

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 17 Luglio 2013

Contratto, diritti negati e rischio contenzioso, i perché dello sciopero secondo Aaroi-Emac
DOCTORNEWS

Esclusivo. Lorenzin: "Si al contratto a costo zero. Possibile proroga obbligo assicurazione"
QUOTIDIANO SANITA'

Lorenzin, stiamo lavorando per rinviare l'assicurazione obbligatoria
DOTTNET

Bianco (Fnomceo): "Basta tagli al SSN"
QUOTIDIANO SANITA'

Bianco (Fnomceo), nuovi profili per Ordini professioni sanitarie
DOCTORNEWS

Regioni con piani di rientro: sì a pignorabilità beni Asl
DOCTORNEWS

P.a., superstipendi ai raggi x
ITALIA OGGI

Pensionati a mille euro e generazione precari "L'Italia è in trappola"
AVVENIRE

Non riaprire il capitolo dei trattamenti di anzianità
IL SOLE 24 ORE

Se la spesa è stabilizzata non si stravolga la riforma
IL SOLE 24 ORE

Pit salute 2013, in aumento segnalazioni di errori medici
DOCTORNEWS

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Contratto, diritti negati e rischio contenzioso, i perché dello sciopero secondo Aaroi-Emac



Diritti spesso negati o comunque non sempre rispettati. È questa, secondo **Alessandro Vergallo**, presidente dell'Aaroi-Emac, una delle principali sigle promotrici dello sciopero, la ragione fondamentale dell'iniziativa sindacale prevista per il 22 luglio. Un problema più che mai sentito dagli anestesisti rianimatori che lavorano in un ambito particolarmente delicato come le sale operatorie e le rianimazioni. Quanto all'ormai probabile rinvio della scadenza per l'obbligo assicurativo, che il ministro ha preannunciato nei giorni scorsi, gli anestesisti sperano che da probabile diventi certo, perché, sottolinea Vergallo, i nodi da risolvere sono troppi.

Dottor Vergallo, si avvicina la data dello sciopero. Quali le ragioni dell'adesione dell'Aaroi-Emac?

Il principale motivo è di carattere contrattuale. Dal 2009 i medici italiani sono senza contratto con conseguenze disastrose non tanto o almeno non solo sulle retribuzioni ma anche e soprattutto sul piano della trattativa sindacale. Che in altre termini vuole dire che da quattro anni esiste una oggettiva difficoltà a tutelare i diritti dei lavoratori. Diritti spesso negati o comunque non sempre rispettati.

di Marco Malagutti

quotidianosanità.it

Mercoledì 16 LUGLIO 2013

Esclusivo. Lorenzin: "Sì al contratto a costo zero. Possibile proroga obbligo assicurazione"

"Per ciò che attiene il mio ruolo di Ministro della Salute mi sento di voler istituire un rapporto diverso con i medici. Ma per il momento si potrebbero fare dei rinnovi a costo zero, cercando di dare in ogni caso assicurazioni per quanto riguarda il futuro". E poi l'annuncio di una possibile proroga dell'obbligo di assicurazione: "Me lo chiedono tutti. Anche dal Parlamento"

Rc professionale, rinnovi contrattuali, tavolo sulla farmaceutica e non solo. Abbiamo incontrato il ministro Lorenzin questa mattina a Roma in occasione della presentazione del Quaderno della salute sui disturbi alimentari (vedi altro articolo) e prima dell'inizio dei lavori le abbiamo potuto rivolgere alcune domande su questi temi "caldi".

"Per quanto riguarda il tema della negoziazione contrattuale – ci ha spiegato Lorenzin – per ciò che attiene il mio ruolo di Ministro della Salute mi sento di voler istituire un rapporto diverso con i medici e gli altri dirigenti del Ssn, che hanno subito come tutti un blocco degli aumenti contrattuali. Accanto a questo sacrificio però ci deve essere un accompagnamento per la valorizzazione della professione". Per il Ministro la strada da percorrere è quella del dialogo. "Per il momento si potrebbero fare dei rinnovi a costo zero, cercando di dare in ogni caso assicurazioni alla categoria per quanto riguarda il futuro".

Altro tema annoso e strettamente collegato ai rinnovi contrattuali, è quello che attiene l'obbligo di assicurazione per i professionisti che dovrebbe scattare il 13 agosto. "Sulle assicurazioni - ha affermato il Ministro - stiamo lavorando al regolamento. Il decreto Balduzzi prevedeva un termine (scaduto il 30 giugno) ma ci siamo trovati di fronte ad un lavoro non portato a compimento. Ma prima di tutto dobbiamo cercare di dare una risposta sulla realtà dell'assicurazione". E in questo quadro il Ministro ha anche parlato di una possibile proroga: "Me lo stanno chiedendo in modo molto forte anche dal Parlamento e quindi stiamo valutando. Certo, c'è il problema della proroga della proroga, ma noi siamo arrivati da due mesi. In ogni caso, non si potrà arrivare al 13 agosto senza aver risolto il problema in un modo o in un altro".

Sul tavolo della farmaceutica che si è riaperto ieri, netto il giudizio del ministro sull'incontro: "È stato molto positivo, a partire dal fatto che si è riaperto. E si è riaperta soprattutto la volontà di fare politica industriale sul settore della farmaceutica e su tutta la filiera in Italia. In questi anni abbiamo fatto un forte lavoro sul contenimento della spesa farmaceutica che ci ha permesso anche di contenere i costi del Ssn. Ora però, dobbiamo dare delle risposte dal punto di vista industriale. Le stesse aziende ci hanno detto che non cercano incentivi a aiuti. Vogliono stabilità e un percorso normativo e regolatorio certo e una semplificazione che consenta di attrarre e mantenere gli investimenti in Italia".

Una battuta il Ministro l'ha fatta anche sul Patto della Salute, il vero architrave delle politiche sanitarie, scaduto da più di un anno. "Noi siamo pronti. Ora è iniziata una fase negoziale con il Mef. Stiamo lavorando tutti con l'intento di farlo". Ma sui tempi non si è voluta sbilanciare.

