

Decreto Legge 31 Maggio 2010 n.78
(pubbl. suppl. ord .n. 114 della G.U. n.125 del 31 maggio 2010)

**Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività
economica**

Nota illustrativa e di commento relativo alle materie:

- Politiche Sociali
- Handicap - Invalidità
- Sanità

Politiche sociali

a cura di Alessandro Geria

La manovra prevede alcuni opportuni interventi che possono contribuire a recuperare organicità e coerenza alle politiche sociali e quindi in prospettiva maggiore efficacia ed efficienza delle misure.

Viene infatti istituito il **casellario dell'assistenza presso l'Inps (art.13)** che raccoglierà e gestirà le informazioni di tutti i soggetti aventi titolo alle prestazioni di natura assistenziale, condivisa tra tutte le amministrazioni centrali, il sistema delle autonomie locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie e le organizzazioni non profit.

Sarà da verificarne l'attuazione, demandata ad un Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ed in particolare il coinvolgimento di tutti i soggetti chiamati obbligatoriamente ad alimentare questa anagrafe generale.

Certamente è un primo passo, da incardinare dentro il sistema informativo sociale e quindi in connessione con altre iniziative quali il sistema informativo per la non autosufficienza e simili - per monitorare la rete dell'assistenza, capirne meglio entità e natura, così da poter orientare la spesa evitando duplicazioni o incongruenze nella filiera istituzionale.

Così come va letto positivamente l'intervento previsto nel decreto **(art.38)** relativo all'Isee per le **prestazioni sociali agevolate** finalizzato sia alla migliore conoscenza della platea dei beneficiari di queste prestazioni, sia ad un più rigoroso controllo e sanzione nei confronti di quanti ne usufruiscono indebitamente.

La norma nello specifico prevede che tutti gli enti erogatori di tali prestazioni, comprese quelle per il diritto allo studio universitario, dovranno comunicare all'Inps i dati dei soggetti che hanno beneficiato delle prestazioni agevolate e da quest'ultimo verranno poi trasmessi al Ministero del Lavoro per implementare il sistema informativo dei servizi sociali.

Con tale obbligo quindi sarà possibile avere una banca dati che incrocerà le informazioni delle persone che hanno effettuato la Dichiarazione sostitutiva unica con le relative prestazioni agevolate richieste.

Si prevede, inoltre, la stipula di una convenzione per lo scambio informativo tra Inps e Agenzia delle Entrate finalizzata a far emergere i soggetti che hanno goduto di queste prestazioni in maniera indebita, in ragione del fatto che sono in

possesso di un maggior reddito accertato oppure perché vi è una discordanza tra la dichiarazione sostitutiva unica ed il reddito dichiarato ai fini fiscali.

In tal caso è previsto il pagamento di una sanzione (da 500 a 5000 euro) irrogata dall'Inps e la segnalazione all'Ente che eroga la prestazione agevolata per la restituzione del vantaggio.

Tale rafforzamento del sistema di controllo si associa alle correzioni previste all'indicatore della situazione economica contenute nell'art.34 del disegno di legge 1167-B/Bis "Collegato lavoro", in via di approvazione al Senato, che inoltre amplia i redditi rilevanti ai fini della dichiarazione ed introduce un sistema di razionalizzazione ed armonizzazione dei criteri di determinazione dell'Isee rispetto all'evoluzione della normativa fiscale, garantendo così maggiore equità. Ricordiamo che a 10 anni dalla sua introduzione, queste sono le prime innovazioni di uno strumento che risulta sempre più diffuso nella graduazione delle prestazioni- basti pensare che sono state quasi 5 milioni e 900 mila le Dichiarazioni presentate nel 2008 con un incremento di oltre il 15% rispetto all'anno precedente - soprattutto per le prestazioni di welfare locale (oltre il 60% riguarda misure agevolative del territorio).

Sarà anche in questo caso da verificare le modalità di attuazione per garantire rigore, ma anche equilibrio nel sistema sanzionatorio.

Infine **(art.7 c.15)** viene soppresso l'**Istituto per gli affari sociali** (ex Istituto di Medicina Sociale) e le relative attività di ricerca per l'elaborazione delle politiche sociali sono trasferite all'Isfol, presso il quale è costituita un apposita macroarea.

