

SENATO DELLA REPUBBLICA

XV LEGISLATURA

COMMISSIONI 5^a e 12^a RIUNITE

5^a (Bilancio)

12^a (Igiene e sanità)

MARTEDÌ 27 MARZO 2007

1^a Seduta

Presidenza del Presidente della 5^a Commissione

MORANDO

Intervengono i sottosegretari di Stato per l'economia e le finanze Casula e per la salute Patta.

La seduta inizia alle ore 14,05.

IN SEDE REFERENTE

(1411) Conversione in legge del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi progressi nel settore sanitario
(Rinvio dell'esame)

Prima dell'inizio dell'esame del provvedimento il senatore **VEGAS** (FI) chiede di intervenire per sollevare una questione di competenza sull'assegnazione del medesimo alle Commissioni riunite 5^a e 12^a. Ritiene infatti che, essendo prevalente il profilo economico del provvedimento, sarebbe stato preferibile un'assegnazione esclusiva alla Commissione bilancio. Eventualmente sarebbe stato più opportuna una assegnazione delle Commissioni riunite 1^a e 5^a, stante la rilevanza dei rapporti tra Stato e Regioni. Chiede pertanto un rinvio dell'esame in quanto è intenzione del suo Gruppo porre formalmente una questione di competenza sull'assegnazione del provvedimento in 5^a Commissione.

Il senatore **CURSI** (AM) chiede, a sua volta, che si proceda ad un rinvio dell'esame dell'atto in titolo e che si proceda alla verifica del numero legale.

Si associano a tale richiesta la senatrice **BIANCONI** (FI), ed i senatori **TOMASSINI** (FI) e **GRAMAZIO** (AM).

Il senatore **TECCE** (RC-SE) esprime il proprio dissenso al rinvio della discussione del provvedimento all'ordine del giorno delle Commissioni riunite, manifestando forte preoccupazione per l'atteggiamento assunto dall'opposizione.

Il senatore **MORGANDO** (Ulivo), pur riconoscendo le ragioni sottese alla richiesta avanzata dai senatori dell'opposizione, tuttavia, ritiene opportuna l'assegnazione alle Commissioni riunite 5^a e 12^a, in quanto le questioni di merito ed i loro riflessi finanziari sono strettamente interconnessi nella fattispecie in esame. Ritiene, pertanto, opportuno procedere con i lavori delle Commissioni riunite.

Concorda la senatrice **BASSOLI** (Ulivo), la quale sottolinea l'utilità di un esame da parte delle Commissioni riunite, al fine di approfondire sia gli aspetti finanziari, sia quelli che più

direttamente interessano i profili di competenza della Commissione igiene e sanità. Ritiene, pertanto, che non sussistano convincenti ragioni tali da giustificare il rinvio dell'esame.

Il presidente MORANDO condivide con il senatore Vegas che la sede più opportuna per sollevare la questione di competenza, pur non condividendone le ragioni, così come poco condivisibili appaiono le ragioni di un rinvio dell'esame del provvedimento, sia quella della Commissione bilancio. Si dichiara pertanto disponibile ad accogliere la proposta di un breve rinvio avanzata dai membri dell'opposizione purché questo non risulti lesivo delle norme contenute nell'articolo 43, comma 3, del Regolamento in relazione al termine entro il quale le Commissioni devono riferire al Senato. Pone dunque in votazione la richiesta di un rinvio dell'esame del provvedimento all'ordine del giorno.

Stante l'assenza del prescritto numero legale di senatori, sospende la seduta per venti minuti.

La seduta sospesa alle ore 14,25, riprende alle ore 14,45.

Il presidente MORANDO, su richiesta della senatrice BIANCONI (FI), la quale lamenta le modalità in cui si sono svolti i lavori delle Commissioni riunite, accertata la mancanza del numero legale e apprezzate le circostanze, rinvia l'esame del disegno di legge.

L'esame del disegno di legge è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 14,50.

COMMISSIONI 5^a e 12^a RIUNITE
5^a (Bilancio)
12^a (Igiene e sanità)

GIOVEDÌ 29 MARZO 2007
2^a Seduta

Presidenza del Presidente della 5^a Commissione
MORANDO

Intervengono il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Casula e il sottosegretario di Stato per la salute Patta.

La seduta inizia alle ore 8,30.

IN SEDE REFERENTE

(1411) Conversione in legge del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario
(Esame e rinvio)