Il Ministro ha poi rinnovato la sua solidarietà e vicinanza al Ministro per l'Integrazione Cecile

Kyenge dopo le parole oltraggiose nei suoi confronti da parte del vice presidente del Senato Calderoli. "Sono parole inaccettabili in un Paese civile, orrende da tutti i punti di vista nei confronti della persona e del ministro che rappresenta lo Stato. Abbiamo espresso tutta piena solidarietà al Ministro ma direi anche qualcosa di più: amicizia e vicinanza". "Credo che questo sia il segnale migliore da dare a chi pensa di poter fare 'battute' su questioni come questa - ha specificato - sulle quali invece non si possono fare 'battute'".

Infine Lorenzin è entrata sulla questione Ilva dopo le polemiche scaturite dalle risultanze di una relazione predisposta da alcuni esperti per incarico dell'azienda che stronca le analisi fatte fino ad ora sulla correlazione tra inquinamento ambientale della zona e tumori. "La situazione dell'Ilva la conosciamo tutti - spiega la Lorenzin - il ministero della Salute sarà chiamato a fare le valutazioni dal punto di vista sanitario. Spero che questa polemica si plachi al più presto e che invece si possa cominciare la fase di risanamento e di messa in sicurezza dell'Ilva".

Luciano Fassari

Lorenzin, stiamo lavorando per rinviare l'assicurazione obbligatoria



La scorsa settimana Raffaele Calabrò capogruppo Pdl presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ci aveva preannunciato che si sta lavorando su un rinvio dell'obbligo di assicurazione.

Un'altra conferma questa volta arriva dal ministro Lorenzin che rilancia proprio sul tema dell'obbligo di assicurazione per i professionisti che dovrebbe scattare il 13 agosto. "Sulle assicurazioni – spiega il Ministro - stiamo lavorando al regolamento.

Va precisato però che il decreto Balduzzi prevedeva un termine (scaduto il 30 giugno) e ciò ci ha posti davanti ad un lavoro non portato a compimento. Ciò non toglie che dobbiamo dare risposte certe sui problemi assicurativi".

Sulla proroga il ministro è stato chiaro "Me la stanno chiedendo in modo molto forte anche dal Parlamento e quindi stiamo valutando sul come procedere, anche se siamo al Governo da appena due mesi.

Di certo c'è da dire che prima del 13 agosto daremo una risposta certa". Calabrò sull'argomento è stato chiaro: "Una legge sul rischio clinico non è materia tecnica: la posta in gioco è alta toccando la libertà del medico di lavorare in serenità, in piena coscienza e scienza, e ciò nell'interesse esclusivo del diritto alla salute sancito all'art.32 della Costituzione.

Oggi, invece, i camici bianchi vivono con il timore di doversi imbattere in cittadini dalla denuncia facile, avvocati che

offrono patrocinio legale gratuito fuori gli ospedali e premi assicurativi dai prezzi proibitivi, anche di 10mila euro l'anno.

Cifre che penalizzano ovviamente i più giovani". E questa potrebbe essere la nuova norma: La responsabilità civile dev'essere a carico della struttura sanitaria, fermo restando che il paziente, che sia realmente vittima di dolo o colpa grave da parte del professionista, ha diritto a vedersi risarcito il danno dal professionista.

Un'altra novità è contenuta nell'articolo 5, che prevede un tentativo obbligatorio di conciliazione tra il danneggiato (o gli eventuali aventi diritto al risarcimento) e il professionista.

L'obiettivo è cercare di ridurre la mole del contenzioso, che sta facendo lievitare i costi della medicina difensiva, con cui si intendono tutte le pratiche messe in atto dal medico per difendersi da eventuali azioni civili e penali dei pazienti.

La legge deve anche prevedere un'unità di risk management capace di prevenire e valutare gli errori sanitari: un medico che lavora in condizioni sempre più difficili per i continui tagli inferti al sistema sanitario, eccesso di ore di straordinario per carenza di personale, sovraffollamento dei Pronto Soccorso, può più facilmente cadere in errore non imputabile alla sua sola condotta.

"La responsabilità civile – aggiunge Calabrò - dev'essere a carico della struttura sanitaria, fermo restando che il paziente, che sia realmente vittima di dolo o colpa grave da parte del professionista, ha diritto a vedersi risarcito il danno dal professionista.

Un'altra novità è contenuta nell'articolo 5, che prevede un tentativo obbligatorio di conciliazione tra il danneggiato (o gli eventuali aventi diritto al risarcimento) e il professionista".

L'obiettivo è cercare di ridurre la mole del contenzioso, che sta facendo lievitare i costi della medicina difensiva, con cui si intendono tutte le pratiche messe in atto dal medico per difendersi da eventuali azioni civili e penali dei pazienti.

La legge deve anche prevedere un'unità di risk management capace di prevenire e valutare gli errori sanitari: un medico che lavora in condizioni sempre più difficili per i continui tagli inferti al sistema sanitario, eccesso di ore di straordinario per carenza di personale, sovraffollamento dei Pronto Soccorso, può più facilmente cadere in errore non imputabile alla sua sola condotta.

Denunce al Tdm: Quasi due cittadini su dieci (il 17,7%) nel 2012 hanno chiamato il Tribunale del malato per casi di presunto errore medico, in crescita di un punto e mezzo rispetto al 2011 (16,3% delle segnalazioni). Il dato emerge dal XVI Rapporto Pit salute, presentato oggi a Roma al ministero della salute, secondo il quale c'è comunque una diminuzione di presunti errori diagnostico-terapeutici, passati dal (62,7% delle segnalazioni del 2011 al 57% del 2012).

Si sbaglia diagnosi, almeno nelle lamentele dei cittadini, soprattutto nell'area oncologica, che rappresenta il 27,3% delle chiamate per presunti errori medici, dato in lieve aumento rispetto al 26,5% del 2011.

