

ANCORA UNA MANOVRA. E QUESTA VOLTA È TOCCATA A MONTI



MA A PAGARE SONO SEMPRE GLI STESSI

Indegna stangata sulle pensioni e nessun intervento per risollevare la sanità, sulla quale pesano tagli per oltre 10 miliardi dalle precedenti manovre. A rischio i Lea e le condizioni di lavoro degli operatori *alle pagine 2-6*

DOSSIER REGIONI

Le manovre della sanità dal 2000 al 2011
a pagina 7

CONVEGNO COSMED

Il sistema previdenziale sotto la lente
alle pagine 8-12

RAPPORTO OCSE

La sanità italiana è al top. Spesa in media con altri Paesi
a pagina 13

ISTAT

Cresce l'inflazione, ma le retribuzioni Ssn sono al palo
a pagina 14



LE MISURE DEL NUOVO GOVERNO MONTI

Sanità in "Codice Rosso"

E ARRIVANO STANGATE SULLE PENSIONI

Un "Decreto salva Italia", così ha definito Monti il provvedimento "disposizioni urgenti per l'equità, la crescita e il consolidamento dei conti pubblici" varato il 4 dicembre e firmato dal presidente della Repubblica il 6 dicembre, con l'obiettivo di far quadrare i conti pubblici. L'impatto complessivo sarà di 20 miliardi netti, per una manovra lorda complessiva di circa 30 miliardi. Di cui 12/13 miliardi di minori spese e 17/18 miliardi di maggiori entrate, tra tasse e patrimoniali (queste ultime passano dall'Ici alla tassazione di beni di lusso e delle somme oggetto dell'ultimo condono sul rientro dei capitali all'estero).

Per la sanità non sono previsti tagli, ha assicurato il ministro per i Rapporti con il Parlamento, Piero Giarda, ma "l'inizio di un nuovo sistema di finanziamento". Per la sanità non sono previsti tagli, ha assicurato il ministro per i Rapporti con il Parlamento, Piero Giar-

A distanza di poco più di due settimane dal suo insediamento, il nuovo Governo tecnico guidato da Mario Monti ha varato la manovra economica da 30 miliardi lordi di euro. Il "Decreto salva Italia", come l'ha definito il neo premier, non porta nuovi tagli alla sanità, ma per l'Anaa si rischia invece di perdere funzioni e servizi in molte Regioni. Stretta anche sul sistema pensionistico



da, ma "l'inizio di un nuovo sistema di finanziamento". Ma per l'Anaa non è così. La sanità è stata risparmiata solo in apparenza. Bisogna infatti tener conto dei ripetuti tagli lineari dei tre anni precedenti che, con i 5,5 miliardi già fissati per il 2014, porteranno complessivamente 25 miliardi di risorse in meno per il Ssn. Questo significa che presto tutte le Regioni, rispetto ad un fabbisogno destinato a rinnovarsi e a crescere per motivi epidemiologici e demografici, avranno i conti in deficit e saranno impossibilitate a garantire i Lea. Inoltre le manovre economiche e gli ultimi provvedimenti legislativi che hanno colpito il pubblico impiego, ignorando la specificità della sanità e che curare un malato è diverso da assolvere una pratica amministrativa, hanno colpito anche i medici e i dirigenti sanitari del Ssn determinando progressivi vuoti delle dotazioni organiche. Le condizioni di lavoro in molte Regioni sono diventate insostenibili. "Si contano milio-