La relatrice **VALPIANA (RC-SE)**, nell'illustrare il provvedimento per la parte di competenza della 12^a Commissione, si sofferma innanzitutto sui principi del Servizio sanitario nazionale, quali la salute intesa come diritto da promuovere e tutelare, l'equità e l'universalismo, intesi come pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, nonché la solidarietà. La situazione debitoria di alcune regioni italiane, ella prosegue, costituisce un'eredità del passato, che rischia di non consentire ad alcune aree del Paese di attuare i richiamati principi ed è per tale ragione che sono necessari provvedimenti urgenti e incisivi. Una politica sanitaria efficace deve a suo avviso assumere una visione lungimirante ed evitare il prevalere di mere logiche contabili tendenti al razionamento e deve al contempo essere in grado di individuare le inefficienze, sì da poter recuperare risorse da destinare alle aree a maggiore impatto strategico per la salute e per il miglioramento del sistema assistenziale. Il provvedimento in esame è dettato dall'esigenza di intervenire nel settore sanitario per assicurare gli effetti della manovra finanziaria per il 2007 e si inserisce nell'ottica di una cooperazione sinergica fra Stato e regioni, per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di prestazioni sanitarie, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi. Sottolinea indi che il Servizio sanitario nazionale, sin dalla sua istituzione, si è distinto per la ristrettezza delle risorse finanziarie, di volta in volta definite dalle leggi finanziarie e quindi non all'interno di un quadro programmatico indispensabile per assicurare il riequilibrio territoriale e settoriale. Dopo un primo periodo, in cui è prevalsa la scelta di interventi a pioggia nel tentativo, a suo giudizio fallito, di mettere a disposizione risorse aggiuntive, sono state privilegiate forme di finanziamento vincolate al rispetto del patto di stabilità interno, attraverso accordi in sede di Conferenza Stato-regioni. Richiama indi l'accordo dell'8 agosto 2001 sottoscritto in sede di Conferenza Stato-regioni con il quale è stato definito per la prima volta un livello di finanziamento pubblico non più limitato ad una annualità, ma esteso al successivo quadriennio. Si è dimostrato a suo giudizio inadeguato poiché il sistema è rimasto fortemente sottofinanziato, il debito contratto dalle regioni ha continuato a crescere e le distanze tra le regioni virtuose e quelle in difficoltà sono aumentate. Ciò ha indotto, ella rileva, l'adozione di specifici provvedimenti nel corso della manovra finanziaria per l'anno 2005 ed in particolare l'incremento del Fondo sanitario nazionale, nonché l'individuazione di disposizioni volte a disciplinare i casi in cui si determinino disavanzi di gestione da parte delle regioni. Quanto a quest'ultimo aspetto, l'oratrice segnala la previsione dell'obbligo della regione interessata di ripianare il *deficit*, anche attraverso gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. Venivano inoltre previsti finanziamenti integrativi per il ripiano dei disavanzi, al quale le regioni accedevano previa elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione e di riqualificazione del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. Si sofferma inoltre sull'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, che non è a suo avviso riuscita ad imprimere un'effettiva modifica nei rapporti tra Stato e regioni in grado di rendere effettivo il principio

della reciproca assunzione di responsabilità. Successivamente, vennero adottate nella legge finanziaria per il 2005 specifiche disposizioni secondo cui se non sono adottate le misure per il ripiano del disavanzo, nella regione interessata si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive. Si punta indi al rafforzamento del sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei livelli essenziali di assistenza. Il Patto della salute, recentemente sottoscritto, fissa il finanziamento complessivo del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009 e mette a disposizione risorse aggiuntive per l'innalzamento della qualità del sistema, per le nuove tecnologie e per il ripiano del debito pregresso, riconfermando i vincoli al rispetto del patto di stabilità e rendendo ancora più stringente il controllo da parte dello Stato sulle regioni inadempienti. Sottolinea poi che il finanziamento per il 2007 registra un incremento, pari a 3,3 miliardi di euro, rispetto a quanto stanziato dalle precedenti leggi finanziarie. Inoltre, rileva che sono confermati gli adempimenti regionali previsti dall'intesa Stato-regioni, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi. Per le regioni che hanno stipulato l'accordo sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi le misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. Nello specifico, l'oratrice segnala che l'accordo sottoscritto dai Ministri della salute e dell'economia con la regione interessata, individua gli interventi necessari per il conseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e degli adempimenti di cui alle intese generali tra Stato e regioni in materia di spesa sanitaria. A tale accordo, come detto, è subordinato il concorso statale al finanziamento della spesa sanitaria della regione. Entrando nel merito del provvedimento in esame, rileva che le condizioni per il riconoscimento del concorso straordinario di cui al decreto-legge in esame sono sancite dall'articolo 1, comma 1, lettere a) e b). In particolare, la lettera a) richiede la sottoscrizione dell'accordo con lo Stato comprensivo dei piani di rientro e l'accesso al fondo transitorio destinato alle regioni interessate da elevati disavanzi, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Ai fini del riconoscimento del concorso straordinario, la lettera b) pone come ulteriore condizione che la regione destini al settore sanitario in modo specifico quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali attribuiti alle regioni stesse oppure, nei limiti dei poteri ad esse attribuiti dalla normativa statale di riferimento ed in conformità alla stessa, misure fiscali da attivarsi sul proprio territorio; tali ulteriori risorse sono aggiuntive rispetto a quelle derivanti dal predetto elevamento ai livelli massimi dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e della maggiorazione dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive. Al riguardo, prosegue, a fronte di un consistente numero di regioni che presentano per gli anni 2002-2005 un preoccupante disavanzo, solo per quattro di queste risultano rispettate le condizioni richiamate, ovvero sono stati sottoscritti gli accordi con lo Stato. Il comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge, prosegue la relatrice per la 12^a Commissione, modifica ed integra la disciplina sugli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, e successive modificazioni, e su quelli comprensivi dei piani di rientro, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006. Il primo periodo del comma 2 prevede quindi che, per il periodo di imposta relativo al 2007 e fino al periodo di imposta relativo al 2010, si applichi la misura massima dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e della maggiorazione dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive nelle regioni che, con delibera della Giunta, approvino l'accordo. In proposito, non appaiono a suo avviso chiari gli effetti di un'eventuale superamento del termine richiamato e, al contempo, rinvia al parere della Commissione Affari costituzionali una valutazione in ordine all'opportunità che una norma statale individui l'organo regionale competente all'approvazione dell'accordo. Rileva inoltre che il primo periodo del comma 2 opera una deroga allo statuto dei diritti del contribuente, il quale prevede tra l'altro che, relativamente ai tributi periodici, le modifiche introdotte si applichino solo a partire dal periodo d'imposta successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore delle disposizioni recanti le modifiche stesse. Il secondo periodo del comma 2 specifica che l'elevamento alle misure massime non concerne le regioni in cui l'elevamento medesimo, dovendo operare in modo automatico ai sensi del citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, non si è poi applicato in seguito al raggiungimento, entro il 30 giugno 2006, di un accordo con il Governo sulla copertura dei disavanzi di gestione del servizio sanitario regionale. Ai sensi del terzo periodo del comma 2, restano ferme le disposizioni di cui ai periodi sesto, settimo e ottavo del citato articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006. Tali norme prevedono due fattispecie, rispettivamente di elevamento dell'addizionale e delle maggiorazioni suddette oltre i limiti massimi e di riduzione delle stesse al di sotto di tali limiti. La prima fattispecie concerne il caso in cui nelle regioni, firmatarie dell'accordo comprensivo di piano di rientro di cui allo stesso comma 796, lettera b), non si siano conseguiti gli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo (stabiliti