La seconda area più segnalata per errori o malpractice resta l'ortopedia, che si attesta ad un 14,3% (ma rimane in testa per gli errori terapeutici, con il 32,1% delle segnalazioni) e a seguire l'area della ginecologia ed ostetricia con il 9,1% delle segnalazioni.

E lo scorso anno sono aumentano di molto le segnalazioni riguardanti le condizioni delle strutture sanitarie, passando dal 15% del 2011 al 23% del 2012. È un dato preoccupante, considerato che l'anno scorso avevamo addirittura registrato

una lieve flessione, mentre sono 'stabili' (intorno al 12%) le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario, ovvero tutti quei comportamenti che, pur non avendo causato un danno, rappresentano procedure incongrue e potenzialmente rischiose. Una delle aree nelle quali si riscontrano casi di malpractice risulta essere anche l'utilizzo di protesi difettose. Si tratta del 3,4% dei casi, in particolare relativi a protesi mammarie e protesi d'anca.

Gli errori in ostetricia: secondo lo studio Marsh ([clicca qui per il documento completo](#)) i parti sono una delle fonti di rischio più elevato e la fase più delicata è il travaglio, durante il quale si concentrano quasi la metà dei sinistri denunciati.

L'analisi ha passato al setaccio le richieste di risarcimento specifiche per eventi reclamati in seguito a parti avvenuti in circa 82 strutture sanitarie tra il 2004 e il 2011 –; seguono poi gli errori in fase espulsiva 21%, l'errore anestesilogico 8%, l'errore nell'apposizione del forcipe 6%, i problemi durante la rianimazione neonatale 5%, i problemi nell'esecuzione dell'episiotomia 7% e l'errore diagnostico 4%.

Sulla base del campione analizzato, sono 85 le richieste di risarcimento all'anno (80 secondo la precedente edizione del report) e circa 3,75 per ogni singola struttura sanitaria, per un totale di 665 negli otto anni di analisi (2004-2011) su un campione medio annuo di circa 158 mila nascite.

A livello nazionale il dato è di 8,3 eventi ogni 10 mila bambini nati, in riduzione del 7% rispetto al report precedente. Il valore assicurativo di ogni nato è pari a 208 euro, in aumento del 20%.

Le strutture di base hanno un tasso di eventi denunciati pari a 10 ogni 10 mila parti, gli ospedali specialistici 6, i policlinici 3,3 e gli ospedali monospecialistici ad ambito ostetrico

ginecologico e materno infantile il tasso di eventi è di 9. I casi di richieste di risarcimento danni in seguito a parti cesarei sono il 21,5% mentre il 78,5% è legato a parti fisiologici. In quasi 9 casi su 10 l'evento è riferito a problematiche collegate al bambino e solo 1 su 10 alla madre, con un 13% che ha comportato il decesso della madre o del bambino.

A livello economico negli 8 anni di analisi sono stati risarciti complessivamente 43 milioni di euro con un liquidato medio di 368 mila euro mentre sono riservati circa 132 milioni di euro con una riserva media di 274 mila euro.

Nella terza edizione sono state analizzate le tipologie di lesioni che possono essere così riassunte: 41% per sofferenza fetale, 15% per distocia di spalla, 9% per abrasioni sul bambino, 8% per abrasioni sulla madre, 8% per problematiche anestesilogiche e rianimatorie, 4% per emorragie materne, 2% per malformazioni genetiche.

La tipologia di richieste di risarcimento è in prevalenza stragiudiziaria (63%) seguita dai procedimenti civili (29%) e da quelli penali (8%), con tempi di denuncia che si stanno accorciando nel tempo. Il 45% delle richieste danni viene denunciata entro un anno e un ulteriore 15% entro due anni. Complessivamente entro 3 anni viene denunciato il 70% delle richieste, per arrivare al 91% entro i 6 anni.

Resta ancora alto il numero di richieste aperte e riservate pari al 72%, percentuale invariata rispetto all'edizione precedente. Le pratiche chiuse sono quasi il 17% e quelle senza seguito sono il 6%.

In questa terza edizione sono stati analizzati anche i casi di medmal per problematiche legate al parto anche nella sanità privata; in questo caso il campione di riferimento è

più ristretto con una conseguente numerosità di richieste danni inferiore.

Lo studio nella sanità privata è stato effettuato su 10 strutture e complessivamente sono state analizzate circa 80 richieste danni. La media è di circa 10 sinistri complessivi annui e di circa 2,5 eventi per singola struttura. Il 73% delle richieste danni è stragiudiziario mentre il 12% è un procedimento civile ed un restante 9% è un procedimento penale.

La maggior parte delle pratiche è ancora aperta e riservata (66%), il 17% è chiuso e il 17% è senza seguito. A livello economico negli 8 anni di analisi sono stati risarciti complessivamente 1,5 milioni di euro con un liquidato medio di 114 mila euro, mentre sono riservati circa 9 milioni di euro con una riserva media di 168 mila euro.

Secondo un primo confronto, i tempi di denuncia delle richieste danni nelle strutture private sono analoghi rispetto a quelle degli ospedali pubblici.

Mediamente si può affermare che avvengono meno eventi negli ospedali pubblici e che quelli che accadono degli ospedali privati sono risarciti con importi inferiori.

quotidianosanità.it

Merccoledì 16 LUGLIO 2013

Bianco (Fnomceo): "Basta tagli al Ssn"

"Il nostro Sistema Sanitario nazionale non può più sopportare ulteriori politiche di definanziamento pubblico, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità che ne rappresentano i principi fondanti". È questo il commento del presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri, **Amedeo Bianco**, sui dati emersi dal XVI Rapporto Pit Salute del Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva, presentato questa mattina a Roma presso il ministero della Salute.

Al centro delle segnalazioni dei cittadini, infatti, ci sono le difficoltà di accesso alle cure offerte dal Servizio Sanitario nazionale, in termini di tempi di attesa e di costi. Spending review, manovre finanziarie, "Salva Italia", Legge di stabilità: i tagli che, in questi ultimi anni hanno depauperato il Sistema Sanitario rischiano ora di metterne a rischio la stessa sostenibilità.

