



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa del senatore ROMEO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 2 APRILE 2025

Disposizioni in ordine alla gestione delle risorse finanziarie in materia sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. – L'attuale dettato costituzionale identifica la « tutela della salute » come una delle materie di legislazione concorrente, quindi con competenze legislative sia in carico allo Stato sia alle regioni (articolo 117, terzo comma). Alla luce di tale assetto, allo Stato spetta l'individuazione della legislazione quadro, mentre l'emancipazione della legislazione di dettaglio per l'effettiva fornitura del servizio è di competenza delle regioni.

La distribuzione omogenea delle risorse disponibili, rispetto a quanto può essere riscontrato osservando i risultati, denota che l'origine delle disuguaglianze debba essere individuata nel modo in cui le risorse vengono utilizzate tra le diverse regioni.

Invero, a partire dal 2004 sono ripresi a crescere i disavanzi regionali, questa volta però concentrati in alcune realtà regionali. La risposta del Governo è stata l'introduzione di piani di rientro regionali, che hanno previsto il ripristino di un equilibrio finanziario strutturale e il mantenimento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). I piani sono stati contrattati tra il Governo (in particolare il Ministero dell'economia e delle finanze per la parte finanziaria e il Ministero della salute per quanto concerne i LEA) e la singola regione in difficoltà debitoria. Con la legge di stabilità per il 2016, il Governo centrale si era spinto fino ad introdurre piani di rientro aziendali per le singole aziende ospedaliere o i singoli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) in difficoltà finanziarie, ma questo provvedimento non fu mai realmente applicato.

I piani di rientro sono definiti come uno strumento fondamentale del sistema di go-

vernance del Sistema sanitario nazionale ai fini della risoluzione delle problematiche inerenti all'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA.

Altre regioni, invece, rispettano pienamente l'equilibrio economico-finanziario presentando un modello di sanità che rappresenta un'eccellenza internazionale, senza deficit sanitario, in cui la spesa sanitaria è minore rispetto ad altre realtà europee garantendo finanche risultati migliori.

La qualità della sanità di queste regioni è certamente il risultato di scelte strategiche basate su investimenti costanti e innovazione tecnologica, il che permette di offrire cure di alto livello, attraverso la digitalizzazione dei servizi sanitari, che facilita l'accesso alle cure, migliorando l'efficienza degli ospedali, permettendo di ottenere risultati significativi come l'adozione di tecnologie avanzate per la diagnostica, la chirurgia robotica ed il potenziamento della medicina di prossimità.

Queste regioni si contraddistinguono non solo per erogare i LEA ai propri cittadini, ma anche per attrarre un flusso di pazienti residenti in altre regioni: invero le strutture ospedaliere di queste regioni non solo rispondono ai bisogni della popolazione locale, ma rappresentano anche un polo di attrazione per chi cerca le migliori cure disponibili.

Stante l'unicità e l'eccellenza di determinate realtà regionali e le sfide che queste si trovano ad affrontare dovendo rispondere a una domanda di assistenza sempre crescente, legata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche, è fon-

damentale, al fine di garantire cure efficaci a tutti i cittadini ed il mantenimento di *standard* elevati in ambito sanitario, anche a causa della divergenza con altre regioni che differiscono per esigenze e servizi erogati, che a queste regioni venga riconosciuta una maggiore discrezionalità nell'erogazione dei servizi e nell'allocazione delle risorse, ai fini di un crescente miglioramento per riuscire ad avere un sistema impeccabile nell'ottica dell'aumento del numero di pazienti e di esigenze sempre più differenziate.

Con il presente disegno di legge si intende dare riscontro a queste esigenze, dando la possibilità per quelle regioni che rispettano l'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario di derogare ai vincoli di spesa specifici stabiliti dallo Stato per le politiche di gestione della spesa sanitaria, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, di definire in modo autonomo la gestione del sistema tariffario di rimborso, di remunerazione e di comparteci-

pazione per gli assistiti, la programmazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico delle aziende del sistema sanitario regionale, nonché l'individuazione di sistemi di *governance* delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale, anche mediante l'istituzione e la gestione di fondi sanitari integrativi.

Il presente disegno di legge si compone di quattro articoli. In particolare, l'articolo 1 reca le finalità della legge. L'articolo 2 dispone che le regioni per cui è stato verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, possono, in deroga ai vincoli di spesa specifici per le politiche di gestione della spesa sanitaria, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, definire in modo autonomo determinate politiche in materia sanitaria. L'articolo 3 reca l'invarianza finanziaria, mentre l'articolo 4 disciplina l'entrata in vigore.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi e finalità)

1. Al fine di assicurare la piena accessibilità ai livelli essenziali di assistenza e in attuazione degli articoli 32 e 117, commi secondo, lettera *m*), e terzo, della Costituzione, la presente legge reca misure per garantire alle regioni che presentano condizioni di equilibrio economico-finanziario del settore sanitario una maggiore discrezionalità nella gestione delle risorse in ambito sanitario.

Art. 2.

(Disposizioni in materia di gestione delle risorse finanziarie in materia sanitaria)

1. Le regioni per le quali il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario possono, previa intesa con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga ai vincoli di spesa specifici per le politiche di gestione della spesa sanitaria, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordi-

nario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, definire in autonomia:

a) la gestione del sistema tariffario di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione per gli assistiti;

b) la programmazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico delle aziende del sistema sanitario regionale;

c) l'individuazione di sistemi di *governance* delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale, anche mediante l'istituzione e la gestione di fondi sanitari integrativi.

Art. 3.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dalla presente legge con l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 4.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

€ 1,00