



un mondo
libero dalla SM

***SINTESI RAGIONATA DEL DECRETO LEGGE
6 LUGLIO 2012, N.95 COORDINATO CON
LA LEGGE DI CONVERSIONE DEL 7
AGOSTO 2012, N. 135***

**La Spending Review e le disposizioni di
interesse per le persone con sclerosi
multipla**

Commenti a cura dell'Osservatorio AISM diritti e servizi

CONTENUTI

Il Decreto sulla "Spending Review"

Per garantire il successo dei programmi di risanamento dell'economia e per stimolare la crescita e la competitività, il Governo ha avviato, sin dal suo insediamento con il decreto legge Salva Italia, la **revisione della spesa pubblica**.

La riduzione della spesa non mira a modificare la quantità di servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni quanto a colpire gli eccessi e gli sprechi.

La spending review serve a:

- eliminare sprechi e inefficienze,
- garantire il controllo dei conti pubblici,
- liberare risorse da utilizzare per interventi di sviluppo,
- ridare efficienza al settore pubblico allo scopo di concentrare l'azione su chi ne ha bisogno.

In questo testo vengono illustrate alcune disposizioni contenute nel **Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012 coordinato con la Legge di conversione del 7 agosto 2012, n.135 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"**, focalizzando l'attenzione sulle misure di interesse per le persone con SM. Nello specifico viene approfondito:

■ **art 15 "Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica"** che detta importanti disposizioni in materia di sanità e farmaci:

- ❖ **Taglio posti letto**
- ❖ **Sinergie tra pubblico e privato**
- ❖ **Tagli per l'acquisto di beni e servizi da parte della sanità pubblica**
- ❖ **Riduzione dei costi dei contratti e degli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera**
- ❖ **Patto per la Salute**
- ❖ **Sconti a carico di farmacie e aziende ospedaliere**
- ❖ **Tetto di spesa per la farmaceutica territoriale ed ospedaliera**
- ❖ **Nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco**
- ❖ **Farmaci equivalenti**

■ **art 21 " Riduzione dell'iva"**

- ❖ **Riduzione IVA**

■ **art 4 "Riduzione di spese, messa in liquidazione e privatizzazione di società pubbliche"**

- ❖ **Erogazione di contributi e convenzionamenti da parte delle pubbliche amministrazioni**

■ **art 12 "Soppressione di enti e società"**

- ❖ **Chiusura e ripristino di alcuni Osservatori ed organismi di consultazione**

■ **Sociale e spending review**

1. Premessa

Il decreto sulla spending review è divenuto Legge, approvato con voto di fiducia alla Camera (con 403 voti favorevoli, 86 contrari e 17 astenuti).

Il decreto, che taglia la spesa pubblica – 4.5 miliardi nel 2012, 10.5 nel 2013 ed 11 nel 2014 – nella versione definitivamente approvata non ha subito modifiche rispetto al Senato.

Il dl ottiene lo slittamento dell'aumento dell'Iva almeno fino al 2013 mentre per quanto riguarda la sanità, prevede tagli che ricadono principalmente sulla spesa farmaceutica e sui posti letto.

L'iter legislativo del decreto è stato il seguente:

- 1. La Commissione Bilancio del Senato conclude il 27 Luglio l'esame del decreto sulla spending review: per la sanità vengono approvati diversi emendamenti che sono poi passati all'esame dell'Aula del Senato a partire dal 30 luglio.**
- 2. Il 30 Luglio il Governo pone la fiducia in Senato su un maxi-emendamento che comprende i decreti sulla spending review.**
- 3. 31 Luglio: l'aula del Senato approva la fiducia al decreto legge sulla spending review. Il Decreto inizia l'iter alla Camera per la seconda lettura.
Dopo la discussione generale in Aula le votazioni sono cominciate lunedì 6 agosto.**
- 4. Il provvedimento - che ha incorporato anche il decreto sulle dimissioni - è divenuto Legge il 7 agosto 2012, approvato con voto di fiducia alla Camera.
Il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 è quindi coordinato con la legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".**

2. II Decreto sulla Spending Review

Sanità (art 15)

"Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica"