"Il Sistema sanitario è oggi stretto – ha continuato Bianco – tra nuove esigenze emergenti e nuovi vincoli imposti dalla finanza pubblica". "I nodi da sciogliere – ha affermato – attengono a profili istituzionali, economici, gestionali-organizzativi e tecnico professionali e stanno fortemente condizionando al ribasso l'equità e l'universalismo del nostro servizio sanitario pubblico, erodendo in alcune aree del paese anche delicati aspetti di qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate".

"Si tratta di garantire indistintamente a tutti i cittadini italiani un diritto protetto dalla Costituzione e, come tale, unico ed indivisibile. In definitiva - ha concluso - il nostro Ssn non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente ed inefficace ma una grande opera tecnico professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale ed identità civile al nostro Paese".

Bianco (Fnomceo), nuovi profili per Ordini professioni sanitarie

Tre proposte ampiamente sovrapponibili, che ci si augura confluiscono in un testo unificato: tra i disegni di legge che ridisegneranno gli Ordini delle professioni sanitarie, uno vede tra i firmatari il presidente della Fncomceo, **Amedeo Bianco**. Molte le novità. Per quanto riguarda la parte di carattere generale ordinamentale, Bianco ne elenca tre principali: «primo, da organi ausiliari diventano organi sussidiari dello stato; sono istituzioni che operano, innanzitutto, nel campo esclusivo della ricognizione dei titoli e dei requisiti per accedere alla professione; secondo, operano nel campo della promozione della qualità professionale e in questo integrano la loro azione con quella delle istituzioni preposte alla formazione pre e post laurea. Terzo, agiscono a tutela dei valori etici connessi alle attività sanitarie e qui ci riferiamo ovviamente, da una parte alla deontologia professionale e dall'altra alle attività disciplinari a questa connesse». Gli ordini vengono definiti enti pubblici non economici, dotati di autonomia finanziaria, patrimoniale e gestionale; non gravano dunque sul bilancio pubblico, perché sono sostenuti dai contributi degli iscritti e, in via generale, garantiscono gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale: «questo significa - spiega Bianco - che sono istituzioni preposte alla tutela degli interessi degli iscritti, ma solo nella misura in cui queste coincidono con gli interessi pubblici». Anche tutto l'asset organizzativo e gestionale viene rivisto, in particolare nel testo viene prefigurata l'abolizione delle province, laddove la dizione di "ordini provinciali" diventa "ordini territoriali". Un altro aspetto innovativo riguarda l'attività disciplinare: «è prevista la separazione tra funzione inquirente e giudicante; tutta la parte istruttoria viene definita da commissioni regionali in cui entra a far parte anche un rappresentante designato dal ministero della Salute, mentre la funzione giudicante dev'essere in capo alle commissioni di Albo». In generale siamo di fronte a un'opera di ammodernamento, oltre che delle finalità, anche delle regole di vita quotidiana di queste istituzioni che, ricorda Bianco, «erano costruite su un modello di ordine del 1948, certamente non più funzionali oggi».

Regioni con piani di rientro: sì a pignorabilità beni Asl

Questa settimana gli esperti di Diritto sanitario si soffermano sulla sentenza che ha fatto molto discutere in questi giorni, secondo la quale i beni della Asl non sono impignorabili.

Il fatto

Il Tar Campania ha sollevato questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 51, della legge 13 dicembre 2010, n. 220 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2011), nella parte in cui prevede che, nelle Regioni già commissariate in quanto sottoposte a piano di rientro dei disavanzi sanitari non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali o ospedaliere sino al 31 dicembre 2011.

Profili giuridici

La Cassazione ha precisato che un intervento legislativo – che di fatto svuota di contenuto i titoli esecutivi giudiziali conseguiti nei confronti di un soggetto debitore – può ritenersi giustificato da particolari esigenze transitorie, qualora sia limitato ad un ristretto periodo temporale e le disposizioni di carattere processuale che incidono sui giudizi pendenti siano controbilanciate da disposizioni di carattere sostanziale che garantiscano la realizzazione dei diritti oggetto delle procedure estinte. La disposizione al vaglio del giudizio di legittimità, la cui durata nel tempo, inizialmente prevista per un anno, è stata differita di ulteriori due anni (sino al 31 dicembre 2013), oltre a prevedere la estinzione delle procedure esecutive iniziate e la contestuale cessazione del vincolo pignoratizio gravante sui beni, con definitivo accollo a carico dei creditori delle spese di esecuzione già affrontate, non prevede alcun meccanismo certo in ordine alla soddisfazione delle posizioni sostanziali relative ai titoli esecutivi inutilmente azionati. La norma, pertanto, ponendosi in contrasto con l'art. 24 Costituzione, in quanto vengono vanificati gli effetti della tutela giurisdizionale già conseguita dai numerosi creditori delle aziende sanitarie procedenti nei giudizi esecutivi, è stata dichiarata incostituzionale.

Il ministro della funzione pubblica D'Alia ha avviato il monitoraggio sul rispetto del tetto

P.a., superstipendi ai raggi X

I grand commis non possono guadagnare più di 302 mila €

DI FRANCESCO CERISANO

Ai raggi X i superstipendi dei grand commis di stato. Il ministro della funzione pubblica Gianpiero D'Alia vuole vederci chiaro sul rispetto dei limiti retributivi introdotti da Monti col dl Salva Italia. La legge prevede che in nessun caso il trattamento economico dei super manager statali possa oltrepassare quello percepito dal primo presidente della Corte di cassazione (fissato per il 2012 in 302.937 euro). Ma il tetto è stato più volte disatteso in questi anni e palazzo Vidoni vuole capire perché. Per questo con una circolare (prot. n. 0033516 del 15/7/2013) firmata lunedì D'Alia ha avviato il monitoraggio degli stipendi inviando

alle amministrazioni interessate (palazzo Chigi, ministeri,

agenzie fiscali, Corte conti, Consiglio di stato, Avvocatura dello stato, enti pubblici non economici, enti di ricerca, Authority) un modulo che andrà restituito debitamente compilato entro il 10 settembre. Gli enti potranno rispondere via mail scrivendo al seguente indirizzo: trattamento.personale@funzionepubblica.it

Il censimento avviato da D'Alia anticipa i tempi rispetto alla tabella di marcia prevista dal dpcm 23 marzo 2012 (che ha dato attuazione al Salva Italia) che fissa al 30 novembre di ciascun anno il

termine entro cui gli enti sono tenuti a comunicare alla Funzione pubblica gli incarichi che gravano sul bilancio dello stato.