Recuperi di efficienza nella spesa per il welfare quindi sono possibili e necessari e nella stessa manovra vi sono interventi utili a questo fine - si pensi anche all'obbligatorietà della gestione associata dei servizi (compresi quelli sociali), da parte dei piccoli comuni - ma al contempo, i minori trasferimenti a carico del **sistema delle autonomie locali (art.14)** possono esporre maggiormente questo settore al rischio di riduzioni di prestazioni o aumenti tariffari, ciò a fronte della crescita della domanda di protezione sociale da parte delle famiglie in carenza dei livelli essenziali assistenziali.

Le misure relative al Patto di stabilità interno ,infatti, si collocano dentro un quadro di contrazione progressiva dei Fondi statali dedicati ai servizi sociali e di persistente opacità dei meccanismi di finanziamento tra i diversi livelli istituzionali dell'intero comparto assistenziale.

Siamo quindi in presenza di un sistema di interventi e servizi complessivamente di entità finanziaria contenuta, con una forte prevalenza dei trasferimenti economici nazionali a danno dei servizi territoriali ed una accentuata disomogeneità causata dalle difformità nei bilanci degli Enti locali.

La spesa sociale dei Comuni infatti, secondo la più recente indagine censuaria dell'Istat, ammonta a poco meno di 6 miliardi di euro, e secondo alcune stime,



viene finanziata per il 20% dai Fondi sociali nazionali, gravando così in gran parte sui bilanci comunali (alimentati quindi da trasferimenti statali generali o compartecipazioni ai tributi erariali o da tributi propri).

Segnaliamo infine che la riduzione (**art.2**) per il 2011 del 10% delle missioni di spesa di ciascun Ministero esclude le risorse destinate al **5 per mille** a sostegno delle organizzazioni sociali, della ricerca scientifica e sanitaria e delle attività sociali dei Comuni.

Handicap e Invalidità

a cura di Silvia Stefanovichj

L'articolo 9 e l'articolo 10 del Decreto Legge n. 78/2010, recante “misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica” contengono alcune disposizioni inerenti le persone disabili.

Il settore in questi mesi è stato oggetto di diversi interventi normativi - la Circolare Ministeriale n.2/2010 che ha limitato l'applicazione della legge 68/99 in caso di mobilità e cassa integrazione, le modifiche all'articolo 33 della legge 104/92 e la delega al riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi contenuta nel Collegato Lavoro, oltre al Decreto Legge qui oggetto di valutazione – che rischiano di proporre una lettura secondo la quale le persone disabili siano da ostacolo per lo sviluppo e la competitività del Paese e l'accento vada posto esclusivamente sulla necessità di concentrare l'attenzione sull'incremento dei controlli per la prevenzione degli abusi.

La Cisl da sempre opera per una piena inclusione delle persone disabili nella società e nel mondo del lavoro, nell'ottica non solo della lotta alle discriminazioni ma anche della valorizzazione delle diverse abilità di cui ognuno è portatore, e per l'introduzione di misure che tutelino nella realtà i diritti delle persone non-autosufficienti e le loro famiglie. In questa ottica sarà certamente necessario attivare tutti gli strumenti possibili per prevenire e sconfiggere il fenomeno degli abusi e delle false certificazioni, ma non sarà possibile tralasciare il fatto che i soggetti svantaggiati sono tra i più penalizzati rispetto alla possibilità di accesso e permanenza nel mondo del lavoro in un periodo di crisi quale quello attuale, che ancora non esiste nel nostro Paese una norma strutturalmente finanziata a tutela della non-autosufficienza, che permangono numerosi nodi irrisolti nella rete dei servizi socio-sanitari e che spendiamo per l'invalidità nel suo complesso (comprese le pensioni di reversibilità) solamente l'1,5% del PIL, quando la media europea si attesta al 2,1% (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese - 2009, Ministero dell'Economia).

Del tutto condivisibile è dunque la volontà di perseguire ogni forma di illecito sulle pensioni di invalidità attraverso il rafforzamento delle disposizioni contro gli abusi nelle certificazioni mediche e l'estensione delle “rettifiche per errore”, anche se sarà necessario intervenire per garantire esplicitamente l'esclusione di persone con menomazioni e patologie stabilizzate o ingravescenti e per monitorare costi di applicazione e contenzioso conseguente.