- **Taglio posti letto:** le Regioni dovranno tagliare circa 7mila posti letto entro il 31 dicembre 2012: l'obiettivo, in base al nuovo standard, è una riduzione, che prevede di passare dall'attuale livello di 4 posti letto per mille abitanti ad un nuovo standard di 3.7 posti letto ogni 1.000 abitanti. La riduzione sarà attuata al 50% nel pubblico e al 50% nel privato.
Questi tagli ai posti letto andranno ad incidere anche sulla riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e sarà quindi importante garantire una continuità ospedale/territorio che possa offrire i servizi e le strutture idonee per garantire il diritto alla cura ed alla salute senza, tra l'altro, costringere le persone a spostarsi in altre città e/o regioni e quindi oltre i confini e la cultura della comunità locale di appartenenza.
L'allarme è di due ordini: sanitario ma anche sociale, per il temuto ridimensionamento dei servizi e del welfare senza contare che se oltre ai tagli negli ospedali si aggiungono anche inadeguati servizi sul territorio, vi è il rischio dell'aumento delle liste d'attesa e di un sovraffollamento dei pronto soccorsi da parte dei cittadini.
- **Pubblico e privato:** è prevista la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.
- **Nel decreto legge sulla "spending review", non saranno inclusi i tagli sui piccoli ospedali.**
Il provvedimento, che prevedeva la chiusura di tutte le strutture ospedaliere con meno di 80 posti letto, è stato eliminato dall'elenco delle misure sulla "revisione della spesa" indette dal Governo Monti.
Il Ministro della Salute Balduzzi si era opposto con decisione al provvedimento che avrebbe cancellato oltre cento ospedali, scavalcando, a suo parere, la potestà regionale in materia di sanità. A questo punto saranno le Regioni a valutare eventuali tagli e chiusure.
- **Taglio del 5%, con esclusione degli acquisti dei farmaci, per l'acquisto di beni e servizi da parte della sanità pubblica**
Tale riduzione opera fino al 31 dicembre 2012.

- **Sull'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati**, la misura prevista consiste in una riduzione del budget assegnato alle singole strutture pari al 0,5% per l'anno 2012, all'1% per il 2013 e al 2% per il 2014, rispetto al budget 2011. Questi tagli hanno l'obiettivo di ridurre i costi dei contratti e degli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera.
- **Patto per la Salute**. Ci sarà tempo fino al 15 novembre 2012 per siglare il Patto per la Salute, atto fondamentale in quanto il suo compito dovrebbe essere quello di assumere precisi impegni per mantenere la natura pubblica e universale del Servizio Sanitario Nazionale a garanzia dei diritti di cittadinanza, dando così "un senso e un orientamento" alla spending review nei settori del welfare socio sanitario.

L'Osservatorio AISM terrà quindi monitorato l'iter di questo accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni in materia di spesa e programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Nel nuovo Patto si tratteranno diversi temi tra i quali la riorganizzazione delle cure primarie, i ticket, i dispositivi medici e la riorganizzazione della rete ospedaliera

Nel complesso **il finanziamento del Ssn** è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e di 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

Le riduzioni sono ripartite fra le Regioni e le province autonome secondo determinati criteri e modalità proposte in sede di auto coordinamento.

L'art. 16 del Decreto Legge prevede che **le Regioni subiscano una sforbiciata ai trasferimenti pari a 700 milioni nel 2012 ed un miliardo in meno nei successivi due anni** (in compenso **le otto regioni in disavanzo sanitario** - Sicilia, Calabria, Campania, Puglia, Abruzzo, Molise, Lazio e Piemonte - **potranno aumentare l'addizionale Irpef** dallo 0,5% all'1,1%).

Dunque, qualcuno inizierà prima a pagare il conto del debito della Sanità della propria Regione.

Per i Comuni, invece, in sede di conversione in legge del D. L. 95/2012, arriva una boccata d'ossigeno con la **destinazione complessiva - tramite le Regioni che avranno il compito di cederli ai Comuni "ricadenti nel proprio territorio -, di 800 milioni** che permetteranno anche di garantire la funzione fondamentale di gestione dei servizi sociali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità. In particolare la Sicilia è la regione nella quale confluiranno le maggiori risorse per i Comuni: 171,508 mln; seguono la Lombardia (83,353 milioni) e la stessa Sardegna (82,3 mln).

