

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 24 Aprile 2013

Corte dei Conti: le aziende sanitarie hanno 16 miliardi di "crediti" verso le Regioni

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Permessi sindacali, Smi vs Fimmg: basta con "furbetti" e abusi

DOCTORNEWS

Blocco dei contratti, Cassi (Cimo): farà aumentare i costi

DOCTORNEWS

Contratti a termine "aperti"

IL SOLE 24 ORE

Sciopero dei laboratori d'analisi

GAZZETTA DEL SUD

Cure palliative Ue alla sfida della cronicità

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Enpam cambia strategia

ITALIA OGGI

Le famiglie più povere tagliano alimentari e spese sanitarie. Torna il risparmio

CORRIERE DELLA SERA

Mastrapasqua: riforma del welfare urgente

ITALIA OGGI



Corte dei conti: le aziende sanitarie hanno 16 miliardi di “crediti” verso le Regioni

24 aprile 2013

Il ritardo dei pagamenti ai fornitori da parte degli enti del Ssn ha due spiegazioni: «gli investimenti effettuati nel passato a valere sul finanziamento corrente per importi non coerenti con le possibilità economiche e finanziarie degli enti e le mancate erogazioni da parte delle Regioni di somme da queste incassate quale contributo dello Stato al finanziamento della sanità o di cui era prevista la somministrazione a copertura (a carico della regione) dei risultati economici annuali del settore sanitario regionale (posto che, come ricorda la relazione tecnica, l'equilibrio economico è garantito da specifiche disposizioni vigenti e dalle verifiche trimestrali dei Tavoli tecnici competenti)».

Così la Corte dei conti affronta, nell'audizione alla commissione speciale sul Def, il capitolo dei crediti del Ssn. E sottolinea che per garantire la liquidità alle Regioni e favorire una rapida erogazione alle imprese si prevede che l'intervento venga già avviato durante il periodo di conversione del decreto e che il riparto definitivo delle risorse, definito entro il novembre 2013, possa consentire il completamento della operazione a inizio 2014.

Una prima quantificazione - secondo la Corte - può essere fatta a partire dai dati tratti dai conti economici e patrimoniali degli enti sanitari, consolidati a livello regionale. Gli investimenti effettuati sul finanziamento corrente per importi eccedenti i costi capitalizzati risultano nel complesso limitati: guardando ai dati delle amministrazioni regionali a statuto ordinario la differenza tra ammortamenti e costi capitalizzati ante 2012 è di circa 580 milioni. Di questi circa 340 sono già stati inseriti in bilancio nel corso del 2011. In alcuni casi le regioni hanno operato una copertura complessiva, estesa a tutto il periodo preso a riferimento (dal 2001). Le somme residue sono riferibili soprattutto alle regioni in piano di rientro a cui va ad aggiungersi l'Emilia.

Di dimensioni ben più rilevanti secondo quanto riportato nel testo dell'audizione sono le somme che le Regioni devono alle aziende sanitarie per la spesa corrente e per il ripiano di perdite. Si tratta nel complesso di poco meno di 15,8 miliardi in riferimento al bilancio 2011. «Naturalmente non tutte tali posizioni corrispondono a situazioni in cui il credito può ricondursi alle situazioni su cui si intende intervenire. Somme rimaste da pagare a fine esercizio possono essere da ricondurre alla fisiologia dei rapporti tra regioni e

aziende sanitarie», sottolinea la Corte. Che mette in risalto due dati a questo proposito:

- il rilievo patologico di tali somme è evidente - si legge nel testo dell'audizione - ove si guardi al peso dei crediti sul complesso delle risorse trasferite in via ordinaria per il finanziamento della spesa corrente nel 2011. Se in media nel 2011 i crediti rappresentavano circa il 15% delle entrate per il finanziamento indistinto e di quelle ricomprese come finanziamento regionale nei CE, tale percentuale era superiore al 30 per cento in ben 5 regioni con punte di poco inferiori al 40 per cento;
- alle Regioni in piano di rientro sono riconducibili nel 2011 oltre 14 dei 15,8 miliardi complessivi. Nel 2008 le aziende sanitarie delle Regioni vantavano crediti per poco più di 7 miliardi raddoppiati in soli 3 anni. Il rapporto tra crediti e finanziamento complessivo in queste regioni è di poco inferiore al 30% (contro il 3 per cento delle regioni non in Piano).

