

Poi è subentrata una correzione, quella relativa all'indice di vecchiaia. Alcune regioni — vediamo la sostanza politica, altrimenti citiamo i dati ma non li capiamo — come Marche, Liguria e Umbria, che hanno una popolazione più anziana, hanno posto sul tavolo del confronto con il Governo il problema di un correttivo, che è stato accolto. Noi avevamo una linea di finanziamento che improvvisamente si è modificata per effetto di questo « deflatore », di questa variante.

Successivamente, poiché le regioni del Meridione, dove la popolazione è mediamente meno anziana di quella del Centro e del Centro-Nord, hanno chiesto un'ulteriore integrazione e variante, quella a cui faceva cenno adesso il collega Causi, relativa al disagio sociale, alla povertà.

Ora io chiedo innanzitutto se noi possiamo avere i dati. Li ho chiesti ai colleghi della Commissione sanità del Senato — non conosco quella della Camera — ma non li hanno acquisiti. Signor presidente, penso che dovremmo avere una raffigurazione semplice di quello che è avvenuto in questi — grosso modo — quindici anni, quindi di come si è evoluta la linea del finanziamento, ben sapendo, per il dibattito politico che tutti frequentiamo, che queste due linee di finanziamento, una per la parte relativa all'anzianità, una per la parte relativa al disagio sociale, hanno una loro tendenza che prima porta alla divaricazione (quando gioca soltanto l'una), poi tende a un riavvicinamento (quando gioca anche l'altra). I dati, dunque, sono importanti.

In secondo luogo, confessando il mio relativo scetticismo su tutta questa montagna di illusioni e di retorica, ricordo che il Governo inglese ha fatto in questi giorni una proposta radicale per correggere la spesa della sanità e per risparmiare 20 miliardi di euro (dico euro per semplificare, ma potrebbero essere sterline). Ora, quel Governo fa un'operazione che, in sostanza, manda a gambe per aria la nostra legge di riforma della sanità, la n. 833 del 1978, creata sul modello inglese. Gli inglesi, dunque, smantellano tutto il modello burocratico, pensando — e

io credo che abbiano ragione — che se si deve contenere la spesa vale molto di più l'ipotesi di contenerla sul piano della gestione burocratica. Quando si toccano i livelli di assistenza, la riorganizzazione degli ospedali, eccetera, bisogna fare molto, ma è molto più doloroso.

Domando se questo nostro modello federalistico, che ci porta a discutere sempre sui modelli, sui meccanismi, sia efficace rispetto all'emergenza Paese, quella di avere una spesa più contenuta e più efficiente. Oppure stiamo veramente perdendo tempo, nonostante tutta la retorica che il Governo continua a riproporre nelle sue manifestazioni?

PRESIDENTE. Chiaramente è una risposta tecnica, non l'espressione di un'opinione politica quella che lei richiede.

ROLANDO NANNICINI. L'ultima RUEF (Relazione unificata sull'economia e la finanza pubblica) ci dà 112 miliardi di spesa. Il senatore D'Ubaldo parla di 20 miliardi, ma è impossibile portare a 92 la possibilità di spesa.

Tuttavia, ricordando che è da trent'anni che abbiamo il sistema sanitario nazionale, il primo dato che mi viene in mente è una spesa *pro capite* di 1.850 euro per cittadino. Anticipando la seconda domanda, chiedo se esista un'organizzazione privata in grado di assicurare, per 1.850 euro *pro capite*, a livello nazionale gli stessi servizi; ad esempio, se ho un infarto, chiamo un'ambulanza che mi porta in un posto specializzato, a totale carico del rischio mio individuale e collettivo.

Io dico che l'Italia è un miracolo rispetto al servizio sanitario; smonto, dunque, il ragionamento, perché troppe volte la politica non riesce — almeno la mia generazione — a trasferire le lotte e le discussioni condotte per trent'anni nelle regioni, nei comuni, nelle ASL, su questo tema.