IL COMMENTO DELL'ANAAO SULLA MANOVRA

“DOPO IL BLOCCO DEI CONTRATTI e del congelamento delle retribuzioni, dopo il sequestro di parte della liquidazione ed il suo frazionamento in tre anni, dopo il prelievo straordinario del 5% e 10% sulle retribuzioni superiori a 90mila e 150mila euro, solo per i dipendenti pubblici, dopo tutte le altre leggi speciali che hanno colpito negli ultimi anni i dipendenti pubblici e quindi i medici e i dirigenti del Ssn, adesso arrivano i lavori forzati”. Questo il commento del Segretario nazionale Anaa Assomed, Costantino Troise, alla manovra economica approvata dal Consiglio dei Ministri. “La riforma delle pensioni – ha sottolineato – che, annullando ogni gradualità, prevede la possibilità di andare in pensione solo al raggiungimento dei 42 anni di contributi (41 per le donne) o all’età di 66 anni, in cui è fissata l’asticella della pensione di vecchiaia, e senza che sia ancora chiarito il meccanismo di penalizzazione in caso di uscita anticipata, è un durissimo colpo per il personale medico e dirigente del Ssn. A fronte di condizioni di lavoro sempre più gravose per l’impoverimento delle piante organiche falcidiate dal blocco del turn-over, e sempre più difficili sul fronte della

“INDEGNA LA STANGATA SULLE PENSIONI DI ANZIANITÀ PER MEDICI E DIRIGENTI DEL SSN”

sicurezza e della qualità delle cure a causa dei profondi disservizi provocati dai tagli lineari per circa 20 mld di euro, in un colpo solo si aboliscono le pensioni di anzianità.

In termini pratici si prospetta la possibilità per molti medici, anche quelli impegnati nei turni di lavoro più gravosi, di un allungamento della permanenza al lavoro anche di sei anni. Ed il passaggio al sistema contributivo, sia pure pro rata a partire dal 2012, comporterà una riduzione delle pensioni, che solo per i dipendenti pubblici tra cui i medici e i dirigenti sanitari, ed in spregio a qualsiasi forma di giustizia fiscale, sono già gravate dal contributo di solidarietà e per le quali viene bloccato (oltre i 960 euro mensili) il recupero dell’inflazione. Ed inoltre, nessuna redistribuzione è prevista per i giovani: solo tagli per chi deve andare in pensione”.

L’Anaa Assomed è quindi fortemente preoccupata per il futuro dei giovani e delle migliaia di precari che vedono sempre più lontano il loro momento di accesso e la loro stabilizzazione nel mondo del lavoro. Così come è preoccupata per le migliaia di medici obbligati a coprire con la loro professione e la loro fatica i vuoti provocati da tagli dissennati e da governi regionali irresponsabili ed anche per milioni di cittadini che vedranno abbattute le prestazioni essenziali e ristrette le loro tutele.

ni di ore di lavoro aggiuntivo non retribuito a fronte di retribuzioni bloccate e impoverite, contratti di lavoro rinnegati e stravolti, precarizzazione e demansionamento degli incarichi dirigenziali, autonomia professionale sub iudice dei Dg delle aziende sanitarie” ha sottolineato Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed”. L’Anaa Assomed chiede al nuovo Governo di prestare maggiore attenzione ai problemi della sanità pubblica e di tutelare un Ssn che fino ad oggi ha garantito tra le più alte aspettative di vita del mondo occidentale ai costi più contenuti.

CAMBIA IL SISTEMA PREVIDENZIALE

La riforma delle pensioni è indubbiamente il piatto forte del “pacchetto” Monti. Ed è anche solo il primo tassello di una riforma più completa che riguarderà anche il mercato del lavoro e gli ammortizzatori sociali. La certezza, per ora, è che niente sarà come prima dopo che le misure sulla previdenza previste dal decreto saranno attuate. Ossia, sistema contributivo per tutti, innalzamento dell’età per andare in pensione, eliminazione della combinazione “età/contributi” per il calcolo del limite pensionabile. Eliminazione delle pensioni di vec-

chiaia e limiti all’indicizzazione dei trattamenti. Ma vediamo nel dettaglio le misure previste.