dal piano di rientro). La seconda fattispecie riguarda l'ipotesi in cui si siano verificati risultati quantitativamente migliori rispetto a quelli fissati dai suddetti obiettivi intermedi. Avviandosi a concludere, la relatrice richiama le considerazioni del Procuratore generale della Corte dei conti, contenute nella Relazione sul rendiconto generale riferito all'anno 2004, secondo cui la spesa sanitaria segna di anno in anno sempre maggiori livelli di crescita, nonostante gli sforzi compiuti ed in particolare le politiche basate sui tetti di spesa, tagli e ticket, che non hanno a suo avviso dato i risultati sperati. È la stessa suprema Corte, ella prosegue, a sostenere che il sistema non può essere governato solo da criteri aziendalistici, perché non si può prescindere dal riconoscere la centralità della persona malata che sia necessaria una riqualificazione della spesa sanitaria. Infine, rileva l'esigenza che il disavanzo delle regioni non risulti più a solo carico dei cittadini e che siano necessarie forme di pianificazione di interventi strutturali per rispondere ai bisogni, per valorizzare i servizi territoriali, per offrire una appropriata e gratuita rete di prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale, riducendole inefficienze di sistema.

Il relatore **TECCE (RC-SE)**, nell'illustrare il provvedimento per la parte di competenza della Commissione bilancio, fa presente in premessa che, ai sensi di quanto stabilito dal comma 3, dell'articolo 1 del presente decreto-legge, la misura del concorso, è pari a 3 miliardi di euro per l'anno 2007, a titolo di regolazione debitoria. Gli interventi adottati con il decreto-legge in esame si rendono necessari al fine di assicurare gli effetti della manovra economica varata con la legge finanziaria per il 2007 (legge n. 296 del 2006); effetti di risanamento che, per alcune regioni interessate da rilevanti disavanzi pregressi nel settore sanitario, non potrebbero essere realizzati in assenza di un quadro finanziario definito. In particolare, la legge finanziaria per il 2007 (all'articolo 1, comma 796, lettera e) consente alle regioni che presentano *extra-deficit* nel settore sanitario, di coprire i disavanzi pregressi, registrati fino a tutto il 2005, mediante una copertura pluriennale. A tal fine viene prestato il concorso dello Stato per il ripiano del *deficit* della regione, a fronte del quale, si richiede, per la parte delle perdite che rimane a carico della regione, e fino ad integrale copertura delle stesse, l'attivazione della misura massima consentita dalla legge vigente della leva fiscale, ovvero la destinazione alla copertura delle perdite sanitarie di entrate tributarie che attualmente finanziavano altre funzioni di spesa, con ciò chiedendo alle regioni di operare dei tagli di spesa anche su settori diversi da quello sanitario. La relazione introduttiva al decreto-legge afferma al riguardo che le disposizioni in esame sono finalizzate ad interrompere definitivamente il meccanismo per il quale alcune regioni, a valere sulle risorse del fondo corrente, effettuano pagamenti relativi a costi di esercizi precedenti, mantenendo un elevato livello di debito produttivo di interessi di mora; in questa prospettiva il decreto-legge si pone come "un provvedimento attuativo della legge finanziaria per il 2007, che ha predisposto uno specifico accantonamento di fondo globale". Al riguardo, fa presente che non vi è nulla da osservare sia sul piano della quantificazione che della copertura, come rilevato anche nel parere della Commissione bilancio ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, trattandosi dell'utilizzo dell'apposito stanziamento, a titolo di regolazione debitoria, appostato nella legge finanziaria per il 2007, per un intervento che si configura all'articolo 1, comma 3, come tetto di spesa. In base alla normativa vigente (in attuazione degli accordi tra lo Stato e le regioni intervenuti il 3 agosto 2000 e l'8 agosto 2001, nonché dell'intesa tra lo Stato e le regioni del 23 marzo 2005 e, da ultimo, dal Patto per la salute del 28 settembre 2006) viene stabilito un livello di finanziamento per il servizio sanitario regionale utile per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) delle prestazioni sanitarie in condizioni di efficienza e di appropriatezza, lasciando poi, a carico dei bilanci regionali, la spesa derivante dall'erogazione di livelli di prestazioni superiori, ovvero la maggiore spesa derivante da inefficienze o inappropriatezze; ciò al fine di responsabilizzare i centri decisionali della spesa a livello regionale. Al riguardo, rileva una anomalia del sistema vigente: quando si parla di contrattazione Stato-Regioni, ci si riferisce al dimensionamento e alla ripartizione interregionale del finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (i LEA), cioè di quelle prestazioni che devono costituzionalmente rimanere omogenee su tutto il territorio nazionale. Per queste prestazioni, il decreto n. 56 del 2000 e gli accordi annuali Stato-Regioni, che sino ad oggi lo hanno applicato e quasi sempre "interpretato in deroga", avevano come obiettivo il finanziamento in pareggio. Questo non è mai avvenuto, per una serie di motivi che vanno dalla mancata definizione operativa dei LEA, all'assenza di una vera e propria programmazione sanitaria con verifica *ex-post* in grado, se non di risolvere, almeno di rendere più evidente e giudicabile il confine tra il sovracosto dovuto ad inefficienza ed incapacità di governo e quello derivante da maggiori reali necessità di spesa. In una situazione di questo genere, il criterio di finanziamento dei LEA si è sostanziato nella fissazione del livello massimo del concorso dello Stato (tendenzialmente non molto discosto dal 6 per cento, come si legge nell'Accordo dell'Agosto 2001), con tutto il maggior fabbisogno a consuntivo a carico delle regioni, senza analisi della sua

