



Introduzione

La manovra finanziaria per il triennio 2012- 2014 approvata dal Governo con il Decreto Legge n. 98 del 6 luglio 2011, «Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria», stabilisce per la Sanità tagli molto pesanti.

La manovra prevede una crescita dello 0,5 per cento nel 2013 e dell'1,4 per cento nel 2014; indica gli strumenti che dovranno consentire alle regioni di realizzare la riduzione della spesa, stabilendo che il contributo di ciascuno strumento dovrà essere definito con Intesa Stato- Regioni entro aprile 2012.

Il Decreto Legge, però, indica quali procedure saranno utilizzate, per dar seguito ad un risparmio della spesa, nel caso in cui l'accordo con le Regioni non venisse raggiunto:

- l'elaborazione del prezzo di riferimento per dispositivi medici, farmaci ospedalieri, prestazioni e servizi sanitari e non sanitari che saranno individuati dall'Agnesas tra quelli di maggiore impatto
- la copertura, per le aziende farmaceutiche di coprire lo sfioramento della spesa farmaceutica ospedaliera (in misura non superiore al 35 per cento), in proporzione ai relativi fatturati
- l'introduzione di un tetto di spesa per i dispositivi medici e per la protesica, a partire dal primo gennaio 2013
- disposizioni su personale dipendente e convenzionato, a partire dal 2014
- interventi sui ticket
- Nuove misure relative alle regioni con piano di rientro
- Riorganizzazione dell'AIFA

Alcuni emendamenti inseriti in questa manovra finanziaria hanno ancora una volta il fine far cassa sulle spalle dei cittadini, si fa riferimento a:

1) La quota fissa per prestazioni di assistenza diagnostica e specialistica e codici bianchi in pronto soccorso (art. 17 comma 6)

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato per far fronte al maggior finanziamento concordato con le Regioni (incrementato di 486,5 milioni di euro nel decreto legge, per tutto il 2011), in data 14 luglio - in commissione Programmazione economica bilancio del Senato- è stato ridotto a 105 milioni di euro. Il finanziamento andrà a coprire solo il periodo compreso tra il primo giugno ed il 6 luglio, la data di entrata in vigore, cioè, del suddetto Decreto Legislativo. Si andranno a breve ad applicare le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796 lettera p) e p)-bis della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

I cittadini, quindi, si troveranno a versare 10 euro di quota fissa su ricetta per ogni prestazione di assistenza specialistica ambulatoriale, eccezion fatta per gli esenti e, 25 euro di ticket per i codici bianchi in pronto soccorso.

Se l'importo massimo di ticket per ogni ricetta è fissato a 36,15 euro, ma in alcune regioni come per esempio la Sardegna il ticket raggiunge i 46 euro (o, ancora, in Calabria si paga 45 euro più un euro di quota fissa) l'aggiunta dei 10 euro di ticket andrà a gravare enormemente sulle tasche dei cittadini.

2) Ticket aggiuntivi in vigore dal 2014 (art. 17 comma 1 lettera d)

“...A decorrere dal 2014” si legge nel Decreto, ...”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 già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare...l’appropriatezza, l’efficacia e l’economicità delle prestazioni...”

“...Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione... da certificarsi preventivamente...”.

L’emendamento è chiaro e consente di poter introdurre ticket ulteriori a quelli già presenti sulla farmaceutica (che non andranno a concorrere alla determinazione del tetto di spesa) su prestazioni di diagnostica e specialistica su ricoveri ospedalieri e medicina di base.

Con questa misura si intende coprire il 40% della manovra, circa due miliardi di euro.

Un ulteriore sforzo da chiedere ai cittadini. *“Uno sforzo che”* la Corte dei Conti ha definito *“particolarmente consistente”* se si tiene in considerazione che le entrate da compartecipazione fissate dalle singole regioni non superano i 4 miliardi di euro.

L’utilizzo indiscriminato di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria andranno a colpire, quindi, ancora una volta i cittadini. Nonostante numerosi ticket siano già stati introdotti negli scorsi anni (i ticket sui codici bianchi in pronto soccorso inseriti dalla maggior parte delle regioni nel 2007 o, ancora, i ticket sulla farmaceutica) questi emendamenti non faranno altro che incidere ulteriormente sugli anziani, sulle fasce deboli, su coloro che utilizzano il servizio sanitario nazionale e non hanno la possibilità economica di far riferimento al privato. L’introduzione dei nuovi ticket inciderà, inoltre in misura diversa sulle realtà locali, favorendo ancora una volta differenze nella compartecipazione fra cittadini di diverse regioni.

3) Rideterminazione del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale (art. 17 comma 1 lettera b)

L’art. 17 comma 1 lettera b stabilisce:

“In materia di assistenza farmaceutica ospedaliera... a decorrere dall’anno 2013...sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l’eventuale superamento del tetto di spesa...Qualora entro la predetta data non sia stato emanato il richiamato regolamento, l’Agenzia Italiana del Farmaco...aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste” .. .e... “a decorrere dall’anno 2013 il tetto di spesa dell’assistenza farmaceutica territoriale...è rideterminato nella misura del 12,5%...”

Se non si emanerà il citato regolamento, quindi, dal primo gennaio 2013 il tetto di spesa per l’assistenza farmaceutica territoriale sarà fissato al 12,5% e dovrebbe coprire, nel 2014, il 20% del risparmio della spesa sanitaria.

Si scende,quindi, di 1,5 punti percentuali rispetto al tetto fissato nel 2007 (14%) e di 0,8 punti percentuali rispetto al 2010, dove il tetto era pari al 13,3%.

La riduzione del tetto di spesa produrrà una ulteriore razionalizzazione delle risorse farmaceutiche a scapito di coloro che usufruiscono dell’erogazione di farmaci garantiti dalle Aziende sanitarie e, in particolare di persone con disabilità,persone affette da patologie croniche, rare ed oncologiche, persone sottoposte a piani terapeutici, pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Conclusioni e proposte

In questo momento riteniamo non sia giustificabile, nei confronti dei cittadini, procedere con simili tagli.

Inoltre, le riduzioni che si otterranno nell'immediato potrebbero essere fonte di maggiori spese nei prossimi anni.

La spesa sanitaria viene ancora trattata come un mero costo, e si trascurano i suoi caratteri di investimento sulle persone e di mobilitazione di risorse imprenditoriali e tecnologiche.

La strada della sostenibilità non può soltanto essere battuta attraverso l'utilizzo di operazioni tecniche e finanziarie, ma dovrebbe essere in primo luogo, una chiamata alla responsabilità di tutti i soggetti, anche (e non solo) dei cittadini, per individuare priorità, ridurre sprechi e spese inutili mettere in campo nuove risorse.

Questa manovra, ancora una volta, non prende in considerazione la possibilità di intervenire sulla riduzione degli sprechi, sui costi della politica, sui costi della burocrazia inutile (per esempio, la promozione e l'applicazione del progetto ICT Sanità porterebbe, secondo le stime Confindustria, ad un risparmio di 11 miliardi di Euro) e della medicina difensiva (che il Ministero della Salute stima fra i 10 e i 10 miliardi l'anno).