Approfondimenti documenti

- [Il testo dell'audizione della Corte dei conti sul Def](#)

Permessi sindacali, Smi vs Fimmg: basta con "furbetti" e abusi

«I "furbetti" delle sostituzioni sindacali con i loro abusi stanno permettendo alle Regioni e, quindi, alla Sisac di demolire le relazioni sindacali della medicina convenzionata e negare così i diritti dei medici di famiglia». È un attacco frontale quello rivolto dal segretario nazionale del Sindacato dei medici italiani (Smi), Salvo Cali, al sindacato maggioritario della medicina di famiglia, la Fimmg. A innescare la miccia la comunicazione inviata dalla Sisac agli assessorati alla sanità in base alla quale in caso di assenza per attività sindacale, il medico di medicina generale dovrà pagare il proprio sostituto. Una interpretazione della Sisac, come ha spiegato nei giorni scorsi a DoctorNews33 il vicesegretario Fimmg Silvestro Scotti, relativa a un'ordinanza specifica e che, secondo Scotti, non assume valore interpretativo. Lo Smi in una nota contesta, invece, duramente la decisione della controparte pubblica di cui attribuisce la responsabilità alla Fimmg, censurando «coloro che, con grande faccia tosta, si ergono adesso a paladini dei diritti sindacali e che, invece, sono i primi responsabili di questo attacco». Nello specifico, spiega la nota Smi, l'ordinanza in questione riguarda un ricorso, respinto dal Tribunale di Roma, della Fimmg contro la Ausl RM-D che aveva «giustamente contestato le troppe ore di sostituzione sindacale richieste addirittura dal Segretario nazionale Giacomo Milillo. Ma il sindacato ne approfitta per togliersi altri "sassolini" dalle scarpe. «In un clima di grave diffidenza nei confronti dei medici, ma anche dei sindacati» sottolinea Cali «qualcuno ha pensato bene di scrivere un'ulteriore pagina di malcostume, tipica di una "casta" lontana dalla realtà e incapace di dare esempi virtuosi. Un altro episodio che va di pari passo con la controversa pratica delle sponsorizzazioni di prodotti commerciali, vedi la campagna di qualche mese fa (sempre della Fimmg) sulle crociere e le acque minerali e con l'ingombrante conflitto di interessi tra cariche ordinistiche e previdenziali». La nota si chiude con un monito ai

medici affinché alzino «la testa» e dicano «no a tutto ciò» «Come Smi abbiamo impugnato la cricoalre della Sisac, ma il danno fatto è enorme».

Marco Malagutti

Blocco dei contratti, Cassi (Cimo): farà aumentare i costi



«Non abbiamo una classe politica responsabile in questo momento, quindi sono molto preoccupato, speriamo che si facciano le riforme per rimettere in sesto l'economia». **Riccardo Cassi** (foto), presidente nazionale Cimo-Asmd, si riferisce al Dpr che stabilisce il blocco dei contratti del pubblico impiego e che sta proseguendo il suo

iter nonostante si attenda l'insediamento di un nuovo esecutivo. Approvato dal Consiglio dei ministri, il decreto ha incassato il parere favorevole del Consiglio di Stato e, in assenza di ulteriori pronunciamenti governativi, determinerà il blocco dei contratti fino a tutto il 2014. «Ancora più grave - lamenta Cassi - è il blocco delle retribuzioni individuali e quindi delle carriere, perché questo vanifica ogni tentativo di costruire qualcosa all'interno degli ospedali, demotiva i lavoratori, è veramente un assurdo. Esistono soluzioni alternative per ridurre gli sprechi e questo decreto alla fine non si tradurrà in un guadagno ma in un costo». Insomma, secondo il sindacato dei medici, non è così che si risparmia sul pubblico: «questo approccio non ha portato finora un vantaggio e non lo porterà in futuro; la richiesta di lavorare sempre di più, in condizioni peggiori e senza ricevere neppure un minimo beneficio, né economico né in termini di carriera, avrà l'inevitabile effetto di demotivare i medici del Servizio sanitario pubblico. In un lavoro esposto a un'esplosione di cause di responsabilità, questo produrrà un ulteriore aumento della medicina difensiva e un minore impegno, che si trasformerà in costi ben maggiori». L'assenza di un interlocutore politico costituisce un'oggettiva difficoltà perché rende pressoché impossibile un confronto in questo momento: «aspettiamo il nuovo governo per avviare delle iniziative, per ora non c'è nulla; - conferma Cassi - poi ci coordineremo con gli altri, perché il problema riguarda tutto il pubblico impiego; vedremo se le

confederazioni prenderanno un'iniziativa comune; per ora non ci resta che esprimere una forte preoccupazione e ribadire la nostra assoluta contrarietà».