origine e senza alcun tentativo di coordinamento o concertazione delle politiche per farvi fronte. Una impostazione paradossalmente più vicina allo scenario di *devolution* (nonostante i previsti flussi perequativi interregionali), che a quel federalismo coeso e solidale prefigurato per la transizione. Osserva inoltre che la determinazione del contributo finanziario a carico dello Stato avviene oggi attraverso l'individuazione di ciò che viene considerato il fabbisogno finanziario del settore. Al Ministero della salute spetta il compito di provvedere, insieme alle regioni, all'aggiornamento periodico dei livelli essenziali di assistenza valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico. Le regioni sono responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari e sono tenute ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale; inoltre, le regioni possono implementare i livelli essenziali con la eventuale previsione di ulteriori prestazioni o servizi, facendo fronte con risorse proprie ai relativi oneri. Vi sono numerose difficoltà nell'applicazione di tale modello. Appare difficile prevedere *ex ante* un corretto livello di fabbisogni, tenuto conto che la definizione dei LEA non presenterebbe al momento una corrispondenza finanziaria, né dovrebbero essere stati conosciuti i costi medi unitari delle prestazioni. Vi sono inoltre difficoltà nella stima e successiva verifica della componente di finanziamento di competenza regionale, su cui parametrare, per differenza, il finanziamento dal bilancio statale. Il divario tra finanziamento e spesa effettiva può infatti derivare da numerosi fattori, tra cui l'emergere di maggiori fabbisogni sanitari, l'errore di previsione delle componenti di finanziamento (ad esempio IRAP, compartecipazione Irpaf, etc.), nonché una organizzazione non efficiente della produzione dei servizi sanitari. Individuato il fabbisogno, il finanziamento viene costruito in modo tale da garantire a ciascuna regione il volume di risorse sufficiente, tenuto conto delle entrate proprie e delle compartecipazioni ai tributi erariali. Il coordinamento e la concertazione delle politiche economiche, infatti, sono tanto più necessari quanto più il federalismo intende creare solidarietà attraverso flussi perequativi interregionali o interventi *ad hoc* dello Stato. In base alla disciplina generale, i disavanzi della spesa sanitaria corrente regionale devono essere coperti dalle medesime regioni con interventi di natura fiscale o relativi ai profili di spesa. In particolare, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, qualora la regione non provveda a tali interventi (o non provveda in misura sufficiente), il Presidente del Consiglio dei ministri emana atto di diffida (entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento); nell'ipotesi in cui l'inadempimento si protragga, gli interventi sono adottati dal presidente della regione in qualità di commissario *ad acta*. Qualora questi non assuma le misure necessarie entro il 31 maggio, il comma 174 prevede che, nella regione interessata, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applichino nella misura massima prevista dalla normativa. Inoltre, sempre per il caso di disavanzo di gestione sanitaria, osserva come, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, e successive modificazioni la regione deve procedere, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ad una ricognizione delle cause ed elaborare "un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio"; i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la regione stipulano apposito accordo, che individui gli interventi necessari per il conseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e degli adempimenti di cui alle intese generali tra Stato e regioni in materia di spesa sanitaria. La stipulazione dell'accordo e la verifica dell'effettiva attuazione del programma costituiscono una condizione per l'attribuzione alla regione di una quota del concorso statale al finanziamento della spesa sanitaria. Le condizioni per il riconoscimento di tale concorso straordinario sono indicate dalle lettere a) e b) dell'articolo 1, comma 1 del decreto-legge in esame. Osserva inoltre che le condizioni summenzionate, e in particolare la sottoscrizione dell'accordo con lo Stato (comprensivo del piano di rientro), risultano attualmente rispettate da quattro delle regioni interessate dai disavanzi in esame, si tratta in particolare delle regioni: Abruzzo, Campania, Lazio e Liguria. Il comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge dispone, infatti, l'applicazione automatica dell'innalzamento dell'addizionale all'IRPEF e della maggiorazione dell'aliquota IRAP in base alla delibera di approvazione da parte della Giunta regionale dell'accordo stipulato con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze in caso di deficit della spesa sanitaria, per i piani di rientro dai disavanzi. Si prevede inoltre che tale innalzamento non si applica nelle ipotesi in cui già si sia provveduto in tal senso in base all'applicazione dell'accordo con il Governo ai sensi della previgente normativa di cui al decreto-legge n. 206 del 2006 convertito, con modificazioni dalla legge n. 234 del 2006. Fa presente, dunque, che il dibattito in occasione dell'esame del provvedimento risulta essere un'ottima occasione per