Gli enti territoriali stanno però reagendo ed in seguito alla mancata intesa tra il Governo e le Regioni sul fondo per le politiche sociali ed alla drastica riduzione delle risorse, la coordinatrice della commissione politiche sociali della Conferenza delle Regioni Lorena Rambaudi, insieme ad altri assessori regionali e al presidente della

Conferenza Vasco Errani in sede di conferenza unificata hanno chiesto un incontro con il Presidente Monti al fine di evitare lo smantellamento del welfare in Italia.

È da sottolineare che questi tagli avranno ripercussioni anche sulle persone con disabilità e con patologie croniche come la SM in quanto comporteranno sia una diminuzione dei servizi territoriali - dal trasporto, all'assistenza domiciliare fino alle ore concesse di fisioterapia - sia una riduzione delle prestazioni erogate in ambito ospedaliero o all'interno di strutture socio assistenziali e riabilitative (si veda i tagli ai posti letto).

AISM terrà quindi monitorati gli effetti che le disposizioni contenute nel decreto avranno sul breve ma anche sul lungo periodo al fine di continuare a tutelare e rappresentare i diritti delle persone con SM.

Farmaci (art 15)

"Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica"

- **Sconti a carico di farmacie e aziende farmaceutiche.** Lo sconto che le farmacie dovranno praticare al Servizio Sanitario Nazionale sale dal 1,82% al 2,25%; le aziende farmaceutiche dovranno invece applicare al SSN uno sconto che sale dall' 1,83% al 4,1%;
- **Il tetto di spesa per la farmaceutica territoriale viene fissato al 11,35%** (l'attuale tetto è del 13,3%) mentre quello per la **farmaceutica ospedaliera viene fissato al 3,5%** contro il 3,2% previsto dal testo originario del decreto e il 2,4% attuale.
In caso di sfondamento del tetto della farmaceutica territoriale il meccanismo di ripiano è totalmente a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti); per lo sfondamento della spesa farmaceutica ospedaliera, che fino ad oggi è stato tutto a carico delle Regioni, viene introdotto un meccanismo di ripiano che pone a carico delle aziende farmaceutiche il 50% del totale.
L'aumento del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera potrebbe avere effetti positivi rispetto ai farmaci per le persone con SM -quali ad esempio il Tysabri - erogabili necessariamente in ospedale, poiché potrebbe ridurre le difficoltà di accesso a tali farmaci oggi legate a problemi di budget; molta attenzione andrà tuttavia posta all'eventuale rischio di previsione di nuovi ticket per i farmaci erogati dalle farmacie territoriali, dove il tetto sarà invece inferiore.
- L'attuale **sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco** sarà sostituito da un nuovo metodo che sarà definito dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia, previo accordo con AIFA e con le maggiori associazioni di categoria

- **Farmaci equivalenti.** Il medico, se per la prima volta deve assegnare un medicinale a un malato cronico o non cronico, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, deve **indicare** nella ricetta solo **il principio attivo**.

Il medico ha la facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità.

In questo modo lo Stato punta ad avvicinare l'utilizzo di farmaci generici a quello di altri Stati: in Italia, infatti, il «mercato» dei farmaci equivalenti vale circa il 15-19% del totale, mentre la media europea del 40-50%, con punte del 64-70% in Germania e addirittura dell'83% in Gran Bretagna.

IVA (art 21)

" Riduzione dell'iva"

- **Riduzione IVA.** Le due aliquote del 10% e del 21% aumenteranno di un punto soltanto a partire da luglio 2013.
Nel 2012 l'intervento costerà 3,28 miliardi e la legge di stabilità indicherà poi nuove misure per evitare l'aumento l'anno prossimo.
Nonostante i tempi si siano dilatati, prevedendo uno slittamento dal 1° ottobre 2012 al 1° luglio 2013, il futuro aumento delle aliquote IVA avrà comunque un effetto negativo sulla capacità di acquisto di beni e servizi da parte delle persone.