Tuttavia, questo non significa che non ci siano carenze nel sistema. La prima domanda riguarda i DRG (*Diagnosis-Related Group*, Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) sui quali sono stati condotti

molti studi. Dobbiamo tenere conto che l'ASL è l'ente territoriale per eccellenza che svolge il servizio, ossia i fondi sono regionali e vengono distribuiti, in base a un criterio di assegnazione, all'ente territoriale che svolge il servizio. Ora, io mi sono permesso di calcolare il costo del personale — è un calcolo noioso, che vi risparmio — di alcuni presidi ospedalieri, in alcune regioni di riferimento.

È noto che la regione paga il personale della ASL e paga i DRG in compensazione alle altre regioni. Ugualmente è chiaro che ogni cittadino italiano può scegliere di andare dove vuole a farsi curare. Quindi, si può avere un personale strutturato in base a una ipotetica dimensione di servizi del 44 per cento, anche se alcuni piani sanitari regionali avevano indicato limiti diversi. Comunque, un calcolo semplice tiene conto del fatto che noi abbiamo, in alcune realtà territoriali, il ricorso essenzialmente alla specialistica; pertanto il personale viene comunque pagato, mentre la prestazione viene acquistata al di fuori.

Questo può essere un criterio di efficienza su cui riflettere? Dopo trent'anni possiamo assegnare la maglia nera e la maglia rosa. In generale, è questo il tema: anche all'interno delle regioni succede che alcuni cittadini sono costretti a spostarsi perché là dove si trovano hanno un livello di servizi minimo. Chiedo, allora, a che serve un reparto di maternità con 250-260 parti all'anno. Lo sappiamo cos'è un reparto di maternità? È necessario il turno in quinta: per avere tre ostetriche permanenti tra mattina e sera ne occorrono quindici; per avere un medico ne occorrono cinque. Tutto questo, poi, a fronte di un dato di 260-270 nati. E qualcuno fugge anche, perché non è sicuro di quel centro e non vi è una casistica che possa rispondere.

Premetto — e ribadisco — che il servizio sanitario nazionale è un miracolo italiano. Mi scuserà il dottor Massicci, che conosco da vecchia data, da quando si facevano le vecchie finanziarie. Ricordo che, una volta, in un documento del Senato c'era scritto « emendamento Massicci » ed io mi arrabbiavo chiedendo chi fosse quel senatore.

In conclusione, dottor Massicci, sui DRG, le compensazioni, l'efficienza su questo dato, che sensazione avete voi che da anni seguite il settore?

LINDA LANZILLOTTA. Su un punto appena toccato dall'onorevole Nannicini non ritorno. Vorrei porre alcune domande sulla questione delle province. In che misura questa definizione di aliquota di equilibrio, di valutazione del fabbisogno delle province incorpora la quota della spesa in conto capitale delle province stesse, che rappresenta la missione principale, dal momento che le province operano soprattutto nel settore delle manutenzioni, scuole e via dicendo? Su questo emerge qualche dubbio.

In secondo luogo, vorrei capire come funziona questo fondo di riequilibrio e se si ritiene che l'articolo 19, che prevede sostanzialmente una gestione regionale del fondo, sia coerente col criterio di delega che, invece, prevede, sia per le province che per i comuni, che la perequazione degli enti locali sia di competenza statale, non regionale.

Vi è un altro punto, parzialmente collegato alla questione posta dal collega Nannicini, su cui vorrei un chiarimento. Non mi occupo di sanità, ma non capisco alcuni aspetti. La spesa sanitaria è tra quelle che, pur nella crisi, continuano ad aumentare in termini assoluti. È vero che ha avuto un rallentamento, ma continua ad aumentare a tassi superiori a quelli medi della crescita complessiva della spesa pubblica. C'è un'enfasi e un'attenzione molto forte al costo per singola prestazione, cioè all'efficienza delle prestazioni. Il fabbisogno standard è generalmente calcolato come il prodotto tra costo unitario standard e quale fabbisogno effettivo? Quello che io leggo in letteratura è che nelle regioni cosiddette « *benchmark* » l'offerta e la produzione del servizio sanitario è nettamente — in molti settori e in alcune regioni, anche quelle più efficienti — superiore al fabbisogno effettivo della popolazione.