La semplificazione

Opportuno riportare i riferimenti a luogo della prestazione e mansioni del lavoratore assunto in sostituzione

Contratti a termine «aperti»

Non è necessario specificare quale lavoratore viene sostituito

Angelo Pandolfo

Il ricorso al contratto a tempo determinato è subordinato alla sussistenza di particolari ragioni, peraltro non predeterminate a priori dalla legge e la cui specificazione è rimessa, in ogni contratto a termine, alle parti del contratto stesso.

Rispetto a questa impostazione, ha valenza sistematica, e non solo pratica, l'innovazione introdotta dalla legge 92/2012, che ha attribuito alle parti individuali la facoltà di attivare contratti a termine senza l'onere di indicare particolari ragioni di giustificazione del termine. La scelta, che riguarda il "primo" contratto a termine, sta dentro una tendenza legislativa più ampia. Si è manifestata, infatti, nella disciplina della somministrazione (decreto legislativo 24/2012) e, ancora, nella disciplina del contratto a tempo determinato presso le imprese start-up innovative (Dl 179/2012).

Si tratta di un'apertura che muove dalla consapevolezza che la tecnica di regolazione del

contratto a termine - centrata su di una fattispecie aperta a una serie di ipotesi non predeterminate a livello legislativo e, quindi, particolarmente esposta a correzioni ex post operate dal giudice - ha determinato incertezza e, in non pochi casi, è stata tradotta in fonte di limiti al contratto a termine pur in presenza di ragionevoli motivazioni a favore dell'utilizzo di questa tipologia.

Nell'"Agenda possibile", stilata dai Saggi chiamati dal presidente della Repubblica, si segnala, in verità con cautela, l'opportunità di «riconsiderare le attuali regole restrittive nei confronti del lavoro a termine, almeno fino al consolidamento delle prospettive di crescita economica». La sollecitazione è interessante. La disciplina dettata dalla legge 92/2012 circa il contratto a causale e, più ampiamente, la disciplina dettata per le start-up innovative offrono, in effetti, spunti che potrebbero valorizzarsi per giungere a quella riconsiderazione così autorevolmente auspicata.

Il «Forum lavoro», promosso

dal Sole 24 Ore e dai consueti ha fornito un contributo per chiarire questioni suscitate dalla legge 92/2012 o anche preesistenti. Se ne considerano solo alcune.

Il «primo rapporto a tempo determinato» (comma 1-bis dell'articolo 1 del Dlgs 368/2001) non è precluso dalla preesistenza di rapporti di lavoro autonomo e parasubordinato. Preclusione che, invece, opera in caso di preesistenza di un rapporto a termine (anche di somministrazione). Non mancano argomenti per escludere la portata preclusiva di un precedente rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (ma c'è da prendere atto della diversa opinione del ministero del Lavoro).

La legge 92/2012 prevede un contributo addizionale (1,4%) in caso di assunzione a tempo determinato e, al tempo stesso, un regime contributivo agevolato anche in relazione ad assunzioni a tempo determinato di particolari lavoratori. Ebbene, l'agevolazione dovrebbe incidere anche sul contributo addizionale.

Il ministero richiama la circolare **Inps** 44/2013. La legge 92/2012 (articolo 4, comma 8) prevede che, in caso di assunzione a tempo determinato di disoccupati da oltre 12 mesi di almeno 50 anni di età, spetta, per 12 mesi, la riduzione del 50% dei contributi a carico dei datori di lavoro. Di riflesso, ricorrendo i presupposti della agevolazione, anche il contributo addizionale (1,4%) dovrebbe dimezzarsi.

Il ministero ha inoltre confermato che non è necessaria l'indicazione del nome del lavoratore assente in caso di assunzione per ragioni sostitutive. La conferma è importante. Resta l'opportunità di accompagnare l'enunciazione dell'esigenza di sostituire i lavoratori assenti con elementi come l'ambito territoriale di riferimento, il luogo della prestazione lavorativa, le mansioni dei lavoratori da sostituire (in conformità a quanto richiede la Cassazione: per tutte, sentenza 1576/2010). In ogni caso, su questa questione, si è in attesa di un'ulteriore pronuncia della Corte costituzionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CHANCE

Senza necessità di causale
la prima intesa
a tempo determinato
Ininfluenza la precedente
attività autonoma o di co.co.co.