I principi su cui poggiano i provvedimenti in parola sono, in sintesi:

- l’affermazione del metodo contributivo come criterio di calcolo delle pensioni, in un’ottica di equità finanziaria, intragenerazionale e intergenerazionale;
- la previsione di un percorso predefinito di convergenza del trattamento previsto per uomini e donne;
- l’abbattimento delle posizioni di privilegio;
- la presenza di clausole derogative soltanto per le fasce più deboli e le categorie dei bisognosi;
- la flessibilità nell’età di pensionamento, che consente al lavoratore maggiori possibilità di scelta nell’anticipare o posticipare il ritiro dal mercato del lavoro, a fronte di una sua valorizzazione da parte datoriale e di una piena tutela del diritto alla scelta;
- la semplificazione e la trasparenza dei meccanismi di funzionamento del sistema, con l’abolizione delle finestre e di altri meccanismi che non rientrano esplicitamente nel modello contributivo.
- I pilastri del modello che ne deriva hanno caratteristiche

di uniformità e di innovazione:

- si armonizzano età, aliquote e modalità di calcolo delle prestazioni;
- si individuano requisiti minimi per accedere ai trattamenti previdenziali, in linea con la speranza di vita per le diverse fasce di età e in coerenza con gli altri ordinamenti europei;
- “pensione di vecchiaia” e “pensione anticipata” restano diritti ineludibili dei cittadini, il cui esercizio corrisponde non solo alla sussistenza di un requisito esogeno di “anzianità” o di “vecchiaia”, ma anche a scelte flessibili di opportunità personali.

Semplificazione, armonizzazione ed economicità devono caratterizzare anche le strutture gestionali del sistema (per esempio, attraverso l’accorpamento sinergico in un solo istituto delle gestioni previdenziali).

Dal punto di vista dell’impatto in aggregato, la scelta del criterio contributivo non solo sottende un trattamento equo infra e tra generazioni, ma costituisce altresì un metodo di calcolo che migliora equità e sostenibilità finanziarie del sistema. Libererà altresì risorse, anche nel lungo termine, utilizzabili per operare sul piano delle politiche di solidarietà sociale.

Come imprescindibile corollario, l’insieme dei provvedimenti richiederebbe un segnale forte e autonomo di adeguamento, nei principi e nei criteri, da parte degli enti, delle istituzioni e degli organi che non ne sarebbero toccati. Inoltre, a fronte dei grandi sacrifici richiesti, una parte delle risorse risparmiate dovrebbe andare a specifiche misure a favore delle prospettive occupazionali dei giovani e delle donne, con interventi mirati e efficaci in tempi molto rapidi. Infine, è intenzione varare un programma di iniziative di promozione della cultura del risparmio e dell’accantonamento previdenziale, per aiutare i giovani e i lavoratori ad effettuare scelte responsabili e consapevoli in materia di pensioni, anche nell’ambito di forme di pensionamento graduale.

MISURE SULLA TRANSIZIONE

Dal 1° gennaio 2012 viene introdotto, secondo il meccanismo pro rata, il metodo contributivo di calcolo delle pensioni.

Con l’obiettivo di aumentare la trasparenza e la comprensibilità del sistema, si aboliscono le finestre di uscita, inglobate nei nuovi requisiti di accesso. Vengono altresì abolite le quote, e conseguentemente le pensioni di anzianità conseguibili attraverso di esse.

L’età di pensionamento delle lavoratrici dipendenti del settore privato viene alzata a 62 anni e a 63 e sei mesi per le lavoratrici autonome, dal 1° gennaio 2012. L’equiparazione dell’età delle donne a quella degli uomini (66 anni) avviene entro il 2018, sempre tenendo conto della variazione della speranza di vita. Nel frattempo, dall’età 62 all’età 70 vige il pensionamento flessibile, con applicazione dei relativi coefficienti di trasformazione calcolati fino a 70 anni.

Per i lavoratori e per le lavoratrici dipendenti pubbliche, la fascia di flessibilità è compresa tra 66 (età minima, oggi prevista per il pensionamento di vecchiaia) e 70 anni. A tutti i requisiti anagrafici si applicano gli aumenti della speranza di vita (già previsti), con decorrenza dal 2013 (3 mesi già stabiliti dalla legge n. 122/2010 nella sua prima attuazione).

Permane il requisito minimo dell’anzianità contributiva di 20 anni previsto dal precedente ordinamento per la vecchiaia.