Mentre l'innalzamento della percentuale di invalidità necessaria per accedere ai benefici economici (dal 74% all'85%) previsto dal Decreto rischia di incrementare il disagio dei disabili inoccupati o con reddito bassissimo che

resteranno esclusi, facendo cadere interamente sulle almeno 6 mila famiglie coinvolte il carico assistenziale, con un beneficio per le casse statali valutato in soli 80 milioni di euro nel triennio. Per esemplificare, esclusi da ogni beneficio economico resteranno persone con Sindrome di down, amputazioni a braccio o spalla, tetraparesi con deficit di forza medio, cecità monoculare, sordomutismo e malattie mentali.

Il Decreto prevede inoltre un numero di insegnanti di sostegno pari a quello attuale, con deroghe possibili esclusivamente per gli alunni con handicap in situazione di gravità. Il PEI (Piano Educativo Individualizzato) dovrà contenere delle specifiche e indicare con precisione le ore di sostegno necessarie e le altre risorse professionali e materiali necessarie in carico ad "altri soggetti istituzionali". Sarà necessario in questa area monitorare che le previsioni in essere non vadano a ledere nella realtà dei fatti il diritto all'inclusione dei bambini con handicap.

Nel dettaglio:

Invalidi civili parziali

Il primo comma prevede per le domande presentate dopo il 1 giugno **l'elevazione dal 74% all'85% della percentuale minima di invalidità** richiesta per la concessione del beneficio economico.

L'assegno mensile di assistenza viene concesso agli invalidi civili parziali (dal 74 al 99% di invalidità accertata), di età compresa fra i 18 e i 65 anni di età, che risultino inoccupati e che non superino il limite reddituale annuo di 4.408,95 euro. L'importo dell'assegno è di 257,67 euro mensili.

L'elevazione della percentuale comporterà un risparmio previsto per le casse dello Stato di 10 Milioni nel 2011, 30 nel 2012 e 40 nel 2012, ma escluderà dal beneficio almeno 6 mila persone (stima della Relazione Tecnica del provvedimento), con una invalidità anche rilevante, prive di reddito o con redditi ben al di sotto della soglia di povertà, il cui carico assistenziale cadrà esclusivamente sulle proprie famiglie.

Rafforzamento dei controlli e dei loro effetti

Il quarto comma prevede per l'INPS un programma di 100.000 verifiche per l'anno 2010 e di 200.000 **verifiche** annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012, in aggiunta alle ordinarie attività di accertamento.

Il secondo comma dell'articolo 10 estende l'istituto della "**rettifica per errore**", già previsto per le malattie professionali e le invalidità per lavoro, alle prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap, disabilità e

alle prestazioni di invalidità a carattere previdenziale. L'INPS avrà uno strumento di ampia efficacia nel rettificare, in qualunque momento entro un periodo di dieci anni, le prestazioni erogate, in caso di errore commesso in sede di attribuzione, concessione o erogazione. I termini rimangono illimitati in caso di dolo o colpa grave dell'interessato, accertati giudizialmente. Sarebbe però opportuno ribadire esplicitamente l'esclusione dei soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti (come previsto dalla legge n.80/06).

Il terzo comma rafforza quanto già previsto in materia di falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici ed estende alcune norme già vigenti in materia di false attestazioni o certificazioni. Le nuove disposizioni riguardano **i medici che intenzionalmente attestano falsamente uno stato di malattia o di handicap** da cui consegue il pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. In caso di «accertata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari» il medico può essere punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da 400 a 1.600 euro, può essere obbligato a risarcire il danno patrimoniale (pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità) e il danno all'immagine subita dall'Amministrazione. In ogni caso, gli organi competenti alla revoca (Commissioni di Verifica) sono tenuti ad inviare copia del provvedimento alla Corte dei Conti per eventuali azioni di responsabilità.

Handicap e scuola

All'articolo 9 il decreto definisce che per il prossimo anno scolastico 2010/2011 **gli insegnanti di sostegno** saranno in numero pari a quanti già in servizio nel corrente anno, fatta salva l'autorizzazione ai posti in deroga esclusivamente per alunni con handicap in situazione di particolare gravità.

