

N. 1741-503-1533-1545-1608-1626-1712-1846-1850-1865-A

CAMERA DEI DEPUTATI

PROPOSTA DI LEGGE

n. 1741, 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, DI BIASE

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

Presentata il 26 febbraio 2024

E

PROPOSTE DI LEGGE

n. 503, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SPERANZA, AMENDOLA, ASCANI, BERRUTO, BOLDRINI, CASU, CURTI,

NOTA: La XII Commissione permanente (Affari sociali), il 13 giugno 2024, ha deliberato di riferire in senso contrario sulla proposta di legge n. 1741. In pari data, la Commissione ha chiesto di essere autorizzata a riferire oralmente. Per il testo delle proposte di legge nn. 503, 1533, 1545, 1608, 1626, 1712, 1846, 1850 e 1865 si vedano i relativi stampati.

**FERRARI, FORATTINI, FORNARO, FURFARO, GIRELLI, GRAZIANO,
GUERRA, LAI, MALAVASI, MARINO, MEROLA, TONI RICCIARDI,
ROGGIANI, ANDREA ROSSI, SCOTTO, SERRACCHIANI**

Disposizioni in materia di adeguamento annuale del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato

Presentata il 3 novembre 2022

n. 1533, D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

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

Presentata l'8 novembre 2023

n. 1545, D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA

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

Presentata il 14 novembre 2023

n. 1608, D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA

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

Presentata il 12 dicembre 2023

n. 1626, D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE

Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale
a decorrere dal 2023

Presentata il 21 dicembre 2023

n. 1712, D'INIZIATIVA DEL

CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA

Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere
dall'anno 2024

Presentata il 14 febbraio 2024

n. 1846, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**QUARTINI, ASCARI, AURIEMMA, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, SER-
GIO COSTA, DONNO, FEDE, FENU, FERRARA, ILARIA FONTANA,
MORFINO, PENZA, MARIANNA RICCIARDI, TORTO**

Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il
funzionamento del Servizio sanitario nazionale

Presentata il 3 maggio 2024

n. 1850, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BONETTI, RICHETTI, BENZONI, D'ALESSIO, GRIPPO, SOTTANELLI,
CARFAGNA, CASTIGLIONE, ENRICO COSTA, ONORI, PASTORELLA,
ROSATO, RUFFINO**

Disposizioni per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazio-
nale *standard* cui concorre lo Stato, la riduzione delle liste di
attesa, nonché in materia di personale del Servizio sanitario
nazionale e di entrata in vigore delle tariffe di riferimento per le
prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica

Presentata l'8 maggio 2024

n. 1865, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ZANELLA, BONELLI, BORRELLI, DORI, FRATOIANNI, GHIRRA,
GRIMALDI, MARI, PICCOLOTTI, ZARATTI**

Disposizioni per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, il potenziamento dell'assistenza territoriale e la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

—————
Presentata il 13 maggio 2024
—————

(Relatrice per la maggioranza: **LOIZZO**)

PARERE DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

Il Comitato permanente per i pareri della I Commissione,

esaminata la proposta di legge C. 1741, recante « Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità » e le proposte di legge abbinata;

rilevato che:

la proposta di legge è composta da quattro articoli, il primo dei quali dispone, a decorrere dal 2024 e per ciascuno degli anni fino al 2028, l'incremento su base annua del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cui concorre lo Stato, come definito dalle leggi di bilancio per gli anni 2022 e 2023, 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;

l'articolo 2 novella l'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, (convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60) al fine di prevedere che 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;

l'articolo 3, al comma 1, dispone che, nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), le regioni e le province autonome sono chiamate ad adottare una serie di specifiche misure per l'abbattimento delle liste d'attesa;

il comma 2 dell'articolo 3 attribuisce all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) il compito di coadiuvare e di indirizzare le politiche regionali sull'abbattimento delle liste di attesa;

a tale fine, il medesimo comma 2 prevede che i criteri e le modalità con cui le regioni inviano all'Agenas, in tempo reale, i dati relativi alle proprie liste di attesa siano definiti con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-regioni;

l'articolo 4 dispone in materia di copertura finanziaria degli oneri derivanti dall'attuazione del provvedimento;

ritenuto che:

per quanto attiene al rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite:

la proposta di legge attiene sia all'ambito della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali,

oggetto di potestà legislativa esclusiva dello Stato (ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*) della Costituzione) che a quelli della tutela della salute e del coordinamento della finanza pubblica, oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, terzo comma della Costituzione;

in materia di tutela della salute la Corte costituzionale ha operato una distinzione tra le norme espressione di principi fondamentali dalle norme di dettaglio, attribuendo le prime alla competenza statale e le seconde alla competenza regionale (in tal senso, sentenza n. 181 del 2006) e chiarendo che « nelle materie di competenza ripartita è da ritenere vincolante anche ogni previsione che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, è da considerare per la finalità perseguita, in rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione con le norme-principio che connotano il settore » (sentenza n. 371 del 2008);

quanto al coordinamento della finanza pubblica, la Corte costituzionale ha costantemente ricondotto le disposizioni statali concernenti vincoli ai bilanci di regioni ed enti locali ai principi fondamentali della materia, riconoscendo che « il legislatore statale può legittimamente imporre alle regioni vincoli di bilancio per ragioni di coordinamento finanziario volte a salvaguardare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali condizionati anche da obblighi comunitari » (sentenze n. 139 e n. 237 del 2009; in tal senso, anche le sentenze n. 272 del 2015, n. 38 del 2016 e n. 154 del 2017);

a fronte di tale concorso di competenze, il comma 2 dell'articolo 3 della proposta prevede che il decreto ministeriale con il quale 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 sia adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-regioni;

alla luce del carattere concorrente della materia « tutela della salute », sarebbe opportuno prevedere forme di coinvolgimento delle regioni e delle province autonome, eventualmente ricorrendo all'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, anche ai fini della definizione delle misure di abbattimento delle liste di attesa, nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), di cui all'articolo 3, comma 1,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente osservazione:

valuti la Commissione l'opportunità di prevedere, all'articolo 3, comma 1, il coinvolgimento delle regioni e delle province autonome, anche nella forma dell'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, ai fini della definizione delle misure di abbattimento delle liste di attesa, nelle more dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA).

PARERE DELLA VI COMMISSIONE PERMANENTE

(FINANZE)

La VI Commissione,

esaminata, ai sensi dell'articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria, la proposta di legge C. 1741 Schlein e abbinate, adottata dalla XII Commissione come testo base, recante: « Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità »,

esprime

PARERE CONTRARIO

PARERE DELLA XI COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO PUBBLICO E PRIVATO)

La XI Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il testo della proposta di legge C. 1741 Schlein – adottato come testo base nella seduta del 23 maggio 2024 – recante disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità, al quale risultano abbinate le proposte di legge C. 503 Speranza, C. 1533 Consiglio regionale del Piemonte, C. 1545 Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna, C. 1608 Consiglio regionale della Toscana, C. 1626 Consiglio regionale delle Marche, C. 1712 Consiglio regionale della Puglia, C. 1846 Quartini, C. 1850 Bonetti e C. 1865 Zanella;

ritenuto di non condividere, per i profili di competenza della Commissione, le misure previste dal provvedimento in esame, anche considerato che il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, in corso di conversione, già prevede misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie,

esprime

PARERE CONTRARIO

TESTO

DELLA PROPOSTA DI LEGGE N. 1741

—

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 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

TESTO

DELLA COMMISSIONE

—

La Commissione propone la reiezione della proposta di legge.

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 me-

dica, 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.



19PDL0093250