La manovra Finanziaria

per la Previdenza e per la Sanità

Commento aggiornato della Legge n. 111 del 15 luglio 2011

"***Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98***

recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"

15 luglio 2011

Cgil nazionale Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti – Rita Cavaterra, Stefano Cecconi

La manovra Finanziaria

per la Previdenza

Commento aggiornato della Legge n. 111 del 15 luglio 2011

"Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"

15 luglio 2011

Cgil nazionale Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti – Politiche Previdenziali – Rita Cavaterra

Il nostro commento alla manovra del 2010 cominciava così:"Questo Governo aveva assicurato agli italiani che non avrebbe messo di nuovo le mani sulla previdenza: non ce n'era bisogno, così hanno sempre sostenuto sia il Ministro Sacconi, sia il Ministro Tremonti. La promessa come sempre non è stata mantenuta, anzi nella manovra del Governo gli interventi sulla previdenza risultano particolarmente pesanti, soprattutto particolarmente iniqui."
Con la manovra del 2011, purtroppo, non possiamo che ribadire il concetto: a pagare come sempre sono i giovani, le donne, i lavoratori, i pensionati, gli anziani.
Per quanto riguarda la previdenza con il maxi - emendamento presentato dal Governo la situazione è addirittura peggiorata.
Nell'articolo 18, infatti, c'è di tutto e di più: aumento dell'età pensionabile delle donne dipendenti del settore privato e delle lavoratrici autonome, blocco della rivalutazione delle pensioni superiori a 5 volte il minimo, che avranno diritto ad una perequazione ridotta al 70% solo per la fascia fino a tre volte il minimo,contributo di solidarietà per i titolari di pensione superiore ai 90000 euro lordi;anticipo al 2013 dell'aumento dell'età pensionabile legato all'aspettativa di vita, posticipo della finestra mobile per i lavoratori che vanno in pensione di anzianità con 40 anni di contribuzione, riduzione delle pensioni ai superstiti, obbligatorietà della iscrizione dei pensionati con reddito da lavoro autonomo alle casse dei professionisti, numerose norme di interpretazione autentica che mettono fine al contenzioso intrapreso dai pensionati e dai lavoratori.
L' articolo 13 prevede poi il definanziamento totale del fondo strategico in cui sono confluiti i risparmi derivanti dall'aumento dell'età pensionabile delle donne dipendenti del pubblico impiego.L'articolo 14 affida nuovi compiti alla COVIP. L'articolo 37 prevede il pagamento del contributo unificato per le controversie previdenziali ed assistenziali.L'articolo 38 prevede norme estremamente restrittive per quanto riguarda il contenzioso previdenziale ed assistenziale.
L'insieme di tali misure, unite a quelle previste nella delega fiscale e nella delega sull'assistenza (dove tra le tante altre questioni si prevede anche l'individuazione di nuovi criteri reddituali per il diritto alle prestazioni di invalidità INPS e per il diritto alla pensioni ai superstiti,) e alla norma di salvaguardia inserita nel maxi - emendamento (taglio lineare di tutte le detrazioni e deduzioni fiscali nella misura del 5% nel 2013 e del 20% nel 2014) ci fanno dire che questo Governo sta perseguendo con grande determinazione l'idea della privatizzazione del nostro stato sociale, distruggendo tutto quello che le lavoratrici ed i lavoratori, le pensionate ed i pensionati hanno conquistato in tanti anni di battaglie sociali.
Ma vediamo ora punto per punto le questioni di carattere più generale.

Aumento dell'età pensionabile delle donne dipendenti del settore privato e delle lavoratrici autonome.

L'aumento dell'età pensionabile delle donne del settore privato e delle lavoratrici autonome decorre dal 2020 e molti rappresentanti del Governo affermano che ciò significa che il raggiungimento dei 65 anni di età ci sarà solo nel 2032. Non è vero. Infatti, bisogna fare i conti con le altre misure prese da questo Governo: si anticipa al 2013 l'aumento dell'età pensionabile per tutti (aumento di 3 mesi), il secondo aumento scatta nel 2016 ed è pari a 4 mesi (con aumenti di 4 mesi fino al 2030, per poi prevedere aumenti di tre mesi dal 2030 al 2050).Inoltre ci sono le finestre mobili previste dalla rovinosa legge 122/2010 (un anno per le lavoratrici dipendenti, 18 mesi per le lavoratrici autonome).
Se consideriamo insieme tutte queste cose avremo la situazione, riportata in tabella:

***Tab.1**: Aumento dell'età pensionabile e decorrenza della pensione per le lavoratrici dipendenti*

Anno	Età Pensionabile donne del settore privato	Aspettativa di vita calcolata come da relazione tecnica	Aumento età manovra	Aumento complessivo età	Decorrenza
2013	60	3 mesi		60 e 3 mesi	61 e 3 mesi
2014	60 e 3 mesi			60 e 3 mesi	61 e 3 mesi
2015	60 e 3 mesi			60 e 3 mesi	61 e 3 mesi
2016	60 e 3 mesi	4 mesi		60 e 7 mesi	61 e 7 mesi
2017	60 e 7 mesi			60 e 7 mesi	61 e 7 mesi
2018	60 e 7 mesi			60 e 7 mesi	61 e 7 mesi
2019	60 e 7 mesi	4 mesi		60 e 11 mesi	61 e 11 mesi
2020	60 e 11 mesi		1 mese	61	62
2021	61		2 mesi	61 e 2 mesi	62 e 2 mesi
2022	61 e 2 mese	4 mesi	3 mesi	61 e 9 mesi	62 e 9 mesi
2023	61 e 9 mesi		4 mesi	62 e 1 mese	63 e 1 mese
2024	62 e 1 mesi		5 mesi	62 e 6 mesi	63 e 6 mesi
2025	62 e 6 mesi	4 mesi	6 mesi	63 e 4 mesi	64 e 4 mesi
2026	63 e 4 mesi		6 mesi	63 e 10 mesi	64 e 10 mesi
2027	63 e 10 mesi		6 mesi	64 e 4 mesi	65 e 4 mesi
2028	64 e 4 mesi	4 mesi	6 mesi	65 e 2 mesi	66 e 2 mesi
2029	65 e 2 mesi		6 mesi	65 e 8 mesi	66 e 8 mesi
2030	65 e 8 mesi		6 mesi	66 e 2 mesi	67 e 2 mesi
2031	66 e 2 mese	3 mesi	6 mesi	66 e 11 mesi	67 e 11 mesi
2032	66 e 11 mesi		3 mesi	67 e 2 mesi	68 e 2 mesi

Le lavoratrici dipendenti raggiungeranno 65 anni e 4 mesi nel 2027, mentre nel 2032 andranno in pensione a 68 anni e 2 mesi.

Per le lavoratrici autonome la situazione è riportata nella tabella che segue:
Tab.2*: Aumento dell'età pensionabile e decorrenza della pensione per le lavoratrici autonome*

Anno	**Età Pensionabile donne del settore privato**	**Aspettativa di vita calcolata come da relazione tecnica**	**Aumento età manovra**	**Aumento complessivo età**	**Decorrenza**
2013	60	3 mesi		60 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2014	60 e 3 mesi			60 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2015	60 e 3 mesi			60 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2016	60 e 3 mesi	4 mesi		60 e 7 mesi	62 e 1 mese
2017	60 e 7 mesi			60 e 7 mesi	62 e 1 mese
2018	60 e 7 mesi			60 e 7 mesi	62 e 1 mese
2019	60 e 7 mesi	4 mesi		60 e 11 mesi	62 e 5 mesi
2020	60 e 11 mesi		1 mese	61	62 e 6 mesi
2021	61		2 mesi	61 e 2 mesi	62 e 8 mesi
2022	61 e 2 mesi	4 mesi	3 mesi	61 e 9 mesi	63 e 3 mesi
2023	61 e 9 mesi		4 mesi	62 e 1 mese	63 e 7 mesi
2024	62 e 1 mesi		5 mesi	62 e 6 mesi	64
2025	62 e 6 mesi	4 mesi	6 mesi	63 e 4 mesi	64 e 10 mesi
2026	63 e 4 mesi		6 mesi	63 e 10 mesi	65 e 4 mesi
2027	63 e 10 mesi		6 mesi	64 e 4 mesi	65 e 10 mesi
2028	64 e 4 mesi	4 mesi	6 mesi	65 e 2 mesi	66 e 8 mesi
2029	65 e 2 mesi		6 mesi	65 e 8 mesi	67 e 2 mesi
2030	65 e 8 mesi		6 mesi	66 e 2 mesi	67 e 8 mesi
2031	66 e 2 mesi	3 mesi	6 mesi	66 e 11mesi	68 e 5 mesi
2032	66 e 11 mesi		3 mesi	67 e 2 mesi	68 e 8 mesi

Le lavoratrici autonome raggiungeranno i 65 anni e 4 mesi di età nel 2026 e nel 2032

andranno in pensione con 68 anni e 8 mesi.