Lo scopo di questo monitoraggio anticipato è far emergere eventuali scostamenti rispetto al tetto. Per questo gli enti dovranno indicare le posizioni e i nominativi dei super manager che hanno percepito di più del dovuto, e soprattutto le iniziative

messe in atto per ridurre i super stipendi entro i limiti di legge. Palazzo Vidoni chiede inoltre di comunicare se sono state adottate direttive

interne per il controllo interno del tasso di adempimento delle norme sul tetto agli stipendi.

I DATI OCSE E INPS: UN 50% IN DIFFICOLTÀ



Giovani e anziani: precari a metà per lavoro e pensioni

È un Paese diviso in due quello raccontato dai rapporti dell'Ocse e dell'Inps: da un lato la generazione precari, con un giovane su due senza posto fisso, dall'altra gli over 60, metà dei quali riceve un assegno che non supera i mille euro. Due facce della crisi, che potrebbe continuare anche nel 2014, quando la disoccupazione salirà al 12,6%.

MOTTA A PAGINA 7

Pensionati a mille euro e generazione precari «L'Italia è in trappola»

Un lavoratore under 25 su due è a termine

DA MILANO **DIEGO MOTTA**

Uno su due. L'Italia divisa a metà dalla Grande Crisi vive ormai intorno alla frontiera simbolica del 50%, che accomuna giovani e meno giovani. Una coincidenza ha voluto che, nello stesso giorno, i dati provenienti dall'Europa, via Ocse, e dall'Italia, via **Inps**, catapultassero di nuovo la generazione degli *under 30* e quella degli *over 60* sul palcoscenico della recessione. Due volti e due storie diverse, ovviamente. Chi ha compiuto vent'anni sogna di avere un posto, quello che spettava quasi di diritto ai padri e ai nonni. Una pro-

spettiva sempre più lontana. Chi invece è uscito dal mercato del lavoro, fa i conti con i mille euro della pensione, non un centesimo di più.

Si allarga il gap con l'Europa

Secondo l'Organizzazione europea per la cooperazione e lo sviluppo, oltre la metà dei lavoratori italiani con un'età inferiore ai 25 anni, ha un'occupazione precaria. Si tratta del 52,9%, per la precisione. La percentuale di precari, secondo i dati di fine 2012 diffusi dall'*Employment outlook*, è quasi raddoppiata rispetto al 2000, quando si attestava al 26,2%. La parabola discendente del lavoro non sembra finita, tanto che la quota degli italiani senza un impiego è vista in ulteriore peggioramento

nei prossimi mesi, dal 12,2% del maggio 2013 al 12,6% di fine 2014. Secondo l'istituzione parigina, l'Italia resta un Paese «intrappolato nella recessione», protagonista di una sindrome che accompagna altri Paesi del Mediterraneo come la Grecia, il Portogallo e la Spagna: quella della crescita zero, che di fatto brucia in partenza le attese di formazione e di carriera di milioni di giovani e non solo. In totale, i disoccupati nell'Eurozona sono 48 milioni, un terzo dei quali causati dalla Grande Crisi degli ultimi 5 anni. Quanto al fenomeno dei Neet italiani, giovani che né studiano né lavorano, il rischio più grosso è che essi rimangano indietro rispetto ai coetanei del Vecchio continente, «che hanno sostituito all'esperienza di lavoro una buona istruzione e che usciranno verosimilmente dalla crisi meglio equipaggiati per fronteggiare le crisi tecnologiche del futuro». Unica nota positiva del rapporto è il giudizio sulla riforma Fornero, che grazie al nuovo articolo 18 riduce di fatto la possibilità di reintegro dei lavoratori in caso di licenziamento. Meno garanzie per gli occupati e più libertà di manovra per le aziende si tradurranno verosimilmente in «creazione di posti di lavoro stabili nel medio termine», conclude l'Ocse.

La forbice dei trattamenti
L'altra faccia dell'Italia in trapola, per restare alla metafora,

è quella di chi invece, potendo contare sulla garanzia della pensione, si trova con assegni che certificano un potere d'acquisto sempre più basso. Oltre sette milioni di pensionati, quasi la metà dei 15,8 milioni di pensionati italiani, nel 2012 hanno fatto i conti con redditi inferiori a 1.000 euro al mese. Il 14% percepisce un assegno medio mensile di 310 euro, il 30% si ferma a quota 713. Livelli minimi, del tutto inadeguati per affrontare con dignità la vita quotidiana. Solo il 7% vanta trattamenti decisamente al di sopra dei 2.500 euro. La relazione annuale **del Inps** ha anche messo nero su bianco l'impegno finanziario assicurato sul versante delle ristrutturazioni aziendali: nel 2012 sono stati autorizzati 1,1 miliardi di ore di cassa integrazione (+12% sul 2011) per oltre 1,6 milioni di lavoratori interessati (+28,5%). La spesa totale per le prestazioni è stata pari a 6,2 miliardi di euro (compresa la copertura per la contribuzione figurativa). Sono stati erogati 22,7 miliardi di euro per le prestazioni di sostegno al reddito (compresi i contributi figurativi), tra cassa integrazione guadagni, indennità di disoccupazione e di mobilità, per una platea di beneficiari di circa 3,2 milioni.