impostare a livello parlamentare una analisi della problematica del finanziamento della spesa sanitaria che, come è noto, riassume in se una serie di differenti aspetti critici che vanno dalla particolarità della spesa ai fini della qualifica dei diritti di cittadinanza, dal controllo della spesa farmaceutica, e di quella sostenuta per le prestazioni sanitarie offerte in regime di convenzione, fino alle tensioni sulla spesa derivanti dalla evoluzione tecnologica e dall'invecchiamento della popolazione. Il dato sui disavanzi pregressi nel settore sanitario è il principale sintomo di una "dicotomia" Stato-Regioni che, se protratta a lungo e "alla cieca", può provocare gravi squilibri nelle singole regioni che, come logica conseguenza, si ripercuotono a livello nazionale. E' necessaria quindi una visione programmatica nel rapporto Stato-regioni, soprattutto in merito alla delicata questione della gestione dei disavanzi sanitari (che rappresentano un fattore di instabilità dei conti pubblici perché, anche quando le regioni intervengono con proprie risorse, la mancata definitiva chiusura dei loro bilanci è una fonte di incertezza e si riverbera negativamente sugli stessi tentativi di programmare) ma ancor di più lo è l'assenza di strumenti tecnici che possono fungere da guida, con il rischio che il confronto tra Stato e regioni, e tra le stesse regioni, si allunghi o rimanga in stallo di fronte alle enunciazioni politiche che ciascuno fa a difesa dei propri interessi. In riferimento al problema della spesa farmaceutica, ritiene che le riforme strutturali sulle quali Stato e regioni dovrebbero impegnarsi sono molteplici: promozione della concorrenza tra produttori e prodotti, apertura al mercato della filiera distributiva (sia per la fascia "A" che per la fascia "C"), responsabilizzazione del paziente-consumatore (oggi in Italia molto bassa). Al riguardo riscontra la necessità di adottare una norma anche di carattere amministrativo, che imponga ai medici di medicina generale di prescrivere i farmaci utilizzando il nome del principio attivo così come definito dalla DCI (denominazione comune internazionale), obbligando il farmacista a fornire, se esiste, il farmaco generico o, in caso non esistesse, quello a prezzo inferiore. Ciò implica la necessità di modificare il sistema di finanziamento delle farmacie: si deve passare dall'attuale modalità basata sulla percentuale del costo della confezione a un sistema che incentivi la consegna di farmaci generici, genericabili (vicini alla scadenza del brevetto) e a basso costo, fornendo ovviamente ai farmacisti le necessarie garanzie di mantenere gli attuali livelli di guadagno. Si tratta di soluzioni molto più articolate ed impegnative della facile "scappatoia" della manovra sui prezzi delle specialità farmaceutiche come da ultimo adottate con il cosiddetto decreto "tagliaprezzi" del luglio 2005, che pur se permette di sopravvivere anno per anno, alla lunga deresponsabilizza sia politici che attori nel sistema farmaceutico (medici, farmacisti e pazienti) e addormenta l'industria farmaceutica. Rileva dunque l'estrema urgenza nell'approvare il decreto-legge in esame, osservando, tuttavia, che l'attenzione per il futuro dovrà rivolgersi a quelle regioni che devono recuperare i deficit pregressi a causa della cattiva gestione della politica sanitaria (o peggio a causa delle politiche del malaffare) condotte dai governi regionali, verificando se i piani di rientro intervengono sulle situazioni strutturali e vigilando affinché le misure adottate per il rientro dei deficit vengano adottate senza influire negativamente sui servizi essenziali, specie sul territorio, quindi con i tempi necessari. Infatti si danno tre anni per il piano di rientro, tuttavia, se il lavoro di rientro intrapreso dalla regione viene effettivamente svolto e se ne vedono i frutti, la regione dovrebbe poter rinegoziare con lo Stato anche un periodo più lungo di rateizzazione del debito, anche al fine di evitare un impatto troppo forte sul triennio futuro. Deposita infine agli atti delle Commissioni una relazione scritta della quale ha esemplificato talune questioni.

Intervenendo sull'ordine dei lavori, il senatore **TOMASSINI (FI)** lamenta che sia stato definito un calendario dei lavori delle Commissioni riunite dell'atto in titolo che - per la prossima settimana - non tiene conto delle sedute della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, che sarà necessario convocare in considerazione dell'importanza e dell'indifferibilità dei temi in corso di esame. In proposito, fa presente che numerosi senatori appartenenti alla Commissione igiene e sanità sono, al contempo, componenti della richiamata Commissione d'inchiesta.

Il presidente **MORANDO**, pur prendendo atto di tali esigenze, ribadisce che il calendario è stato adottato all'unanimità da parte dei Gruppi parlamentari presenti nell'Ufficio di presidenza delle Commissioni riunite.

Il senatore **TOMASSINI (FI)** chiede pertanto che sia convocato, eventualmente anche *ad horas*, un nuovo Ufficio di presidenza, al fine di riconsiderare la precedente deliberazione.

La senatrice **BIANCONI (FI)**, dopo aver sottolineato che la decisione era stata adottata senza conoscere le esigenze della Commissione d'inchiesta, si associa alla richiesta di un'ulteriore

convocazione dell'Ufficio di presidenza delle Commissioni riunite al fine di modificare la precedente deliberazione.

Il senatore **CURSI** (AM) concorda con la richiesta dei senatori Tomassini e Bianconi.

Il presidente **MORANDO** ribadisce che gli Uffici di Presidenza riuniti delle due Commissioni hanno deliberato, all'unanimità, il calendario dei lavori delle Commissioni riunite. Ritiene pertanto di non poter accedere alla richiesta del senatore Tomassini, anche tenendo conto del fatto che le Commissioni riunite hanno al loro esame la conversione in legge di un decreto-legge che ha termini di scadenza dettati dalla Costituzione e, di conseguenza, termini regolamentari molto precisi per riferire all'Assemblea. Inoltre, ricorda che la giornata di martedì è dedicata ad audizioni informali di soggetti coinvolti dal provvedimento in esame, che si terranno presso gli Uffici di Presidenza riuniti delle due Commissioni, e che avranno luogo per dar seguito ad una specifica richiesta pervenuta in particolare, anche se non esclusivamente, dai Gruppi di opposizione. Ricorda infine che il termine per la presentazione degli emendamenti è stato fissato all'unanimità dagli Uffici di Presidenza riuniti delle due Commissioni, integrati dai rappresentanti dei Gruppi, a giovedì, 5 aprile 2007, alle ore 13.

Il seguito dell'esame viene quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 9,20.

COMMISSIONI 5^a e 12^a RIUNITE
5^a (Bilancio)
12^a (Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 4 APRILE 2007
3^a Seduta

Presidenza del Presidente della 12^a Commissione
MARINO
indi del Presidente della 5^a Commissione
MORANDO

Intervengono i sottosegretari di Stato per l'economia e le finanze Casula e per la salute Zucchelli.

La seduta inizia alle ore 14,10.

IN SEDE REFERENTE

(1411) Conversione in legge del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario
(Seguito dell'esame e rinvio)

Riprende l'esame sospeso nella seduta del 29 marzo scorso.

