

RASSEGNA STAMPA Venerdì 13 settembre 2013

Un Consiglio superiore lottizzato, costoso, inutile
IL MANIFESTO

Lavorare nella sanità: le specializzazioni più richieste
DOTTNET

Spesa sanitaria, la Corte dei Conti striglia le regioni
DOTTNET

Per la rivalutazione del Tfr fissato il coefficiente di agosto
IL SOLE 24 ORE

Carrassi: numero chiuso indispensabile per qualità a malati
DOCTORNEWS

Marino: abolire il numero chiuso per la facoltà di medicina
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Tor Vergata vota, medici in corsia
IL MONDO

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

SANITÀ

Un Consiglio superiore lottizzato, costoso, inutile

GOVERNO

Il «circolo Canottieri» della sanità

Ivan Cavicchi

Le nomine fatte dalla ministra Lorenzin per il Consiglio Superiore della Sanità (Css) hanno suscitato risentimenti e polemiche. Alcuni deputati con finta ingenuità hanno chiesto alla ministra di poter conoscere i criteri delle nomine, come se non si conoscessero o come se i loro partiti fossero estranei. In generale a protestare sono stati gli esclusi quindi le nomine non fatte e che per alcuni avrebbero dovuto essere fatte (poche donne, niente infermieri, niente medici non universitari ecc) cioè le *omissioni colpose*. Poco si è detto nel caso delle *immissioni colpose*, un vero e proprio caravanserraglio.

CUna carovana che va dal medico personale di Berlusconi, ai parenti importanti, agli ex sottosegretari, agli eremiti dell'Accademia, agli amici degli amici, alle esigenze dei partiti ecc. Ogni nomina appare del tutto tecnica, quindi neutrale, ma ognuna di essa è connotabile da una relazione politica o da una amicizia di un qualche tipo. Vi è persino un giornalista che in passato è stato l'addetto stampa di un ministro della sanità.

Naturalmente vi sono anche le foglie di fico cioè le persone notevoli...ma per quello che conosco mi sembrano drammaticamente minoritarie e a quanto pare disponibili quando serve a turarsi il naso.

A giustificare questa specie di "zoo di Berlino" sono soprattutto i titoli accademici come se fossero in quanto tali una garanzia, cioè come se non conoscessimo come in Italia si va in cattedra e come si fanno le carriere universitarie. Il titolo accademico, di cui sia chiaro non mi sogno di negare l'importanza, in questi contesti clientelari rientra nell'*argumentum ad hominem* quello che i logici considerano argomentazioni paracoerenti e fallaci. Ciò è né vere e né false. In pratica specchietti per le allodole.

Insomma la differenza che esiste tra un prestigioso circolo canottieri di Roma e il Css è una soia: sono entrambi dei circoli ma nel primo caso per farne parte si paga mentre nel secondo caso si è pagati dallo stato, cioè pagano i cittadini. Questa differenza oggi in piena *spending review* crea un imbarazzante problema politico e una profonda ingiustizia. In cosa consiste?

Il Css è stato istituito nel lonta-

no 1847 con un regio decreto quale organismo tecnico-scientifico del ministero degli interni allora titolare della salute pubblica con funzioni di vigilanza e articolato in consigli provinciali. A quel tempo esso svolgeva le funzioni che oggi molto più efficacemente sono svolte da quel sistema articolato e complesso che ruota intorno ad un ministero della salute e che comprende, l'Agenas, l'Istituto superiore di sanità, l'Aifa e tante altre istituzioni. Con l'attuale sistema istituzionale non c'è una sola ragione che giustifichi il mantenimento del Consiglio superiore della sanità. Tutte le sue competenze sono ampiamente garantite da altre qualificate istituzioni dentro e fuori il ministero. Per capire l'assurdità di questo inutile orpello messo al servizio della vanità di pochi raccomandati, basti ricordare che esso si occupa tra le varie cose di prevenzione, di sanità pubblica, di programmazione, farmaci, ricerca...ebbene per le stesse materie la Tab14 (bilancio previsionale del ministero della salute), prevede una assegnazione di spesa per il 2013 distribuita tra i vari dipartimenti ministeriali rispettivamente all'incirca di 87 milioni di euro, 34 milioni di euro, 205 milioni di euro, 373 milioni di euro, 445 milioni di euro. Che senso ha spendere tutti questi soldi per svolgere queste funzioni nelle loro sedi istituzionali elette per poi duplicarle presso un ente inutile?

