

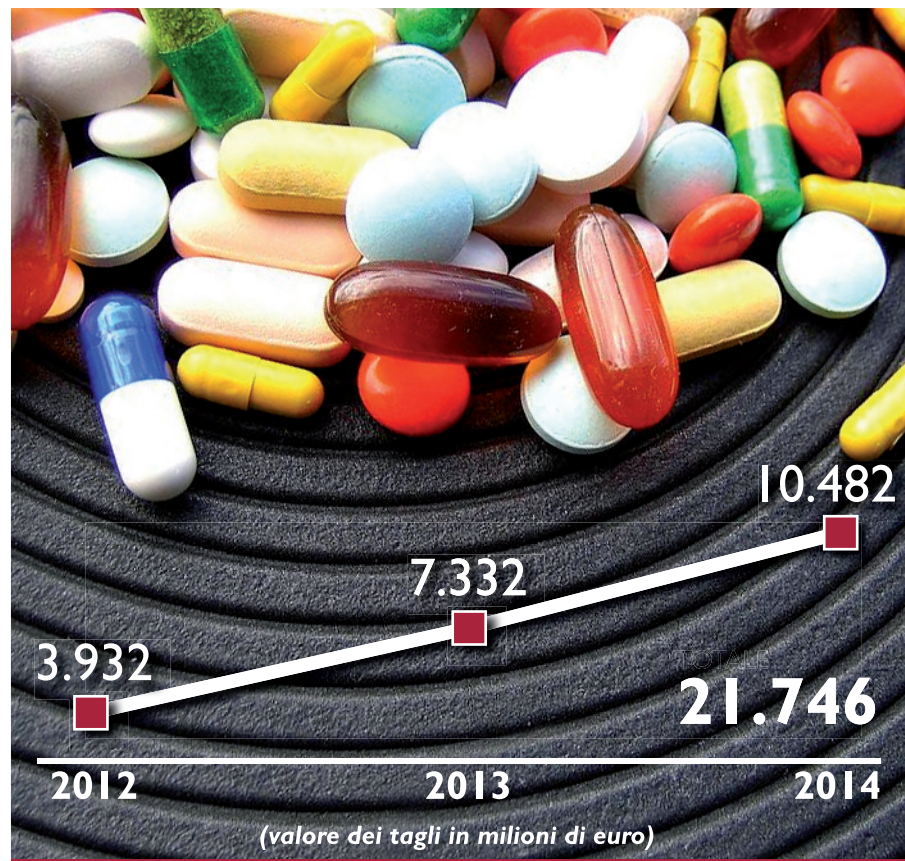
Il decreto verso il voto finale - Super Irpef dal 2013 nelle Regioni in rosso e Patto a metà novembre

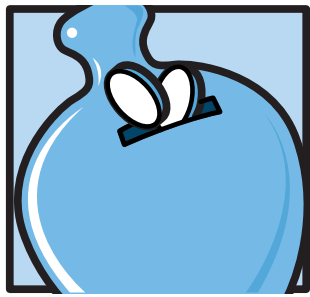
Spending review con pochi sconti

Saldi confermati: 4,7 miliardi in meno - Farmacie e industrie: tagli limati e nuovi tetti

Guerra di sconti tra farmacie e industrie, tetti della farmaceutica in continua altalena. Ma anche novità sul taglio dei posti letto che danno qualche autonomia in più alle Regioni magari salvaguardando le "virtuose". È ancora «Patto per la salute» da chiudere (a farcela con l'aria che tira tra Governo e Regioni) a metà novembre. Per non dire dello scherzetto in più pensato una volta di più a tutto danno dei contribuenti: le Regioni in rosso potranno anticipare al 2013 la possibilità prevista dal 2014 di applicare la maggiorazione dallo 0,5 all'1,1% dell'addizionale Irpef. Tutto questo nel caos del voto al Senato alla spending review che in questi giorni la Camera voterà in via definitiva, non senza mal di pancia di tanti: delle categorie e delle Regioni, sempre pronte sul piede di guerra contro una manovra che continuano a considerare «insostenibile», sostenute in pieno per una volta anche dai medici e dai dipendenti tutti del Ssn.