***Tab.3**: Tabella riassuntiva aumento età pensionabile e decorrenza della pensione per le lavoratrici dipendenti e per le lavoratrici autonome.*

Anno	**Aumento età pensionabile donne (aspettativa di vita e meccanismo di innalzamento previsto nella manovra)**	**Decorrenza per le lavoratrici dipendenti**	**Decorrenza per le lavoratrici autonome**
2013	60 e 3 mesi	61 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2014	60 e 3 mesi	61 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2015	60 e 3 mesi	61 e 3 mesi	61 e 9 mesi
2016	60 e 7 mesi	61 e 7 mesi	62 e 1 mese
2017	60 e 7 mesi	61 e 7 mesi	62 e 1 mese
2018	60 e 7 mesi	61 e 7 mesi	62 e 1 mese
2019	60 e 11 mesi	61 e 11 mesi	62 e 5 mesi
2020	61	62	62 e 6 mesi
2021	61 e 2 mesi	62 e 2 mesi	62 e 8 mesi
2022	61 e 9 mesi	62 e 9 mesi	63 e 3 mesi
2023	62 e 1 mese	63 e 1 mesi	63 e 7 mesi
2024	62 e 6 mesi	63 e 6 mesi	64
2025	63 e 4 mesi	64 e 4 mesi	64 e 10 mesi
2026	63 e 10 mesi	64 e 10 mesi	65 e 4 mesi
2027	64 e 4 mesi	65 e 4 mesi	65 e 10 mesi
2028	65 e 2 mese	66 e 2 mese	66 e 8 mesi
2029	65 e 8 mesi	66 e 8 mesi	67 e 2 mesi
2030	66 e 2 mese	67 e 2 mesi	67 e 8 mesi
2031	66 e 11 mesi	67 e 11mesi	68 e 5 mesi
2032	67 e 2 mesi	68 e 2 mesi	68 e 8 mesi

La tabella che segue esamina l'aumento dell'età pensionabile per le lavoratrici del settore pubblico in base all'aumento della speranza di vita. Lo stesso aumento è previsto anche per gli uomini del settore privato e pubblico e per i lavoratori autonomi.

***Tab.4**: Aumento dell'età pensionabile per le donne del pubblico impiego e per gli uomini di tutti i settori*

Anno	**Età pensionabile donne del settore pubblico (aumento in base all'aspettativa di vita) e uomini del settore privato e pubblico, autonomi**	**Decorrenza della pensione per le lavoratrici del pubblico impiego ed i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato**	**Decorrenza della pensione per i lavoratori autonomi**
2013	65 e 3 mesi	66 e 3 mesi	66 e 9 mesi
2014	65 e 3 mesi	66 e 3 mesi	66 e 9 mesi
2015	65 e 3 mesi	66 e 3 mesi	66 e 9 mesi
2016	65 e 7 mesi	66 e 7 mesi	67
2017	65 e 7 mesi	66 e 7 mesi	67
2018	65 e 7 mesi	66 e 7 mesi	67
2019	65 e 11 mesi	66 e 11 mesi	67 e 4 mesi
2020	65 e 11 mesi	66 e 11 mesi	67 e 4 mesi
2021	65 e 11 mesi	66 e 11 mesi	67 e 4 mesi
2022	66 e 3 mesi	67 e 3 mesi	67 e 9 mesi
2023	66 e 3 mesi	67e 3 mesi	67 e 9 mesi
2024	66 e 3 mesi	67 e 3 mesi	67 e 9 mesi
2025	66 e 7 mesi	67 e 7 mesi	68 e 1 mese
2026	66 e 7 mesi	67 e 7 mesi	68 e 1 mese
2027	66 e 7 mesi	67 e 7 mesi	68 e 1 mese
2028	66 e 11 mesi	67 e 11 mesi	68 e 5 mesi
2029	66 e 11 mesi	67 e 11 mesi	68 e 5 mesi
2030	66 e 11 mesi	67 e 11 mesi	68 e 5 mesi
2031	67 e 2 mesi	68 e 2 mesi	68 e 8 mesi
2032	67 e 2 mesi	68 e 2 mesi	68 e 8 mesi

Come si evince chiaramente dalla tabella, nell'anno 2032 ci sarà la parificazione tra l'età pensionabile delle donne del settore pubblico con quelle del settore privato,così come ci sarà la piena parità dei requisiti e delle decorrenze tra uomini e donne sia nel lavoro dipendente sia nel lavoro autonomo.

Le esercitazioni che abbiamo voluto fare con la predisposizione delle tabelle dimostrano a nostro avviso, come ci sia una continua rincorsa al raggiungimento dei requisiti e come sia diventato estremamente difficile calcolare la propria possibilità di andare in pensione. È per questo che diciamo che i giovani sono i più penalizzati proprio perché non hanno più alcuna certezza sul loro futuro previdenziale.

Per quanto riguarda l'aumento dell'età pensionabile delle donne inutile dire che la misura serve solo a fare cassa. Lo abbiamo già detto e lo ripetiamo. La parità non comincia dalle pensioni: in Italia la percentuale delle donne occupate è pari al 46% contro una media europea del 60 %, i bimbi nei nidi sono pari al 18%, i salari rosa sono inferiori del 30% a parità di mansioni con gli uomini, sono 3 milioni e mezzo le donne inattive perché costrette a svolgere i lavori di cura. Ma di quale parità parliamo? Le donne se vogliono possono continuare a lavorare fino al compimento del 65 esimo anno di età. L'età reale di pensionamento delle donne è già oggi più alta di quella degli uomini. Non è un caso che le lavoratrici siano quasi esclusivamente titolari di pensione di vecchiaia: ciò è dovuto al ritardato accesso al mercato del lavoro, ai lavori saltuari, precari ,stagionali, al part-time, alla frammentazione della vita lavorativa che spesso è piena di buchi contributivi per dedicarsi alla cura dei figli e dei genitori, ai licenziamenti in bianco per maternità ecc. E come la mettiamo con la crisi che non è ancora passata e con tutti i posti di lavoro persi? Come la mettiamo con questo Governo che non ha mai preso un provvedimento in favore delle donne, mentre ne ha presi più di uno contro? Ricordiamo che uno dei primi provvedimenti di questo Governo è stato proprio quello di cancellare la legge 188 del 2006 che vietava i licenziamenti in bianco delle lavoratrici in caso di maternità, ma che dire poi dell'azzeramento del fondo per gli asili nido, dell'azzeramento del fondo per la non autosufficienza, del quasi azzeramento del fondo complessivo sulle politiche sociali? Che dire ancora di questo Governo che nello stesso provvedimento all'articolo 13, comma 3, definanzia totalmente il fondo strategico in cui erano confluite le risorse derivanti dall'aumento dell'età pensionabile delle donne del pubblico impiego? Come CGIL rivendichiamo il diritto al lavoro per tutti, anche per le sessantenni contro i processi di espulsione, rivendichiamo la flessibilità e la volontarietà in uscita, rivendichiamo i servizi: in presenza di tutti questi fattori,infatti, non c'è bisogno di alzare l'età pensionabile perché è certo che le donne da sole scelgono di restare più a lungo.

Mancata indicizzazione dei trattamenti pensionistici.

La normativa vigente prevede un meccanismo di rivalutazione delle pensioni che come CGIL abbiamo sempre dichiarato insufficiente ai fini del mantenimento del potere d'acquisto delle pensioni stesse.
L'attuale meccanismo di perequazione infatti impoverisce le pensioni nel tempo, fino a farle scendere per molti, sotto la soglia di povertà.
Già nel 1992 (articolo 11 del decreto legislativo 503) era stato previsto che le pensioni dovessero essere indicizzate all'inflazione e aumentate sulla base dell'andamento della ricchezza prodotta dal Paese. Questa seconda previsione di aumento è stata

