

SENATO

1° Commissione (Affari Costituzionali)

22 marzo 2011

IN SEDE CONSULTIVA

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 (n. 317)

(Osservazioni alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Seguito e conclusione dell'esame. **Osservazioni favorevoli con rilievi**)

OSSERVAZIONI APPROVATE DALLA COMMISSIONE SULL'ATTO DEL GOVERNO N. 317

La Commissione, esaminato lo schema di decreto legislativo in titolo, premesso che:

- il decreto legislativo in esame si compone di 27 articoli ed è strutturato in cinque Capi dedicati, rispettivamente, alla "Autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario" (articoli 1-11); alla "Autonomia di entrata delle province" (articoli 12-18); alla "Perequazione" (articolo 19); ai "Costi *standard* nel settore sanitario" (articoli 20-24); ed, infine, alle "Norme finali ed abrogazioni" (articoli 25-27);
- il presente decreto legislativo si muove nella direzione di una razionalizzazione dell'attuale quadro normativo;
- data la dimensione media delle regioni e il loro numero limitato il problema maggiore non riguarda il numero delle fonti di gettito, bensì i difetti di struttura di alcune delle principali voci di entrata; pertanto, la legge di delega non demanda alla fase attuativa margini analoghi a quelli riguardanti la finanza comunale e pone principi diretti a correggere l'attuale modello, privo di adeguati criteri di responsabilizzazione finanziaria. In particolare, per quanto riguarda la compartecipazione IVA, il fatto che essa sia quasi raddoppiata negli ultimi dieci anni testimonia che il finanziamento della spesa per la sanità dissimula un trasferimento dal bilancio statale. Inoltre, la quota di compartecipazione è assegnata sulla base dei consumi ISTAT, che non tengono conto dell'evasione fiscale. Altri difetti strutturali caratterizzano l'addizionale regionale dell'IRPEF, che non consente di considerare i figli a carico e la diversa capacità contributiva dei nuclei familiari. La soppressione dei trasferimenti statali e della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, accompagnata dalla loro sostituzione nella forma di gettiti tributari, rappresenta, quindi, un passaggio fondamentale per attivare il circuito della piena responsabilizzazione. A tal fine, lo schema di decreto legislativo, per la compartecipazione IVA, prevede l'applicazione di criteri di calcolo che tengano conto degli importi riscossi sul territorio. Inoltre, si stabilisce la possibilità di ridurre l'IRAP, in modo che una gestione regionale avveduta e una effettiva lotta agli sprechi possano tradursi, in definitiva, in un abbassamento della pressione fiscale.

Il quadro esistente viene così corretto e razionalizzato, anche attraverso una maggiore tracciabilità della spesa e dell'imposizione regionale, nonché attraverso il controllo democratico degli elettori;

- la disciplina che innova riguardo all'addizionale regionale all'IRPEF si muove nella stessa direzione, ma consente anche di ampliare le politiche regionali autonome. Infatti, a quella addizionale sono riferiti i principi previsti dalla legge di delega nella definizione di una disciplina dei tributi locali in modo da consentire anche una più piena valorizzazione della sussidiarietà orizzontale e l'individuazione di strumenti idonei a favorire la piena attuazione degli articoli 29, 30 e 31 della Costituzione, con riguardo ai diritti e alla formazione della famiglia e all'adempimento dei relativi compiti. Ad esempio, mentre attualmente alle regioni non è consentita una propria politica fiscale a favore della famiglia, nell'ambito del nuovo regime esse potranno considerare i carichi familiari nell'addizionale IRPEF, tramite il riconoscimento di detrazioni regionali per ogni figlio a carico. Inoltre, si potrà utilizzare la leva fiscale per agevolare alcune attività a carattere sociale, in particolare ammettendo la detraibilità degli incentivi a favore delle famiglie e dei singoli, la cui diffusione oggi è ostacolata da difficoltà burocratiche;