■ Gli effetti delle manovre dal 2010 a oggi





Battaglia fino all'ultimo al Senato prima di inviare il testo alla Camera per il sì finale

Spending delle mille trame...

Guerra di sconti farmacie-industrie, tetti su e giù - Posti letto, si cambia

Pochi aggiustamenti, saldi invariati e grandi mediazioni solo al capitolo della farmaceutica, per una spending review dall'iter stop&go. Al momento in cui scriviamo la commissione Bilancio sta votando a rilento gli emendamenti proposti dai relatori: quello all'articolo 15 e i relativi subemendamenti sono ancora da esaminare ma appare chiaro - salvo sorprese dell'ultima ora - che la spending in Sanità non fa sconti (quasi) a nessuno. La Camera in questi giorni dirà la parola fine.

Le grandi manovre nella modifica proposta da **Paolo Giarretta** (Pd) e **Gilberto Pichetto Fratin** (Pdl) hanno riguardato soprattutto la patata bollente del remix di sconti e tetti al capitolo delle farmaceutiche - facendo tesoro delle note tecniche inviate al Parlamento dalla Ragioneria generale dello Stato - ammorbidente la legnata a carico delle farmacie e delle imprese: se anche l'aumento degli sconti fosse totalmente abolito basterebbe l'automatismo del payback a garantire l'invarianza degli oneri. Insomma, pagano i soliti noti.

Sconti: guerra al centesimo. Il punto di mediazione alla fine raggiunto sulla questione riduce dal 3,65% al 2,25% l'aumento dello

sconto a carico delle farmacie: 1,4 punti percentuali in meno che secondo i primi calcoli assesteranno per il 2012 a circa 20 milioni il maggiore onere accollato alle farmacie, oltre ai 90 milioni frutto dello sconto dell'1,82% introdotto con la L. n. 122/2010, per complessivi 110 milioni di euro. In discesa anche l'aumento - solo temporaneo, fino a fine anno - dello sconto a carico delle aziende farmaceutiche: passerebbe dal 6,5% originariamente previsto (235 milioni) al 4,1% (2,4% in meno), per un contributo ulteriore a carico delle imprese di circa 112 milioni da aggiungere ai 95 milioni dell'1,83% di sconto già consolidato. Una soluzione che non contenta le farmacie, che hanno annunciato la prosecuzione dello stato d'agitazione, convinte di poter sperare fino all'ultimo in una nuova limatura del prelievo a loro carico e peraltro preoccupate anche delle ricadute dell'ulteriore rimodulazione dei tetti proposta dai relatori.

Tetti farmaceutici: territoriale sotto schiaffo. L'ulteriore redistribuzione del budget delle cure evade ancora il tetto della farmaceutica territoriale, fissato all'11,35% contro

l'11,5% precedentemente previsto dal Dl. Rispetto a un Fsn 2013 decurtato di 1,8 miliardi il tetto dell'11,5% rispetto all'attuale 13,1 rappresenterebbe 2 miliardi in meno per l'acquisto di pillole e sciroppi che diventerebbero 2,160 col passaggio all'1,35%. Rosso certo - dicono i pronostici per una territoriale che nel 2011 e con 2 miliardi in più di budget (14 miliardi) ha chiuso con un avanzo di appena 127 milioni di euro.

A cavarsela una volta tanto sarebbe l'ospedalizzazione che grazie all'emendamento dei Relatori sarebbe ulteriormente rimpolpata fissando l'asticella al 3,5% del Fsn contro il 3,2% inizialmente previsto dalla spending. Sempre guardando al 2013 il 3,5% corrisponderebbe a un budget di 3,7 miliardi (con il 3,2% sarebbero 3,4). Per valutare l'effetto sulla performance dell'ospedalizzazione basta pensare che nel 2011 la spesa di settore ha chiuso a 3 miliardi 780 milioni, con un disavanzo di 1,2 miliardi corrispondente a un tetto del 2,4%, per 2,6 miliardi di risorse complessive.