parzialmente realizzata grazie all'accordo sindacati-governo sul welfare del 23 luglio 2007, con l'introduzione della quattordicesima mensilità per le pensioni di importo più basso, cioè quelle che non superano l'importo di una volta e mezza il minimo. L'importo della somma è maggiore quanti più contributi sono stati versati e quanto maggiore è stato il loro importo. La quattordicesima non è soggetta a tasse e a sua volta non influisce sul reddito imponibile né sul diritto a prestazioni previdenziali o assistenziali. La quattordicesima spetta dal 64 esimo anno di età se il reddito personale non supera il limite fissato.
Il protocollo sul welfare del 23 luglio 2007 prevedeva, inoltre, l'istituzione di un tavolo di confronto tra il Governo e le organizzazioni sindacali dei pensionati maggiormente rappresentative sul piano nazionale per attuare la previsione dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 503/1992 relativo alla possibilità di stabilire con legge finanziaria ulteriori aumenti delle pensioni rispetto alla perequazione automatica in relazione all'andamento dell'economia. Tale tavolo non è stato mai convocato.
A tutto ciò si aggiunge poi il costante aumento della pressione fiscale: il prelievo fiscale sul lavoro dipendente e sulle pensioni è passato dal 40% del 1980 al 52% del 2008, mentre per gli altri redditi il prelievo è sceso dal 37% al 24%. Le pensioni sono colpite più volte. La detrazione prevista per i pensionati è più bassa di quella prevista per i lavoratori dipendenti. La maggior parte dei soggetti incapienti sono pensionati. Il regime fiscale applicato in Italia è notevolmente più elevato di quello previsto in altri Paesi europei. Il drenaggio fiscale (aumento dell'aliquota applicata a causa dell'aumento dovuto per l'inflazione) taglieggia le pensioni, mentre negli altri Paesi europei sono state prese misure per rendere ininfluente l'aumento dovuto all'inflazione.
A fronte di questa situazione, le misure di riduzione della rivalutazione prese dal Governo appaiono come una vera infamia:non si riducono i privilegi della politica, non si colpiscono i redditi alti, mentre ci si abbatte con la scure sui pensionati che, per i motivi sopra descritti già si trovano a fare i conti con il continuo impoverimento delle loro pensioni.
Le modifiche che il governo ha introdotto nel maxi emendamento per la rivalutazione delle pensioni sono addirittura peggiori rispetto alla norma originaria. Per le pensioni superiori a cinque volte il trattamento minimo la norma in origine prevedeva, infatti, per il biennio 2012 -2013, l'applicazione del 100% di perequazione sulla fascia fino a tre volte il minimo, la riduzione dal 90% al 45% della perequazione sulla fascia da tre a cinque volte il minimo e nessuna perequazione per la fascia di pensione superiore a cinque volte il minimo. La nuova norma prevede,invece, per coloro che sono titolari di pensioni di importo superiore a cinque volte il minimo solo una rivalutazione al 70% della fascia fino a tre volte il minimo. Non si capisce quindi quanto affermato nella relazione tecnica del maxi emendamento, secondo la quale con la modifica peggiorativa apportata ci sarebbero gli stessi risparmi previsti dalla norma di origine!

Contributo di solidarietà per i titolari di pensione di importo superiore a 90000 euro lordi l'anno.

La norma, introdotta dal maxi emendamento, prevede dal 1° agosto al 31 dicembre 2014 un contributo di solidarietà per tutti i titolari di pensione, a carico di enti gestori di previdenza obbligatoria, il cui importo sia superiore ai 90000 euro lordi annui. Il contributo è del 5% per la fascia di pensione che va dai 90000 ai 150000 euro lordi annui, è del 10% per la fascia di pensione che eccede l'importo di 150000 euro. Ai fini dell'individuazione dell'importo di pensione concorrono tutti i trattamenti pensionistici percepiti, ivi compresi quelli derivanti da forma pensionistiche che garantiscono prestazioni definite in aggiunta o ad integrazione del trattamento pensionistico

obbligatorio. Appare veramente scandaloso il fatto che i parlamentari siano esclusi dall'applicazione della norma.

Anticipo al 2013 dell'aumento dell'età pensionabile legato all'aspettativa di vita

Viene anticipato al 2013 il primo aumento dell'età pensionabile legato all'aspettativa di vita. Il secondo aumento viene previsto nel 2016.
E' del tutto evidente che anche questa misura serve soltanto a fare cassa e a rendere sempre più incerto ed imprevedibile il futuro previdenziale dei nostri giovani:
In base ai dati forniti nella relazione tecnica al maxi - emendamento si evince che nel 2013 l'aumento sarà pari a tre mesi, nel 2016 l'aumento sarà pari a 4 mesi (prima erano tre), che tale aumento di 4 mesi proseguirà dal 2019 al 2030, e che dal 2031 al 2050 l'aumento sarà pari a 3 mesi.
Ricordiamo che l' aumento dell'età pensionabile si applica a tutti (lavoratrici, lavoratori e cittadini) e che si applica sia ai fini del diritto alla pensione di vecchiaia, sia ai fini del diritto alla pensione di anzianità, sia ai fini del diritto all'assegno sociale.
Ricordiamo inoltre che la legge 122 del 2010 ha previsto le finestre mobili (12 mesi per i dipendenti, 18 mesi per i lavoratori autonomi,per i parasubordinati, per le pensioni liquidate con la totalizzazione dei contributi) mentre non ha previsto l'adeguamento immediato dei coefficienti di trasformazione della pensione. Il coefficiente relativo a 66 anni sarà creato solo quando gli aumenti relativi alla speranza di vita avranno superano un anno: poiché l'anno sarà superato nel 2022 soltanto allora ci sarà la determinazione del coefficiente relativo ai 66 anni.
Le finestre mobili si applicano a tutte le pensioni di vecchiaia, quindi anche a quelle liquidate con il sistema di calcolo misto o contributivo. È del tutto evidente il danno che subiscono le lavoratrici ed i lavoratori interessati: andranno in pensione ben oltre i 66 anni, mentre la determinazione della loro pensione avverrà con il coefficiente di trasformazione previsto per i 65 . Inoltre, nell'attesa della finestra, le lavoratrici ed i lavoratori potrebbero anche incappare nella modifica triennale dei coefficienti di trasformazione della pensione che sicuramente comporterebbe una riduzione del trattamento pensionistico.
Come CGIL riteniamo che sia necessario intervenire sui coefficienti di trasformazione delle pensioni: per modificare i criteri di determinazione degli stessi, così come previsto dal protocollo sul welfare del 2007, per applicarli in pro -quota, per costruire quelli relativi agli anni successivi al 65 esimo.
Il protocollo sul welfare del 23 luglio 2007 aveva previsto la costituzione di una Commissione, composta da dieci esperti, che, entro il 31 dicembre 2008, avrebbe dovuto proporre modifiche ai criteri di calcolo dei coefficienti di trasformazione delle pensioni nel sistema contributivo, "nel rispetto degli andamenti e degli equilibri della spesa pensionistica di lungo periodo e nel rispetto delle procedure europee, che tengano conto: *a)* delle dinamiche delle grandezze macro economiche, demografiche e migratorie che incidono sulla determinazione dei coefficienti medesimi; *b)* dell'incidenza dei percorsi lavorativi, anche al fine di verificare l'adeguatezza degli attuali meccanismi di tutela delle pensioni più basse e di proporre meccanismi di solidarietà e garanzia per tutti i percorsi lavorativi, nonché di proporre politiche attive che possano favorire il raggiungimento di un tasso di sostituzione al netto della fiscalità non inferiore al 60 per cento, con riferimento all'aliquota prevista per i lavoratori dipendenti; *c)* del rapporto intercorrente tra l'età media attesa di vitaI e quella dei singoli settori di attività".
Alla predetta Commissione era anche affidato il compito di ripristinare la flessibilità

dell'età pensionabile nel sistema contributivo.
La Commissione non è mai stata istituita, mentre, con effetto dal 1 gennaio 2010, sono stati rideterminati i coefficienti di trasformazione delle pensioni con effetti estremamente penalizzanti per i lavoratori.
L'incremento dell'aspettativa di vita, percentualmente più elevato per le età più avanzate ha prodotto, una riduzione dei coefficienti che, va dal 6,38% nel caso di pensionamento a 57 anni ad un massimo di 8,41% nel caso di pensionamento a 65.
Il nucleo di valutazione della spesa previdenziale nelle sue osservazioni ai nuovi coefficienti ha affermato che "il differenziale prodotto dall'aggiornamento determina una evidente disparità di trattamento tra i lavoratori che vanno in pensione nei diversi anni interessati alla revisione, tanto da rendere conveniente, in prossimità della futura revisione, l'anticipazione di un anno del pensionamento. ….Il maggiore montante accumulato con la permanenza in attività per un ulteriore anno non copre il peggioramento del coefficiente di trasformazione dal montante in rendita".
La recente approvazione del decreto legislativo sul riconoscimento dei benefici previdenziali per chi svolge lavori usuranti è poi un ulteriore dimostrazione che "i lavori non sono tutti uguali" e che i coefficienti devono essere rideterminati prendendo in considerazione molti più elementi (diminuzione dei matrimoni, aumento delle separazioni e dei divorzi, speranza di vita legata alla professione o al lavoro svolto,dati demografici, immigrati ecc) mentre non possono e non debbono essere legati unicamente al parametro della sopravvivenza di una persona tipo.
Il problema vero è che il primo aggiornamento dei coefficienti ha fatto emergere dei problemi che non erano stati previsti, mettendo in discussione la futura adeguatezza delle prestazioni pensionistiche nel sistema contributivo.
L'aggiornamento dei coefficienti penalizza coloro che vogliono continuare a lavorare, incentiva il pensionamento precoce. Tutto ciò contrasta completamente con le ragioni fondamentali che portarono alla nascita del sistema contributivo che doveva essere un sistema flessibile e soprattutto un sistema teso a premiare coloro che lavoravano di più.
Da qui la necessità che venga data piena attuazione a quanto previsto nel protocollo sul welfare del 23 luglio 2007, con l'istituzione di un'apposita Commissione di esperti che lavori alla modifica dei coefficienti sulla base dei criteri individuati dal protocollo stesso.
I nuovi coefficienti rideterminati sono stati applicati a decorrere dal 1 gennaio 2010. Per evitare fughe e per garantire equità e adeguatezza delle prestazioni come CGIL abbiamo sostenuto e sosteniamo la necessità di applicare i nuovi coefficienti in pro-quota.
Ciò significa che qualsiasi sia il periodo in cui il lavoratore o la lavoratrice va in pensione si applicano i coefficienti previsti dalla legge 335/1995 fino a dicembre 2009 e poi dal 1 gennaio 2010 si applicano i nuovi coefficienti rideterminati e così via per ogni ulteriore periodo.
Questo meccanismo di facile applicazione (il meccanismo del pro-quota è già operante per il calcolo della pensione sia per quanto previsto dal decreto legislativo 503/1992 sia dalla stessa legge 335/1995) evita, infatti, sia il crearsi di ingiustificate disparità di trattamento tra i lavoratori sia la fuga dal posto di lavoro.
L'applicazione retroattiva dei coefficienti comporta un'evidente questione di costituzionalità con riferimento agli articoli 3 e 38 della Costituzione (parità di trattamento ed adeguatezza dei trattamenti).