Spending Review e terzo settore (art 4 – art 12)

"Riduzione di spese, messa in liquidazione e privatizzazione di società pubbliche" (art 4) "Soppressione di enti e società" (art 12)

- Rispetto all'Art. 4, mentre nelle prime versioni del testo si metteva in discussione la **possibilità per le pubbliche amministrazioni di erogare contributi e di procedere a convenzionamenti** agli enti di diritto privato, compresi dunque gli **enti e le associazioni operanti nel campo dei servizi socio-assistenziali, le associazioni di promozione sociale, gli enti di volontariato**, la spending review approvata mostra di aver ascoltato le istanze del Forum del Terzo Settore - di cui AISM fa parte - che aveva lanciato l'allarme

in merito alle pesanti conseguenze che questi provvedimenti avrebbero potuto provocare.

Una scelta differente avrebbe arrecato effetti negativi sul terzo settore, dalle cooperative per l'inserimento lavorativo a quelle di servizi alla persona, e sulle organizzazioni di volontariato. Basti pensare al numero di servizi essenziali che difficilmente sarebbero stati ancora garantiti.

- Rispetto all'Art. 12, comma 20, mentre la versione precedente annunciava la chiusura di moltissimi **Osservatori e organismi di consultazione**, sono salvi, grazie anche qui alla mobilitazione del Forum Terzo Settore, l'Osservatorio del Volontariato, quello della Promozione Sociale, l'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza e il Comitato nazionale di parità. Purtroppo rileviamo come siano invece stati chiusi la Consulta nazionale del Servizio civile ed il Comitato per la Difesa civile non armata e non violenta, strumenti importanti per la visione strategica e la programmazione del servizio civile, organismi che, lo sottolineiamo, avevano un costo nullo in termini economici ma un valore elevato in termini di confronto, partecipazione, costruzione di socialità. In seguito a queste scelte, sono stati tolti anche ad AISM luoghi di confronto nei quali poteva portare un valido contributo su tematiche legate al servizio civile ed alla difesa della patria, in chiave di inclusione e partecipazione dei soggetti svantaggiati ed a tutela delle persone con disabilità.

Sociale e spending review

Il Decreto prevede importanti tagli lineari al fondo sanitario mentre il comparto sociale rimane fuori dalla spending review. Il motivo di tale esclusione potrebbe essere che attualmente gli interventi nel sociale sono per il 90% basati su trasferimenti monetari mentre per il 10% corrispondono all' erogazione di servizi: si tratta quindi principalmente di interventi da amministrare e non da governare.

In campo sociale, si rimarca la forte necessità di investimenti in quanto l'Italia spende già molto meno rispetto alla media dei Paesi UE per invalidità, famiglia, disoccupazione, abitazione, povertà: il rischio è quello di rendere sempre più marginale l'intervento dello Stato in un quadro di vincolo di risorse e crisi economica.

I vincoli di risorse hanno condizionato fortemente la spesa per il welfare, ponendo il sistema in una condizione di precarietà e non lasciando spazio a possibili sviluppi; inoltre, la mancanza di adeguati finanziamenti ha impedito il realizzarsi di quel sistema organico previsto dalla L. 328/2000 che si dovrebbe fondare sulla definizione, a livello statale, dei livelli essenziali delle prestazioni e di un universalismo selettivo.

Con la crisi economica in atto, sarebbe necessario ampliare il sistema di armonizzatori sociali ed in generale, del welfare, ma le risorse stanziare continuano ad essere

fortemente ridotte e gli ultimi interventi del Governo hanno anche colpito duramente il comparto della sanità.

Il rischio maggiore è che la spending review finisca per compromettere e non rinnovare il modello di welfare socio sanitario italiano, caratterizzato, seppure in modo contraddittorio, da un tendenziale universalismo: i bisogni (sanitari e sociali) devono continuare a trovare risposta prevalentemente con l'intervento, diretto o indiretto, pubblico. In realtà le istituzioni sembrano porsi sempre meno come garanti dei diritti rivestendo invece un ruolo meramente residuale e trasferendo i servizi alla persona a carico della famiglia, con il mercato a regolarne le condizioni.

Con il termine "revisione della spesa pubblica", si intende quel processo diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazione delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti all'interno dei programmi, dei risultati: **tale revisione deve essere ragionata, deve considerare le condizioni e i comportamenti tra i differenti livelli istituzionali altrimenti si rischia di effettuare meri tagli lineari ai fondi nazionali e regionali, con il serio rischio di ridurre i confini della copertura pubblica e universale, e quindi i Livelli Essenziali concernenti i diritti di sociali e civili.**