L'assurdità diventa massima se si considera che tra i membri di diritto del Css ci sono tutti i dirigenti responsabili che dirigono, nel ministero e fuori, questi settori. Ciò è sono duplicati finanziari i soggetti senza i quali il Css non si reggerebbe in piedi. Ciò vi sono persone che in contesti diversi si occupano due volte degli stessi problemi.

L'altra obiezione è che il Css nonostante sembra un *parterre du roi* quasi mai offre un qualche valore aggiunto all'elaborazione tecnico scientifica ordinariamente svolta dalle istituzioni sanitarie interessate e comunque compresa nella letteratura scientifica corrente. Ciò a parte il nome altisonante non è questo gran pensatoio che si crede.

Non ricordo una sola questione trattata dal Css che non fosse già stata trattata esaurientemente da-

gli organismi di merito. Del resto anche se vi fosse bisogno di coinvolgere saperi esperienze conoscenze scientifiche particolari, fare "adunanzé" di approfondimento, la Tab14 prevede per queste eventualità compensi, rimborsi spese, consulenze da poter effettuare in tutte le articolazioni importanti del ministero della salute in particolare nei dipartimenti. Anzi quasi sempre avviene che certi referenti esperti del Css siano anche referenti esperti dei dipartimenti e delle altre istituzioni. Quindi ancora una duplicazione.

Insomma non esiste un motivo razionale per tenerci questo inutile carrozzone del quale dobbiamo pagare una presidenza, un comitato di presidenza, le sezioni di lavoro, le adunanze, gli apparati di sostegno, le segreterie tecniche, i gettoni di presenza, spese di ogni tipo. Per quanto esista da qualche parte una quantificazione di quanto costi allo stato il Css non sono riusciti a ricostruire il suo costo complessivo, pur rincorrendo decreti ministeriali e regolamenti. Quindi invoco il diritto alla trasparenza e chiedo alla ministra Lorenzin che renda pubblico lo spreco di denaro che rappresenta questo relitto di altri tempi. Anche se fosse di un solo euro.

Le critiche rivolte alla ministra Lorenzin alla fine sono tutte riconducibili ad un problema di consociativismo nel quale scienza e politica si intrecciano scambiandosi favori, e al quale, da quel che ho letto, in tanti tuttavia vorrebbero partecipare. Non si può tagliare sul diritto delle persone, sui servizi, bloccare i diritti contrattuali di chi lavora, spingere i più poveri verso l'abbandono...e nello stesso tempo finanziare con i nostri soldi "il circolo canottieri della sanità" e, meno che mai, chiedere di farne parte.



Lavorare nella sanità: le specializzazioni più richieste

12/09/2013 16.25.52 |

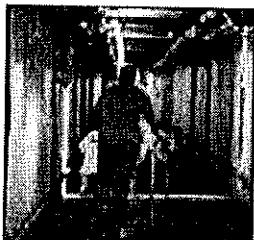


Grande interesse hanno suscitato i nostri articoli sul lavoro in Europa: vediamo allora quali sono le professionalità più richieste nella sanità. Secondo la Commissione europea, tra il 2008 e il 2012 l'occupazione nel comparto è cresciuta di quasi il 2% l'anno. In controtendenza rispetto alla fase di disoccupazione record, con il 12% di senza lavoro nell'Eurozona e il doppio fra i giovani sotto i 25 anni.