L’accesso “anticipato” alla pensione è in ogni modo consentito con un’anzianità di 42 anni e un mese per gli uomini e di 41 anni e un mese per le donne, anch’essa indicizzata alla longevità. Si prevedono penalizzazioni percentuali (2% per ogni anno di anticipo ri-

spetto a 62 anni) sulla quota retributiva dell'importo della pensione, tali da costituire un effettivo disincentivo al pensionamento anticipato rispetto a quello di vecchiaia.

Le disposizioni in materia di requisiti di accesso e di regime delle decorrenze vigenti prima della data in vigore del decreto continuano ad applicarsi ai lavoratori che risultano beneficiari di provvedimenti di mobilità ed esonero, sulla base di accordi stipulati entro il 31 ottobre 2011.

Si prevede l'aumento graduale delle aliquote contributive dei lavoratori autonomi artigiani e commercianti, che sono incrementate progressivamente fino a raggiungere il 22% entro il 2018 (attualmente 20 - 21%).

Si vara la revisione delle aliquote contributive dei lavoratori autonomi agricoli, portandole gradualmente al 22% e al 20% per le sole zone svantaggiate (sono state eliminate le differenziazioni delle aliquote per età).

Vengono aboliti i privilegi ancora esistenti in ambito previdenziale, attraverso l'introduzione temporanea di un contributo di solidarietà per i pensionati e gli attivi che ancora avvantaggiati da precedenti regole di maggior favore rispetto a quelle vigenti nell'assicurazione generale obbligatoria e che non trovino giustificazioni oggettive. Il contributo di solidarietà è proporzionato all'incidenza di tali regole di favore.

Si favorisce la totalizzazione dei contributi versati dai lavoratori, eliminando l'ultimo ostacolo dei tre anni non riconosciuti.

Per le Casse Professionali, che operano in regime di autonomia, si propone di adottare un dispositivo che impone alle casse medesime di adottare - entro il termine di pochi mesi - provvedimenti funzionali al riequilibrio di medio-lungo periodo dei conti, e ispirati al rispetto dell'equità intergenerazionale. In assenza di tali provvedimenti, si prevede anche per esse l'adozione del metodo contributivo pro rata dalla medesima data del primo gennaio 2012.

Viene istituito un Fondo per il finanziamento di politiche attive per il lavoro (donne,

giovani, ammortizzatori sociali), il cui finanziamento è previsto in euro 200 mln nel 2012 e 300 negli anni successivi. In considerazione del processo di convergenza ed armoniz-

zazione del sistema pensionistico attraverso l'applicazione del metodo contributivo, nonché al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa nel settore pre-

videnziale ed assistenziale, l'Inpdap e l'Enpals sono soppressi e le relative funzioni sono attribuite all'Inps. Sistema a regime (pensioni totalmente contributive, a partire circa

dal 2035). Il sistema previdenziale segue il modello della capitalizzazione virtuale, con formula contributiva, flessibilità del pensionamento e coefficienti attuariali applicati alle diverse età della fascia flessibile (con correzioni rispetto all'età minima di accesso valide soltanto per i lavori usuranti). I requisiti di accesso alle prestazioni, nel sistema a regime, prevedono la coesistenza di una anzianità contributiva di 20 anni, 67 anni di età e un importo della pensione non inferiore ad almeno 1,5 volte l'assegno sociale (soglia indicizzata), per acquisire il diritto alla pensione di vecchiaia. Si prescinde dal requisito di importo minimo se in possesso di un'età anagrafica di 70 anni di età e di una anzianità contributiva di almeno 5 anni. Con riferimento alla possibilità di accedere alla pensione anticipata, il diritto si acquisisce al compimento dei 63 anni di età, una anzianità contributiva di 20 anni e l'ammontare mensile della prima rata di pensione non inferiore ad un importo soglia (indicizzato) pari a 2,8 volte l'assegno sociale.