A conti fatti - se l'assetto finale resterà inalterato - i pronostici lasciano prevedere il rosso fisso per la

territoriale - con payback automatico a carico della filiera (aziende produttrici, farmacisti, grossisti) e una speranza di quasi equilibrio per l'ospedalizzazione il cui extratetto resta comunque al 50% accollato alle imprese.

Nella guerra all'ultimo centesimo accesa attorno alla spending del farmaco l'emendamento all'esame della bilancio ha cura di fissare una norma transitoria anti-contenzioso che fa salvi provvedimenti e rapporti giuridici sorti in virtù dell'approvazione del Dl 95 il 6 luglio, fino all'entrata in vigore delle eventuali modifiche prodotte con la legge di conversione.

Tempistica razionalizzata. Nel pugno di altre modifiche previste nell'emendamento dei Relatori spicca in particolare l'attenzione alla razionalizzazione della tempistica degli interventi già previsti. In primis l'ennesimo slittamento del termine ultimo per la stipula del Patto sulla Salute 2013-2015 ai sensi del quale potrebbero di conseguenza essere rimodulata l'intera manovra sulla farmaceutica: la scadenza si sposta al 15 novembre 2012. In più viene riscritto cambiando i passaggi logici ma non la sostanza il capitolo del taglio "lineare" dei posti letto ospedalieri. La nuova procedura step by step prevede che entro il 31 ottobre



(prima la scadenza era fissata al 28 febbraio 2013) vengono fissati - con regolamento, in armonia con i Lea, previa intesa con la Stato-Regioni, nonché tenendo conto della mobilità interregionale - gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Sugli standard "garantiti" così fissati saranno poi adottati - entro il 31 dicembre 2012 - i provvedimenti di riduzione dei posti letto accreditati ed effettivamente a cari-

co del Ssr da fissare a un livello non superiore al 3,7 ogni mille abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza) con un tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti di cui il 25% in ricovero diurno. La novità in negativo per i governi locali è che il tributo a carico dei presidi

Le previsioni della spending review con le principali modifiche introdotte in commissione Bilancio

FARMACI

- Lo sconto ulteriore dovuto dalle farmacie è rideterminato dal 7 luglio 2012 nel **2,25%**. Fino al 31 dicembre 2012 l'importo che le aziende farmaceutiche devono alle Regioni in caso di eccesso di spesa è del **4,1%**. Per il 2012 il tetto di spesa Ssn per la farmaceutica territoriale è del 13,1 per cento
- Dal 2013 il tetto di spesa farmaceutica territoriale a carico del Ssn scende all'**11,35%** al netto degli importi pagati dal cittadino per l'acquisto di farmaci a un prezzo diverso da quello massimo di rimborso stabilito dall'Aifa. In caso di sfioramento del tetto c'è il pay back. E dal 2013 gli eventuali ripiani sono assegnati alle Regioni per il 25%, in proporzione allo sfioramento del tetto e per il 75%, in base alla quota di accesso delle singole Regioni al riparto
- Dal 2013 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è fissato al **3,5%** (dall'attuale 2,4%)
- Il tetto dell'ospedalizzazione è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto e della spesa per i vaccini, per i medicinali senza caratteristiche particolari (non cronici e rilevante interesse terapeutico) e Otc, per le preparazioni magistrali e ufficiali delle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale
- La spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle somme versate dalle aziende farmaceutiche per la sospensione della riduzione del 5% dei prezzi dei farmaci, delle somme restituite dalle aziende farmaceutiche alle Regioni con il pay back e di quelle restituite dalle aziende farmaceutiche, anche come extra-sconti, alle Regioni in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing)

- Dal 2013 è a carico delle aziende farmaceutiche il 50% dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale. L'altro 50% è a carico delle sole Regioni che hanno superato il tetto di spesa, in proporzione ai rispettivi disavanzi, ma non di quelle che hanno fatto registrare un equilibrio economico complessivo