Quando non è richiesto il «causalone» nel tempo determinato

PER TUTTE LE AZIENDE



Sempre, se si tratta di

- Primo contratto
- Durata non superiore a 12 mesi
- Non prorogabile, senza eccezioni

Tramite contrattazione collettiva

- nel limite del 6% dei lavoratori in azienda

a fronte di una delle seguenti situazioni: avvio di una nuova attività; lancio di un prodotto o di un servizio innovativo; implementazione di un rilevante cambiamento tecnologico; fase supplementare di un significativo progetto di ricerca e sviluppo; rinnovo o proroga di una commessa consistente

PER LE START UP



Sempre

- Il lavoratore deve essere impiegato in attività inerenti o strumentali all'oggetto sociale dell'azienda
- Durata minima 6 mesi
- Durata massima 36 mesi
- Possibile, dopo i 36 mesi, ulteriore contratto a tempo determinato per massimo 12 mesi

Tramite contrattazione collettiva

- Possibile determinare minimi tabellari specifici funzionali alla promozione dell'avvio delle start up
- Possibile determinare disposizioni finalizzate all'adattamento delle regole di gestione del rapporto di lavoro

SANITÀ Da stamane e fino al 30 aprile i dipendenti di tutte strutture si fermeranno per protestare contro i tagli

Sciopero dei laboratori d'analisi

La Regione vuole indietro 140 milioni, a rischio oltre cinquemila posti di lavoro

Tito Cavaleri

Sono solo alcune delle conseguenze della riforma sanitaria regionale targata Massimo Russo. Epperò, nel caso specifico, l'attuale governatore Rosario Crocetta, aveva preso impegni precisi, scagliandosi contro taluni provvedimenti che penalizzano inesorabilmente un comparto che francamente non si merita un trattamento simile. Parliamo dei laboratori d'analisi, ma anche degli studi di radiologia e di molte cliniche private, cui adesso la Regione, attraverso un decreto dell'attuale assessore Lucia Borsellino, chiede di restituire una barca di soldi, a proposito di spending review, ovvero circa 140 milioni. Ma di Crocetta non si sono avute più notizie.

Un'ingiusta mazzata dunque, con ripercussioni micidiali, a cominciare dalla perdita di oltre cinquemila posti di lavoro nell'Isola. È un settore, come si accennava, che andrebbe semmai potenziato e non certo massacrato come si sta tentando di fare. Chissà se da oggi e fino al 30 aprile, periodo in cui le strutture private resteranno chiuse per protesta, ci si renderà conto dei disagi di una simile mobilitazione. Da stamane infatti chi avrà bisogno di effettuare un'analisi di qualunque tipo (pure un emocromo), potrà rivolgersi solo alla struttura pubblica (ticket, liste d'attesa, code, ecc.). Nella provincia di Messina, i laboratori d'analisi sono un centinaio: tutti sul piede di guerra, così come le altre strutture siciliane.

«Abbiamo pagato il prezzo più alto – commenta Donatella

Sindoni (Federbiologi), specialista in ematologia e titolare di un laboratorio d'analisi con 5 dipendenti – e non ce lo meritiamo; perché offriamo un servizio capillare su tutto il territorio di cui i pazienti hanno vitale bisogno. Applichiamo ancora un tariffario del '97, convertito in euro e decurtato per effetto del piano di rientro del 20%. E adesso ci chiedono indietro soldi. Siamo alla follia».

E intanto l'Aiop Sicilia, in merito allo stato di agitazione proclamato dal coordinamento intersindacale della categoria degli specialisti esterni, in nome e per conto delle strutture associate, esprime la propria adesione all'interruzione delle attività relative alle branche di radiologia e analisi cliniche a partire da oggi. «Appare evidente – si legge in una nota – in un quadro di incertezza come quello che da mesi investe il settore, l'impossibilità di garantire una normale attività. Anche in occasione della recente audizione, presso le Commissioni parlamentari Ars Bilancio e Sanità, riunitesi in seduta congiunta per affrontare lo specifico problema, i parlamentari avevano invitato sia i rappresentanti di settore che il governo regionale a trovare una rapida soluzione alla quale, ad oggi, non si è pervenuti. Pertanto l'Aiop, pur dolendosi dei disagi causati ai cittadini, non può che condividere la protesta e per tutta la settimana inviterà le strutture associate a non rendere le prestazioni al pubblico di radiologia ed analisi cliniche, in attesa che vengano intraprese iniziative valide per una soluzione condivisa e legittima della vicenda».

Sarà sciopero a oltranza, dicono i dipendenti delle oltre 600 strutture convenzionate con la Regione che erogano le prestazioni sanitarie più diffuse. Saracinesche abbassate almeno fino al 30 aprile, data ultima per l'approvazione dei documenti contabili da parte dell'Ars. Dopo quel giorno, a detta dei sindacati, se il Parlamento siciliano dovesse confermare i tagli, i laboratori potrebbero decidere di uscire dal sistema di accreditamento con conseguenze economiche non indifferenti per le tasche dei cittadini.