Riduzione delle pensioni ai superstiti.

La norma definita dalla Lega come norma anti-badanti prevede la riduzione dell'aliquota percentuale della pensione ai superstiti del 10% in ragione di ogni anno di matrimonio mancante rispetto al numero di 10, quando si verificano le seguenti condizioni:
a) matrimonio contratto dopo il 70esimo anno di età,
b) differenza di età fra i coniugi superiore a venti anni.
Non si dà luogo alla riduzione nel caso vi siano figli minori, studenti, inabili.

È del tutto evidente che la norma si applica a tutti ed è anche giusto che sia così, visto che non possono né debbono esserci norme discriminatorie. Sta di fatto però che si tratta di una norma che nasce dall'odio per gli stranieri e che mette in discussione dei principi fondamentali della nostra Costituzione. Non è un caso infatti che la Corte Costituzionale abbia in passato, con più pronunciamenti, dichiarato incostituzionali tutte le norme che limitavano il diritto alla pensione ai superstiti. Come CGIL riteniamo che anche questa nuova misura presenti evidenti questioni di legittimità costituzionale.

Ulteriore posticipo della decorrenza della pensione di anzianità per coloro che maturano i 40 anni di contribuzione.

Della possibilità di introdurre questa norma il Governo non ne aveva mai parlato.
La legge 122 del 2010 ha introdotto la finestra mobile di un anno per i lavoratori dipendenti e di diciotto mesi per i lavoratori autonomi, con la conseguenza per coloro che maturano la pensione di anzianità con 40 anni di contribuzione, di dover continuare a lavorare senza alcun beneficio ai fini pensionistici. Ora con la nuova norma, introdotta a sorpresa nel maxi -emendamento, i lavoratori in questione saranno ulteriormente penalizzati visto che dovranno posticipare la finestra di un mese nel 2012, di due mesi nel 2013 e di tre mesi nel 2014. La disposizione non si applica a coloro che maturano i requisiti entro il 31 dicembre 2011 e al comparto scuola.

E' prevista una deroga, limitata a 5000 lavoratori che debbono trovarsi nelle seguenti condizioni:

- collocati in mobilità sulla base di accordi sindacali stipulati anteriormente al 30 giugno 2011 e che maturino i requisiti per il diritto a pensione entro il periodo di fruizione dell'indennità,
- collocati in mobilità lunga per effetto di accordi collettivi stipulati entro il 30 giugno 2011,
- titolari di prestazione straordinaria a carico dei fondi di solidarietà di settore.

Inutile dire che questa norma è veramente vergognosa, il Governo si accanisce contro coloro che hanno cominciato a lavorare giovanissimi, che hanno passato una vita nel luogo di lavoro e che hanno contribuito per 40 anni al nostro sistema previdenziale pubblico, costringendoli a lavorare fino 41 anni e tre mesi (nel 2014) senza alcun beneficio ai fini pensionistici. Nella relazione tecnica al maxi emendamento si afferma che le economie derivanti dall'applicazione di questa disposizione hanno carattere strutturale trattandosi di misura diretta ad incrementare in via continuativa l'età media di accesso al pensionamento con un risparmio di 201 milioni di euro nel 2013, 433 milioni di euro nel 2014, 710 milioni di euro nel 2015 e 790 milioni di euro nel 2016.Vista l'entità dei risparmi ci chiediamo se veramente sia finita qui o se nel 2015 e negli anni successivi dobbiamo attenderci ulteriori posticipi rispetto a quelli già

previsti.

Norme di interpretazione autentica.

Molte sono le norme di interpretazione autentica contenute nell'articolo 18 del decreto legge: per molte si tratta di questioni di contenzioso che vanno avanti da parecchi anni (indennità integrativa speciale, calcolo della pensione per il personale degli enti pubblici creditizi iscritti dal 1 gennaio 1991 ad apposita gestione speciale presso l'INPS, iscrizione dei pensionati con reddito da lavoro autonomo alle casse dei professionisti e non alla gestione separata INPS, esclusione della quota del TFR per la determinazione delle prestazioni temporanee dei lavoratori agricoli, ecc). È del tutto evidente che tali norme sono state fatte per evitare oneri aggiuntivi alla finanza pubblica – ciò è detto esplicitamente nella relazione tecnica – in caso di vittoria dei ricorrenti: con buona pace dei diritti degli interessati ed anche del ruolo che viene svolto dalla magistratura.
L'unica norma di interpretazione autentica che condividiamo è quella relativa alla obbligatorietà per tutti i datori di lavoro del versamento all'INPS della contribuzione di malattia. La questione lo ricordiamo è sorta con la sottoscrizione del contratto separato del commercio, contratto che la FILCAMS CGIL non ha firmato. Come CGIL riteniamo che i datori di lavoro non possano essere esentati dal versamento della predetta contribuzione: ciò infatti creerebbe problemi di finanziamento al sistema previdenziale pubblico a ripartizione, fondato sulla solidarietà intergenerazionale.

Norma varie. Casalinghe. ISPELS. Accertamenti sanitari invalidità civile.

Nel cumulo di norme contenute nell'articolo 18 ce ne sono alcune che non hanno senso (ci riferiamo in modo particolare all'applicazione della scontistica nei confronti delle casalinghe: Il fondo non da alcuna garanzia di alcun trattamento pensionistico decente) e ce ne sono altre che gridano vendetta (come ad esempio la proroga dell'incarico del Direttore generale del soppresso ISPELS per il quale si prevede un compenso annuo di 250000 euro lordi alla cui copertura dovrà provvedere direttamente l'INAIL con proprie risorse, in quanto ente incorporante).
Il comma 22 dell'articolo 18, prevede,poi, che le Regioni possano ,derogando dall'attuale normativa, sulla base di apposite convenzioni, affidare gli accertamenti sanitari per le provvidenze di invalidità civile all'INPS. Tutto ciò nel presupposto che i medici INPS siano già presenti con un proprio rappresentante nelle Commissioni ASL che attualmente hanno il compito di accertare i requisiti sanitari. Purtroppo non è così: i medici INPS risultano presenti solo nel 55% delle predette Commissioni. Inoltre esistono notevoli problemi tra i medici INPS ed i medici delle ASL. Non è un caso che i medici dell'Istituto abbiano deciso, al di fuori di qualsiasi norma di legge, di sottoporre ad un ulteriore esame presso la Commissione medica superiore tutte le decisioni, assunte dalle ASL (anche quelle votate all'unanimità con la presenza del medico INPS,) determinando un ulteriore e penoso ritardo per coloro che aspettano il riconoscimento dei loro diritti. A meno che non si voglia affidare tutto all'INPS per restringere ulteriormente il riconoscimento del diritto alle provvidenze. Purtroppo l'esperienza realizzata sull'invalidità civile da parte dell'INPS nel 2010 non è stata affatto esaltante.
Sono state esaminate meno domande, sono state riconosciute meno prestazioni, si sono allungati incredibilmente i tempi per la definizione delle pratiche.

Contenzioso previdenziale ed assistenziale.