L'articolo 10, quinto comma, chiede alle Commissioni ASL preposte di indicare nelle **certificazioni** per gli "alunni in situazione di handicap" se la patologia è stabilizzata o progressiva e di specificare l'eventuale carattere di gravità dell'handicap. Gli operatori del GLH (Gruppo di Lavoro sull'Handicap), in sede di formulazione del Piano Educativo Individualizzato, sono poi chiamati ad elaborare proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno, che devono essere esclusivamente finalizzate all'educazione e all'istruzione, "restando a carico degli altri soggetti istituzionali la fornitura delle altre risorse professionali e materiali necessarie per l'integrazione e l'assistenza dell'alunno disabile".

Sanità

a cura di Imma La Torre

La manovra correttiva di finanza pubblica, varata dal Governo con il Decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010: “ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*” prevede una serie di norme mirate al controllo della spesa sanitaria (art.11 del decreto).

Si tratta di misure strutturali che, in coerenza con l’Accordo per il Patto per la Salute, si sviluppano nel percorso di responsabilizzazione e di riorganizzazione già avviato da diversi anni. In particolare per le Regioni del Centro Sud, se ben governato, può produrre un incremento in qualità ed efficienza nei Servizi sanitari.

In questo senso, è apprezzabile la norma che prevede la possibilità di prorogare la prosecuzione dei Piani di rientro per ulteriori tre anni per le Regioni con disavanzi sanitari.

Anche sul versante della farmaceutica, le misure previste sui farmaci generici vanno in direzione di una maggiore appropriatezza della spesa, mentre è importante vigilare affinché gli interventi previsti sui criteri dell’attuale classificazione dei farmaci, non peggiorino le condizioni di assistenza dei malati, in particolare dei cronici.

Di seguito i contenuti del provvedimento.

1. Piani di rientro

Le Regioni con Piano di rientro, non commissariate, che alla data del 31 dicembre 2009 non abbiano raggiunto gli obiettivi strutturali del Piano e si trovano in una condizione di disavanzo sanitario¹ possono chiedere la prosecuzione del Piano di rientro per un tempo non superiore al triennio.

La prosecuzione ed il completamento del Piano di rientro sono condizioni per l’accesso alle risorse aggiuntive.

I Commissari *ad acta* delle Regioni con Piani di rientro e commissariate, entro 15 giorni dall’entrata in vigore del presente

¹ Lo *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario ed alle maggiori entrate proprie sanitarie è definito, dalla normativa vigente, al livello del **5%**. Tale livello si abbassa in presenza di entrate fiscali insufficienti e di scarse risorse di bilancio della Regione.

decreto, provvedono alla ricognizione complessiva dei debiti e predispongono un piano con modalità e tempi di pagamento. Nel frattempo e fino al 31 dicembre 2010 non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere delle Regioni interessate.

2. Acquisti di beni e servizi

Gli eventuali acquisti di beni e servizi effettuati dalle aziende sanitarie ed ospedaliere al di fuori delle convenzioni vigenti e per importi superiori ai prezzi di riferimento saranno oggetto di specifica e motivata relazione, sottoposta agli organi di controllo e di revisione delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

3. Norme per la razionalizzazione della spesa

Farmaceutica

- Le quote di spettanza dei grossisti e dei farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali di classe A), attualmente vigenti nella misura rispettivamente del 6,65% e del 26,7%, sono così rideterminate :
 - **grossisti 3%;**
 - **farmacie 30,35%.**Pertanto gli attuali sconti che le farmacie corrispondono al Servizio sanitario nazionale (Ssn) sono elevati di una quota pari al 3,65% del prezzo al pubblico al netto dell'IVA.
- **L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ha il compito di:
 - a. predisporre un elenco dei farmaci attualmente utilizzati in ospedale, che per caratteristiche tecniche, si prestano ad essere erogati attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale. Il giorno successivo alla pubblicazione dell'elenco sulla G.U., tali farmaci diverranno effettivamente erogabili in regime di Ssn anche per il tramite delle farmacie convenzionate. L'entità complessiva di tale trasferimento dovrà essere pari ad un importo, su base annua, di **600 milioni di euro.**
 - b. predisporre tabelle di raffronto della spesa farmaceutica territoriale tra le varie Regioni sulla base dei dati resi

disponibili dal sistema Tessera Sanitaria, con l'obiettivo di definire tabelle di appropriatezza prescrittiva che valorizzino l'utilizzo dei medicinali non coperti da brevetto ovvero di prezzo minore, con riferimento a categorie terapeutiche equivalenti. Tale operazione dovrebbe consentire alle Regioni di poter predisporre strumenti di programmazione e controllo sui medici, in grado di realizzare risparmi per **600 milioni di euro su base annua** che resteranno nella disponibilità dei servizi sanitari regionali.