L'Italia è tra i Paesi in cerca di addetti in un settore che in Europa, negli ultimi 12 mesi, ha visto assumere un milione di persone. Anche se, nell'ultimo trimestre 2012, il loro numero è sceso. Per la prima volta dal 2010. L'occupazione nella sanità - Oggi in Europa un lavoratore su dieci lavora nel comparto, con tassi ancora superiori in Germania e Gran Bretagna. Nella classifica delle occupazioni a più rapida crescita tra il 2011 e il 2012 stilata dalla Ue, al primo posto ci sono quelle che riguardano le cure personali. Altre tre professioni sanitarie rientrano nel gruppo delle 25 in espansione: personale infermieristico e ostetrico, tecnici medici e farmaceutici e altre figure come dentisti, farmacisti e fisioterapisti. Nel medio termine, le prospettive di lavoro più promettenti sarebbero quelle di infermieri e ostetriche. Succede, sostiene sempre la ricerca della Commissione Ue, perché tra gli addetti aumentano i vicini alla pensione. Ma anche per il numero insufficiente di infermieri formali, unito alla scarsa propensione ai lavori impegnativi dal punto di vista fisico. L'Osservatorio dei posti di lavoro vacanti della Commissione europea, fonte delle stime, inserisce l'Italia tra i Paesi con più richieste, insieme a Francia, Germania e Gran Bretagna. Nel nostro Paese, nel quarto trimestre 2012 i servizi alla persona nell'assistenza sanitaria impiegavano 546.200 addetti, in aumento di 89.200 unità rispetto allo stesso periodo dell'anno prima. All'origine del fenomeno, secondo l'analisi trimestrale, ci sono l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo tecnologico nei trattamenti sanitari, le aspettative dei cittadini di servizi più efficienti e la maggiore importanza della prevenzione. La crescita dell'impiego nella sanità contrasta con il calo del 4% su base annua nella richiesta di lavoro dell'Unione. Anche se tra ottobre e dicembre 2012 il numero degli assunti è sceso, del 5%, pure nel gruppo "operatori sanitari". È la prima volta che succede dal secondo trimestre del 2010.

Spesa sanitaria, la Corte dei Conti striglia le regioni

12/09/2013 16.24.21



Già il nostro Paese spende per la Sanità meno degli altri (in proporzione al Pil). Se poi da questi risicati stanziamenti le Regioni distraggono risorse che finiscono in altre voci di bilancio, allora è ovvio che poi la coperta si fa corta. Eppure è proprio questo che succede a leggere l'ultima relazione della Corte dei conti sulla gestione finanziaria dei governi regionali, di cui il Sole 24 Ore Sanità offre ampie anticipazioni.

Nel documento non mancano le note positive:

patti per la salute, monitoraggi e piani di rientro stanno riuscendo – negli anni e non senza fatica – a contenere i disavanzi sulla spesa sanitaria, che comunque rappresenta il 77% della spesa corrente delle Regioni. Ma lascia perplessi la crescente tendenza di diverse amministrazioni di "dirottare" fondi dalla Sanità ad altre voci di spesa. La Corte dei conti fa qualche esempio che lascia il segno: il Piemonte per cominciare, dove si registrarono ritardi nei rimborsi alle farmacie da parte di diverse Asl tra l'autunno e l'inverno del 2012, ha cancellato dal bilancio 900 milioni destinati proprio alle aziende sanitarie; il Molise ha tolto 19 milioni al Servizio sanitario regionale per coprire le rate di un mutuo trentennale con l'Economia. Risultato? Per i magistrati contabili, le politiche di contenimento avrebbero dato risultati migliori. Anche se quelli che si registrano sono già interessanti: nel 2012 la spesa consuntiva si è rivelata di circa 2,7 miliardi alle previsioni ed è in calo (in valori assoluti) da due anni dopo incrementi medi del 2,7% nel periodo 2007-2010. Il rovescio della medaglia, però, è dato dalla fonte dei risparmi di cui tali cifre sono il sunto: la farmaceutica convenzionata è quella che registra il calo maggiore, -24% dal 2000 al 2012; la spesa per il personale invece è cresciuta del 29% nello stesso periodo e quella per beni e servizi (dove, come si sa, grava la spesa per diretta e ospedaliera) del 62%. Sono cifre da intagliare nel legno del tavolo al quale stato e regioni stanno discutendo del

nuovo patto per la salute.