L'Inps: «Trattamenti medi di 310 euro per il 14% degli italiani». L'Ocse: «Disoccupazione su anche nel 2014»

Altri 33 miliardi di debito

DA MILANO

Nuovo massimo storico per il debito pubblico italiano che a maggio è aumentato di 33,4 miliardi di euro raggiungendo quota 2.074,7 miliardi. Il dato arriva dalla Banca d'Italia, che certifica così un aumento del debito pubblico di 86 miliardi dall'inizio dell'anno. Bankitalia spiega che questo aumento «riflette principalmente l'incremento di 20,4 miliardi delle disponibilità liquide del Tesoro e il fabbisogno delle Amministrazioni pubbliche del mese». Inoltre alla crescita del debito nei primi cinque mesi del 2013 ha contribuito per quasi 7 miliardi il sostegno dei Paesi dell'area dell'euro in difficoltà. «L'ale sostegno – calcola Bankitalia – complessivamente ha raggiunto 49,5 miliardi». A fronte del debito che avanza, le entrate fiscali crescono ma moderatamente. Nei primi cinque mesi del

2013 si sono attestate a quota 143,171 miliardi di euro, lo 0,7% in più rispetto al periodo gennaio-maggio 2012. Sull'andamento del gettito – che aumenta meno dell'1% in 5 mesi e che nel solo mese di maggio cala del 2,2% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente – pesano anche i mancati incassi Iva dovuti al crollo dei consumi. Nei primi 5 mesi del 2013 il gettito Iva è calato del 6,8% rispetto allo stesso periodo del 2012. In nessuna grande economia europea si è vista una simile caduta. Cala di quasi 15 miliardi in aprile l'ammontare dei titoli di Stato italiani in mano a investitori esteri, scendendo a 673,9 miliardi dai 689,5 mld (rivisto da 692,5 di marzo). Bankitalia rileva anche che tra marzo e aprile si è ulteriormente ridotta – dal 40,5 al 39,4% – la quota di debito pubblico italiano in mano a investitori stranieri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANZIANI

14%

i pensionati con un reddito pensionistico inferiore ai 500 euro

4,9 milioni

gli italiani che ricevono assegni previdenziali tra i 500 e i 1.000 euro

1.725 euro

l'importo medio di una pensione nel settore pubblico

881 euro

l'importo medio di una pensione nel settore privato (percepito con la vecchia **INPS**)

1.518 euro

la pensione media degli uomini

1.053 euro

la pensione media delle donne

261,3 miliardi

la spesa complessiva sostenuta **INPS**

15,86%:

il peso del sistema sul Pil

21,1 milioni

i trattamenti di natura previdenziale e assistenziale

10,4 miliardi

la spesa per indennità di maternità, malattia e assegni al nucleo familiare

GIOVANI

52,9%

i lavoratori precari sotto i 25 anni in Italia nel 2012

26,2%

i precari sotto i 25 anni in Italia nel 2000

21,5%

la quota di giovani che non lavorano né studiano, i cosiddetti Neet

12,6%

la previsione Ocse sulla disoccupazione in Italia nel 2014

7,8%

i senza lavoro nell'area Ocse nel 2014

16 milioni

i posti persi in Europa con la Grande Crisi, dal 2007 al 2012

48 milioni

i lavoratori disoccupati nell'Eurozona

+12%

le ore di cassa integrazione registrate nel 2012 in Italia

1,6 milioni

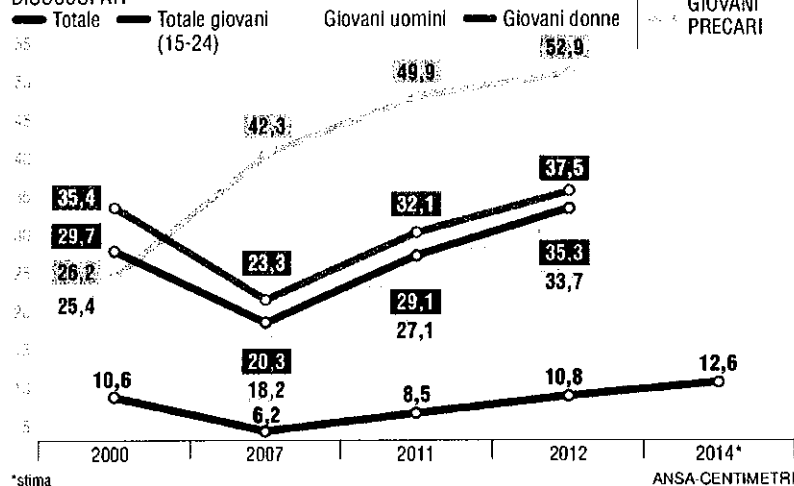
i lavoratori interessati da ammortizzatori sociali negli ultimi 12 mesi

22,7 miliardi

il totale delle prestazioni erogate a sostegno del reddito

La situazione in Italia

Percentuale di disoccupati e di giovani precari secondo l'Ocse
DISOCCUPATI



un Paese diviso

Giovani senza certezze alla ricerca di un posto, mentre gli over 60 ricevono assegni sempre più bassi. La fotografia scattata contemporaneamente a Parigi e a Roma, in due rapporti distinti, conferma le difficoltà dell'Italia nell'individuare un percorso comune per uscire dalla recessione.

I dati dell'Inps

Rapporto annuale 2012

PENSIONI (prestazioni previdenziali e assistenziali)