Intanto in serata si è appreso che già lunedì 29 si dovrebbe tenere un incontro con l'assessore Borsellino. Ne dà notizia il dottor Pietro Miraglia, segretario regionale di Federbiologi, il quale annuncia che se le richieste della categoria non saranno accolte, scatterà una forte mobilitazione davanti a Palazzo dei Normanni. Federbiologi chiede di intervenire sull'applicazione del cosiddetto tariffario Bindi e poi anche sull'ultimo targato **Balduzzi**, in cui sono previsti costi allucinanti per ogni prestazione. Anche la Filcams Cgil è impegnata in questa battaglia e attraverso il segretario Andrea Gattuso ha richiesto un incontro urgente alla Regione per avere garanzie sul mantenimento dei livelli occupazionali. ◀

Cure palliative Ue alla sfida della cronicità

di Rosanna Magnano
23 aprile 2013

Le cure palliative associate all'assistenza a lungo termine per gli anziani sono sempre più di attualità, in un'Europa in pieno processo di invecchiamento, con pazienti che si avvicinano al fine vita in situazioni cliniche sempre più complesse. E le iniziative fioccano tra linee guida destinate alle residenze per gli anziani, progetti di formazione, standard di qualità e supporti per la gestione etica dei casi più difficili. Come si stanno sviluppando le cure palliative associate alla cronicità? A tracciare una mappa il Report dell'European association for palliative care, che ha monitorato la situazione in 13 Paesi (Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Olanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito) e passato in rassegna oltre 60 iniziative (alcuni esempi nei box in basso). Dal metodo Savera, uno strumento di valutazione che viene usato in Belgio per capire quando un paziente entra nella fase terminale e si devono avviare le cure palliative, al percorso di cura Liverpool, diffuso a livello internazionale e implementato in diversi Paesi (Italia, Svezia, Olanda e Norvegia).

La popolazione over-65, rispetto al totale, viaggia su percentuali differenziate tra i vari Paesi che vanno dall'11,4% dell'Irlanda al 21% della Germania (in Italia la quota è del 20,4%). In modo del tutto non proporzionale si distribuisce il numero dei posti letto destinati alle cure a lungo termine. Indicativo il caso dell'Italia, fanalino di coda per il numero di pl (16 ogni 1.000 abitanti) nonostante sia al secondo posto dopo la Germania per densità della popolazione anziana. In Germania però i posti letto sono 48. In generale i numeri variano notevolmente, con la punta massima in Svezia, che può contare su 84 posti letto per 1.000 abitanti, seguita dal Belgio (17% di over-65), con 71,1 posti letto.

Le strutture in cui vengono erogate le long-term care. Dalle Pflegeheim austriache e tedesche alle Unité de soins de longue durée francesi, dalle italiane Residenze sanitarie assistenziali alle Lares portoghesi, alle Residencias asistidas spagnole. Fondamentalmente le tipologie di strutture sono due, a volte tre. Per situazioni di dipendenza elevata, si ricorre alle case di cura (nursing home), dove l'assistenza infermieristica è disponibile h24, sette giorni alla settimana, e l'accesso alle cure mediche può essere o in loco (a esempio Olanda, Italia, Norvegia) o essere fornito dai servizi territoriali di assistenza primaria (a esempio Austria, Francia, Germania, Irlanda, Regno

Unito). In alcuni Paesi vi è un terzo tipo di strutture, per le persone con bisogni più elevati di assistenza, spesso per un periodo di tempo più breve (a esempio in Francia e Germania).

Le persone anziane con bassi bisogni e dipendenza ricevono cure in istituti dove un'assistenza sociale e personale è disponibile 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. L'assistenza sanitaria è fornita da infermieri, medici e altri operatori sanitari che lavorano per organizzazioni esterne. Ci sono anche nuovi sviluppi, rispetto alla cura di persone anziane con bassi livelli di necessità, con un aumento crescente dell'utilizzo di alloggi sovvenzionati in sostituzione di ex strutture residenziali di assistenza per cure di livello lieve (a esempio in Germania e Norvegia).

Lo status di tali strutture spazia dal pubblico, al no profit, al privato. I finanziamenti pubblici del settore prevalgono nei Paesi con un forte welfare (Svezia e Norvegia). I fornitori no profit sono presenti in molti Paesi, soprattutto in Germania, Austria, Italia e Francia. Si tratta di provider prevalentemente legati a matrici religiose cristiane. Il privato domina invece in Irlanda, Spagna e Regno Unito.