- si prevede, inoltre, l'abrogazione di alcuni tributi minori, che assicurano gettiti esigui ma rilevanti complicazioni gestionali: le regioni potranno istituire tributi propri analoghi a quelli soppressi ovvero compensare il minor gettito con l'addizionale IRPEF o con risparmi di spesa. Infine, allo scopo di assicurare maggiore trasparenza e responsabilizzazione, ciascuna regione, d'intesa con i comuni del territorio, può determinare una compartecipazione di essi all'addizionale regionale all'IRPEF in misura tale da assicurare un importo corrispondente ai trasferimenti regionali;

- per quanto riguarda le province, si provvede a una razionalizzazione del quadro esistente. L'addizionale provinciale sull'energia elettrica viene assegnata allo Stato e viene soppressa l'attuale compartecipazione provinciale all'IRPEF. Alle province viene attribuita l'imposta sulle assicurazioni, stabilendo un grado di flessibilità molto limitato in diminuzione o in aumento. Vengono soppressi i trasferimenti statali, compensati da una compartecipazione all'accisa sulla benzina. Anche le regioni sopprimono i loro trasferimenti alle province, che ottengono l'importo equivalente dalla compartecipazione al bollo auto regionale. In via transitoria è istituito un fondo di riequilibrio, al fine di assicurare la gradualità del passaggio;

- il Capo IV dello schema di decreto legislativo in esame dispone una riforma integrale del procedimento di determinazione del fabbisogno sanitario nazionale e dei fabbisogni sanitari regionali, al fine di adeguare tale procedimento ai principi e criteri direttivi contenuti nella legge 5 maggio 2009, n. 42;

- in particolare, il provvedimento definisce il metodo per la definizione in ambito sanitario dei cosiddetti "fabbisogni *standard*", introdotti dalla legge di delega n. 42 del 2009 per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni (i cosiddetti LEP, in relazione ai diritti civili e sociali, o LEA, con riferimento specifico al diritto alla salute); le spese per la sanità sono espressamente incluse dall'articolo 8 della legge n. 42 del 2009 tra le spese cosiddette "essenziali", ovvero tra le spese individuate con riferimento all'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), che attribuisce allo Stato in via esclusiva il compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Il finanziamento di tali spese essenziali è incentrato sulla nozione di costo *standard*: ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera *b*) della legge n. 42 del 2009, infatti, tali spese sono determinate "nel rispetto dei

costi *standard* associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali, da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale"; l'articolo 9, comma 1, lettera *d*) della legge n. 42 precisa che è garantita l'integrale copertura di tali spese, al costo *standard*;

- le entrate destinate al finanziamento dei fabbisogni sanitari individuati sulla base del costo *standard* sono invece disciplinate nelle disposizioni del Capo I del provvedimento in esame, che regola in via generale l'autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario (con riferimento, tuttavia, non solo al settore sanitario). L'articolo 11, commi 5 e seguenti del Capo I recano, inoltre, una disciplina del Fondo perequativo regionale;

- obiettivo primario delle disposizioni del Capo IV è quello di sostituire al previgente sistema politico di determinazione dei fabbisogni (in larga misura dipendente dalla spesa storica) un nuovo meccanismo induttivo di rilevazione dei fabbisogni *standard* in una prospettiva *bottom up* anziché *top down*. Le principali fasi del nuovo processo di determinazione dei fabbisogni sono, in particolare, rappresentate dalla rilevazione dei valori di costo nelle regioni di riferimento (*benchmark*), dalla determinazione dei costi *standard* per ciascuna delle tre macro-aree assistenziali costitutive dei Lea, calcolati sulla base della media pro-capite pesata del costo registrato nelle Regioni *benchmark*, dalla determinazione del fabbisogno sanitario regionale, calcolato applicando a ciascuna Regione i costi *standard* per la popolazione pesata regionale (le pesature sono effettuate per classi di età della popolazione e dalla determinazione del fabbisogno sanitario nazionale come sommatoria di tutti i fabbisogni sanitari regionali);