- Con uno specifico Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni saranno definite linee guida per aumentare l'efficienza delle ASL in tutte le fasi di gestione del farmaco acquistato direttamente, anche attraverso il coinvolgimento dei grossisti.
- A decorrere dal 2011 l'erogabilità a carico del Ssn in fascia A) dei medicinali equivalenti è limitata ad un numero di specialità medicinali non superiore a quattro, scelte per il tramite di procedura selettiva ad evidenza pubblica, dall'AIFA, in base al criterio del minor costo a parità di dosaggio, forma farmaceutica ed unità posologica per confezione. Tale meccanismo non si applica ai medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto. Il prezzo rimborsato dal Ssn è pari a quello della specialità medicinale con prezzo più basso, fermo restando la possibilità per il cittadino di corrispondere la differenza per avere il farmaco prescritto dal medico di prezzo superiore presente nella lista.

I risparmi derivanti da tale operazioni restano nelle disponibilità delle Regioni.

- Il prezzo al pubblico dei medicinali equivalenti è ridotto, per il periodo dal 1° giugno 2010 e fino al 31 dicembre 2010, del **12,5%**. La riduzione non si applica ai farmaci originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto ed ai farmaci il cui prezzo attuale è pari a quello vigente alla data del 31 dicembre 2009,
- E' compito dell'AIFA effettuare controlli sui medicinali in commercio, con specifico riferimento alla qualità dei principi attivi utilizzati.

4. Finanziamento Ssn

Le misure illustrate al punto **3.** vanno ad incidere sul livello di finanziamento del Ssn². In particolare il Governo si attende per l'anno **2010** un risparmio pari a **550 milioni** di euro derivanti dalla applicazione delle misure relative al trasferimento dei farmaci dall'ospedale al territorio (300 milioni) e per la restante parte (250 milioni) dal complesso delle restanti misure presentate.

Le medesime misure dovrebbero portare nel **2011** ad un risparmio pari a **600 milioni** di euro, quale contributo da parte del settore sanitario alla manovra di finanza pubblica.

In funzione dei risparmi derivanti dalle norme contenute nel decreto legge, il livello di **finanziamento del Ssn è rideterminato in riduzione di 800 milioni di euro a decorrere dal 2011.**

5. Indennizzo dei soggetti danneggiati da vaccinazioni e trasfusioni

La somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale³ a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni⁴ non è rivalutata secondo il tasso d'inflazione. Pertanto, a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto, cessa l'efficacia di provvedimenti emanati al fine di rivalutare tale somma. Sono fatti salvi gli effetti prodottisi prima della entrata in vigore del presente decreto.

² L'art. 2, comma 67, della legge 191/09 prevede risorse aggiuntive per il Ssn da coprire con provvedimenti successivi. Le misure contenute nel presente decreto legge rispondono anche a questa esigenza.

³ Art.1 della legge 27 maggio 1959 n.324 "Miglioramenti economici al personale statale in attività ed in quiescenza".

⁴ Legge 25 febbraio 1992, n.210 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni".

6. Tessera sanitaria e ricetta telematica

Ai fini dell'evoluzione della Tessera Sanitaria (TS) verso la Tessera Sanitaria – Carta Nazionale dei Servizi (TSCNS), in occasione del rinnovo delle tessere in scadenza, le prestazioni tecniche della tessera sanitaria, di cui sono dotati tutti gli assistiti, vanno migliorate con l'inserimento di un micro-chip in grado di registrare dati ed informazioni di carattere sanitario.

A tal fine viene stanziato un importo di **20 milioni** di euro l'anno a decorrere **dal 2011**.

Al fine di accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche, è necessario velocizzare e completare tutte le procedure necessarie per la diffusione della ricetta telematica.