Il finanziamento. Le fonti di finanziamento possono essere il pubblico, assicurazioni private, o il capitale privato del singolo paziente o dei suoi familiari. Dove l'assistenza medica è fornita attraverso l'assicurazione medica privata, questa continua anche quando l'individuo si avvia verso le cure a lungo termine (a esempio in Austria). L'assistenza sanitaria può essere finanziata dai bilanci pubblici ma altri elementi dell'assistenza, come la cura della persona, possono essere a carico del privato (Francia, Regno Unito). In alcuni Paesi, se le capacità economiche di un individuo sono limitate, scatta il finanziamento pubblico (a esempio in Germania, Italia, Regno Unito).

Approfondimenti

- [Il Report dell'Eapc](#)

L'Ente nazionale di previdenza dei medici scommette sulla prudenza

Enpam cambia strategia

Mai più titoli derivati. Largo ai fondi passivi



DI SIMONA D'ALESSIO

L'Enpam inverte la rotta sugli investimenti: mai più «in pancia» titoli strutturati e derivati, porte spalancate, invece, ai fondi passivi per assicurarsi rendimenti di mercato. E l'operazione (acquisto di azioni e obbligazioni) mette adesso in moto almeno un miliardo di euro. Per l'ente previdenziale di medici ed odontoiatri, forte di 353 mila «camici bianchi» iscritti attivi e 89 mila pensionati, prosegue, dunque, una stagione di rinnovamento nei movimenti finanziari all'insegna della massima prudenza, cominciata nel dicembre del 2012 (allora furono capitalizzati i primi 1,5 miliardi con le stesse modalità). Sempre lo scorso anno la fondazione, che può vantare un patrimonio netto di 12,5 miliardi di euro, aveva fatto sapere che l'accantonamento a copertura del margine di rischio derivato dall'acquisizione in precedenza di titoli «tossici» era arrivato, con una riduzione progressiva, a 253 milioni, mentre all'indomani della crisi globale del 2008 il valore era di 400 (si veda an-

che *ItaliaOggi* del 10/05/2012).

E ora si sceglie di puntare su forme di investimento passive diversificate per aree geografiche, e caratterizzate da un costo molto basso, poiché l'Enpam ha incaricato i gestori, che sono stati tutti scelti «attraverso una gara competitiva fra candidati di varie nazioni europee», di comprare azioni e obbligazioni per una spesa media dello 0,07%; un orientamento che ricalca le orme dei maggiori fondi pensione statunitensi, poiché nel portafoglio di soggetti quali CalPers e New York State Common le percentuali di questi titoli sono elevatissime (72% e 87%). Nel dettaglio, il miliardo è stato impiegato in differenti tipologie: 335 milioni sono finiti in titoli di stato nei paesi sviluppati extra Unione europea, 290 in titoli di stato e obbligazioni aziendali (in Europa), 250 in

obbligazioni aziendali in nazioni non europee dalle economie solide, mentre 125 sono diventati azioni che i gestori si sono accaparrati sia nel Nord America, sia negli stati emergenti; tirando le somme, a partire dalla fine del 2012 ad oggi, l'istituto

di previdenza ha stabilito di investire seguendo tale sistema 2,5 miliardi di euro. La strategia parte dall'idea di replicare l'andamento di una serie di indici di mercato, e si risolve nel comprare le azioni e le obbligazioni che li compongono esattamente nelle stesse quantità e secondo gli stessi pesi previsti dagli indici stessi, per far sì che l'Enpam ne ricavi un rendimento allineato a quello del benchmark (il punto di riferimento finanziario).

Alberto Oliveti, presidente della fondazione, si dichiara «estremamente contento» del piano effettuato giacché, riferisce in un colloquio con *ItaliaOggi*, «nell'attuale fase calante di mercato è determinante porre attenzione a quanto si spende. Il primo guadagno», puntualizza, «risiede nel non produrre uscite eccessive». Gli

errori del passato sono ormai alle spalle, poiché «il consiglio di amministrazione dell'Enpam, insediatosi nel 2010, ha scelto con convinzione di non prendere più in considerazione prodotti finanziari complessi, ovvero strutturati e derivati. Anzi, stiamo uscendo definitivamente da quella stagione, erodendo progressivamente dal portafoglio il carico di quelle acquisizioni». La linea che prevale, pertanto, è l'investimento in fondi passivi, mutuato dalle positive esperienze internazionali, soprattutto statunitensi, aggiunge. Secondo Oliveti, «siamo sulla strada dell'affermazione di un ampio concetto di prudenza dell'investimento, basato sulla riduzione dei rischi e caratterizzato da una diversificazione massima dei titoli», con l'obiettivo, conclude il vertice dell'ente, di «ottenere rendimenti di mercato».