- il provvedimento ha concluso in data 16 dicembre 2010 il suo passaggio consultivo presso la Conferenza unificata. La Conferenza unificata ha esaminato il provvedimento dal 28 ottobre 2010 al 16 dicembre 2010. Il 16 dicembre, le Regioni e gli Enti locali hanno espresso parere favorevole al conseguimento dell'intesa sullo schema di decreto legislativo, con le modifiche formulate in sede tecnica ed accolte dal Governo. Le Regioni, in particolare, hanno evidenziato come l'intesa sia stata raggiunta alla luce degli impegni assunti a seguito dell'accordo politico raggiunto con il Governo;

- l'intesa così acquisita in Conferenza unificata è stata subordinata alla condizione che vengano apportate al decreto una serie di modifiche, alcune delle quali riguardano anche le disposizioni del Capo IV, sui costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario. Le modifiche proposte attengono essenzialmente ai seguenti quattro profili di intervento:

1) si specifica che le disposizioni del decreto legislativo si applicheranno solo alle Regioni a statuto ordinario, escludendo così dal relativo ambito di applicazione anche le Province autonome di Trento e Bolzano, che invece erano ricomprese nell'articolato proposto dal Governo. Viene conseguentemente proposto l'inserimento di un articolo aggiuntivo, l'articolo 24-*bis*, il quale ribadisce che per le Regioni a Statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano rimane ferma l'applicazione dell'articolo 1, comma 2, e degli articoli 15, 22 e 27 della legge delega;

2) si ribadisce che il fabbisogno sanitario nazionale *standard* - il quale ai sensi dell'articolo 21 sarà determinato a decorrere dall'anno 2013 in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria - dovrà essere determinato con intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza;

3) è stata introdotta una specificazione di primario rilievo all'articolo 22, comma 5, che riguarda i criteri di selezione delle regioni di riferimento per il calcolo dei costi *standard*. In aggiunta rispetto ai criteri di selezione già previsti nel testo, si è specificato che nella individuazione delle regioni *benchmark* "si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografici";

4) è stato eliminato l'articolo 22, comma 6, lettera *e*), il quale prevedeva che il livello della spesa nelle tre regioni *benchmark* fosse determinato secondo il criterio della quota capitaria ponderata sulla base di criteri (stabiliti con Intesa Stato-Regioni) che tengano conto anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari (i cosiddetti "indici di deprivazione economica");

- appare necessario riflettere sulla proposta di soppressione dell'articolo 22, comma 6, lettera *e*), che incide su un tema, quello della determinazione dei criteri di riparto delle risorse disponibili tra le Regioni e dell'inserimento del cosiddetto "indice di deprivazione", che sta assumendo un rilievo centrale nel dibattito politico-istituzionale delle ultime settimane. Sul punto, si richiama quanto osservato dal ministro Fazio nel suo intervento del 24 febbraio 2010 presso la 12^a Commissione del Senato. Il Ministro ha infatti affermato che "la determinazione della quota capitaria dipende da considerazioni sia di natura tecnica che di natura politica, ma queste ultime comunque devono essere ancorate a dati certi. Fatta questa premessa, a livello teorico, bisognerebbe costruire un sistema che riconosca nella incidenza della spesa sanitaria il criterio della prevalenza delle malattie, poiché considerare il solo dato anagrafico può essere erroneo. (...) Peraltro, come dimostrato da uno studio della Agenas, tra le patologie che colpiscono maggiormente i soggetti deprivati dal punto di vista socio-economico si annoverano malattie psichiatriche lievi o diabete che impropriamente sono ora trattata negli ospedali e che comunque si ripercuotono sulla rete territoriale. Per tali ragioni, pertanto, sarebbe improprio applicare il criterio della deprivazione socio-economica, non potendo esso basarsi su dati ancora sicuri e senza un serio approfondimento, fermo restando che (...) appare giusto che il livello della spesa sia applicato alla relativa popolazione pesata regionale secondo criteri che tengano conto anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali";

- si conviene quindi con la Conferenza unificata in merito all'esigenza di evitare che il riparto delle risorse sanitarie tra le Regioni venga ad essere vincolato ad un indice, quello di deprivazione, che misura dati statistici (in particolare, quelli relativi al livello di istruzione e alle condizioni reddituali) che attengono più alla sfera sociale che a quella sanitaria e rispetto al quale non vi sono evidenze scientifiche che ne dimostrano la correlazione con lo stato di salute dei cittadini e quindi i bisogni sanitari rilevati a livello regionale;