Il presidente **MARINO** ricorda che nella precedente seduta sono state svolte le relazioni introduttive. Dichiara pertanto aperta la discussione generale.

Il senatore **LEGNINI** (*Ulivo*), pur sottolineando che il decreto-legge è un atto dovuto conseguente allo stanziamento di 3 miliardi di euro già previsti dalla legge finanziaria, tuttavia rappresenta un'occasione utile per svolgere un dibattito politico sul tema della spesa sanitaria ed un atto politico con il quale lo Stato centrale contribuisce al *deficit* di alcune regioni. Ricorda quindi i principali strumenti che, a partire dalla finanziaria per l'anno 2005, sono stati adottati per il controllo della spesa sanitaria. Rileva, a tal proposito, l'efficacia dell'obbligo di pareggio di bilancio e della copertura dei disavanzi correnti delle strutture sanitarie, ma anche la scarsa utilità di accordi tra Stato e regioni che hanno costantemente superato le previsioni iniziali. Da ultimo, la legge finanziaria per l'anno 2007 rende ancora più cogenti gli strumenti per incentivare il grado di responsabilizzazione al contenimento del *deficit* della spesa sanitaria attraverso meccanismi sanzionatori automatici volti ad incrementare il prelievo sui tributi regionali.

Sul merito del provvedimento, ritiene opportuno acquisire chiarimenti dal Governo sulla corretta specificazione delle regioni interessate dal provvedimento, nonché sul grado di efficacia dei suddetti meccanismi automatici di incremento del prelievo regionale. In merito a quest'ultimo aspetto, rileva che, da un lato, gli incrementi automatici dell'IRAP e delle addizionali all'IRE rappresentano strumenti volti a incentivare il grado di responsabilizzazione degli amministratori locali, dall'altro, emergono forti perplessità in quanto l'incremento delle imposte determina una sperequazione tra i sistemi economici territoriali. Ad esempio, in alcune regioni connotate da un elevato *deficit* della spesa sanitaria, l'incremento automatico delle imposte locali ha, di fatto, annullato gli effetti positivi derivanti dalla riduzione del cuneo fiscale. Sottolinea che in tali fattispecie interventi commissariali più concentrati sulla riduzione del patrimonio delle regioni, anziché sull'incremento della pressione fiscale, potrebbero essere preferibili.

Infine, invita ad una approfondita riflessione sulla sostenibilità dei piani di risanamento che le regioni partecipanti alla ripartizione delle risorse stanziare dal decreto-legge dovranno attuare posto che su di esse incidono vincoli molto stringenti e potenzialmente contraddittori: pareggio del bilancio corrente, rientro dei disavanzi pregressi e rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Auspicando la conversione del decreto-legge in esame, in quanto impostato ad un serio risanamento dei conti pubblici, sottolinea l'opportunità di specificare in modo più chiaro i criteri di ripartizione delle risorse previste dal decreto-legge e di monitorare la sostenibilità e l'attuazione dei piani di risanamento dei *deficit* delle regioni interessate dal provvedimento.

Il senatore **VEGAS** (FI) ricorda che nel passaggio tra gli accordi intervenuti nel 2000 e nel 2001 tra lo Stato centrale e le regioni si è passati da un meccanismo di *soft budget* ad uno di *hard budget constraint* basato sul controllo e sul monitoraggio della spesa sanitaria. Sebbene tali meccanismi, dopo 6 anni, richiedano alcune revisioni, tuttavia, fa presente che in assenza di questi la spesa sarebbe stata molto più elevata. D'altro canto, sottolinea che, a suo giudizio, le regioni non hanno posto in essere tutti quegli interventi necessari a contenere le spese. Riconosce che il finanziamento della spesa sanitaria è viziato dalla definizione delle quote capitarie - parametri per la ripartizione delle spese tra Stato centrale e regioni - che non incentiva i soggetti più responsabili. Molti problemi restano ancora aperti ed è difficile ipotizzare una soluzione senza superare la logica garantista che vuole uguali prestazioni dei servizi sanitari sulla base delle quote capitarie.

Gli aspetti più critici del decreto-legge in esame attengono al trattamento sperequato tra regioni più responsabili e quelle che hanno prodotto un maggior deficit sanitario. A tal riguardo, il provvedimento introduce incentivi a favore degli amministratori meno responsabili ed anche la previsione, contenuta nel decreto-legge, di utilizzare misure finanziarie alternative, costituisce un meccanismo meramente contabile che non risolve il problema del finanziamento sostanziale delle spese. Rileva inoltre che il decreto-legge viola l'articolo 119 della Costituzione che limita il ricorso all'indebitamento da parte delle regioni ai soli investimenti. Attraverso il meccanismo del decreto-legge si determina una sostanziale elusione del vincolo costituzionale. Conclude, segnalando che l'elemento più preoccupante è la scelta del Governo di avallare il comportamento degli amministratori meno responsabili, sanato a posteriori attraverso trasferimenti dal bilancio dello Stato.

Il senatore **TOMASSINI** (FI) esprime perplessità in ordine all'impostazione di fondo del provvedimento in esame, il quale comporta effetti discriminatori sostanzialmente a danno delle amministrazioni regionali che meglio hanno saputo operare sul piano del contenimento dei costi nella sanità e a vantaggio di amministrazioni la cui azione non è stata caratterizzata da analogo oculatezza. Fa quindi presente come il decreto-legge n. 23 non contempli alcuna misura di carattere strutturale, mentre sarebbe auspicabile un intervento volto a regolare i fattori di determinazione della spesa.