Regioni sottoposte a rientro: Un "cambiamento di rotta" per cercare di garantire prestazioni sanitarie adeguate, sia pure nel rispetto del bilancio, nelle Regioni in Piano di rientro. E' l'indicazione data dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, durante il question time alla Camera, rispondendo ad un'interrogazione sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito dell'azienda sanitaria locale Napoli 3 Sud in Campania. "Nelle regioni sottoposte a piano di rientro, ad oggi - ha detto il ministro - è privilegiato l'equilibrio di bilancio rispetto agli standard qualitativi delle prestazioni erogate ai cittadini". Sul tema, ha assicurato Lorenzin, "è mia ferma intenzione, nell'ambito del nuovo Patto per la salute, proporre un netto cambiamento di rotta per garantire, nel rispetto degli equilibri di bilancio, maggiore adeguatezza e standard elevati delle prestazioni di assistenza sanitaria nelle regioni sottoposte a piani di rientro".

Trattamento di fine rapporto. Valore stabilito a 1,774648

Data 13-09-2013
Pagina 30
Foglio 1 / 2

Per la rivalutazione del Tfr fissato il coefficiente di agosto

Nevio Bianchi
Pierpaolo Perrone

Ad agosto il coefficiente per rivalutare le quote di trattamento di fine rapporto (Tfr) accantonate al 31 dicembre 2012 è pari a 1,774648. L'articolo 2120 del Codice civile stabilisce che alla fine di ogni anno la quota di Tfr accantonata deve essere rivalutata.

Per determinare il coefficiente di rivalutazione del Tfr, o delle anticipazioni, si parte dall'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati diffuso ogni mese dall'Istat, nel nostro caso quello "senza tabacchi lavorati". In particolare, si calcola la diffe-

renza in percentuale tra il mese di dicembre dell'anno precedente, e il mese in cui si effettua la rivalutazione. Poi si calcola il 75% della differenza a cui si aggiunge, mensilmente, un tasso fisso di 0,125 (che subisce annua è di 1,500). La somma tra il 75% e il tasso fisso è il coefficiente di rivalutazione per il calcolo del Tfr.

L'indice Istat per agosto è pari a 107,6. A partire dai dati di gennaio 2011 la base di riferimento dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati è il 2010 (la base precedente era 1995=100).

La differenza in percentuale

rispetto a dicembre 2012, su cui si calcola il 75%, è 1,032864. Pertanto, il 75% è 0,774648.

Ad agosto il tasso fisso è pari a 1. Sommando quindi il 75% (0,774648) e il tasso fisso (1), si ottiene il coefficiente di rivalutazione 1,774648.

In caso di corresponsione di una anticipazione del Tfr, il tasso di rivalutazione si applica sull'intero importo accantonato fino al periodo di paga in cui l'erogazione viene effettuata. Per il resto dell'anno l'aumento si applica, invece, solo sulla quota al netto dell'anticipazione, quella che rimane a disposizione del datore di lavoro.

Non è soggetta a rivalutazio-

ne la quota di trattamento di fine rapporto versata dai lavoratori ai Fondi di previdenza complementare.

Deve essere, invece, rivalutata a cura del datore di lavoro la quota di Tfr maturata dal lavoratore dipendente di una azienda con più di 50 dipendenti, che non ha aderito alla previdenza complementare. Come stabilito dal comma 755, articolo 1, della legge finanziaria 2007, il trattamento di fine rapporto maturato dai suddetti lavoratori a decorrere dal 1° gennaio 2007 deve essere trasferito al Fondo di Tesoreria presso l'Inps. Tuttavia, anche se il datore di lavoro non ha più la disponibilità finanziaria delle somme maturate dal lavoratore, dovrà ugualmente gestirle dal punto di vista contabile, compresa la rivalutazione delle quote.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I coefficienti annuali e mensili