SPESA COMPLESSIVA
261,3
miliardi di euro



BENEFICIARI
15,9 milioni
di pensionati



PENSIONI
21,1
miliardi

Oltre 3.000 euro
4,1%
654.000 pensionati

Da 1.500 a 2.000 euro
17,1%
2.300.000

Da 500 a 1.000 euro
31,0%
4.900.000

Da 2.000 a 3.000 euro
11,3%
1.800.000

Da 1.000 a 1.500 euro
25,0%
3.900.000

Sotto i 500 euro
14,0%
2.200.000



SPESA PENSIONISTICA RISPETTO AL PIL

15,86%

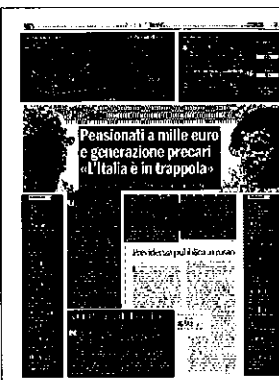
Cassa Integrazione

ORE AUTORIZZATE
1,1 miliardi
+12%
sul 2011

LAVORATORI INTERESSATI
1,6 milioni
+28,5%
sul 2011

SPESA TOTALE PER LE PRESTAZIONI
6,2 miliardi di euro

ANSA-CENTIMETRI



INTERVENTO

**Giuliano Cazzola
e Pietro Ichino**

Non riaprire il capitolo dei trattamenti di anzianità

Mentre l'Inps ci informa che la spesa pensionistica nel 2012 ha raggiunto quasi il 16% del Pil, il presidente della Commissione lavoro della Camera, Cesare Damiano, conferma il proprio intendimento di tornare indietro rispetto alla riforma delle pensioni attuata nel dicembre 2011. Esattamente come fece nel 2007, quando smontò la riforma delle pensioni attuata dal suo predecessore: operazione che è costata alle finanze pubbliche la bellezza di sette miliardi e mezzo di euro, a regime.

Ora lo stesso Damiano giustifica questo suo progetto osservando che la riforma pensionistica del dicembre 2011 è destinata a portare, nell'arco dei prossimi quarant'anni, circa 300 miliardi di risparmi per lo Stato: effetto che egli considera ingiusto, in quanto mirerebbe a sistemare i conti pubblici gravando sulla parte più debole della popolazione. Le cose stanno molto diversamente.

È stata proprio la riforma delle pensioni del 2011 a eliminare una colossale ingiustizia: quella che consentiva alla generazione dei cinquantenni e sessantenni di andare in pensione più presto e a condizioni incomparabilmente più vantaggiose rispetto a quanto

era permesso alle nuove generazioni. Per di più accollando a queste ultime – la vera parte più debole della popolazione – qualche decina di miliardi di debito ogni anno da ripagare nei decenni futuri. È questa la “giustizia sociale” a cui pensa Damiano?

L'obiettivo a cui punta il Presidente della Commissione lavoro della Camera è non solo il riabbassamento dell'età per la pensione di vecchiaia, ma soprattutto il ripristino delle pensioni di anzianità, cioè di quelle che si possono ottenere con il solo requisito contributivo (41 anni di lavoro). Damiano non si chiede perché questo tipo di pensione, ottenibile senza alcun requisito di età, quindi anche prima dei 60 anni e senza penalizzazioni economiche, non esiste in alcun altro Paese d'Europa?

Fino alla riforma del 2011,

per decenni abbiamo seguito e consolidato la prassi per la quale le crisi occupazionali aziendali si risolvevano sistematicamente ricorrendo ai prepensionamenti dei cinquantenni; col risultato che in Italia oggi il tasso di occupazione nella fascia di età tra i 55 e i 65 anni è solo di un terzo: uno dei più bassi del mondo. Davvero Damiano considera questo come un buon uso delle risorse del welfare?

Il pensionamento di una persona che può ancora

lavorare non è soltanto un “fatto privato” tra quella persona e l'Istituto previdenziale; è anche un fatto che presenta una conseguenza negativa per l'intero sistema economico: gli sottrae una risorsa che potrebbe invece continuare a produrre ricchezza. Coltivare il modello sociale del pensionamento precoce non fa solo un danno alle persone che vengono espulse dal mercato del lavoro prematuramente, ma anche un danno al tessuto produttivo del Paese.

Sarebbe interessante sapere se davvero il PD fa suo il progetto regressivo propugnato dal suo ex-ministro del Lavoro e quindi si propone di ripetere il gravissimo errore da lui compiuto nel 2007. I giovani democratici non hanno nulla da obiettare? Ma sarebbe interessante sapere anche se il PdL condivide la scelta della propria Vicepresidente della Commissione lavoro della Camera, Renata Polverini, di allinearsi pedissequamente al progetto Damiano.

Al Governo, invece, chiediamo se non sia maturo il tempo per affrontare la questione dei cinquantenni e sessantenni disoccupati e senza pensione, quelli che oggi vengono ormai indiscriminatamente quanto impropriamente indicati come “esodati” offrendo loro non l'espulsione dal mercato del lavoro, ma ogni possibile

sostegno economico e normativo per rientrarvi; e, nel frattempo, offrendo loro una estensione dell'Aspi, ovvero del trattamento di disoccupazione di livello europeo (75% dell'ultima retribuzione) istituito dalla legge Fornero. In altre parole, una forma di sostegno del reddito che non allontani i cinquantenni e i sessantenni dal tessuto produttivo, ma al contrario sia condizionata alla loro disponibilità a reinserirsi in esso e strutturata per favorire il reinserimento stesso. È quello che Scelta Civica propone con i propri disegni di legge presentati al Senato e alla Camera.

*Responsabile di Scelta Civica
per il welfare -*

*Coordinatore di Scelta Civica
per il programma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

**Davide
Colombo**

Se la spesa è stabilizzata non si stravolga la riforma

L'Italia vanta due disallineamenti preoccupanti nelle classifiche Ocse sulla spesa pubblica. Quella per interessi passivi, frutto dell'elevato livello del nostro debito pubblico, e quella per pensioni, frutto di un sistema che in passato è stato troppo generoso. Se la prima voce può essere controllata solo in parte, perché gli spread sui titoli del debito li determina il mercato valutando il rischio-Paese, la seconda è invece molto controllabile (e controllata) dal quadro normativo che il legislatore ha adottato.