Dopo essersi soffermato sulle lacune e gli aspetti critici connessi a taluni interventi disposti a livello regionale al fine di porre rimedio alle situazioni di insostenibilità finanziaria, rileva che l'ipotesi di ricorso al potere sostitutivo da parte dello Stato appare un'espressione di incongruo centralismo. Richiama poi l'attenzione sull'esigenza di un ripensamento complessivo del sistema sanitario che tenga conto di una stima di aumento annuo della spesa di circa il 10 per cento, così da doversi basare su un'accurata selezione delle priorità assistenziali, insieme ad una mirata applicazione del principio di sussidiarietà, tesa a valorizzare il ruolo delle aziende sanitarie e quindi delle regioni. Allo Stato - egli prosegue - dovrebbero spettare le competenze relative alla predisposizione delle linee generali di indirizzo e al controllo.

Conclude ponendo in evidenza come qualsiasi politica sanitaria che non abbia alla base una seria elaborazione strategica in ordine ai livelli essenziali di assistenza e all'organizzazione rischia di tradursi in un insensato trasferimento di risorse destinate ad alimentare la persistente tendenza all'inefficienza.

Il senatore **BALDASSARRI** (AN) giudica il decreto-legge in linea con un'ormai consolidata tradizione di interventi volti a sanare situazioni debitorie delle pubbliche amministrazioni che, se non adeguatamente affrontate, tendono ad emergere. Ritiene peraltro che, di fatto, tale atteggiamento si riveli un incentivo nei confronti delle amministrazioni meno virtuose sul piano finanziario.

Prosegue soffermandosi sulle caratteristiche di fondo della spesa sanitaria, sottolineando come, in ragione dell'attuale struttura demografica della popolazione italiana, nei prossimi anni si verificherà prevedibilmente un aumento rilevante del fabbisogno del settore. A fronte di ciò, considera indispensabile una riorganizzazione mirata del settore sanitario, nell'ottica di una progettualità di tipo industriale. In particolare, richiama l'esigenza di tener conto di un aumento dei bisogni relativi alle patologie croniche, destinate a divenire sempre più onerose rispetto alle emergenze. Sollecita inoltre un nuovo indirizzo strategico che consenta di superare gli attuali e inefficaci meccanismi basati sul principio della penalizzazione delle regioni, ritenendo auspicabile una maggiore responsabilizzazione delle amministrazioni sul piano della razionalità della spesa, anche in considerazione dell'abnorme incidenza del settore sanitario sul totale della spesa

pubblica per acquisto di beni e servizi. Esprime infine l'auspicio che la dovuta attenzione alla razionalizzazione della spesa, inevitabilmente destinata a determinare effetti positivi nel lungo periodo, consenta per il futuro di evitare il ricorso a provvedimenti di emergenza che non intaccano alcuna causa strutturale dei disavanzi.

La senatrice **EMPRIN GILARDINI (RC-SE)** richiama l'importanza, nell'esaminare il provvedimento in titolo, di tenere ben presente il quadro normativo generale, in primo luogo, l'articolo 32 della Costituzione in materia di diritto alla salute, diritto a carattere individuale che si inserisce in un più generale quadro di tutela della collettività. Nell'ambito dei principi costituzionali, il provvedimento si inserisce nel quadro delineato con la legge finanziaria per il 2007, nonché attraverso il cosiddetto "patto per la salute", che hanno configurato un percorso volto alla salvaguardia del diritto alla salute. Sottolinea l'importanza di considerare la stretta connessione tra i profili di efficienza ed adeguatezza dell'organizzazione dell'amministrazione sanitaria e il piano dell'individuazione del fabbisogno economico ai fini della realizzazione del diritto alla salute. Evidenzia l'alto tasso di incidenza sul PIL della spesa sanitaria, pari in Italia a circa il 6 per cento, che risente di fattori quali la crisi nella crescita demografica. Fa quindi presente la necessità che le modalità per la definizione del fabbisogno economico del settore sanitario siano sottoposte *ex ante* alla valutazione del Parlamento, al fine di verificare se il rapporto individuato sia idoneo a garantire la realizzazione in tutte le regioni dei livelli essenziali di assistenza. Richiama l'articolo 1 del decreto legislativo n. 229 del 1999, in base al quale l'entità delle risorse da destinare al sistema sanitario pubblico va definita in relazione ai bisogni nei livelli di assistenza e non viceversa. Si sofferma poi sulla necessità di accentuare il ruolo dei cittadini nel controllo dei livelli di efficienza del servizio sanitario, evidenziando che il meccanismo di imposizione fiscale che concorre al finanziamento del Servizio sanitario ha fatto carico, in larga parte, sulla fascia dei lavoratori dipendenti. In una prospettiva futura di definizione *ex ante* delle risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza, evidenzia l'opportunità di valutare la possibile destinazione di una maggiore quota delle entrate alle spese sanitarie, anche al fine di superare il sistema di esazione diretta mediante *ticket* nonché altre forme di finanziamento, quali il ricorso al privato. Sussistono certamente problemi, quali gli sprechi ed elementi di corruzione insiti nella gestione del servizio, che interessano non solo le regioni il cui debito si intende ripianare con il provvedimento in esame, ma anche un quadro complessivo della sanità, in Italia, per cui si pone un problema di generale contrasto all'illegalità, nel quale anche gli utenti e gli operatori debbono poter svolgere un ruolo rilevante. In un'ottica di valutazione dei profili di appropriatezza, richiama la questione dell'*intramoenia* e del fenomeno degli accreditamenti provvisori, evidenziando che la legge finanziaria per il 2007, in linea con il patto per la salute, ha introdotto elementi positivi nel rapporto strutturale della sanità pubblica, mentre permangono profili di distorsione, quali il sistema di tariffazione, meritevole di riflessione. Si sofferma sulla tematica dell'efficacia del servizio sanitario, che si riconnette a profili di giustizia sostanziale, evidenziando come l'articolo 119 della Costituzione, richiamato nel corso del dibattito, prevede l'intervento dello Stato al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza nell'intero territorio nazionale, per cui, ferma restando la responsabilità politica amministrativa e contabile degli amministratori, non sussistono profili di contrarietà alla citata norma costituzionale del provvedimento in esame. Quest'ultimo si iscrive, infatti, nella prospettiva delineata dalla legge finanziaria e mira a definire e porre termine ad un processo, quale quello dei debiti regionali in materia sanitaria, e non già a riprodurlo, consolidando un debito anche al fine di evitare speculazioni al riguardo. Conclude, quindi, sottolineando che il provvedimento intende coniugare i profili di efficienza con il diritto fondamentale alla salute che, oltre a presentare carattere individuale, riveste un interesse generale per la collettività.

Il senatore **AUGELLO (AM)** rileva che dal provvedimento non potrà scaturire un'interruzione del fenomeno dell'indebitamento delle regioni nella gestione del servizio sanitario, atteso che tale problema non potrà che riproporsi anche nel futuro per la struttura stessa del sistema sanitario. Evidenzia che non risulta chiaro il quadro finanziario e contabile delle regioni interessate dal provvedimento sottostante all'intervento normativo. In particolare, si registra un quadro allarmante, confermato anche dalle audizioni svolte negli Uffici di Presidenza riuniti, nel quale non è dato conoscere a quanto ammonti l'indebitamento di ciascuna delle regioni interessate. Evidenzia il carattere incompressibile della spesa sanitaria che registra una tendenza ad espandersi, per cui il problema del ripiano trascende il cambiamento di colore politico delle Giunte regionali. Una seria analisi dell'intervento in ordine al ripiano dei disavanzi implica, dunque, la conoscibilità dell'entità dei disavanzi medesimi. Soffermandosi sulla situazione della Regione Lazio, richiama la valutazione svolta dall'osservatore esterno KPMG, in qualità di *advisor*,

in ordine al quadro complessivo del servizio sanitario; risulterebbe di particolare interesse e utilità per i lavori delle Commissioni riunite acquisire lo studio in questione, dal quale si potrebbe evincere la mancanza di strumenti di riscontro in ordine al quadro contabile della Regione, nonché un rilevante debito patrimoniale, che risulterebbe forse ascrivibile al momento in cui è stata prevista per le ASL la predisposizione di un bilancio patrimoniale. Appare dunque difficile calcolare in quale misura il decreto-legge in conversione vada ad incidere su una situazione così poco chiara nei profili contabili, segnalando che il Governo risulta carente nella tempestività delle risposte, richiamando al riguardo l'interrogazione a sua firma in materia, presentata da ormai due mesi, che non ha trovato ancora risposta da parte dell'Esecutivo. Ritiene dunque che vada reso noto il dato sul debito pregresso delle regioni ai fini di valutare il provvedimento, mentre i piani di rientro sottoscritti dalle regioni non appaiono idonei a ridurre la spesa sanitaria, che anzi registra un incremento nonostante la predisposizione di tali piani.

Il presidente **MORANDO** coglie l'occasione per evidenziare che gli Uffici del Servizio del bilancio del Senato hanno richiesto al Governo che siano forniti una serie di dati ulteriori in ordine al disavanzo delle singole regioni interessate dal provvedimento, richiesta alla quale il Governo ha risposto fornendo elementi di chiarimento. Informa, dunque, anche in relazione alle osservazioni del senatore Augello, che il Servizio del bilancio sta esaminando.

Il senatore **GHIGO (FI)**, anche in relazione a quanto affermato nel corso del dibattito, tiene anzitutto a precisare che il precedente provvedimento volto a ripianare i debiti pregressi delle regioni è stato adottato nel 2001, ovvero prima dell'introduzione del nuovo Titolo V della Costituzione, ed in particolare dell'articolo 119. In proposito, esprime la propria convinzione che il decreto-legge in esame sia lesivo del dettato costituzionale, come del resto conferma il ricorso da parte di talune regioni alla Corte Costituzionale. Fa inoltre presente che già l'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 introduceva meccanismi volti a favorire il riequilibrio finanziario delle regioni, che poi sono stati recepiti sia nel Patto per la salute che nella legge finanziaria per il 2007. Giudica inoltre contraddittoria la previsione, recata nel decreto-legge, di destinare 3 miliardi di euro al ripiano dei debiti regionali, a così breve distanza dall'approvazione dell'ultima manovra finanziaria nella quale era stato destinato per le medesime finalità un importo, pari a un miliardo di euro, significativamente inferiore. Ritiene quindi che il provvedimento d'urgenza sia irrispettoso del principio di responsabilità delle regioni che caratterizza il nuovo assetto costituzionale e, nello specifico, la disciplina introdotta sin dalla richiamata intesa Stato-regioni del 2005. Al riguardo, vengono introdotte misure che - a suo avviso - non possono non destare viva contrarietà da parte delle regioni più virtuose che hanno introdotto misure di razionalizzazione delle risorse, talvolta peraltro estremamente impopolari, al fine di conseguire l'equilibrio finanziario. Il provvedimento in titolo, egli prosegue, rappresenta poi l'occasione per una riflessione organica sull'andamento della spesa sanitaria, tanto più opportuna in considerazione della necessità di tener conto anche dei disavanzi per l'anno 2006 e, verosimilmente, di quelli che si genereranno nel corso del 2007. Non è infatti a suo avviso eludibile un ripensamento delle modalità di finanziamento del Fondo sanitario nazionale, anche attraverso l'introduzione di forme di compartecipazione, al fine di contemperare, da un lato, l'esigenza di assicurare l'equilibrio finanziario e, dall'altro, il rispetto degli attuali livelli di assistenza.

Il presidente **MORANDO** dopo aver ricordato che il termine per la presentazione degli emendamenti è stato fissato, nel corso dell'Ufficio di Presidenza delle Commissioni riunite, alle ore 13 di domani, giovedì 5 aprile, e che il provvedimento in titolo è calendarizzato per la seduta antimeridiana dell'Aula di mercoledì 18 aprile, rinvia il seguito dell'esame.

La seduta termina alle ore 16,10.