L'articolo 38 della manovra prevede una serie di norme estremamente restrittive sul contenzioso previdenziale ed assistenziale.
Si prevede ad esempio un accertamento tecnico preventivo obbligatorio per coloro che chiedono le prestazioni di invalidità sia quelle di carattere previdenziale (assegno di invalidità, pensione di inabilità) sia quelle di carattere assistenziale (invalidità civile, cecità, sordomutismo). In sostanza prima dell'avvio della procedura di giudizio il soggetto ricorrente deve chiedere al giudice di nominare il Consulente tecnico d'ufficio. Ai fini della validità della visita peritale, la disposizione prevede che debba essere inviata comunicazione all'INPS entro i 15 giorni precedenti l'inizio delle operazioni peritali. Ciò per garantire all'INPS "il principio del contraddittorio" "assistendo alle indagini e svolgendo efficacemente un'attività di difesa degli interessi dell'Amministrazione". Nulla viene detto sugli interessi e sui diritti del cittadino. Tutto sembra finalizzato a risolvere i problemi organizzativi dell'INPS e a ridurre il contenzioso semplicemente riducendo i diritti delle persone. Si può ricorrere contro il parere sanitario espresso entro 120 giorni. Le decisioni assunte dal giudice rispetto a tali ricorsi sono inappellabili! Ma dove vanno a finire i diritti delle persone?
Per quanto riguarda l'invalidità civile come CGIL riteniamo che sarebbe stato molto più utile ripristinare la possibilità del contenzioso amministrativo.
E' del tutto evidente, infatti, che il contenzioso legale esplode se per poter difendere i propri diritti è necessario proporre, a pena di decadenza, il ricorso giudiziario entro 180 giorni dal provvedimento che non riconosce la prestazione.

Un'altra norma di carattere decisamente e pesantemente restrittivo è quella relativa ai termini di decadenza (decadenza annuale per il diritto alle prestazioni temporanee, decadenza triennale per il diritto alle prestazioni pensionistiche). Con sentenza del 2009 la Suprema Corte di Cassazione, a Sezioni Unite ha convalidato la tesi, che la decadenza si applica per il diritto ma non per la misura delle prestazioni. In questo caso opera la prescrizione decennale e cioè possibile richiedere la rideterminazione dell'importo della pensione nell'ambito del decennio. Con l'articolo 38 la decadenza annuale e triennale viene estesa anche alla misura delle prestazioni.

Così come la prescrizione quinquennale prevista per i ratei di pensione maturati e non riscossi viene estesa anche ai ratei "non" liquidati e non riscossi, mentre per i lavoratori agricoli si elimina la decadenza triennale per la proposizione dell'azione giudiziaria e si ripristina il termine di 120 giorni, previsto dalla legge 83 del 1970, per la proposizione del ricorso giudiziario.
Inutile dire che ci sembra chiaro che tutti i provvedimenti mirano "non a deflazionare il contenzioso", cosa che sarebbe buona e giusta, ma ad impedire alle persone di esercitare il loro diritto ad avere giustizia. A riprova di quanto affermiamo, con l'articolo 37 il governo ha imposto una nuova tassa ai lavoratori, ai pensionati e ai cittadini prevedendo un contributo unificato di 37 euro per le controversie relative alla previdenza e all'assistenza sociale.

La manovra Finanziaria

per la Sanità

Commento aggiornato dell'articolo 17 Legge n. 111 del 15 luglio 2011

"Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"

15 luglio 2011

Cgil nazionale Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti – Politiche della Salute – Stefano Cecconi

La manovra finanziaria per il triennio 2012 - 2014, approvata con la Legge n. 111 del 15 luglio 2011, dispone per la Sanità tagli pesantissimi. Le misure specifiche sono contenute nell'articolo 17 "Razionalizzazione della spesa sanitaria" (e in parte nell'articolo 16 per ciò che riguarda il personale).

Si prevede che il livello del finanziamento sia incrementato dello 0,5% nel 2013 e dell' 1,4% nel 2014, quindi ben al di sotto dell'andamento del PIL nominale[1]: +3,3% nel 2013 e +3,4% nel 2014. Addirittura il finanziamento non copre nemmeno l'inflazione.

Tornano subito i "super ticket": dall'entrata in vigore della legge (17.7.2011) i cittadini dovranno pagare 10 euro per ogni ricetta per esami e visite specialistiche ambulatoriali. Così in molti casi costa meno pagare privatamente esami e visite ! Un vero regalo a chi fa affari sulla sanità e un danno per il servizio pubblico.

I tagli programmati nel 2013 - 2014 (come saldo netto da finanziare) risultano essere di otto miliardi: la Relazione Tecnica indica la cifra in 7.950 milioni di euro (vedi sotto Tabella 1 colonna 5). Ma se conteggiamo gli effetti delle precedenti manovre, i tagli nel biennio 2013/2014 superano i tredici miliardi.[2] (vedi qui sotto Tabella 1 colonna 7 e si veda in allegato la Tabella 2)

Tabella 1 (importi in milioni euro) elaborazione CGIL

	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5 (colonna 4 – colonna 3)	Colonna 6	Colonna 7 (colonna 6 – colonna 3)
Anno	Aumento % su anno precedente * previsto dalla manovra L.111/2011	Livello di Finanziamento in base alla Manovra indicato nella relazione Tecnica D.L. 98/11	Livello di Finanziamento senza la Manovra, indicato nella Relazione Tecnica D.L. 98/11	Tagli indicati come **saldo netto da finanziare** nella relazione Tecnica D.L. 78/11	Livello di finanziamento previsto nel Patto per la Salute **	Tagli **rispetto al finanziamento** previsto nel Patto per la Salute
2013	+0,5%	**109.294**	**111.794**	**-2.500**	**114.833,2**	**-5.539,2**
2014	+1,4%	**110.786**	**116.236**	**-5.450**	**118.737,5**	**-7.951,5**
TOTALE TAGLI				**-7.950**		**-13.490,7**

*la % di aumento si calcola sul livello del finanziamento dell'anno precedente. Quindi l'anno base è il 2012: per la Relazione Tecnica del D.L.98/11 è di 108.780 milioni (livello a legislazione vigente). Invece applicando il livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute senza le manovre nel 2012 sarebbe stato di 111.164 milioni. Ecco perché i tagli effettivi rispetto al livello del finanziamento previsto nel Patto per la Salute sono di gran lunga superiori al saldo netto da finanziare (calcolato sulla legislazione vigente).

** aumento in % sull'anno precedente agganciato al PIL nominale: +3,3% nel 2013, +3,4% nel 2014

Per giustificare i tagli come "risparmi virtuosi", il Governo ha annunciato l'entrata in vigore, al posto della spesa storica, dei "costi standard" introdotti grazie al decreto sul federalismo fiscale. Il richiamo ai costi standard è solo un trucco, perché con la manovra viene ridotto il finanziamento punto e basta. Anche perché il decreto sul federalismo sanitario (DLgs 68/11) non utilizza i costi standard, giustamente, come metodo per determinare il finanziamento in sanità, bensì conferma il riparto tra le regioni (con quote pro capite pesate) di un finanziamento deciso a livello nazionale (metodo "top - down"). Peraltro, ormai da anni è stato superato il criterio della spesa storica per la sanità.

[1] Previsto nel Documento di Economia e Finanza (DEF) 2011, approvato il 5 maggio 2011. C'è da dire che sarebbe pericoloso "agganciare automaticamente" il livello del finanziamento solo all'andamento del PIL (questa era la proposta del Governo per la Finanziaria 2009), perché se scende il PIL scende il finanziamento (durante la crisi sarebbe stato un disastro). Inoltre va considerato che i due Patti per la Salute hanno previsto variazioni del finanziamento anche in base alle dinamiche contrattuali.

[2] In ogni caso, conteggiando solo i saldi netti da finanziare (e non anche gli effetti sulla mancata crescita del finanziamento) in totale le manovre valgono 11 miliardi in cinque anni (2010/2014). Conteggiando anche gli effetti sulla mancata crescita del finanziamento, i tagli alla sanità valgono 17 miliardi nello stesso periodo.

E infatti, per sostenere la riduzione pesantissima del livello di finanziamento, sono previsti tagli lineari in misura percentuale a carico di diversi ambiti: personale, farmaceutica, dispositivi medici, compresa l'assistenza protesica **e nuovi Ticket**; intanto **da subito tornano in vigore i "superticket da 10 euro"** sulle ricette per esami e visite specialistiche (valore 834 milioni annui); mentre dal 2014 saranno introdotti nuovi ticket aggiuntivi a quelli esistenti. Il 40% della manovra dovrà essere coperto dai ticket (valore oltre due miliardi di euro).

La manovra prevede che i tagli alla spesa siano concordati con la Conferenza delle Regioni entro aprile 2012 ma in realtà i tagli sono già stati decisi. Come ha denunciato il Presidente della Conferenza delle Regioni, la manovra è incompatibile con il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini[3].