- L'Aifa attribuirà a ciascuna azienda un budget annuale in base agli acquisti di specialità ed equivalenti effettuati dalle strutture nei 12 mesi precedenti, incrementato con il 10% delle risorse derivanti dalle scadenze brevettuali e dell'eventuale incremento del fondo nell'anno di riferimento del budget. Un altro 80% servirà come fondo aggiuntivo per l'acquisto di farmaci innovativi e l'ultimo 10% servirà come fondo garanzia per fronteggiare eventuali ulteriori esigenze del settore. L'Aifa monitorerà mensilmente il trend della spesa rispetto al tetto definendo l'entità del ripiano a carico delle singole imprese: in caso di mancata corresponsione delle quote dovute scatteranno corrispondenti tagli ai listini con una maggiorazione del 20% rispetto alla quota da recuperare

- L'Aifa segnala alla Salute l'ingresso sul mercato di farmaci innovativi che potrebbero determinare squilibri di bilancio per il Ssn

- Al tavolo di monitoraggio è affidato il compito di verificare annualmente l'attivazione da parte delle Regioni dei registri dei farmaci sottoposti a registro e delle procedure per il rimborso dalle imprese

- La nuova disciplina in materia di spesa farmaceutica sostituisce quella prevista dal Dl 98/2011

BENI E SERVIZI

- Dal 2013 in poi le misure previste ai commi successivi (12 e 13) sono applicate salvo la stipula entro il **15 novembre 2012** del Patto per la salute 2013-2015 in cui possono esserci rimodulazioni a saldi finanziari invariati. E con il Patto si monitora l'attuazione delle misure per accelerare il pagamento dei crediti degli enti del Ssn

- Il valore di contratti e appalti - farmaci esclusi - per la fornitura di beni e servizi è ridotto del 5% per tutta la durata dei contratti. Per i dispositivi medici la regola vale fino al 31 dicembre 2012. Se il prezzo pagato dalle aziende è più alto dei prezzi unitari stabiliti dall'Autorità di controllo sui contratti (oltre il 20%), le stesse aziende potranno chiedere la rinegoziazione e se non ci sarà accordo entro 30 giorni avranno il diritto di recedere dal contratto senza oneri aggiuntivi. Per le categorie presenti nella piattaforma Consip, le Regioni utilizzano gli strumenti informativi o le centrali di committenza regionali di riferimento. I contratti che violano la previsione (sono nulli, costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa). Da verificare bandi di gara e contratti di global service e facility management perché sia chiaro l'esatto ammontare delle singole prestazioni e la loro incidenza percentuale sull'appalto complessivo: è un «adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn». Il tetto a livello nazionale e di ogni Regione nel 2013, riferito al fabbisogno sanitario nazionale standard per l'acquisto di dispositivi medici indicato dalla legge 111/2011, è fissato al 4,9% per il 2013 e al 4,8% dal 2014. Nell'ambito del rapporto tra Ssn privati accreditati non può essere previsto un corrispettivo per la remunerazione delle funzioni (pronto soccorso, programmi di prevenzione, sperimentazione ecc.) superiore al 30% della remunerazione complessiva

ACCORDI CON I PRIVATI E TARIFFE

- A tutti gli accordi contrattuali con i privati (specialistica ambulatoriale e ospedaliera) si applica una riduzione dell'importo e dei volumi di acquisto in quota fissa determinata dalla Regione, per ridurre la spesa rispetto al 2011 dello 0,5% nel 2012, 1% nel 2013 e 2% nel 2014

- Un decreto Salute-Economia determinerà entro 30 giorni le tariffe massime che le Regioni possono applicare agli accreditati. Gli importi eventualmente superiori alla tariffa (ma solo per le Regioni senza piano di rientro: per queste la tariffa è tassativa) sono a carico delle Regioni

- Individuala le tariffe massime valide per il 2012-2014 come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Ssn e come principi di coordinamento della finanza pubblica

- Le eventuali eccedenze rispetto alle tariffe sono a carico dei bilanci regionali. La disposizione è comunque rispettata dalle Regioni che abbiano rispettato l'equilibrio economico-finanziario. Per quelle con piano di rientro invece le tariffe massime sono un limite invalicabile