Il rapporto Istat

Le famiglie più povere tagliano alimentari e spese sanitarie Torna il risparmio

63,2%

le famiglie italiane che acquistano nei luoghi di distribuzione a prezzi più contenuti e riducono la quantità e qualità dei prodotti acquistati

8,2%

il calo della propensione al risparmio nel 2012 delle famiglie. Nel primo trimestre 2013 è in lieve miglioramento la capacità di ricostituzione del risparmio

27%

l'aumento della spesa totale delle famiglie appartenenti al ceto medio nel 2011 rispetto al 1997. Per le famiglie più povere l'aumento è stato del 42%

Integrazione

Nel 2011 una famiglia su cinque ha utilizzato somme accantonate per il reddito

MILANO — Le famiglie italiane hanno cambiato i modelli di consumo. Tutte, non importa il reddito. Colpa della crisi. Ma oltre sette famiglie su 10, cioè il 71%, delle famiglie con i livelli di spesa più bassi hanno modificato quantità e qualità dei prodotti acquistati, privilegiando i discount per gli alimentari e arrivando a eliminare quasi del

tutto le spese per visite mediche, analisi cliniche e radiografie, mantenendo quella per i medicinali. Allo stesso tempo hanno visto aumentare la propria spesa media del 42%, perché hanno perso in potere d'acquisto. L'effetto è stato il ricorso a forme di indebitamento: nel 2011, il 19% ha intaccato i propri risparmi e tra queste, quasi la metà ha anche aumentato i debiti esistenti o ne ha contratto di nuovi.

Nel 2012 non è andata meglio. Come ha spiegato il presidente dell'Istat Enrico Giovannini in audizione al Senato davanti alla Commissione speciale, lo scorso anno si è registrato un ulteriore calo della propensione al risparmio per tutte le famiglie, scesa al minimo storico pari all'8,2%. Tuttavia l'indagine mensile sul clima di fiducia dei consumatori indica per il primo trimestre di quest'anno un lieve miglioramento della capacità di ricostituzione del risparmio. Anche se

i numeri dicono che nei primi tre mesi dell'anno è aumentata l'incidenza delle famiglie che hanno contratto nuovi debiti, circa il 7,5% nella media del primo trimestre, valore più che raddoppiato rispetto a un anno prima.

Tutte le famiglie hanno aumentato la spesa totale, cambia solo la percentuale in proporzione al reddito. Per il ceto medio l'incremento è stato del 27% rispetto al 1997. E se la spesa alimentare resta sostanzialmente stabile (6 famiglie su 10 vanno al discount e nell'ultimo anno questa quota è aumentata di quasi 9 punti percentuali), è il costo della casa — nelle voci affitto, acqua, condominio e manutenzione — ad aumentare a causa della dinamica dei prezzi. Stessa dinamica per le famiglie con maggiore disponibilità, che però hanno ridotto la spesa del 15,2% e hanno ridotto negli ultimi anni la quota destinata a tempo libero e cultura. Il risultato finale è il progressivo impoverimento delle famiglie, che si

accentua nei nuclei già in difficoltà.

Dati sostenuti anche da Rete Imprese Italia. Secondo l'associazione delle piccole e medie imprese oltre 4 milioni di persone sono in povertà assoluta. Nei primi tre mesi la spesa reale nella grande distribuzione e nei centri commerciali è calata di un ulteriore 4% rispetto allo stesso periodo del 2012. E il reddito disponibile lo scorso anno è crollato del 5,2%. Rete Imprese Italia parla di «valutazione prudenziale» e di ormai «crisi sociale».

«Considerata la congiuntura, questi dati non stupiscono perché sono un riflesso della disoccupazione», spiega l'economista Fabrizio Perri, professore associato all'Università Bocconi. «Molte famiglie hanno un solo percettore di reddito — prosegue — e se questo perde il lavoro, il reddito collassa. Succede sempre in ogni recessione e in ogni Paese. Avere più del 10% di disoccupati, significa avere molte famiglie a zero reddito da lavoro. Si tratta di capire cosa succede agli altri redditi». Uno dei problemi è che «cinque anni fa le famiglie italiane hanno già vissuto una grossa recessione, che ha ridotto i risparmi. Il settore bancario nel 2007, all'inizio della crisi, poteva estendere credito ora è meno disponibile. In più sono scesi i valori degli immobili, rendendo ancora più riluttanti le banche. Tutti questi sono fattori che rendono la recessione in corso particolarmente pesante per le famiglie, più di quella del 1998, con conseguenze sociali più dure. Anche se la forte struttura familiare tipica della società italiana è un elemento importante di sostegno».