- La regola è applicata uniformemente a tutti i lavoratori e incoraggia la permanenza in attività. Poiché il metodo restituisce, sotto forma di pensione, i contributi versati nel corso della vita lavorativa, l'anzianità minima deve essere tale da comportare un trattamento adeguato. Ciò potrà conseguirsi attraverso un minimo contributivo di almeno venti anni.

Sempre a regime, dovrebbe prevedersi la possibilità di indicizzare la pensione al Pil procapite.

VINCOLI FINANZIARI E INTERVENTI URGENTI

In conseguenza del vincolo finanziario stringente che opera sul bilancio pubblico per il biennio 2012/2013 e della necessità di riportare il sistema Paese in condizioni di stabilità e di equilibrio, viene inserito, per il prossimo biennio, il blocco parziale della rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici, salvaguardando tuttavia le pensioni fino a 2 volte il minimo.

Le prime mosse del neo ministro Renato Balduzzi

“Contenimento della spesa non deve incidere sulla qualità della sanità”

Necessaria una “manutenzione” del Ssn in nome dell'appropriatezza. Presto i nuovi Lea. Ordini: “Il Governo armonizzerà riforma con liberalizzazioni”. Ecco il programma del neo ministro alla Salute

■ “Si dovrebbe evitare che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia dei cittadini nel sistema. Per questo ogni misura in tale direzione si deve accompagnare a interventi finalizzati ad aumentare qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati”. Così il ministro della Salute Renato Balduzzi, in Commissione Igiene e Sanità del Senato alla sua prima audizione parlamentare per la presentazione delle linee programmatiche del suo dicastero. Linea ribadita anche in Commissione Affari Sociali a distanza di pochi giorni. “In un momento in cui siamo in presenza di un temuto e forte rallentamento della crescita - ha sottolineato il ministro - è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia. Altrimenti, si ridurrebbe il grado di soddisfazione del cittadino in modo considerevole, come accade in presenza di un razionamento delle prestazioni, dell'allungamento dei tempi di attesa e di un'eccessiva compartecipazione”. Ad orientare la condotta politica del ministero Balduzzi sarà “il dialogo con le commissioni parlamentari”. L'auspicio è che le mie proposte siano il più possibile unitive e non divisive”.

Il ministro ha poi continuato presentando il programma per la sanità del nuovo Esecutivo dividendo quelle di “carattere programmatico” da quelle di “carattere legislativo”, con riferimento all'attività della commissione precedentemente illustrata dal presidente Antonio Tomassini.

Al Senato, infatti, Balduzzi, non ha annunciato alcuna iniziativa legislativa propria né la volontà di intervenire con riforme importanti. Però, ha precisato, “il sistema sanitario ha bisogno di costante manutenzione”.

“Da più di 30 anni il Ssn è una componente fondamentale del Paese a garanzia del diritto alla salute, che è un diritto costituzionale”, ha affermato il ministro, per il quale, peraltro, “il comparto sanità presenta caratteristiche significativamente innovative”, come l'aziendalizzazione.

Secondo Balduzzi, tuttavia, non vanno negati “né i problemi né la necessità di ritocchi”, o meglio di “costante manutenzione del sistema”. Concetto che ha trovato d'accordo i senatori, che hanno ripreso il termine nel corso dei loro successivi interventi. Ma cosa vuol dire “manutenzione” per Balduzzi. Ad esempio “precisare le regole tra le aziende e la politica a partire dalle nomine”. Stabilire poi “regole trasparenti e chiare tra professionisti e pazienti, evitando la medicina difensiva,

attiva e passiva”, puntando di più su “quei profili professionali che valorizzano l'alleanza terapeutica”. “Penso alle proposte - ha sottolineato - in tema di giustizia riparativa e di modelli complementari di risoluzione delle controversie”. Un problema delicato tanto che “in alcune specialità mediche non ci sono candidati a sufficienza, con in prospettiva un assetto profondamente squilibrato dei servizi sanitari”.