Mesi	Tfr maturato fino al periodo compreso tra	Aumento prezzi al consumo operai e impiegati				Tasso fisso 1,5%	Totale F+G coefficiente di rivalutaz. (2)	Coefficiente di rivalutaz. progressivo (3)	Montante mese (2)	Montante progressivo (3)
		Indice Istat	Diff. (1)	Incidenza %	75% di E					
1982 - Da computare su quanto risultava accantonato al 31 maggio 1982 a titolo di ex Indennità di anzianità										
Maggio		134,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre	5-12	141-83	148,2	13,5	10,022271	7,516703	0,875	8,391703	8,391703	1,08391703
Da computare su quanto risultava accantonato al 31 dicembre dell'anno precedente										
Dicembre 1983	15-12	141-84	167,1	18,9	12,753036	9,564777	1,500	11,044777	20,385003	1,11064777
Dicembre 1984	15-12	141-85	181,8	14,7	8,797127	6,597845	1,500	8,097848	30,133594	1,08097845
Dicembre 1985	15-12	141-86	197,4	15,6	8,580858	6,435643	1,500	7,938643	40,460531	1,07935643
Dicembre 1985	-	-	103,5 (4)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 1986	15-12	141-87	108,0	4,5	4,347826	3,260869	1,500	4,760869	47,147672	1,04760869
Dicembre 1987	15-12	141-88	113,5	5,5	5,092592	3,819444	1,500	5,319444	54,975110	1,05319444
Dicembre 1988	15-12	141-89	119,7	6,2	5,462555	4,096916	1,500	5,596916	63,648936	1,05596916
Dicembre 1989	15-12	141-90	127,5	7,8	6,516290	4,887217	1,500	6,387217	74,4101545	1,06387217
Dicembre 1989	-	-	102,657(5)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 1990	15-12	141-91	109,2	6,5	6,373652	4,780239	1,500	6,280239	85,035541	1,06280239
Dicembre 1991	15-12	141-92	115,8	6,6	6,043956	4,532967	1,500	6,032967	96,198674	1,06032967
Dicembre 1991	-	-	115,695(6)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 1992	15-12	141-93	121,2	5,5	4,757410	3,568057	1,500	5,068057	106,142345	1,05068057
Dicembre 1992	-	-	101,934 (7)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 1993	15-12	141-94	106,0	4,0	3,988448	2,991336	1,500	4,491336	115,400891	1,04491336
Dicembre 1994	15-12	141-95	110,3	4,3	4,056603	3,042452	1,500	4,542452	125,185374	1,04542452
Dicembre 1995	15-12	141-96	116,7	6,4	5,802357	4,351768	1,500	5,881768	138,362699	1,05851768
Dicembre 1995	-	-	102,278 (8)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 1996	15-12	141-97	104,9	2,6	2,562896	1,922172	1,500	3,422172	146,519881	1,03422172
Dicembre 1997	15-12	141-98	106,5	1,6	1,525262	1,143947	1,500	2,643947	153,037735	1,02643947
Dicembre 1998	15-12	141-99	108,1	1,6	1,502347	1,126761	1,500	2,624761	159,684430	1,02626761
Dicembre 1999	15-12	141-100	110,4	2,3	2,127660	1,595745	1,500	3,095745	167,723597	1,03095745
Dicembre 2000	15-12	141-01	113,4	3,0	2,717391	2,038043	1,500	3,538043	177,195774	1,03538043
Dicembre 2001	15-12	141-02	116,0	2,6	2,292769	1,719577	1,500	3,219577	186,120305	1,03219577
Dicembre 2002	15-12	141-03	119,1	3,1	2,672414	2,004310	1,500	3,504310	196,116848	1,03504310