- Sono abrogati i criteri per la determinazione delle tariffe massime per la remunerazione di prestazioni e funzioni assistenziali

- Le tariffe saranno aggiornate con cadenza triennale dall'entrata in vigore del decreto

PIANI DI RIENTRO

- Per le Regioni con piano di rientro non giudicate positivamente alla verifica annuale e finale, è possibile chiedere ancora il prolungamento del piano per altri tre anni come già previsto dalla legge 122/2010
- Le Regioni sottoposte a piano di rientro potranno dal 2013 applicare l'aumento dell'1,1% dell'aliquota Irpef**

POSTI LETTO E PERSONALE

- Anche per il 2013, 2014 e 2015 come dal 2010 al 2012 (legge 191/2009) la spesa per il personale non potrà superare quella 2004 ridotta dell'1,4%. Come strumenti per il contenimento della spesa le Regioni hanno la possibilità di rivedere piante organiche, programmazione di personale e standard delle strutture semplici e complesse (da ridurre). La Regione sarà adempiente (dopo la verifica) se ha centrato l'obiettivo. In caso contrario e solo per il 2013 e 2014 è adempiente se comunque ha garantito il contenimento delle spese rispettivamente per almeno un terzo nel 2013 e due terzi nel 2014. Per le Regioni in piano di rientro valgono gli obiettivi indicati nei piani

- Le misure di contenimento della spesa per il personale dipendente si applicano anche a quello convenzionato

- Entro il 31 ottobre - previa intesa con la Stato-Regioni e tenendo conto della mobilità interregionale - si fissano gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Sugli standard individuati si adottano entro il 31 dicembre 2012 provvedimenti di riduzione dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del Ssr da fissare a un massimo di 3,7 (da 4) ogni mille abitanti, compreso lo 0,7 per riabilitazione e degenza post-acute (circa 20mila posti letto in meno). Il tributo a carico dei presidi pubblici sarà di almeno il 50%. Le dotazioni organiche dovranno essere adeguate ai nuovi standard e si dovrà ridurre la funzionalità dei piccoli ospedali con il passaggio dal ricovero ordinario al day hospital, all'ambulatorio e all'assistenza residenziale e domiciliare**

RISORSE, PREMI E ANTICIPAZIONI

- Come conseguenza di tutte le previsioni il fondo sanitario è ridotto di un miliardo per il 2012 e due miliardi per il 2013 e il 2014. Le modalità di applicazione del taglio sul riparto dovranno essere approvate in Stato-Regioni per il 2012 entro il 30 settembre e per gli anni successivi entro il 30 novembre di quest'anno. In caso di mancata intesa si procede d'ufficio

- La quota premiale prevista dal Dlgs 149/2011 (premi e sanzioni del federalismo fiscale) è fissata allo 0,25% l'anno delle risorse. Previste poi anche per il 2013 le anticipazioni di cassa scritte nella legge 191/2009 (Finanziaria 2010) fino al 97%, salvo conguagli in caso di non adempimento ai vincoli di spesa a cui sono legati i maggiori finanziamenti erogati ogni anno

- Previste dal 2013 le anticipazioni di cassa scritte nella legge 191/2009 (Finanziaria 2010) fino al 97%, salvo conguagli in caso di non adempimento ai vincoli di spesa a cui sono legati i maggiori finanziamenti erogati ogni anno

- Tutti gli enti del Ssn potranno accedere alle anticipazioni di cassa relativamente alle procedure per la certificazione e la compensazione dei crediti valide per la Pa**



REGIONI ALL'ATTACCO

«Il nuovo Patto per la salute è una missione impossibile»

L'impatto delle ultime manovre compromette la gestione del Ssn

La spending review è insostenibile per la Sanità e il Patto per la salute è impossibile da sottoscrivere in queste condizioni. Nessuna mezza misura da parte delle Regioni nel documento consegnato al Governo la scorsa settimana in Conferenza unificata in cui i governatori chiedono di «attivare un tavolo di lavoro congiunto con il supporto dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali per la verifica puntuale sui prezzi di riferimento, sui dati relativi al settore dei beni e servizi e delle tariffe». E anche sul welfare, dove i tagli, sostengono i governatori, hanno ridotto le risorse ai minimi termini (v. pagina 9).