Questo elemento, che ovviamente rischia di alterare la determinazione del

fabbisogno, come viene trattato e gestito in tutta questa operazione?

PRESIDENTE. Considerato che le risposte dovranno essere molto articolate e richiedono tempo, chiedo – con il consenso dei colleghi ma soprattutto con la disponibilità dei nostri ospiti – di farci avere degli appunti relativi agli argomenti sollevati, per rendere più rapida ed efficace la collaborazione.

FRANCESCO BOCCIA. Stavo integrando la sua proposta dicendo che sarebbe anche più opportuno, nel senso che una scelta di questo tipo ci aiuterebbe a fare chiarezza su alcuni passaggi.

Il dottor Bilardo ci ricorda che il provvedimento non può prescindere dal principio di invarianza dei saldi di finanza pubblica recato dall'articolo 28 della legge n. 42. Signor presidente, dico a lei, che inevitabilmente si ritroverà a fare l'arbitro, come noi auspichiamo, di una complessa mediazione per imparare dagli errori commessi nell'ultimo decreto, che probabilmente il raccordo con la Ragioneria generale dello Stato dovrà essere ancora più intenso, perché nelle ultime battute del decreto sul fisco municipale a questa Commissione sono mancate alcune certezze, e non perché la Ragioneria generale non le abbia date, ma perché probabilmente non è stata coinvolta quanto sarebbe stato opportuno fare.

Dottor Bilardo, per esempio nella valutazione dell'articolo 2, commi 1 e 4, quando parliamo di rideterminazione dell'addizionale IRPEF, siccome non c'è una stima degli ammontari movimentati (escludendo l'accisa sulla benzina tra l'altro limitatamente al 2008), non riusciamo a calcolare l'effettiva neutralità finanziaria, non solo sui saldi, ma anche sulla pressione fiscale. Siccome noi ci siamo arenati sulla pressione fiscale, sul fisco comunale, e restiamo convinti dell'impatto sulla pressione fiscale di quel decreto, non vorremmo ritrovarci nella stessa condizione. Lo diciamo prima, ponendo lo stesso problema.

Noi vi chiediamo di integrare la eccellente relazione, poiché ci sono alcuni que-

siti che poniamo che evidentemente non avevate preso in considerazione e che meritano, però, una risposta. Oltre ai saldi, dunque, vi chiediamo una valutazione sulla pressione fiscale, perché mancano, nella valutazione di quell'articolo e di quei commi, gli ammontari movimentati che ci consentirebbero di fare le simulazioni.

Sulla compartecipazione regionale IVA di cui all'articolo 3, la relazione tecnica non considera le disposizioni di quell'articolo. Probabilmente ci sarà una motivazione, dunque vi chiediamo di illuminarci da questo punto di vista.

Non ripeto le cose dette, che tutte ovviamente sono oggetto e parte integrante della riflessione del nostro gruppo. L'onorevole Causi faceva notare che non viene fissato il livello di perequazione. Vi chiediamo di chiarire se c'è una vostra valutazione in merito.

All'articolo 11, il fondo perequativo con calcolo separato per province e comuni inizia dal 2017. Chiediamo se è possibile avere una valutazione dell'impatto di tutto questo sui bilanci da parte della Ragioneria e, soprattutto, con quali modalità saranno perequate, nel periodo transitorio, le risorse incrementali dell'addizionale regionale IRPEF destinate a finanziare funzioni soggette ai livelli essenziali delle prestazioni diverse dalla sanità. Al riguardo, non abbiamo capito come, nel periodo transitorio, le modalità di finanziamento delle prestazioni non sanitarie vengono garantite.