Francesca Basso

@BassoFbasso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INSURANCE E PREVIDENZA AWARDS 2013

Mastrapasqua: riforma del welfare urgente

Il presidente Inps lancia l'allarme. È Giovanni Battista Mazzuchelli l'assicuratore dell'anno



Antonio Mastrapasqua



Giovanni Battista Mazzuchelli

«**L**a riforma del welfare non è più rinviabile. Gli altri paesi la stanno portando avanti, purtroppo tagliando molto. In Italia, invece, non c'è bisogno di farlo ma piuttosto di redistribuire le ingenti risorse che ogni anno il paese spende in quella direzione», ha dichiarato **Antonio Mastrapasqua**, presidente dell'Inps, nel corso del suo intervento sul palco dell'Insurance e Previdenza Awards tenuto-

si a Milano lunedì 22 aprile.

«Mi auguro che il prossimo governo abbia la determinazione a vedere un nuovo welfare nel nostro paese, a prendere in mano un argomento che in pochi vogliono toccare limitandosi ad agire solamente nei confronti del sistema pensionistico che, invece, ne rappresenta solamente una parte. Non si può pensare, infatti, che siano disgiunte dallo stato sociale, dalla sanità, dall'istruzione, dalla scuola, e che si possano riformare senza mettere in atto un progetto integrato e organico che abbracci i diversi momenti della vita dei cittadini. Non pensare al futuro dei nostri figli, con una visione più ampia, è contro il nostro e il loro interesse», ha continuato

Mastrapasqua, che ha nell'occasione espresso parere non favorevole alla suddivisione (avvenuta nel 2009) del ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali in due diversi dicasteri, ministero del lavoro e delle politiche sociali e ministero della salute, «perché pensioni, sanità e stato sociale andrebbero gestite da un'unica struttura organica e integrata».

Per quanto riguarda la tenuta del sistema previdenziale pubblico, invece, Mastrapasqua ha rassicurato i presenti in sala spiegando come «non ci sia problema alcuno per quanto riguarda

le pensioni perché i problemi dell'Inps non sono di ordine finanziario ma piuttosto economico, in particolar modo legati alla cessione dell'Inpdap che ha generato un effetto negativo nel bilancio consolidato

dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. Certo non fa piacere e ingenera anche sfiducia nei cittadini vedere come ogni anno il patrimonio dell'Inps venga rosicchiato...».

Infine una mano tesa alle società assicuratrici, cui si è rivolto sia ricordando come il loro ruolo sia sempre più importante sia auspicando con fervore una collaborazione attiva, «perché la riforma del welfare non si può attuare senza l'aiuto delle banche e delle compagnie di assicurazioni e perché non bisogna avere paura di collaborare e instaurare un dialogo alla pari tra pubblico e privato nell'interesse prioritario del paese che ha bisogno di risposte certe. Noi siamo pronti e intenzionati a proseguire in questa direzione, anche se devo ammettere che il fermo politico degli ultimi mesi ha bloccato anche l'attività dell'Inps e io quindi non ho potuto tener fede agli impegni che avevo assunto proprio in occasione dell'edizione 2012 degli Insurance Awards di Milano Finanza».

«Credo anch'io che le assicurazioni, che peraltro si occupano solamente di una delle diverse parti

da cui è formato il welfare, possano contribuire», ha dichiarato **Giovanni Battista Mazzuchelli**, a.d. di Cattolica assicurazioni, che ha ritirato il premio come Assicuratore dell'anno. «Nel farlo però devono mantenere un'identità abbastanza distinta dall'Inps, che per quanto riguarda l'attività di previdenza mi sembra si stia muovendo in modo efficace».

L'ad, che dal 2007 guida il rilancio della società, ha commentato anche l'andamento del 2013: «Prosegue il trend di crescita già registrato nel corso del 2012 e al termine dei primi tre mesi dell'anno posso dire che la situazione generale è abbastanza buona. Diverso il discorso per

il ramo vita, che nel 2012 ha subito una flessione pari al 14,8% rispetto a un calo del mercato del 5,5%, causato da un'elevata esposizione della compagnia al canale distributivo della bancassurance. Al netto dei risultati generati dal canale bancario, infatti, saremmo cresciuti», ha concluso Mazzuchelli che ha

terminato il suo intervento sul palco commentando anche lo stato generale dell'economia italiana.

«Se la situazione politica si sistema credo che potremo assistere a un miglioramento nei prossimi mesi, addirittura entro la fine dell'anno, anche se l'attuale situazione del tessuto economico, in particolare per le piccole e medie imprese, è devastante. Mi dissocio dal parere delle Cassandre che invece pensano che le aziende dovranno convivere con questo stato di crisi per molti anni a venire».

Gian Marco Giura