Le Regioni sono intenzionate a dimostrare con dati reali che l'impatto del decreto legge, combinato agli effetti delle precedenti manovre finanziarie (legge n. 111/2011), non consente di sottoscrivere il nuovo Patto per la salute 2013-2015, compromettendo la sostenibilità e la gestione del Ssn. In ogni caso, comunque, le Regioni chiedono il supporto all'Agencia «per ottimizzare la spesa senza tagliare i servizi».

Le Regioni hanno chiesto nel documento alcune modifiche al testo del Dl - oltre a norme di garanzia dell'autonomia di quelle a statuto speciale - sui tagli per beni e servizi. A esempio i governatori chiedono un chiarimento sul fatto che la riduzione del 5% per i contratti di appalto di servizi e di beni e servizi agisce sui corrispettivi e non sui volumi di prestazioni. Se così non fosse la norma non assicurerebbe più, come recita, «l'invarianza dei servizi ai cittadini».

Le Regioni vorrebbero anche fosse messo nero su bianco quali sono le voci di conto economico che dovranno essere rinegoziate, anche per evitare il contenzioso e prevedere che, nel caso di recesso dal contratto, le aziende e gli enti del Ssn possano, «nelle more della scelta di un nuovo contraente, approvvigionarsi aderendo in via di urgenza a contratto in essere di altre aziende».

Norma di salvaguardia poi per la spesa: in caso le misure di contenimento previste dall'articolo 15 del decreto non dovessero avere gli effetti desiderati, ma non per colpa delle Regioni, i governatori chiedono sia precisato che le misure compensative siano «a carico del bilancio dello Stato».

Per quanto riguarda personale e posti letto i governatori chiedono maggiore gradualità di applicazione e il rinvio al 31 dicembre 2013 del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti, «di cui il 25% riferito a ricoveri diurni».

Non manca l'ipotesi di modifica anche per dispositivi medici o farmaci che, nel corso di una gara aperta, non siano stati offerti anche avendo i requisiti richiesti nel capitolato: non devono essere acquisiti dagli enti del Ssn con la procedura negoziata nei due anni successivi alla data di aggiudicazione della procedura. I dispositivi medici e i farmaci di nuova introduzione sul mercato che non siano «affiancamenti» o «sostituzioni» possono essere acquisiti solo dopo l'approvazione da parte della direzione sanitaria e generale dell'azienda.

Qualieri pubblici in termini di soppressione di unità operative complesse passa da almeno il 40% ad almeno il 50%.

Al capitolo della razionalizzazione delle misure va ascritta invece la soppressione della norma prevista dalle misure urgenti di razionalizzazione della spesa pubblica (Dl n. 52/2012, convertito nella legge n. 94/2012 del 6 luglio) sulla rinegoziazione dei contratti in essere per la fornitura di beni e servizi che risultassero disallineati rispetto ai prezzi unitari individuati nelle analisi delle Centrali regionali per gli acquisti.

La stessa norma - sempre sotto forma di modifica della manovra Tremonti (articolo 17, comma 1, lettera a) del Dl 98/2011-Legge 111/2011) - resta all'attivo della spending review nella versione in cui si precisa che per differenze di prezzo significative si intendono quelle «superiori del 20% rispetto al prezzo di riferimento». Infine due modifiche a scopo di precisazione: si chiarisce che le nuove tariffe massime per la remunerazione delle strutture private accreditate valgono dal momento dell'approvazione del relativo decreto della Salute fino a tutto il 2014 e

si specifica che tutti gli enti del Ssn potranno accedere alle anticipazioni di cassa relativamente alle procedure per la certificazione e la compensazione dei crediti valide per la PA.

Agli atti delle modifiche già approvate dalla Bilancio resta invece la possibilità per le Regioni in Piano di rientro di aumentare l'Irpef dell'1,1% dal 2013 e l'esclusione della auto mediche dal taglio del 50% delle risorse.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

Maggiore gradualità per pl e personale