A pagare i costi della crisi vengano chiamati proprio i cittadini più deboli, che dovrebbero invece essere protetti. Il rischio è quello di spingere sempre più persone verso la sanità privata a pagamento o di costringerle a rinunciare alle cure mediche (la spesa "out of pocket" continua a crescere e spesso in direzione inappropriata, perché risponde più all'offerta di consumi che ai bisogni[4]).

Colpire così duramente la sanità non è nemmeno giustificato dall'andamento della spesa e del finanziamento pubblico, che in Italia sono più bassi della media UE e dei Paesi OCSE.

Insistere con i tagli lineari, invece che riqualificare la spesa, vuol dire "programmare" il disavanzo di tutte le regioni e stroncare il percorso di risanamento di quelle impegnate nei piani di rientro. Ed è per questo che il Presidente della Conferenza delle Regioni denuncia il rischio di estendere i piani di rientro a tutte le regioni, con un conseguente aumento della pressione fiscale (altro che riduzione delle tasse)[5].

Come abbiamo detto più volte, bisogna rovesciare questa impostazione regressiva, che considera il welfare e la sanità un peso invece che uno strumento anticiclico contro la crisi e un prezioso investimento per uno sviluppo di qualità. Non si tratta di negare l'esigenza di una manovra per ridurre il debito pubblico, che espone il nostro Paese ad un rischio default. Si tratta di decidere misure che non abbiano effetti depressivi e non intacchino la natura di bene pubblico e universale del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta di agire in modo selettivo sulla spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi, concentrati in alcune regioni, dove lo squilibrio finanziario è sempre associato ad un "disavanzo" nei LEA[6]. E dove è evidente che per governare la spesa occorre riqualificare l'offerta dei servizi sanitari, anche sostenendo cambiamenti coraggiosi (ad esempio chiudere ospedali inappropriati per offrire più assistenza territoriale e cure primarie). Cambiamenti, come insegna l'esperienza di alcune regioni, che producono risparmi sul medio periodo e che hanno spesso bisogno di investimenti iniziali.

Se i tempi di recupero di questa spesa inappropriata (recupero fondato sulla riorganizzazione dell'offerta) sono più lunghi di quelli necessari alla manovra, si apra un confronto su questo problema, non si spaccino, come fa il Governo, tagli lineari per misure "virtuose" e strutturali. Ma questo Governo non è interessato ad affrontare un confronto serio sulla qualità della spesa.

---

[3] Vedi Comunicato Presidente Conferenza delle Regioni e P.A. 7.7.2011 *Per il Servizio sanitario pubblico è allarme rosso: il contributo al risanamento pesa per 8 miliardi nel biennio 2013-2014 sul Fondo Sanitario Nazionale. Tale decisione comporta l'impossibilità di siglare il futuro 'patto per la salute', giacché per sottoscrivere un patto le parti devono essere almeno due. E ciò significa mettere in soffitta uno strumento di collaborazione istituzionale tra Governo e Regioni che ha garantito la tenuta del sistema sanitario sia sul versante della erogazione dei servizi che sul versante economico finanziario, come riconosciuto dalla stessa Corte de conti."*

[4] Vedi Censis 6.7.2011: "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali"

[5] Vedi Comunicato Presidente Conferenza delle Regioni e P.A. 7.7.2011"*Le conseguenze di questa manovra non solo compromettono i risultati fin qui raggiunti, ma porteranno purtroppo nei prossimi anni tutte le Regioni ad essere soggette ai piani di rientro sanitario e quindi ad aumentare l'imposizione fiscale dovunque".* E, aggiunge, che i tagli al Sociale aggraveranno il quadro: *"la situazione in sanità sarà aggravata dagli interventi che colpiranno il welfare con conseguenze gravissime per gli enti locali. Segnalo solo il mancato finanziamento del fondo per la non autosufficienza e l'estrema esiguità del fondo per le politiche sociali*

[6] Vedi ad esempio: Documento CGIL "sanità e federalismo, diritti e risorse" 1.12.2010 e Rapporto 2011 del Ministero della Salute sul rispetto degli adempimenti LEA 2009

Testo della Legge n. 111 del 15 luglio 2011 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" (in rosso le modifiche apportate dalla legge di conversione)	**Commento**
Articolo 17 1.Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato per il 2013 e' incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed e' ulteriormente incrementato dell'1,4% per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalita' per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine,al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 16, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria:	comma 1 Il livello di finanziamento è incrementato per il 2013 dello 0.5% e per il 2014 dell'1,4%. Quindi cresce meno del PIL nominale negli stessi anni (+3,3% e 3,4%). **<u>Le misure specifiche Tagli e Ticket, Piani di Rientro</u>** Le misure per fronteggiare la "riduzione" del finanziamento rispetto al PIL nominale (saldo da finanziare -7.950 milioni in due anni) sono decise con un Intesa Stato Regioni, entro il 30 aprile 2012. In caso di mancata Intesa, oltre alla riduzione di spesa per il personale pubblico e convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale prevista dall'articolo 16, sono già previste misure specifiche: cioè tagli e ticket per quasi otto miliardi: vedi di seguito il comma 1 alle lettere a),b),c),d) e il comma 2:
a) nelle more del perfezionamento delle attivita' concernenti la determinazione annuale di costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attivita' delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Cio', al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;	comma 1 a) Sarà introdotto un prezzo di riferimento per **dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, beni e servizi, prestazioni sanitarie e non,** per ridurre la relativa spesa nel servizio pubblico. I risparmi sono riferiti anche alla spesa verso il privato accreditato, ma è solo una indicazione per le regioni. Non indicato valore. Calcolato in circa 750 milioni all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.

b) in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati compatibili con il livello di finanziamento di cui al primo periodo del presente comma, a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, nella misura massima del 35% di tale superamento, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche, con modalita' stabilite dal medesimo regolamento. Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come da ultimo modificato dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 e' rideterminato nella misura del 12,5%;	comma 1 b) Per la **farmaceutica ospedaliera** è confermato il tetto di spesa al 2,4% della spesa sanitaria. In caso di superamento del tetto, il 35% dell'eccesso di spesa va a carico delle aziende farmaceutiche (pay back). Nel 2010 la spesa farmaceutica ospedaliera ha "sfondato" il tetto: 5,4 miliardi contro i 2,5 miliardi previsti; il pay back al 35% a carico delle aziende vale circa un miliardo. Il tetto alla **spesa farmaceutica** convenzionata viene ridotto, scende dal 13,3% al 12,5% della spesa complessiva (800 milioni circa all'anno). Non indicato valore. Calcolato un miliardo all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2. .
c) ai fini di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni che tengano conto della qualita' e dell'innovazione tecnologica, elaborati anche sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 2010, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE), compresa la spesa relativa all'assistenza protesica,e' fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. Cio' al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, e' annualmente determinato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore e' recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non e' tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;	comma 1 c) Sarà introdotto un tetto di spesa annuale per **dispositivi medici e assistenza protesica** (al 5,2% della spesa sanitaria: vedi comma 2 penultimo capoverso) Non indicato valore. Calcolato in circa 750 - 800 milioni all'anno in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.

d) a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, dell'economia e delle finanze, 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 eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicita' delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purche' assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.	comma 1 d) Sono previsti **NUOVI TICKET** dal 2014 su farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie (non precisate). Le regioni possono sostituire questi nuovi ticket con altre misure purché di corrispondente effetto economico Non indicato valore. Calcolato in circa due miliardi all'anno, dal 2014, in base alla % di incidenza sulla manovra assegnata a questa voce nel comma 2.
2. Con l'Intesa fra lo Stato e le regioni di cui all'alinea del comma 1 sono indicati gli importi delle manovre da realizzarsi, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 16 in materia di personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per l'esercizio 2014, mediante le misure di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 1. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, gli importi sono stabiliti, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui al citato articolo 16, fra le predette misure nelle percentuali, per l'esercizio 2013, del 30%, 40% e 30% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b), e c) del comma 1, nonche', per l'esercizio 2014, del 22%, 20%, 15% e 40% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b) c) e d) del comma 1; per l'anno 2014, il residuo 3 per cento corrisponde alle economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16. Conseguentemente il tetto indicato alla lettera c) del comma 1 e' fissato nella misura del 5,2%. Qualora le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16 risultino di incidenza differente dal 3 per cento, le citate percentuali per l'anno 2014 sono proporzionalmente rideterminate e con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, ove necessario, e' conseguentemente rideterminato in termini di saldo netto da finanziare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 1.	comma 2) Per applicare tutte le misure del comma 1 è **prevista un'Intesa Stato Regioni entro il 30 aprile 2012.** **Ma se non si raggiunge l'Intesa, i** tagli per ogni ambito di spesa e i ticket contribuiranno, con diverse percentuali rispetto all'ammontare della manovra, al netto delle riduzioni di spesa previste per il personale nel 2014 Vedi la tabella che illustra come scattano tagli e ticket se non ci sarà l'Intesa:

Articolo 17	Ambito colpito dalla manovra sanitaria	Carico in % rispetto all'ammontare della manovra sanitaria Anno 2013	Carico in % rispetto all'ammontare della manovra sanitaria Anno 2014
Comma 1 lettera a)	**Taglio Spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, prestazioni sanitarie e non,**	30% *(esempio se la manovra nel 2013, al netto delle misure sul personale vale, 2 miliardi questo ambito di spesa sarà ridotto di 600 milioni*)	22%
Comma 1 lettera b)	**Taglio Spesa farmaceutica** (tetto spesa convenzionata 12,5%)	40%	20%
Comma 1 lettera c)	**Taglio Spesa per dispositivi medici e assistenza protesica** (tetto spesa 5,2%)	30%	15%
Comma 1 lettera d)	**Nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie**		40% *(esempio se la manovra nel 2014 al netto delle misure sul personale vale 5 miliardi i nuovi ticket sono pari a 2 miliardi*)
Comma 2	**economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 16**		3%

3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013 e 2014.	comma 3 Sono state prorogate al 2013 e al 2014 le vigenti misure di riduzione spesa sul **personale** (ndr: riduzione dell'1,4% rispetto alla spesa dell'anno 2004, al netto di alcune voci)
4. Al fine di assicurare, per gli anni 2011 e 2012, l'effettivo rispetto dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, nonché dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sono introdotte le seguenti disposizioni:	comma 4 Sono introdotte nuove misure relative alle **Regioni con Piani di rientro.** In particolare, **nel comma 4, le lettere a), b), c), d)** disciplinano i **limiti e poteri dei Commissari straordinari** rispetto agli organi legislativi ed esecutivi regionali. *La questione è stata sollevata dalla recente sentenza del TAR Abruzzo ed è molto delicata, riguarda le regole democratiche (i poteri sostitutivi dello Stato previsti dall'art 120 della Costituzione[7]), per questo, pur essendo necessario un intervento normativo, suscita perplessità sia stata risolta con un Decreto Legge*
a) all'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dopo il secondo periodo sono inseriti i seguenti: "A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvengano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli.";	comma 4 a) Su indicazione del commissario straordinario, entro sessanta giorni **il consiglio regionale è chiamato a modificare le leggi regionali in contrasto con il piano di rientro**. **Altrimenti** il Consiglio dei Ministri adotta provvedimenti anche normativi, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione (poteri sostitutivi).
b) all'articolo 2, dopo il comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e' inserito il seguente: "88-bis Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonche' di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.";	comma 4 b) **I "programmi operativi" previsti dal 2010 per le regioni con piano di rientro 2007/2009, sono una prosecuzione** e un aggiornamento dei precedenti piani, alla luce anche delle modifiche normative intervenute.

[7] Costituzione art. 120 comma 2: Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.

c) il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Abruzzo da' esecuzione al programma operativo per l'esercizio 2010, di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che e' approvato con il presente decreto, ferma restando la validita' degli atti e dei provvedimenti gia' adottati e la salvezza degli effetti e dei rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione. Il Commissario ad acta, altresi', adotta, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Piano sanitario regionale 2011 - 2012, in modo da garantire, anche attraverso l'eventuale superamento delle previsioni contenute in provvedimenti legislativi regionali non ancora rimossi ai sensi dell'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che le azioni di riorganizzazione e risanamento del servizio sanitario regionale siano coerenti, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza: 1) con l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico stabile del bilancio sanitario regionale programmato nel piano di rientro stesso, tenuto conto del livello del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo 2010 - 2012 con il Patto per la salute 2010 - 2012 e definito dalla legislazione vigente; 2) con gli ulteriori obblighi per le regioni introdotti dal medesimo Patto per la salute 2010 - 2012 e dalla legislazione vigente;	comma 4 c) Viene **ripristinata** la **validità degli atti del commissario straordinario in Abruzzo per il Programma operativo 2010** (altrimenti parzialmente annullati dalla sentenza TAR), che però deve presentare un nuovo Piano Sanitario Regionale 2011 – 2012 anche per modificare leggi regionali precedenti, nel rispetto dell'erogazione dei LEA.
d) il Consiglio dei Ministri provvede a modificare l'incarico commissariale nei sensi di cui alla lettera c);	comma 4 d) Il Consiglio dei Ministri modificherà l'incarico al Commissario dell'Abruzzo per attuare quanto previsto sopra: vedi lettera c).
e) al comma 51 dell'articolo 1 della legge 13 dicembre 2010, n. 220, sono apportate le seguenti modificazioni: 1) dopo le parole: "dalla legge 30 luglio 2010, n. 122," sono inserite le seguenti: "nonche' al fine di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario"; 2) nel primo e nel secondo periodo, le parole: "fino al 31 dicembre 2011", sono sostituite dalle seguenti: "fino al 31 dicembre 2012";	comma 4 e) Nelle regioni con Piano di Rientro è **prorogato fino al 31.12.2012 il blocco delle azioni legali** contro le aziende sanitarie debitrici **(es. pignoramenti).** E ciò anche per consentire lo svolgimento delle funzioni istituzionali in equilibrio finanziario.
f) per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e' stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della regione interessata, puo' essere disposta, in deroga al predetto blocco del turn over, l'autorizzazione al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, previo accertamento, in sede congiunta, della necessita' di procedere al predetto conferimento di incarichi al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, nonche' della compatibilita' del medesimo conferimento con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, sentita l'AGENAS.	Comma 4 f) Su richiesta della singola Regione, con Decreto Ministeriale può essere rimosso il blocco del turn - over per gli incarichi di dirigente medico responsabile di struttura complessa (ex primario), qualora necessario per garantire i LEA e la ristrutturazione della rete ospedaliera. *Norma contestata perché limitata alla figura del "primario", mentre i LEA e la ristrutturazione sono garantiti anche da altre figure professionali*

5. In relazione alle risorse da assegnare alle pubbliche amministrazioni interessate, a fronte degli oneri da sostenere per gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali, in applicazione dell'articolo 71 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 17, comma 23, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102: a) per gli esercizi 2011 e 2012 il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato a trasferire annualmente una quota delle disponibilita' finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, non utilizzata in sede di riparto in relazione agli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 207 del 7 giugno 2010, nel limite di 70 milioni di euro annui, per essere iscritta, rispettivamente, tra gli stanziamenti di spesa aventi carattere obbligatorio, di cui all'articolo 26, comma 2, della legge 196 del 2009, in relazione agli oneri di pertinenza dei Ministeri, ovvero su appositi fondi da destinare per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali sostenuti dalla Amministrazioni diverse da quelle statali; b) a decorrere dall'esercizio 2013, con la legge di bilancio e' stabilita la dotazione annua dei suddetti stanziamenti destinati alla copertura degli accertamenti medico-legali sostenuti dalle amministrazioni pubbliche, per un importo complessivamente non superiore a 70 milioni di euro, per le medesime finalita' di cui alla lettera a). Conseguentemente il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come fissato al comma 1, e' rideterminato, a decorrere dal medesimo esercizio 2013, in riduzione di 70 milioni di euro.	comma 5: ridotto di 70 milioni di euro il finanziamento del SSN, per creare un fondo destinato alle pubbliche amministrazioni per pagare alle Aziende sanitarie le spese per gli accertamenti medico legali ai dipendenti pubblici assenti dal servizio per malattia (**visite fiscali della "legge Brunetta"**). *DA CHIARIRE se si tratta di una partita di giro o di una riduzione vera e propria del FSN*
6. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, per l'anno 2011 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto - legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 1, comma 49, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, e' incrementato di ~~486,5~~ **105** milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, **con riferimento al periodo ~~1° giugno-31 dicembre 2011~~.compreso tra il 1 giugno 2011 e l'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.** A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.	comma 6 **"SUPER TICKET DA 10 EURO sulle ricette specialistiche: tornano dall'*entrata in vigore della legge: 17.7.2011*** L'emendamento del Governo cancella lo stanziamento di 486,5 milioni euro che servivano per evitare nel periodo 1.6.2011 - 31.12.2011 i super ticket da 10 euro Stanziati solo 105 milioni per i periodo giugno 17 luglio 2011 (entrata in vigore della legge). Cessano di avere effetto le disposizioni (ma non viene abolita la norma: comma 19 at. 61 legge 133/2008) che prevedeva la cancellazione del ticket anche per il 2011
7. Con decreto del Ministro della salute, previo protocollo d'intesa con le regioni Lazio, Puglia, Siciliana e con altre regioni interessate, e' disposta la proroga fino al 31 dicembre 2013 del progetto di sperimentazione gestionale di' cui all'articolo 1, comma 827, della legge 27 dicembre 2006. n. 296, coordinato dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della poverta' (INMP) di cui al decreto del Ministro della salute in data 3 agosto 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 20 settembre 2007, finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle	commi 7, 8, 9 **INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà**) Prorogato a fine 2013 il