Dicembre 2003	15-12	141-04	121,8	2,7	2,267003	1,700252	1,500	3,200252	205,624293	1,03200252
Dicembre 2004	15-12	141-05	123,9	2,1	1,724318	1,293103	1,500	2,793103	214,160696	1,02793103
Dicembre 2005	15-12	141-06	126,3	2,4	1,937046	1,452785	1,500	2,982785	223,437184	1,02927285
Dicembre 2006	15-12	141-07	128,4	2,1	1,662708	1,247031	1,500	2,747031	232,322103	1,02747031
Dicembre 2007	15-12	141-08	131,8	3,4	2,647975	1,985981	1,500	3,485981	243,906789	1,03485981
Dicembre 2008	15-12	141-09	134,5	2,7	2,048558	1,536419	1,500	3,036419	254,349239	1,03036419
Dicembre 2009	15-12	141-10	135,8	1,3	0,966543	0,724907	1,500	2,224907	262,233180	1,02224907
Dicembre	15-12	141-11	138,4	2,6	1,914580	1,435935	1,500	2,935935	272,868111	1,02935935
Dicembre 2010	-	-	100 (9)	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre 2011	15-12	141-12	104,0	4,4	3,173410	2,380058	1,500	3,880058	287,335609	1,03880058
2012 - Da computare su quanto risultava accantonato al 31 dicembre 2011 a titolo di Tfr										
Gennaio	15-1	14-2	104,4	0,4	0,384615	0,288462	0,125	0,413462	288,937093	1,00413462
Febbraio	15-2	14-3	104,8	0,8	0,769231	0,576923	0,250	0,826923	290,538577	1,00826923
Marzo	15-3	14-4	105,2	1,2	1,153846	0,865385	0,375	1,240385	292,140060	1,01240085
Aprile	15-4	14-5	105,7	1,7	1,634615	1,225962	0,500	1,725962	294,020873	1,01725962
Maggio	15-5	14-6	105,6	1,6	1,538462	1,153846	0,625	1,778846	294,225714	1,01778846
Giugno	15-6	14-7	105,8	1,8	1,730769	1,298077	0,750	2,048077	295,268540	1,02048077
Luglio	15-7	14-8	105,9	1,9	1,826923	1,370192	0,875	2,245192	296,032038	1,02245192
Agosto	15-8	14-9	106,4	2,4	2,307692	1,730769	1,000	2,730769	297,912851	1,02730769
Settembre	15-9	14-10	106,4	2,9	2,307692	1,730769	1,125	2,855769	298,397020	1,02855769
Ottobre	15-10	14-11	106,4	2,4	2,307692	1,730769	1,250	2,980769	298,881190	1,02980769
Novembre	15-11	14-12	106,2	2,2	2,115385	1,586538	1,375	2,961538	298,806702	1,02961538
Dicembre	15-12	14-13	106,5	2,5	2,403846	1,802885	1,500	3,302885	300,128857	1,03302885
2013 - Da computare su quanto risultava accantonato al 31 dicembre 2012 a titolo di Tfr										
Gennaio	15-1	14-2	106,2	0,2	0,187793	0,140845	0,125	0,266845	301,192880	1,00265845
Febbraio	15-2	14-3	106,7	0,2	0,187793	0,140845	0,250	0,390845	301,692741	1,00390845
Marzo	15-3	14-4	106,9	0,4	0,375587	0,281690	0,375	0,656690	302,756464	1,00656690
Aprile	15-4	14-5	106,9	0,4	0,375587	0,281690	0,500	0,781690	303,256625	1,00781690
Maggio	15-5	14-6	106,9	0,4	0,375587	0,281690	0,625	0,906690	303,736786	1,00906690
Giugno	15-6	14-7	107,1	0,6	0,563380	0,422535	0,750	1,172535	304,820509	1,01172535
Luglio	15-7	14-8	107,2	0,7	0,657277	0,492958	0,875	1,367958	305,602451	1,01367958
Agosto	15-8	14-9	107,6	1,1	1,032864	0,774648	1,000	1,774648	307,229735	1,01774648
Settembre	15-9	14-10	-	-	-	-	-	-	-	-
Ottobre	15-10	14-11	-	-	-	-	-	-	-	-
Novembre	15-11	14-12	-	-	-	-	-	-	-	-
Dicembre	15-12	14-13	-	-	-	-	-	-	-	-