Tra le altre priorità del ministro c'è il “tavolo di lavoro tra Stato e Regioni sui nuovi Lea, che aspettano da tempo una conclusione”. Per i Lea, in particolare, Balduzzi ha sostenuto che è “importante un approccio graduale, per disegnare una loro rimodulazione complessiva”. Restano comunque alcune priorità da affrontare subito come “le malattie rare, l'epidurale, la disabilità”.

Il ministro punta poi la sua attenzione sul federalismo fiscale e sul nuovo Patto per la salute. E sulla necessità di uno sforzo significativo per la “trasparenza sui Piani di rientro e la qualità dei servizi”. Commentando le priorità dell'attività legislativa della Commissione (legge sul tabacco, responsabilità professionale, sperimentazione clinica, comitati etici e riforma degli Ordini delle professioni sanitarie), Balduzzi ha rivolto un “incoraggiamento” ai senatori. Ma per quanto riguarda gli Ordini ha anche voluto puntualizzare che ci sarà “un suggerimento del Governo per armonizzare gli interventi”. Anche perché, ha sottolineato, “è necessario rendere dinamico questo profilo con quello sulle liberalizzazioni da parte del Governo”. Concludendo l'audizione dopo le repliche dei senatori, il ministro si è soffermato solo su alcuni punti sollevati “non per priorità ma per questione di tempo”. In particolare per il ministro è importante che si concludano i lavori per l'approvazione del testo sulla medicina difensiva e rischio clinico.

Per quanto riguarda i Piani di rientro, Balduzzi ha detto che riferirà in commissione “successivamente a un monitoraggio. Su questo - ha aggiunto - abbiamo sensibilità comuni”. Breve accenno poi alla vertenza della Croce Rossa. “Sono interessato allo schema di decreto sulla Cri e terrò conto dell'indagine del Senato”. Indagine al momento sospesa ma che, ha assicurato Tomassini, riprenderà al più presto per essere conclusa entro la fine dell'anno. Ultimo punto la verifica di qualità delle strutture, assicurando che lo scopo delle attività in corso per la valutazione delle cure non è certamente quello di “fare classifiche”. (E.A. S.S.)

Chi è il nuovo ministro della Salute Renato Balduzzi

Nominato il 16 novembre dal neo presidente del consiglio Mario Monti alla guida del ministero della Salute Renato Balduzzi è stato presidente dell'Agenas dal 2007, costituzionalista, esperto di diritto sanitario, è stato Capo ufficio legislativo del ministro della Salute Bindi con la quale ha lavorato alla stesura della "riforma ter" della sanità del 1999.

Il presidente dell'Agenas Renato Balduzzi è il nuovo ministro della Salute nel primo Governo Monti. Nato a Voghera 12 febbraio 1955, coniugato con tre figli. È professore ordinario di diritto costituzionale nell'Università del Piemonte Orientale. Dopo aver conseguito nel marzo 1979 la laurea in Giurisprudenza presso l'Università degli studi di Genova ha compiuto studi di diritto costituzionale europeo presso la Commissione della Comunità economica europea (1981-1982) e l'Istituto universitario europeo e di diritto costituzionale comparato presso l'Università di Paris X - Nanterre (1985-1986). Nell'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro" è, dal 2008, coordinatore del Dottorato di ricerca su "Autonomie locali, servizi pubblici e diritti di cittadinanza" e, dal 2007, direttore del Centro di Eccellenza Interfacoltà di servizi per il Management Sanitario. È stato consigliere giuridico dei ministri della Difesa (1989-1992), della Sanità (1996-2000), dove ha ricoperto anche l'incarico di Capo ufficio legislativo con il ministro Rosy Bindi presiedendo la Commissione ministeriale per la riforma sanitaria, e delle Politiche per la famiglia (2006-2008). Dal 2009 è presidente del Nucleo di valutazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara e, dal 2006, del Comitato di Indirizzo dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. È presidente, dal febbraio 2007, dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). È componente del Comitato scientifico delle riviste "Quaderni regionali", "Amministrazione in cammino", Politiche

sanitarie, "Dialoghi" e "Studium". Dal 2002 al 2009 è stato presidente nazionale del Movimento ecclesiale di impegno culturale (MEIC, già Movimento Laureati di Azione Cattolica) e attualmente è componente per l'Italia dello European Liaison Committee di Pax Romana-Miic (Mouvement international des intellectuels catholiques) - Icmica (International Catholic Movement for Intellectual and Cultural Affairs). È direttore, dal 2003, del bimestrale culturale "Coscienza". Ha fondato e diretto, dal 1989 al 1992, la rivista culturale "Nuova politeia".



