

Governo e Parlamento

Manovra sanità. Siglata l'Intesa sui tagli da 2,352 mld per il 2015 e il 2016. Lorenzin: "Soddisfatta, si lavora sulla produttività"

La Conferenza Stato Regioni ha raggiunto l'accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità. Ma sul capitolo farmaceutica sarà aperto un tavolo per ridiscutere entro il 10 ottobre con una nuova intesa per ridefinire il "governo della spesa farmaceutica e il sistema di pay back". Veneto, Lombardia e Liguria non partecipano alla Conferenza. [IL TESTO DELL'INTESA](#).



02 LUG - Fumata bianca. L'Intesa che sancisce la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015 e valida anche per il 2016 ha ricevuto il via libera dalla Conferenza Stato Regioni. Un via libera arrivato nel pomeriggio dopo che le Regioni avevano espresso il loro placet presentando però proposte emendative, ossia che i circa 113 mld del Fsn 2016 non siano messi in discussione (anche se in sostanza questo si traduce nell'accettazione de facto dei tagli anche per il 2016 dato che il Patto per la salute prevedeva per quell'anno un fondo di 115,444 miliardi), che venga rivisitato il Patto per la Salute ed anche le regole e i meccanismi dei tetti e del Pay back della spesa farmaceutica.

Indicazioni che l'Intesa ha recepito confermando che sulla farmaceutica (come peraltro già annunciato da Chiamparino al termine della Conferenza delle regioni) si aprirà un tavolo ad hoc composto da ministero della Salute, Mef, Regioni e Aifa che, tenendo conto dell'andamento della spesa farmaceutica per il 2015, inclusa quella sui farmaci innovativi, predisponga entro una proposta di revisione delle norme relative al governo della spesa farmaceutica, incluse quelle sul pay-back nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario con l'obiettivo di arrivare a un'Intesa tra Stato e Regioni entro il 10 ottobre.

Scatta quindi il conto alla rovescia per “alleggerire” in sei mesi – tanto il tempo rimasto dopo i continui rinvii – beni e servizi, dispositivi medici, specialistica, riabilitazione, cliniche private e personale. Misure sulle quali hanno espresso il loro dissenso Veneto, Lombardia e Liguria non sedendosi al tavolo della Conferenza. Un’assenza che non ha comunque impedito all’Intesa di decollare.

Soddisfatta il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**: “Perché l’intesa, di fatto, permette di compensare il mancato incremento sul fondo senza che ci sia uno stravolgimento delle leve né dell’impianto del Patto per la Salute – ha detto al termine della Conferenza Stato-Regioni – quindi questo per noi è estremamente importante. A differenza che nel passato, invece che attuare i tagli lineari, si lavora sulla produttività e questo è un inizio molto importante”.

È stata accolta, ha affermato il ministro la questione presentata dalle Regioni di rivedere un aggiornamento del Patto: “Sono convinta che il Patto vada aggiornato e, soprattutto, verificata la sua attuazione. E su questo un tavolo di verifica e monitoraggio per me va benissimo”.

Sul fondo degli innovativi “abbiamo rinviato a settembre la definizione del tetto di spesa territoriale per vedere se riusciamo ad assorbirla in altro modo”, ha spiegato il ministro, sottolineando che sul tavolo della spesa farmaceutica “ci sono dei meccanismi che possiamo rivedere e aggiornare dopo tanti anni, per rendere più fluido ed efficiente il sistema”.

Salta quindi la previsione, rispetto al testo in entrata, che l’eventuale sfondamento del fondo per l’innovazione concorresse al tetto di spesa della farmaceutica territoriale.

“Soddisfacente il metodo, si è preservato un ruolo equilibrato tra Governo e Regioni, ma dirsi soddisfatti è una parola grossa” ha commentato così la sigla dell’Intesa il presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino** al termine della Conferenza Stato Regioni, ricordando che i tagli per il 2015 ci sono e per il 2016 sono quelli previsti dal piano pluriennale. Una sottolineatura peraltro in linea con quanto già espresso nella mattinata, al termine della Conferenza dei Presidenti.

“Il punto politicamente rilevante e sensibile – aveva infatti ricordato – è che quest’anno abbiamo fatto buon viso a cattivo gioco, abbiamo accettato questo sacrificio per la sanità però ponendo come condizione che per il 2016 venga mantenuto, nel modo più assoluto, l’impegno di portare il fondo a circa 113 mld previsto nel piano pluriennale, per questo lo abbiamo voluto inserire nell’Intesa. Su questo siamo intransigenti altrimenti non riusciamo a dare risposte al cittadino a partire proprio dai farmaci innovativi. Mi auguro anche su questo l’Aifa, opportunamente rinnovata nei suoi componenti, sia in grado di contribuire ulteriormente a ridefinire l’equilibrio”.