NOTE (1) Anno 1982: dicembre su maggio. Dal 1983 al 2002: dicembre su dicembre. Per gli anni 2003 e 2004, mese di competenza sul mese di dicembre dell'anno precedente.

(2) Il coefficiente della colonna "H" consente di determinare solo l'importo della rivalutazione; quello della colonna "L" consente di determinare il montante, cioè capitale e rivalutazione; ad esempio, ipotizzando un Tfr al 31 dicembre 2002 di 516,46 euro, la rivalutazione al 31 dicembre 2003 si ottiene calcolando il 3,200252%; l'intero ammontare (Tfr più rivalutazione si ottiene invece moltiplicando 516,46 x 3,03200252 = 532,99 euro). (3) Il coefficiente progressivo si usa soprattutto per determinare la "quota eccedente" che, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, del Testo unico delle imposte sui redditi, deve essere scomputato dal Tfr per determinare il reddito di riferimento e, quindi, l'aliquota in base alla quale la quota imponibile del Tfr deve essere tassata. La "quota eccedente" è quella parte della vecchia Indennità di anzianità maturata in quanto il contratto prevedeva di considerare come base di calcolo un importo superiore a una mensilità. Ad esempio, un dirigente di azienda commerciale assunto il 1° gennaio 1978 e cessato il 31 dicembre 1982. Ipotizzando una retribuzione di 1.032,91 euro si avrà 1.032,91 (una mensilità) x 4 anni + 5/12 = 4.562,04 e 516,46 (1/2 mensilità) x 3 anni (fino al 31 dicembre 1980) = 1.549,37 per un totale complessivo di 6.111,41 euro. La quota eccedente è costituita da 1.549,37 che, in sede di tassazione del Tfr al 31 dicembre 2003 deve essere detratta dal Tfr stesso solo ai fini della determinazione del reddito di riferimento dopo averla rivalutata del 205,624293 (colonna "I"). Per ottenere il montante si moltiplica per 3,05624293 (colonna "M"). (4) Nuova serie 1985 = 100. (5) Nuova serie 1989 = 100. (6) È il nuovo indice ottenuto depurando il mese di dicembre 1991 della voce "tabacchi lavorati" usciti dal panier Istat dal febbraio 1992. (7) Nuova serie 1992 = 100. (8) Nuova serie 1995 = 100. (9) Nuova serie 2010 = 100.

Carrassi: numero chiuso indispensabile per qualità a malati

Il decreto legge istruzione del Governo Letta abolisce dal 2014 il conteggio del voto di maturità nel punteggio al test d'ingresso all'Università; un modo per evitare contenziosi, ma anche per riproporre la polemica sul numero chiuso. I nostri atenei fanno meglio a rinunciare ad ogni pre-selezione?

Per Antonio Carrassi, Presidente del Comitato di Direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, «il tetto è indispensabile, poiché è programmato sui fabbisogni di medici, dentisti e altri professionisti sanitari fissati di anno in anno dalle regioni sulle esigenze del territorio.

Qualsiasi apertura creerebbe un eccesso di figure professionali rispetto alle necessità del paese e darebbe ai neolaureati minori chance di trovare un lavoro e minore competitività in un'Europa dove gli studi universitari sono sempre più selettivi» «L'Università - continua Carrassi - offre un percorso di qualità in base alle risorse disponibili. Se invece di avere 377 matricole di Medicina e 80 di odontoiatria ne dovessimo accettare dieci volte tante non potremmo garantire il percorso di qualità fin qui comprovato dalla ricerca espressa nelle nostre strutture e dai nostri laureati; medici senza qualità sarebbero un pessimo servizio ai malati».

All'obiezione secondo cui per aggirare il tetto ormai troppi aspiranti medici e dentisti si laureano all'estero, Carrassi replica che «queste sono distorsioni in un mercato regolato, dove peraltro alcuni paesi come il Regno Unito attingono cercando medici italiani e spagnoli.

Le possiamo contenere, con organismi che valutino se la preparazione conseguita all'estero sia almeno compatibile, se non superiore, a quella dei nostri laureati».