Sulla comparazione, sugli indicatori o *benchmark* riprendo l'intervento dell'onorevole Causi e anche su questo chiediamo, soprattutto al dottor Massicci, un'ulteriore valutazione. Sappiamo tutti come si è arrivati all'individuazione delle regioni. In alcuni passaggi delle relazioni sia del dottor Massicci che del dottor Bilardo, ma anche dalle valutazioni fatte dagli uffici, si coglie un elemento: è come se l'intesa avesse, sotto alcuni aspetti, vanificato il lavoro che in questi anni è stato condotto dalla Ragioneria sul controllo della spesa sanitaria. Se così non è, è opportuno ribadirlo, però a quel punto sarebbe op-

portuno dimostrare come questa estensione, che è stata oggetto anche dell'intesa, possa trasformarsi in un meccanismo che risponde ai quesiti posti dal collega Causi sul disagio, su ulteriori indicatori e, soprattutto, sulla qualità dei servizi.

Non intendo riprendere temi già richiamati dall'onorevole Nannicini, ma ci piacerebbe poter rispondere non solo sui costi dei servizi, ma anche sulla qualità degli stessi. In altre parole, è importante che una mammografia venga fatta entro quindici giorni a Bologna come a Reggio Calabria e abbia anche lo stesso costo. L'indicatore tempo, in quel caso, ha un'incidenza, ma avremo modo di entrare nel merito di questi aspetti che il collega Nannicini ha richiamato in maniera più esaustiva.

PRESIDENTE. Mi fermerei qui, pregando i nostri ospiti di farci avere, appena potranno, degli appunti sintetici di risposta.

Autorizzo la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna della documentazione consegnata dall'ispettore generale capo dell'ispettorato generale per la finanza delle pubbliche amministrazioni, Salvatore Bilardo, e dall'ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale, Francesco Massicci (*vedi allegati*).

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,50.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI*

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 9 maggio 2011.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

A L L E G A T I



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

AUDIZIONE DEL DOTT. SALVATORE BILARDO

Ispettore Generale Capo

per la Finanza delle Pubbliche Amministrazioni

sullo schema di decreto legislativo recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"

Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale

Allegato 1

**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTONOMIA DI ENTRATA DELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO E
DELLE PROVINCE**

NEUTRALITÀ FINANZIARIA DIVERSI LIVELLI DI GOVERNO

(in milioni di euro)

Anno 2012	STATO	REGIONI	PROVINCE	COMUNI	TOTALE
Soppressione trasferimenti dallo Stato alle RSO	DPCM *	DPCM *			0
Soppressione compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina	+ 1.734	-1.734			0
Rideterminazione dell'addizionale all'Irpef delle RSO e contestuale riduzione delle aliquote Irpef statali	-1.734	+1.734			0
Riduzione IRAP	-	-			-
Compartecipazione regionale all'IVA	-	-			-
Soppressione trasferimenti dalle RSO ai Comuni **		+2.457		-2.457	0
Compartecipazione ai tributi regionali (prioritariamente add.le regionale all'Irpef)		-2.457		+2.457	0
Compartecipazione province all'Irpef	-1.508		+1.508		0
Soppressione trasferimenti dallo Stato alle Province	+720		-720		0
Soppressione addizionale provinciale all'accisa sull'energia elettrica e contestuale aumento accisa energia elettrica Stato	+788		-788		0
Soppressione trasferimenti dalle RSO alle Province **		+2.743	-2.743		0
Compartecipazione provinciale alla tassa automobilistica regionale		-2.743	+2.743		0
TOTALE	0	0	0	0	0

* ex articolo 14, comma 2, decreto legge n. 78/2010.