Chiamparino ha infine chiosato sulla posizione assunta dal Veneto che insieme a Lombardia e Liguria non ha partecipato al tavolo per la sigla dell’Intesa: “Il Veneto ha fatto una distinzione tra posizione politica e quella istituzionale consentendo che ci fosse l’Intesa. L’atteggiamento è quello di una distinzione, che mi ero permesso di chiedere tra atteggiamento politico ed istituzionale”.

Lombardia, Veneto e Liguria non partecipano all’Intesa

“Eravamo, siamo e rimaniamo sulle barricate. La posizione del Veneto non è cambiata. Eravamo, siamo, e saremo contrari ad ogni tipo di taglio alla sanità che non vada prima di tutto a colpire gli sprechi dove ci sono” ha dichiarato **Luca Coletto**, assessore alla sanità del Veneto. “Questa accelerazione, che arriva guarda caso dopo una potentissima frenata effettuata in attesa delle elezioni – ha aggiunto – la dice lunga sulla credibilità di un Governo che era di tagliatori prima del 31 maggio e tale rimane dopo”.

“La Lombardia così come il Veneto e la Liguria, non ha partecipato all’intesa sui tagli, alla sanità perché mettono a rischio l’aspettativa di vita della popolazione – ha dichiarato **Massimo Garavaglia** il Coordinatore degli assessori finanziari in Conferenza Regioni, e assessore al bilancio della Lombardia dopo la conferenza Stato-Regioni – con questi tagli ci si avvicina alla soglia del 6,5 per cento di incidenza della spesa sanitaria sul Pil. Sotto questo livello si riduce per l’appunto l’aspettativa di vita della popolazione. Al di là quindi dei miglioramenti qualificati e che si possono fare in diverse realtà territoriali il livello del fondo sanitario è al limite, visto l’imminente manovra che Renzi ha già annunciato. L’importante è di avere chiaro questo punto a meno di non voler fare come, la Grecia che ha visto aumentare la mortalità infantile a causa dei tagli”.

“Con il nostro irremovibile no siamo stati coerenti, come lo siamo da mesi, a fronte di dissennate politiche della salute, con tagli lineari che penalizzano i virtuosi e premiano gli spreconi, con riduzioni delle prestazioni che ci avvicinano alla Grecia e al Portogallo dove, a differenza del Veneto, l’attesa di vita è sensibilmente più bassa, e dove – sempre a differenza del Veneto – i più ricchi sono anche i più sani”. Ha affermato in una nota il presidente del Veneto **Luca Zaia** secondo cui “il fronte del no insieme a Lombardia e Liguria è stato compatto e senza crepe. Sappia il Governo che non ci faremo intimidire e che non si provi ad attaccare un fronte del nord che saprà sempre reagire con forza”.

SINTESI IMPATTO MANOVRA SANITARIA SU BASE ANNUA	
	<i>dati in milioni di euro</i>
Beni e servizi	
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi	
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici	
Farmaceutica	
Revisione del prontuario (a partire dal 30 settembre 2015)	
Rinegoziazione prezzo farmaci biotecnologici con brevetto scaduto	
Inappropriatezza	
Riduzione delle prestazioni inappropriate di specialistica ambulatoriale (*)	
Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza	
Farmaceutica	
effetto automatico pay-back derivante dal mancato incremento del livello del finanziamento	
Regolamento ospedaliero	
Riduzione dei ricoveri delle strutture con meno di 40 posti letto	
riduzione della spesa di personale a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera	
Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata	
Investimenti finanziati con contributo in c/esercizio	
Totale	
manovra attesa	
differenza	

MA ECCO TUTTE LE MISURE NEL DETTAGLIO:

Beni e servizi

Si prevede la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua.

Risparmio previsto: 788 milioni nel 2015, 795 nel 2016 e 799 nel 2017

Dispositivi medici

Per i dispositivi medici si prevede ugualmente la rinegoziazione dei contratti, ma non si indica una percentuale media di sconto fermo restando il tetto del 4,4%. Viene poi individuata la previsione di tetti di spesa regionali, fermo restando quello nazionale, da fissare coerentemente con la composizione pubblico privata dell'offerta, secondo modalità da definirsi nell'ambito di un tavolo tecnico Stato Regioni.

Viene poi previsto che le aziende produttrici di dispositivi medici dovranno concorrere, **fin dal 2015**, in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa, al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato in misura del 40% per il 2015, del 45% nel 2016 e del 50% nel 2017.

Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che deriverà dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione diventerà operativo presso il Ministero della Salute l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da ANAC o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

Risparmio previsto: 550 milioni nel 2015, 792 nel 2016 e 918 nel 2017

Appropriatezza. Prestazioni specialistiche inappropriate a carico del cittadino e penalizzazioni per medici che le prescrivono

E' un altro dei pilastri della manovra. Governo e Regioni sono convinti che si possa incidere su prestazioni specialistiche e riabilitative non necessarie ma prescritte ugualmente dai medici. Sarà un decreto ministeriale ad individuare, **entro 30 giorni dall'intesa**, le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza**.

Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando nei confronti del medico dipendente del Ssn una riduzione del trattamento economico accessorio nel rispetto delle procedure previste dal contratto nazionale e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn una riduzione della quota variabile mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento.

Sanzioni anche per il direttore generale di Asl o ospedale che non abbia applicato le misure penalizzanti ai medici da valutare al momento della verifica dei risultati di gestione.

Su questo le Regioni avevano proposto misure più penalizzanti per i medici andando a incidere sul loro patrimonio, ma la misura non è stata accolta dal Governo come molte altre proposte regionali.

In relazione a questi interventi le Regioni saranno poi tenute a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assicurando un abbattimento medio dell'1% del valore dei contratti in essere.

Risparmio previsto: 106 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza

Previsto un altro decreto ministeriale, **sempre entro 30 giorni dall'intesa**, che individuerà i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

Risparmio previsto: 89 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Applicazione dei nuovi standard ospedalieri

Dall'applicazione dei nuovi standard, e in particolare, dall'incremento previsto del tasso di occupazione dei posti letto, dalla riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione

Risparmio previsto: 130 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Taglio case di cura con meno di 40 posti letto

E' previsto l'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospecialistiche).

Risparmio previsto: 12 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale, a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio.

Risparmio previsto: 68 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.

Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118, sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera

Si prevede l'introduzione dei prezzi di riferimento nel prontuario farmaceutico. In proposito è previsto che **entro il 30**

settembre 2015 AIFA provveda alla ridefinizione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale prevedendo l'introduzione di prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del SSN di medicinali terapeuticamente assimilabili, sia a brevetto scaduto che ancora coperti da brevetto.

Riforma della disciplina di definizione del **prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale**. All'Aifa viene dato il potere di rinegoziare in ribasso con le aziende farmaceutiche il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile. Anche in questo caso non è calcolato il risparmio atteso da questa misura ai fini del raggiungimento dell'intesa.

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (**payment-by-result, risk- cost-sharing, success fee**). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

Governo e Regioni che il complesso delle suddette misure debba comportare un risparmio annuo di almeno 500 milioni di euro che non sono però conteggiati ai fini del raggiungimento dei 2,352 miliardi di risparmi complessivi della manovra.

Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati. In conseguenza dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), i **livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 308 milioni di euro.**

Nuova intesa a ottobre sulla farmaceutica per rivedere governo della spesa e pay back

"Governo e Regioni – si legge nel testo dell'intesa - convengono di istituire presso il Ministero della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un Tavolo di lavoro composto da rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, delle Regioni e di AIFA che, tenuto anche conto dell'andamento della spesa farmaceutica dell'anno 2015, inclusa quella per i farmaci innovativi di cui all'articolo 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n.190, predisponga entro il 30 settembre 2015 una proposta di revisione delle norme relative al governo della spesa farmaceutica, ivi incluse quelle relative al meccanismo di pay-back di cui all'articolo 15 del decreto legge del 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario. La suddetta proposta costituirà oggetto di apposito Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da approvare entro il 10 ottobre 2015".

Risparmi sugli investimenti già programmati

Rispetto all'ultimo testo si stabilisce che le Regioni si impegnano, con riferimento ai cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio a rivedere la programmazione degli investimenti già programmati per il 2015 e non ancora effettuati **al fine di assicurare economie non inferiori a 300 mln di euro nel rispetto dei Lea**. Per questo la Conferenza delle regioni dovrà darne informazione al tavolo di verifica degli adempimenti entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'intesa.

Rideterminazione del fondo sanitario 2015/2016 e possibilità per le Regioni di adottare misure di risparmio alternative

L'intesa prende poi atto della riduzione, a decorrere dal 2015 (e calcolata fino al 2016), di 2,352 miliardi del fondo sanitario, prevedono anche la possibilità che le Regioni possano raggiungere gli obiettivi di risparmio con misure alternative a quelle contemplate dall'intesa. **Il fondo sanitario scende così a 109,715 miliardi e a 113,097 miliardi per il 2016.**

Nuove misure per la governance del sistema sanitario

In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni convengono sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario da considerare nell'ambito del lavoro di spending review in atto da parte del Governo.

In particolare:

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi;

Medicina difensiva

Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

Cesare Fassari e Ester Maragò