malattie delle migrazioni e della poverta'. 8. Ad eventuali modifiche all'organizzazione e alle modalita' di funzionamento dell'INMP si provvede con decreto del Ministro della salute. Entro il 30 giugno 2013 il Ministero della salute verifica l'andamento della sperimentazione gestionale e promuove, sulla base dei risultati raggiunti, l'adozione dei provvedimenti necessari alla definizione, d'intesa con le regioni interessate, dell'assetto a regime dell'INMP. In caso di mancato raggiungimento dei risultati connessi al progetto di sperimentazione gestionale di cui al comma 7, con decreto del Ministro della salute si provvede alla soppressione e liquidazione dell'INMP provvedendo alla nomina di un commissario liquidatore. 9. Per la realizzazione e delle finalita' di cui ai commi 7 e 8, e' autorizzata per l'anno 2011 la corresponsione all'INMP di un finanziamento pari 5 milioni di euro, alla cui copertura si provvede mediante corrispondente riduzione, per il medesimo anno, dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 5 della legge 6 febbraio 2009, n. 7. Per il finanziamento delle attivita' di ciascuno degli anni 2012 e 2013 si provvede nell'ambito di un apposito progetto interregionale per la cui realizzazione, sulle risorse finalizzate all' attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, e successive modificazioni, e' vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro annui per il medesimo biennio.	progetto INMP, che potrebbe essere soppresso se non raggiunge gli obbiettivi del progetto.
10. Al fine di garantire la massima funzionalita' dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), in relazione alla rilevanza e all'accresciuta complessita' delle competenze ad essa attribuite, di potenziare la gestione delle aree strategiche di azione corrispondenti agli indirizzi assegnati dal Ministero della salute e di realizzare gli obiettivi di semplificazione e snellimento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della legge 4 novembre 2010, n. 183, con decreto emanato ai sensi dell'articolo 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazione, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), di cui al decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245, e' modificato, in modo da assicurare l'equilibrio finanziario dell'ente e senza alcun onere a carico della finanza pubblica, nel senso: a) di demandare al consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, il potere di modificare, con deliberazioni assunte ai sensi dell'articolo 22 del citato decreto n. 245 del 2004, l'assetto organizzativo dell'Agenzia di cui all'articolo 17 del medesimo decreto n. 245 del 2004, anche al fine di articolare le strutture amministrative di vertice in coerenza con gli accresciuti compiti dell'ente; le deliberazioni adottate ai sensi della presente lettera sono sottoposte all'approvazione del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze; b) di riordinare la commissione consultiva tecnico-scientifica e il comitato prezzi e rimborsi, prevedendo: un numero massimo di componenti pari a dieci, di cui tre designati dal Ministro della salute, uno dei quali con funzioni di presidente, uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze, quattro designati dalla Conferenza Stato-regioni nonche', di diritto, il direttore generale dell'Aifa e il presidente dell'Istituto superiore di sanita'; i requisiti di comprovata professionalita' e specializzazione dei componenti nei settori della metodologia di determinazione del prezzo dei farmaci, dell'economia sanitaria e della farmaco-economia; che le indennita' ai componenti, ferma l'assenza di oneri a carico della finanza pubblica, non possano superare la misura media delle corrispondenti indennita' previste per i componenti degli analoghi organismi delle autorita' nazionali competenti per l'attivita' regolatoria dei farmaci degli Stati membri dell'Unione europea; c) di specificare i servizi, compatibili con le funzioni istituzionali dell'Agenzia, che l'Agenzia stessa puo' rendere nei confronti di terzi ai sensi dell'articolo 48, comma 8, lettera c-bis), del decreto-legge n. 269 del 2003, stabilendo altresi' la misura dei relativi corrispettivi; d) di introdurre un diritto annuale a carico di ciascun titolare di autorizzazione all'immissione in commercio per il funzionamento, l'aggiornamento e l'implementazione delle funzionalita' informatiche della banca dati dei farmaci autorizzati o registrati ai fini dell'immissione in commercio, nonche' per la gestione informatica delle relative pratiche autorizzative, con adeguata riduzione per le piccole e medie imprese di cui alla raccomandazione 2003/361/CE.	Comma 10 Previsto Decreto Ministeriale per approvare un nuovo Regolamento **dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)**

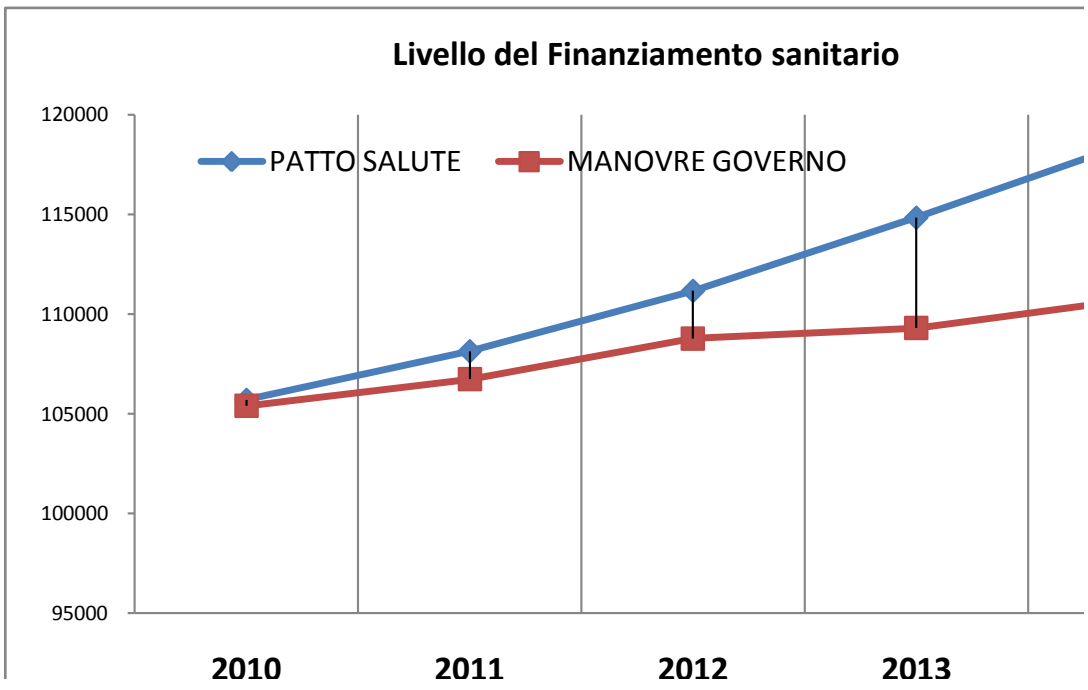
La Tabella 2 illustra come sarebbe stato l'incremento del finanziamento previsto dal Patto per la Salute senza le manovre del Governo (L. 122/2010 e ora L. 111/2011). Nel 2013 e 2014 il taglio del livello del finanziamento risulta molto superiore al saldo netto da finanziare secondo l'ultima manovra Legge 111/2011

Livello di finanziamento	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
previsto dal Patto per la Salute	**105.698** (+466 IVC)	**108.137** (+466 IVC)	**111.164,8** +2,8% sul 2011 (+466 IVC)	**114.833,2** * +3,3% sul 2012	**118.737,5** *+3,4% sul 2013
dopo le manovre Legge 122/10 e 220/10 D.L. 98/2011	**105.398****	**106.737****	**108.780*****	**109.294*****	**110.786*****
Taglio rispetto al finanziamento previsto dal Patto per la Salute	**-300** (da recuperare con risparmi sulla farmaceutica)	**-1.400** (compreso il mancato finanziamento per abolire i super ticket)	**-2.384,8**	**-5.539,2**	**-7.951,5**
Saldo netto da finanziare secondo le manovre****	=	-1.400	-1.734	-2,500	-5.450

*previsto dal Patto per la Salute anni 2010, 2011, 2012 e poi in base all'andamento del PIL nominale: anni 2013 e 2014

** Livello del Finanziamento dopo la Manovra L. 122/10, L. 220/10 e per il 2011 dopo la L. 111/2011 quindi compreso il mancato finanziamento per abolire i super ticket dal 1.6 al 31.12.2011

*** Livello del Finanziamento dopo la Legge 111/2011, cifre indicate nella Relazione Tecnica D.L. 98/2011

****si calcola sempre rispetto al finanziamento previsto a legislazione vigente

Il Grafico illustra la tabella 2