- allo stato attuale, sarà necessario prevedere che il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che individuerà i trasferimenti da sopprimere sia corredato di una apposita relazione tecnico-illustrativa la quale deve contenere le informazioni riguardo la ricognizione puntuale dei trasferimenti di parte corrente oggetto di soppressione, relativa classificazione tra finanziamenti a funzioni LEP e non LEP e relativa distribuzione territoriale fornendo altresì elementi informativi sui trasferimenti di parte capitale aventi carattere di generalità e permanenza che potrebbero essere oggetto di fiscalizzazione in una seconda fase di implementazione della riforma. Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, corredato di relazione, deve essere sottoposto, prima della sua emanazione, all'esame degli appositi organi parlamentari, inclusa la Commissione per il federalismo fiscale;

esprime, per quanto di competenza, osservazioni favorevoli con i seguenti rilievi:

- in relazione alla tematica dei livelli essenziali delle prestazioni, sia definita, da subito, pur nei limiti consentiti dalla legge 42 con riguardo alla determinazione dei LEP, una procedura per la prima fissazione dei livelli dei servizi nei settori che sono ancora privi di LEP specificamente individuati (assistenza, trasporti pubblici locali, eventuali altri settori), indipendentemente dal livello di governo che concretamente fornisce o fornirà i servizi corrispondenti, siano essi le Regioni o gli enti locali;
- nel corso del periodo provvisorio potrà avvenire il processo di adeguamento delle spese LEP dai valori storici verso i fabbisogni *standard*, e il processo di identificazione delle spese non LEP su cui assegnare il ruolo previsto dalla legge all'addizionale IRPEF;
- sia chiarito che, in ogni caso, la perequazione parta sulla base della spesa storica e gradualmente si adatti ai fabbisogni *standard* per le spese coperte da LEP e alle capacità fiscali per le altre spese;
- il criterio di territorialità basato sul luogo del consumo per la ripartizione della compartecipazione regionale IVA sia applicato solo a condizione di disporre effettivamente di informazioni affidabili sulla distribuzione tra territori regionali dell'ammontare delle vendite effettuate nei confronti di consumatori finali e della corrispondente imposta IVA incassata. In tale ambito, si tenga conto, inoltre, dell'IVA versata dalle pubbliche amministrazioni e dagli altri soggetti non obbligati alla redazione del quadro VT e si proceda a una valutazione di affidabilità di questa fonte, affidando il compito ad un'entità indipendente come l'ISTAT;
- sia previsto che, accanto alle valutazioni già consuete e riprodotte dal decreto sulla spesa *pro capite* ponderata per età, si prendano in considerazione indicatori delle condizioni socioeconomiche dei territori con particolare riferimento alle spese in conto capitale ai fini della perequazione infrastrutturale;
- la costruzione dei fabbisogni *standard* in sanità sia coordinata con il sistema più generale del finanziamento e della perequazione dei fabbisogni *standard* per le funzioni regionali assistite dai LEP;
- sia prevista una norma di coordinamento fra i fondi di riequilibrio provvisori previsti per i comuni e le province ai fini della fiscalizzazione dei trasferimenti statali e i fondi di riequilibrio previsti per la fiscalizzazione dei trasferimenti regionali a comuni e province;
- la compartecipazione provinciale all'IRPEF, prevista dall'intesa in sede di Conferenza unificata del 16 dicembre 2010, garantisca la dinamicità del gettito, il rafforzamento dell'autonomia tributaria e la semplificazione del sistema;
- la fiscalizzazione dei trasferimenti statali e regionali, generali e permanenti, alle province comprenda anche le risorse in conto capitale destinate alle opere infrastrutturali. In tale ambito sia garantita la copertura integrale dei trasferimenti che si andranno a sopprimere;
- si preveda un sistema perequativo coerente con i principi della legge delega anche per le province;
- sia previsto l'inserimento, nel decreto legislativo in esame, delle norme per l'istituzione della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica.