



La manovra Finanziaria 2012 – 2014 per la Sanità

La manovra finanziaria per il triennio 2012 - 2014, approvata dal Governo con il Decreto Legge n. 98 del 6 luglio 2011, dispone per la Sanità tagli pesantissimi. Le misure specifiche sono contenute nell'articolo 17 "Razionalizzazione della spesa sanitaria" (e in parte nell'articolo 16 per ciò che riguarda il personale).

Si prevede che il livello del finanziamento sia incrementato dello 0,5% nel 2013 e dell' 1,4% nel 2014, quindi ben al di sotto dell'andamento del PIL nominale¹: +3,3% nel 2013 e +3,4% nel 2014. Addirittura il finanziamento non copre nemmeno l'inflazione.

I tagli programmati nel 2013 - 2014 (come saldo netto da finanziare) risultano essere di otto miliardi: la Relazione Tecnica del D.L. 98/11 indica esattamente la cifra in 7.950 milioni di euro (vedi sotto Tabella 1 colonna 5).

Ma se conteggiamo gli effetti delle precedenti manovre, i tagli nel biennio 2013/2014 superano i tredici miliardi.² (vedi qui sotto Tabella 1 colonna 7 e si veda in allegato la Tabella 2)

Tabella 1 (importi in milioni euro) elaborazione CGIL

	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5 (colonna 4 – colonna 3)	Colonna 6	Colonna 7 (colonna 6 – colonna 3)
Anno	Aumento % su anno precedente * previsto dalla manovra D.L. 78/11	Livello di Finanziamento in base alla Manovra D.L. 78/11, come indicato nella relazione Tecnica	Livello di Finanziamento senza la Manovra, come indicato nella Relazione Tecnica	Tagli indicati come saldo netto da finanziare nella relazione Tecnica della manovra D.L. 78/11	Livello di finanziamento previsto nel Patto per la Salute **	Tagli rispetto al finanziamento previsto nel Patto per la Salute
2013	+0,5%	109.294	111.794	-2.500	114.833,2	-5.539,2
2014	+1,4%	110.786	116.236	-5.450	118.737,5	-7.951,5
TOTALE TAGLI				-7.950		-13.490,7

* la % di aumento si calcola sul livello del finanziamento dell'anno precedente. Quindi l'anno base è il 2012: per la Relazione Tecnica del D.L. 98/11 è pari a 108.780 milioni. Invece applicando il livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute senza le manovre sarebbe stato di 111.164 milioni. Ecco perché i tagli effettivi rispetto al Patto per la Salute sono di gran lunga superiori al saldo netto da finanziare (effetto trascinamento).

** aumento in % sull'anno precedente agganciato al PIL nominale +3,3% nel 2013, +3,4% nel 2014

Nei giorni che hanno preceduto l'approvazione della manovra, per giustificare i tagli come "risparmi virtuosi", il Governo ha annunciato l'entrata in vigore, al posto della spesa storica, dei "costi standard" introdotti grazie al decreto sul federalismo fiscale. Il richiamo ai costi standard è solo un trucco, perché con la manovra viene ridotto il finanziamento punto e basta. Anche perché il decreto sul federalismo sanitario (DLgs 68/11) non utilizza i costi standard, giustamente, come metodo per determinare il finanziamento in sanità, bensì conferma il riparto tra le regioni, con quote pro capite pesate, di un finanziamento deciso a livello nazionale (metodo "top - down"). Peraltro, ormai da anni è stato superato il criterio della spesa storica per la sanità.

¹ Previsto nel Documento di Economia e Finanza (DEF) 2011, approvato il 5 maggio 2011. C'è da dire che sarebbe pericoloso "agganciare automaticamente" il livello del finanziamento solo all'andamento del PIL (questa era la proposta del Governo per la Finanziaria 2009), perché se scende il PIL scende il finanziamento (durante la crisi sarebbe stato un disastro). Inoltre va considerato che i due Patti per la Salute hanno previsto variazioni del finanziamento anche in base alle dinamiche contrattuali.

² In ogni caso, conteggiando solo i saldi netti da finanziare (e non anche gli effetti sulla mancata crescita del finanziamento) in totale le manovre valgono 11 miliardi in cinque anni (2010/2014). Conteggiando anche gli effetti sulla mancata crescita del finanziamento, i tagli alla sanità valgono 17 miliardi nello stesso periodo.

E infatti, per sostenere la riduzione pesantissima del livello di finanziamento, sono previsti tagli lineari in misura percentuale a carico di diversi ambiti: personale, farmaceutica, dispositivi medici, compresa l'assistenza protesica (per i disabili) e nuovi Ticket; dal 2012 tornano in vigore i "superticket da 10 euro" sulle ricette per esami e visite specialistiche (valore 834 milioni annui); mentre dal 2014 saranno introdotti nuovi ticket aggiuntivi a quelli esistenti. Il 40% della manovra dovrà essere coperto dai ticket (valore oltre due miliardi di euro).

La manovra prevede che i tagli alla spesa siano concordati con la Conferenza delle Regioni entro aprile 2012 ma in realtà i tagli sono già stati decisi. Come ha denunciato il Presidente della Conferenza delle Regioni, la manovra è incompatibile con il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini: *"Per il Servizio sanitario pubblico è allarme rosso: il contributo al risanamento pesa per 8 miliardi nel biennio 2013-2014 sul Fondo Sanitario Nazionale. Tale decisione comporta l'impossibilità di siglare il futuro 'patto per la salute', giacché per sottoscrivere un patto le parti devono essere almeno due. E ciò significa mettere in soffitta uno strumento di collaborazione istituzionale tra Governo e Regioni che ha garantito la tenuta del sistema sanitario sia sul versante della erogazione dei servizi che sul versante economico finanziario, come riconosciuto da dalla stessa Corte de conti."*³

A pagare i costi della crisi vengano chiamati proprio i cittadini più deboli, che dovrebbero invece essere protetti. Il rischio è quello di spingere sempre più persone verso la sanità privata a pagamento o di costringerle a rinunciare alle cure mediche (la spesa "out of pocket" continua a crescere e spesso in direzione inappropriata, perché risponde più all'offerta di consumi che ai bisogni⁴).

Colpire così duramente la sanità non è nemmeno giustificato dall'andamento della spesa e del finanziamento pubblico, che in Italia sono più bassi della media UE e dei Paesi OCSE.

Insistere con i tagli lineari, invece che riqualificare la spesa, vuol dire "programmare" il disavanzo di tutte le regioni e stroncare il percorso di risanamento di quelle impegnate nei piani di rientro. Ed è per questo che il Presidente della Conferenza delle Regioni denuncia il rischio di estendere i piani di rientro a tutte le regioni, con un conseguente aumento della pressione fiscale (altro che riduzione delle tasse): *"Le conseguenze di questa manovra non solo compromettono i risultati fin qui raggiunti, ma porteranno purtroppo nei prossimi anni tutte le Regioni ad essere soggette ai piani di rientro sanitario e quindi ad aumentare l'imposizione fiscale dovunque"*. E, aggiunge, che i tagli al Sociale aggraveranno il quadro: *"la situazione in sanità sarà aggravata dagli interventi che colpiranno il welfare con conseguenze gravissime per gli enti locali. Segnalo solo il mancato finanziamento del fondo per la non autosufficienza e l'estrema esiguità del fondo per le politiche sociali..."*⁵

Come abbiamo detto più volte, bisogna rovesciare questa impostazione regressiva, che considera il welfare e la sanità un peso invece che uno strumento anticiclico contro la crisi e un prezioso investimento per uno sviluppo di qualità. Non si tratta di negare l'esigenza di una manovra che punti a ridurre il debito pubblico, che espone il nostro Paese ad un rischio default. Si tratta di decidere misure che non abbiano effetti depressivi e non intacchino la natura di bene pubblico e universale del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta di agire in modo selettivo sulla spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi, concentrati in alcune regioni, dove lo squilibrio finanziario è sempre associato ad un "disavanzo" nei LEA⁶. E dove è evidente che per governare la spesa occorre riqualificare l'offerta dei servizi sanitari, anche sostenendo cambiamenti coraggiosi (ad esempio chiudere ospedali inappropriati per offrire più assistenza territoriale e cure primarie). Cambiamenti, come insegna l'esperienza di alcune regioni, che producono risparmi sul medio periodo e che hanno spesso bisogno di investimenti iniziali.

Se i tempi di recupero di questa spesa inappropriata (recupero fondato sulla riorganizzazione dell'offerta) sono più lunghi di quelli necessari alla manovra, si apra un confronto su questo problema, non si spaccino, come fa il Governo, tagli lineari per misure "virtuose" e strutturali. Ma questo Governo non è interessato ad affrontare un confronto serio sulla qualità della spesa.

Stefano Cecconi

³ Vedi Comunicato Presidente Conferenza delle Regioni e P.A. 7.7.2011

⁴ Vedi Censis 6.7.2011: "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali"

⁵ Vedi Comunicato Presidente Conferenza delle Regioni e P.A. 7.7.2011

⁶ Vedi ad esempio: Documento [CGIL "sanità e federalismo, diritti e risorse" 1.12.2010](#) e [Rapporto 2011 del Ministero della Salute sul rispetto degli adempimenti LEA 2009](#)

Testo del Decreto Legislativo n. 09 del 6 luglio 2011 - "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"	Commento
<p>Articolo 17</p> <p>1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato per il 2013 e' incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed e' ulteriormente incrementato dell'1,4% per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalita' per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 16, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria:</p>	<p>comma 1</p> <p>Il livello di finanziamento è incrementato per il 2013 dello 0.5% e per il 2014 dell'1,4%. Quindi cresce meno del PIL nominale negli stessi anni (+3,3% e 3,4%).</p> <p><u>Le misure specifiche Tagli e Ticket, Piani di Rientro</u></p> <p>Le misure per fronteggiare la "riduzione" del finanziamento rispetto al PIL nominale (saldo da finanziare -7.950 milioni in due anni) sono decise con un Intesa Stato Regioni, entro il 30 aprile 2012.</p> <p>In caso di mancata Intesa, oltre alla riduzione di spesa per il personale pubblico e convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale prevista dall'articolo 16, sono già previste misure specifiche: cioè tagli e ticket per quasi otto miliardi: vedi di seguito il comma 1 alle lettere a),b),c),d) e il comma 2:</p>
<p>a) nelle more del perfezionamento delle attivita' concernenti la determinazione annuale di costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attivita' delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Cio', al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;</p>	<p>comma 1 a)</p> <p>Sarà introdotto un prezzo di riferimento per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, beni e servizi, prestazioni sanitarie e non, per ridurre la relativa spesa nel servizio pubblico.</p> <p>I risparmi sono riferiti anche alla spesa verso il privato accreditato, ma è solo una indicazione per le regioni.</p> <p>Non indicato valore. Calcolato in circa 750 milioni all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.</p>

<p>b) in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati compatibili con il livello di finanziamento di cui al primo periodo del presente comma, a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, nella misura massima del 35% di tale superamento, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche, con modalita' stabilite dal medesimo regolamento. Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come da ultimo modificato dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 e' rideterminato nella misura del 12,5%;</p>	<p>comma 1 b)</p> <p>Per la farmaceutica ospedaliera è confermato il tetto di spesa al 2,4% della spesa sanitaria. In caso di superamento del tetto, il 35% dell'eccesso di spesa va a carico delle aziende farmaceutiche (pay back). Nel 2010 la spesa farmaceutica ospedaliera ha "sfondato" il tetto: 5,4 miliardi contro i 2,5 miliardi previsti; il pay back al 35% a carico delle aziende vale circa un miliardo.</p> <p>Il tetto alla spesa farmaceutica convenzionata viene ridotto, scende dal 13,3% al 12,5% della spesa complessiva (800 milioni circa all'anno).</p> <p>Non indicato valore. Calcolato un miliardo all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.</p>
<p>c) ai fini di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni che tengano conto della qualita' e dell'innovazione tecnologica, elaborati anche sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 2010, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE), compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, e' fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. Cio' al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, e' annualmente determinato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore e' recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non e' tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;</p>	<p>comma 1 c)</p> <p>Sarà introdotto un tetto di spesa annuale per dispositivi medici e assistenza protesica (al 5,2% della spesa sanitaria: vedi comma 2 penultimo capoverso)</p> <p>Non indicato valore. Calcolato in circa 750 - 800 milioni all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.</p>

<p>d) a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, dell'economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.</p>	<p>comma 1 d)</p> <p>Sono previsti NUOVI TICKET dal 2014 su farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie (non precisate). Le regioni possono sostituire questi nuovi ticket con altre misure purché di corrispondente effetto economico</p> <p>Non indicato valore. Calcolato in circa due miliardi all'anno, dal 2014, in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.</p>			
<p>2. Con l'Intesa fra lo Stato e le regioni di cui all'alinea del comma 1 sono indicati gli importi delle manovre da realizzarsi, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 16 in materia di personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per l'esercizio 2014, mediante le misure di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 1. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, gli importi sono stabiliti, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui al citato articolo 16, fra le predette misure nelle percentuali, per l'esercizio 2013, del 30%, 40% e 30% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b), e c) del comma 1, nonché, per l'esercizio 2014, del 22%, 20%, 15% e 40% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b) c) e d) del comma 1; per l'anno 2014, il residuo 3 per cento corrisponde alle economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16. Conseguentemente il tetto indicato alla lettera c) del comma 1 e' fissato nella misura del 5,2%. Qualora le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16 risultino di incidenza differente dal 3 per cento, le citate percentuali per l'anno 2014 sono proporzionalmente rideterminate e con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, ove necessario, e' conseguentemente rideterminato in termini di saldo netto da finanziare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 1.</p>	<p>comma 2)</p> <p>Per applicare tutte le misure del comma 1 è prevista un'Intesa Stato Regioni entro il 30 aprile 2012.</p> <p>Ma se non si raggiunge l'Intesa, i tagli per ogni ambito di spesa e i ticket contribuiranno, con diverse percentuali rispetto all'ammontare della manovra, al netto delle riduzioni di spesa previste per il personale nel 2014</p> <p>La tabella effetto articolo 17 comma 1 e comma 2 illustra come scattano tagli e ticket se non ci sarà l'Intesa.</p>			
	<p>Articolo 17</p> <p>Comma 1 lettera a)</p> <p>Comma 1 lettera b)</p> <p>Comma 1 lettera c)</p> <p>Comma 1 lettera d)</p> <p>Comma 2</p>	<p>Ambito colpito dalla manovra sanitaria</p> <p>Taglio Spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, prestazioni sanitarie e non,</p> <p>Taglio Spesa farmaceutica (tetto spesa convenzionata 12,5%)</p> <p>Taglio Spesa per dispositivi medici e assistenza protesica (tetto spesa 5,2%)</p> <p>Nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie</p> <p>economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16</p>	<p>Carico in % rispetto all'ammontare della manovra sanitaria</p> <p>Anno 2013</p> <p>30%</p> <p><i>(esempio se la manovra nel 2013, al netto delle misure sul personale vale, 2 miliardi questo ambito di spesa sarà ridotto di 600 milioni)</i></p> <p>40%</p> <p>30%</p> <p></p> <p></p>	<p>Carico in % rispetto all'ammontare della manovra sanitaria</p> <p>Anno 2014</p> <p>22%</p> <p>20%</p> <p>15%</p> <p>40%</p> <p><i>(esempio se la manovra nel 2014 al netto delle misure sul personale vale 5 miliardi i nuovi ticket sono pari a 2 miliardi)</i></p> <p>3%</p>

<p>3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013 e 2014.</p>	<p>comma 3 Sono state prorogate al 2013 e al 2014 le vigenti misure di riduzione spesa sul personale (ndr: riduzione dell'1,4% rispetto alla spesa dell'anno 2004, al netto di alcune voci).</p>
<p>4. Al fine di assicurare, per gli anni 2011 e 2012, l'effettivo rispetto dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, nonché dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sono introdotte le seguenti disposizioni:</p>	<p>comma 4 Sono introdotte nuove misure relative alle Regioni con Piani di rientro. In particolare, nel comma 4, le lettere a), b), c), d) disciplinano i limiti e poteri dei Commissari straordinari rispetto agli organi legislativi ed esecutivi regionali. <i>La questione è stata sollevata dalla recente sentenza del TAR Abruzzo ed è molto delicata, riguarda le regole democratiche (i poteri sostitutivi dello Stato previsti dall'art 120 della Costituzione⁷), per questo, pur essendo necessario un intervento normativo, suscita perplessità venga risolta con un Decreto Legge</i></p>
<p>a) all'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dopo il secondo periodo sono inseriti i seguenti: "A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenivano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli.";</p>	<p>comma 4 a) Su indicazione del commissario straordinario, entro sessanta giorni il consiglio regionale è chiamato a modificare le leggi regionali in contrasto con il piano di rientro. Altrimenti il Consiglio dei Ministri adotta provvedimenti anche normativi, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione (poteri sostitutivi).</p>
<p>b) all'articolo 2, dopo il comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e' inserito il seguente: "88-bis Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.";</p>	<p>comma 4 b) I "programmi operativi" previsti dal 2010 per le regioni con piano di rientro 2007/2009, sono una prosecuzione e un aggiornamento dei precedenti piani, alla luce anche delle modifiche normative intervenute.</p>
<p>c) il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Abruzzo da' esecuzione al programma operativo per</p>	<p>comma 4 c) Viene ripristinata la validità degli atti del</p>

⁷ Costituzione art. 120 comma 2: Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.

<p>l'esercizio 2010, di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che e' approvato con il presente decreto, ferma restando la validita' degli atti e dei provvedimenti gia' adottati e la salvezza degli effetti e dei rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione. Il Commissario ad acta, altresì, adotta, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Piano sanitario regionale 2011 - 2012, in modo da garantire, anche attraverso l'eventuale superamento delle previsioni contenute in provvedimenti legislativi regionali non ancora rimossi ai sensi dell'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che le azioni di riorganizzazione e risanamento del servizio sanitario regionale siano coerenti, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza:</p> <p>1) con l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico stabile del bilancio sanitario regionale programmato nel piano di rientro stesso, tenuto conto del livello del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo 2010 - 2012 con il Patto per la salute 2010 - 2012 e definito dalla legislazione vigente;</p> <p>2) con gli ulteriori obblighi per le regioni introdotti dal medesimo Patto per la salute 2010 - 2012 e dalla legislazione vigente;</p>	<p>commissario straordinario in Abruzzo per il Programma operativo 2010 (altrimenti parzialmente annullati dalla sentenza TAR), che però deve presentare un nuovo Piano Sanitario Regionale 2011 – 2012 anche per modificare leggi regionali precedenti, nel rispetto dell'erogazione dei LEA.</p>
<p>d) il Consiglio dei Ministri provvede a modificare l'incarico commissariale nei sensi di cui alla lettera c);</p>	<p>comma 4 d) Il Consiglio dei Ministri modificherà l'incarico al Commissario dell'Abruzzo per attuare quanto previsto sopra: vedi lettera c).</p>
<p>e) al comma 51 dell'articolo 1 della legge 13 dicembre 2010, n. 220, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>1) dopo le parole: "dalla legge 30 luglio 2010, n. 122," sono inserite le seguenti: "nonche' al fine di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario";</p> <p>2) nel primo e nel secondo periodo, le parole: "fino al 31 dicembre 2011", sono sostituite dalle seguenti: "fino al 31 dicembre 2012";</p>	<p>comma 4 e) Nelle regioni con Piano di Rientro è prorogato fino al 31.12.2012 il blocco delle azioni legali contro le aziende sanitarie debitorie (es. pignoramenti). E ciò anche per consentire lo svolgimento delle funzioni istituzionali in equilibrio finanziario.</p>
<p>f) per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e' stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della regione interessata, puo' essere disposta, in deroga al predetto blocco del turn over, l'autorizzazione al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, previo accertamento, in sede congiunta, della necessita' di procedere al predetto conferimento di incarichi al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, nonche' della compatibilita' del medesimo conferimento con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, sentita l'AGENAS.</p>	<p>Comma 4 f) Su richiesta della singola Regione, con Decreto Ministeriale può essere rimosso il blocco del turn - over per gli incarichi di dirigente medico responsabile di struttura complessa (ex primario), qualora necessario per garantire i LEA e la ristrutturazione della rete ospedaliera.</p> <p><i>Norma contestata perché limitata alla figura del "primario", mentre i LEA e la ristrutturazione sono garantiti anche da altre figure professionali</i></p>

<p>5. In relazione alle risorse da assegnare alle pubbliche amministrazioni interessate, a fronte degli oneri da sostenere per gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali, in applicazione dell'articolo 71 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 17, comma 23, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102:</p> <p>a) per gli esercizi 2011 e 2012 il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato a trasferire annualmente una quota delle disponibilita' finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, non utilizzata in sede di riparto in relazione agli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 207 del 7 giugno 2010, nel limite di 70 milioni di euro annui, per essere iscritta, rispettivamente, tra gli stanziamenti di spesa aventi carattere obbligatorio, di cui all'articolo 26, comma 2, della legge 196 del 2009, in relazione agli oneri di pertinenza dei Ministeri, ovvero su appositi fondi da destinare per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni diverse da quelle statali; b) a decorrere dall'esercizio 2013, con la legge di bilancio e' stabilita la dotazione annua dei suddetti stanziamenti destinati alla copertura degli accertamenti medico-legali sostenuti dalle amministrazioni pubbliche, per un importo complessivamente non superiore a 70 milioni di euro, per le medesime finalita' di cui alla lettera a). Conseguentemente il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come fissato al comma 1, e' rideterminato, a decorrere dal medesimo esercizio 2013, in riduzione di 70 milioni di euro.</p>	<p>comma 5: ridotto di 70 milioni di euro il finanziamento del SSN, per creare un fondo destinato alle pubbliche amministrazioni per pagare alle Aziende sanitarie le spese per gli accertamenti medico legali ai dipendenti pubblici assenti dal servizio per malattia (visite fiscali della "legge Brunetta").</p> <p><i>Non è chiaro se si tratta di una partita di giro o di una riduzione vera e propria del FSN</i></p>
<p>6. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, per l'anno 2011 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto - legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 1, comma 49, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, e' incrementato di 486,5 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, con riferimento al periodo 1° giugno-31 dicembre 2011.</p>	<p>comma 6 "SUPER TICKET DA 10 EURO" vengono stanziati 486,5 milioni euro per evitare nel periodo 1.6.2011 - 31.12.2011 i super ticket da 10 euro sulle ricette specialistiche. Il finanziamento per eliminare, nel 2011, questi ticket copriva fino al 31.5.2011.</p> <p><i>Siccome non viene previsto alcun finanziamento dopo il 31.12.2011, dal 2012 tornano i "super ticket" da 10 euro (la copertura annua per evitarli vale 834 milioni euro).</i></p>
<p>7. Con decreto del Ministro della salute, previo protocollo d'intesa con le regioni Lazio, Puglia, Siciliana e con altre regioni interessate, e' disposta la proroga fino al 31 dicembre 2013 del progetto di sperimentazione gestionale di cui all'articolo 1, comma 827, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, coordinato dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della poverta' (INMP) di cui al decreto del Ministro della salute in data 3 agosto 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 20 settembre 2007, finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della poverta'.</p> <p>8. Ad eventuali modifiche all'organizzazione e alle modalita' di funzionamento dell'INMP si provvede con decreto del Ministro della salute, entro il 30 giugno 2013 il Ministero della salute verifica l'andamento della sperimentazione gestionale e promuove, sulla base dei risultati raggiunti, l'adozione dei provvedimenti necessari alla definizione,</p>	<p>commi 7, 8, 9 INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà) Prorogato a fine 2013 il progetto INMP, che potrebbe essere soppresso se non raggiunge gli obiettivi del progetto.</p>

<p>d'intesa con le regioni interessate, dell'assetto a regime dell'INMP. In caso di mancato raggiungimento dei risultati connessi al progetto di sperimentazione gestionale di cui al comma 7, con decreto del Ministro della salute si provvede alla soppressione e liquidazione dell'INMP provvedendo alla nomina di un commissario liquidatore.</p> <p>9. Per la realizzazione e delle finalita' di cui al presente articolo, e' autorizzata per l'anno 2011 la corresponsione all'INMP di un finanziamento pari 5 milioni di euro, alla cui copertura si provvede mediante corrispondente riduzione, per il medesimo anno, dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 5 della legge 6 febbraio 2009, n. 7. Per il finanziamento delle attivita' di ciascuno degli anni 2012 e 2013 si provvede nell'ambito di un apposito progetto interregionale per la cui realizzazione, sulle risorse finalizzate all' attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, e successive modificazioni, e' vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro annui per il medesimo biennio.</p>	
<p>10. Al fine di garantire la massima funzionalita' dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), in relazione alla rilevanza e all'accresciuta complessita' delle competenze ad essa attribuite, di potenziare la gestione delle aree strategiche di azione corrispondenti agli indirizzi assegnati dal Ministero della salute e di realizzare gli obiettivi di semplificazione e snellimento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della legge 4 novembre 2010, n. 183, con decreto emanato ai sensi dell'articolo 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazione, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), di cui al decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245, e' modificato, in modo da assicurare l'equilibrio finanziario dell'ente e senza alcun onere a carico della finanza pubblica, nel senso:</p> <p>a) di demandare al consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, il potere di modificare, con deliberazioni assunte ai sensi dell'articolo 22 del citato decreto n. 245 del 2004, l'assetto organizzativo dell'Agenzia di cui all'articolo 17 del medesimo decreto n. 245 del 2004, anche al fine di articolare le strutture amministrative di vertice in coerenza con gli accresciuti compiti dell'ente; le deliberazioni adottate ai sensi della presente lettera sono sottoposte all'approvazione del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;</p> <p>b) di riordinare la commissione consultiva tecnico-scientifica e il comitato prezzi e rimborsi, prevedendo: un numero massimo di componenti pari a dieci, di cui tre designati dal Ministro della salute, uno dei quali con funzioni di presidente, uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze, quattro designati dalla Conferenza Stato-regioni nonche', di diritto, il direttore generale dell'Aifa e il presidente dell'Istituto superiore di sanita'; i requisiti di comprovata professionalita' e specializzazione dei componenti nei settori della metodologia di determinazione del prezzo dei farmaci, dell'economia sanitaria e della farmaco-economia; che le indennita' ai componenti, ferma l'assenza di oneri a carico della finanza pubblica, non possano superare la misura media delle corrispondenti indennita' previste per i componenti degli analoghi organismi delle autorita' nazionali competenti per l'attivita' regolatoria dei farmaci degli Stati membri dell'Unione europea;</p> <p>c) di specificare i servizi, compatibili con le funzioni istituzionali dell'Agenzia, che l'Agenzia stessa puo' rendere nei confronti di terzi ai sensi dell'articolo 48, comma 8, lettera c-bis), del decreto-legge n. 269 del 2003, stabilendo altresì la misura dei relativi corrispettivi;</p> <p>d) di introdurre un diritto annuale a carico di ciascun titolare di autorizzazione all'immissione in commercio per il funzionamento, l'aggiornamento e l'implementazione delle funzionalita' informatiche della banca dati dei farmaci autorizzati o registrati ai fini dell'immissione in commercio, nonche' per la gestione informatica delle relative pratiche autorizzative, con adeguata riduzione per le piccole e medie imprese di cui alla raccomandazione 2001/361/CE.</p>	<p>Comma 10</p> <p>Previsto Decreto Ministeriale per approvare un nuovo Regolamento dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)</p>

La Tabella 2 illustra come sarebbe stato l'incremento del finanziamento previsto dal Patto per la Salute senza le manovre del Governo (L. 122/2010 e ora D.L. 98/2011). Nel 2013 e 2014 il taglio del livello del finanziamento risulta molto superiore al saldo netto da finanziare secondo l'ultima manovra del D.L. 98/11

Livello di finanziamento	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
previsto dal Patto per la Salute	105.698 (+466 IVC)	108.137 (+466 IVC)	111.164,8 +2,8% sul 2011 (+466 IVC)	114.833,2 * +3,3% sul 2012	118.737,5 * +3,4% sul 2013
dopo le manovre Legge 122/10 e 220/10 D.L. 98/2011	105.398**	107.119**	108.780***	109.294***	110.786***
Taglio rispetto al finanziamento previsto dal Patto per la Salute	-300 da recuperare con risparmi sulla farmaceutica	-1.018	-2.384,8	-5.539,2	-7.951,5
Saldo netto da finanziare secondo le manovre	=	-1.018	-1.734	-2,500	-5.450

*previsto dal Patto per la Salute anni 2010, 2011, 2012 e poi in base all'andamento del PIL nominale: anni 2013 e 2014

** Livello del Finanziamento dopo la Manovra L. 122/10 e L. 220/10

*** Livello del Finanziamento dopo il Decreto Legge 98/11, cifre indicate nella Relazione Tecnica

Il Grafico illustra la tabella 2