** Dai bilanci regionali

ALLEGATO 2



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

AUDIZIONE DEL DOTT. FRANCESCO MASSICCI
Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale

sullo schema di decreto legislativo recante “Disposizioni in materia di
autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle
province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni
standard nel settore sanitario”

Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale

Allegato 1

<u>Fonti di finanziamento</u> <u>SSN</u>	<u>Legislazione vigente</u>	<u>Schema di d.lgs.</u>
<u>Addizionale regionale IRPEF</u>	a) <u>Aliquota base</u> 0,9% b) <u>Spazio di incremento ordinario</u> : +0,5% per un totale di 1,4% (v. nota 1) c) <u>Superaliquote</u> (automatismi solo per settore sanitario in caso di gravi inadempienze) ulteriore 0,3% per un totale di 1,7%	<u>Articolo 5</u> a) <u>Fino al 2013</u> , come oggi (salvo la rideterminazione dell'aliquota base dello 0,9% per compensare soppressione di trasferimenti statali extra-sanitari, art. 2, comma 1) b) <u>Anno 2014</u> — <u>Aliquota base</u> 0,9% (salvo rideterminazione per compensare soppressione di trasferimenti statali extra-sanitari, art. 2, comma 1) — <u>Spazio di incremento</u> +1,1% per un totale di 2% (v. nota 1) c) <u>Dal 2015</u> — <u>Aliquota base</u> 0,9% (salvo rideterminazione per compensare soppressione di trasferimenti statali extra-sanitari, art. 2, comma 1) — <u>Spazio di incremento</u> +2,1% per un totale di 3% (v. nota 1) Inoltre: — restano fermi gli automatismi nel settore sanitario; — se la Regione ha disposto la riduzione IRAP, la maggiorazione non può superare lo 0,5%; — Le regioni (ad esclusione di quelle sottoposte ai Piani di rientro) possono disporre detrazioni con oneri a carico del bilancio regionale.

IRAP	<p>a) Aliquota base 3,9%;</p> <p>b) Spazio di incremento (o di decremento) ordinario 0,92 per un totale massimo di 4,82 (v. nota 1)</p> <p>c) Superaliquota (automatismi solo per settore sanitario in caso di gravi inadempienze) ulteriore 0,15% per un totale di 4,97%.</p>	<p>Articolo 4</p> <p>a) Fino al 2013, come oggi</p> <p>b) Dall'anno 2014 è possibile ridurre le aliquote fino ad azzerarle con oneri a carico della Regione.</p> <p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> – restano fermi gli automatismi nel settore sanitario; – se la maggiorazione IRPEF supera lo 0,5%, la regione non può ridurre l'IRAP; – le eventuali riduzioni di aliquota sono a carico del bilancio regionale.
Compartecipazione IVA	<p>Fissata l'aliquota a livello nazionale, l'importo viene assegnato a ciascuna regione fino a concorrenza del complessivo fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di copertura (entrate proprie convenzionali, IRAP, addizionale regionale all'IRPEF.)</p>	<p>Articolo 11</p> <p>A decorrere dall'anno 2014 sono fissate 2 aliquote: la prima consente di coprire integralmente il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di copertura, di una sola regione, la seconda alimenta il fondo perequativo che consente di coprire integralmente il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di copertura, di tutte le altre regioni.</p>
Entrate proprie	<p>Livello convenzionale fissato sulla base delle entrate proprie anno 2001</p>	<p>Articolo 2, comma 3 e articolo 11, comma 1</p> <p>Nessuna modifica</p>

(1) Lo spazio di manovrabilità dell'addizionale regionale IRPEF e dell'IRAP è consentito salvo quanto disposto dall'articolo 1, comma 123, della legge 220/2010, che sospende il potere regionale di deliberare aumenti, sino all'attuazione del federalismo fiscale. In ogni caso sono fatte salve le disposizioni che consentono l'incremento per la copertura dei disavanzi nel settore sanitario.