Marino: abolire il numero chiuso per la facoltà di Medicina

di Rosanna Magnano
12 settembre 2013

Bene il concorso unico nazionale per i medici specializzandi, ma ora bisogna abolire il numero chiuso per la Facoltà di Medicina. E' la proposta lanciata da **Ignazio Marino**, sindaco di Roma, medico, ex presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Ssn e membro della Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica nella XVI Legislatura. Un'idea lanciata sulla scia delle polemiche che hanno accompagnato lo svolgimento dei test d'ingresso alla facoltà di Medicina, il 9 settembre scorso, che ha visto concorrere in tutta Italia oltre 84 mila candidati (il 25% in più dello scorso anno) a fronte di una disponibilità di appena 10 mila posti.

"Credo che probabilmente il numero chiuso - sottolinea Marino - per facoltà come Medicina sia un errore: o si seleziona anche con dei colloqui, che mi rendo conto introducono una discrezionalità ma possono aiutare a scegliere la personalità, oppure il modo più semplice è dare l'accesso a tutti e chiudere al secondo anno per chi non ha dimostrato profitto come accade in altri paesi". La dichiarazione è stata fatta dal sindaco di Roma, a margine della riconsegna dei locali del liceo Socrate andati a fuoco lo scorso luglio.

"Sostengo da molti anni - spiega l'esperto in sanità - che per fare un buon medico il metodo di selezione che abbiamo in questo momento è sbagliato. Mi fiderei molto di più, visto che oggi formiamo i medici che ci cureranno domani, di un medico che magari ha un voto basso in chimica o non sa rispondere a un quiz di una trasmissione tv e invece ha coltivato il sentimento importante per chi fa quel mestiere cioè la solidarietà".

Di sicuro è stata invece una svolta positiva, per Marino, l'introduzione della graduatoria unica nazionale per i medici specializzandi: "Penso che un passo in avanti, che suggerisco da anni e che il ministro sta seguendo con determinazione, sia la competizione unica nazionale che ha un doppio risvolto: da un lato avremmo una graduatoria delle persone migliori e dall'altro, se arriviamo a fare in modo che possano scegliere l'università che ritengono migliore, ci sarà una classifica indiretta dei nostri università migliori".



Tor Vergata vota, medici in corsa

Ci sarà da aspettare fino a martedì 22 ottobre al più tardi, cioè in caso di ballottaggio, per conoscere il nuovo rettore di Roma Tor Vergata, secondo ateneo della Capitale con sei facoltà e 30 mila studenti. Le urne per la prima votazione si apriranno il 30 settembre. Da tempo sono invece noti i nomi dei quattro candidati in corsa. Si tratta del geografo **Franco Salvatori** e di tre docenti di medicina: **Massimo Andreoni**, **Vittorio Colizzi** e **Giuseppe Novelli**. Proprio quest'ultimo, genetista di fama ed ex preside della facoltà, parte con i favori del pronostico. Stimato anche da colleghi di altre materie come economia, a fine maggio il professore si era dimesso dal Consiglio direttivo dell'Anvur (agenzia di valutazione) sgomberando il campo da possibili conflitti d'interesse. Lo stile ha il suo peso. Sotto questa luce, gli ultimi due magnifici di Tor Vergata non hanno brillato. Alessandro Finazzi Agrò è stato condannato dalla Corte dei Conti per danno erariale (120 mila euro) a causa del super stipendio riconosciuto al direttore generale del Policlinico, la struttura ospedaliera che fa capo alla omonima Fondazione Ptv, controllata alla pari da Regione Lazio e ateneo. Il successore **Renato Lauro**, al comando dal 2008, è ancora in sella di proroga in proroga. L'ultimo tentativo per allungare il mandato e rimanere fino al 2014, è però naufragato. Fuori i due rettori, in ateneo restano i figli (uno per ciascuno), docenti sempre a medicina. Già, perché molto ruota attorno alla potente facoltà, come dimostrano i tre candidati (su quattro). Per esempio, ci sarà da seguire il destino della Fondazione Ptv, guidata dal governatore **Nicola Zingaretti**. Che ha deciso il percorso: entro un anno uscita dei due enti e trasformazione in una Fondazione Ircgs, cioè ospedali che possono prendere soldi pubblici se fanno anche ricerca. Ma di eccellenza.