operatività delle case della comunità e degli ospedali di comunità, adottano le seguenti misure:

a) allo scopo di fronteggiare la grave carenza di personale, superare il precariato e garantire la continuità delle prestazioni sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza, nei limiti delle risorse previste in deroga ai vincoli di spesa in materia di personale previsti a legislazione vigente e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale, indicano, entro il 30 giugno 2024, procedure concorsuali straordinarie

per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche, necessario a fare fronte alle esigenze assunzionali emerse in relazione all'approvazione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale per il servizio sanitario regionale;

b) al fine di favorire una migliore programmazione e la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, istituiscono, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un sistema di prenotazione unico regionale o per aree infraregionali territorialmente omogenee da un punto di vista demografico e per il numero e la tipologia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nonché delle agende delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture accreditate presenti nel proprio territorio;

c) verificata l'impossibilità di assicurare l'erogazione della prestazione prevista entro i tempi stabiliti dal PNGLA 2019-2021, garantiscono fino al 31 dicembre 2024 l'erogazione della medesima prestazione tramite l'attività libero-professionale intramuraria mantenendo a proprio carico la differenza tra il costo della prestazione resa e quello della medesima prestazione erogabile da parte del Servizio sanitario nazionale;

d) al fine di rendere trasparente il quadro generale sulla situazione delle liste di attesa, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, rendono pubblici e aggiornano in tempo reale nel proprio sito *internet* istituzionale i tempi di attesa per ciascuna prestazione sanitaria prevista nel PNGLA.

2. All'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è attribuito il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa di cui al comma 1. A tale fine, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni

e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all'Agenas, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa.

Art. 4.

(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 2024, in 4 miliardi di euro per l'anno 2024, in 8 miliardi di euro per l'anno 2025, in 12 miliardi di euro per l'anno 2026, in 16 miliardi di euro per l'anno 2027 e in 20 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente 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 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 dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