Il nostro sistema previdenziale, con il passaggio definitivo al sistema di calcolo contributivo deciso con la riforma Fornero di fine 2011, ha oggi una spesa stabilizzata. Molto alta, quasi il 16% del Pil, ma stabilizzata, come dimostrano anche le ultime proiezioni della Ragioneria generale dello Stato sul medio-lungo periodo. Nonostante gli interventi molto

significativi operati con il decreto salva-Italia, la spesa per pensioni continuerà ancora a crescere in valore assoluto per una serie di fattori economici, finanziari e demografici. Per questo è bene tener conto del quadro complessivo quando si parla, come fanno ampie componenti della maggioranza che sostiene il Governo Letta, di nuove correzioni della riforma. Si tratta di una spesa che vale circa il 32-33% della spesa pubblica complessiva (escluse le prestazioni assistenziali) che non rientra nella componente della cosiddetta «spesa aggredibile» con cicli di spending review. La stabilizzazione del sistema è garantito dal modello contributivo, che già di per sé contiene la scommessa (da vincere) di un'economia reale in crescita e un mercato del lavoro tonico, caratterizzato da livelli di partecipazione crescenti. Obiettivi non scontati, come dimostrano gli ultimi 5-6 anni di crisi economica. Per questo serve la massima cautela.

I calcoli attuariali della tecnostuttura Inps, che detiene il modello previsionale di cui si sono avvalsi i ministri del Lavoro che hanno disegnato le riforme degli ultimi anni, confermano il valore in termini di minore spesa determinato dalle regole varate a fine 2011: oltre 80

miliardi nel solo decennio 2012-2021, anche tenendo conto dei costi sostenuti per la salvaguardia di oltre 130mila lavoratori esodati. Secondo le stime effettuate sulle quattro principali gestioni, la spesa subisce una notevole contrazione che, nel 2019, va oltre un punto percentuale del Pil. E ulteriori risparmi seguiranno fino al 2045.

È una dote da salvaguardare. Anche perché, se guardiamo alle pensioni in pagamento, scopriamo, sempre dalle stime presentate qualche settimana fa dagli attuari Inps, che il passaggio al nuovo regime contributivo resterà piuttosto lento: nel 2025 ancora il 65,8% delle pensioni saranno retributive, contro un 30% di regime misto e un 4% di contributivo puro. Mentre solo nel 2050 le pensioni in pagamento saranno per il 40% calcolate con il metodo

LA SFIDA

L'adeguatezza delle prestazioni future si ottiene con più occupazione e una vita attiva più lunga

contributivo, a fronte di un 50,7% ancora in pagamento con il sistema misto.

Di fronte a queste dinamiche è giusto riflettere su ipotesi di maggiore flessibilità in uscita. È sacrosanto porsi il problema delle ulteriori salvaguardie che si dovessero rendere necessarie. Ma il sistema non va stravolto. La sfida da vincere, una volta assicurata la partita della sostenibilità del sistema previdenziale italiano, è quella dell'adeguatezza delle prestazioni future. Ed è una sfida che si vince soprattutto sul mercato del lavoro: con più occupazione (soprattutto femminile) e una vita attiva più lunga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sistema contributivo

● È il metodo di calcolo della pensione che si applica ai nuovi assunti dal 1° gennaio 1996 e a tutti i lavoratori per le anzianità maturate a decorrere dal 1° gennaio 2012. La pensione è calcolata sulla base del montante contributivo versato nell'arco dell'intera vita lavorativa, rivalutato con il parametro dell'andamento del Pil (crescita media quinquennale) e convertito in pensione annua sulla base dei coefficienti di trasformazione stabiliti per legge e variabili con riferimento all'aspettativa di vita

Pit salute 2013, in aumento segnalazioni di errori medici

Quasi due cittadini su dieci (il 17,7%) nel 2012 hanno chiamato il Tribunale del malato per casi di presunto errore medico, in crescita di un punto e mezzo rispetto al 2011 (16,3% delle segnalazioni). Il dato emerge dal XVI Rapporto Pit salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, presentato ieri a Roma al ministero della Salute, secondo il quale c'è comunque una diminuzione di presunti errori diagnostico-terapeutici, passati dal 62,7% delle segnalazioni del 2011 al 57% del 2012. Si sbaglia diagnosi, almeno nelle lamentele dei cittadini, soprattutto nell'area oncologica, che rappresenta il 27,3% delle chiamate per presunti errori medici, dato in lieve aumento rispetto al 26,5% del 2011. La seconda area più segnalata per errori o malpractice resta l'ortopedia, che si attesta a un 14,3% (ma rimane in testa per gli errori terapeutici, con il 32,1% delle segnalazioni) e a seguire l'area della ginecologia e ostetricia con il 9,1% delle segnalazioni. E lo scorso anno sono aumentate di molto le segnalazioni riguardanti le condizioni delle strutture sanitarie, passando dal 15% del 2011 al 23% del 2012. È un dato preoccupante, considerato che l'anno scorso avevamo addirittura registrato una lieve flessione, mentre sono "stabili" (intorno al 12%) le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario, ovvero tutti quei comportamenti che, pur non avendo causato un danno, rappresentano procedure incongrue e potenzialmente rischiose. Il Rapporto Pit si è poi soffermato sul problema delle liste di attesa, che ormai sembrano quasi infinite, visto che per fare una mammografia si è costretti ad aspettare fino a 13 mesi. E non va meglio per una visita urologica o pneumologica (un anno), o per un ecodoppler o una colonscopia, per i quali si attende fino a 9 mesi. Le difficoltà relative alle lunghe liste d'attesa sono la prima voce tra le difficoltà riscontrate dai cittadini nell'accesso ai servizi sanitari, il 74,3% del totale (37,2% riguarda le attese per gli esami diagnostici, mentre il 29,8% fa riferimento alle visite specialistiche). E i tempi di attesa nella sanità pubblica sono in cima alla lista delle lamentele, anche perché da un anno all'altro, la situazione in molti casi, anziché migliorare peggiora: per una mammografia, infatti, nel 2011 si attendevano, mediamente, "appena" 11 mesi; per un ecodoppler 6 mesi; per una visita urologica 11 mesi. Un'altra parte rilevante

delle segnalazioni (28,1%) si concentra attorno alle richieste di ricovero per intervento chirurgico, mentre quasi il 5% rappresenta gli accessi per terapie oncologiche, quali chemioterapia e radioterapia. Tra le altre segnalazioni: il maggiore ricorso all'intramoenia a causa proprio dei tempi eccessivi nel pubblico (15,4%) e l'insostenibilità dei costi dei ticket (10,3%).