IL COMMENTO DEL SEGRETARIO NAZIONALE DELL'ANAO ASSOMED

TROISE: "BENE LA NOMINA DI BALDUZZI"



"Siamo soddisfatti perché la composizione del nuovo governo ha salvaguardato l'autonomia del ministero della Salute, minacciata da un annunciato suo accorpamento al Ministero del Welfare, accogliendo la richiesta in tal senso avanzata da tutte le sigle sindacali della dirigenza medica, dipendente e convenzionata, veterinaria e sanitaria e dalla stessa Fnomceo. Una scelta che esprime attenzione verso un settore complesso e fragile, di interesse di tutti i cittadini, e verso le associazioni rappresentative dei professionisti che in esso operano. Altresì apprezziamo la scelta di Renato Balduzzi quale ministro della salute, del quale conosciamo le qualità di competenza professionale e di sensibilità nei confronti dei problemi del servizio sanitario e della sua sostenibilità in termini di equità ed accessibilità". È questo il commento del Segretario nazionale dell'Associazione, Costantino Troise all'indomani della nomina del neo ministro della Salute. "Grazie agli incarichi ricoperti nell'ambito della sanità, in particolare come Presidente dell'Agenas - ha sottolineato Troise - il neo ministro è perfettamente consapevole che le crescenti diseguaglianze tra le regioni in termini di efficacia e sicurezza delle cure rappresentano una delle priorità sul tappeto. Ci auguriamo - ha aggiunto - di poter contare sulla sua disponibilità e sul confronto rispettoso dei ruoli, a prescindere dalla durata di questo esecutivo, per affrontare e avviare a soluzione i problemi del servizio sanitario del nostro Paese e quelli che derivano dalle difficili condizioni di lavoro dei professionisti che in esso operano".

I sindacati scrivono al ministro della Salute

I sindacati della dirigenza medica veterinaria e sanitaria (Anao Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Federazione Medici - Sds Snabi - Aupi - Fp Cgil Spta - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss - Fimmg - Sumai - Snam - Intesa Sindacale - Smi - Fimp - Cimop - Ugl Medici - Federspecializzandi) in una lunga lettera chiedono al ministro Balduzzi un incontro "disponibili a condividere percorsi virtuosi che rendano sostenibile il Ssn e concretamente esigibile un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione". Di seguito il testo della lettera

Illustre Signor Ministro,
la conferma del Ministero della Salute, nonostante la riduzione dei dicasteri, e la Sua nomina, caratterizzata da criteri di competenza e di professionalità, sono un segnale positivo per il Servizio sanitario nazionale che le sottoscritte Organizzazioni Sindacali hanno valutato positivamente. Riteniamo, infatti, fondamentale l'unitarietà del servizio pubblico e la coesione sociale ed organizzativa in un Paese in cui le differenze tra i vari servizi sanitari regionali tendono ad ampliarsi, fino ad interessare non più i modelli organizzativi ma la stessa efficacia e sicurezza delle cure, ed a mettere in crisi la esigibilità del diritto alla salute in egual modo su tutto il territorio nazionale. Il sistema sani-

tario non è solo un agglomerato di spesa, ma rappresenta un grande contenitore di competenze professionali ed innovazioni tecnologiche, oltre che un volano essenziale per la stessa crescita del Paese. Oggi la filiera della salute presenta la più alta concentrazione di occupati con un prodotto che vale circa il 12% del Pil. Gli ultimi dati Ocse confermano che spendiamo per la sanità meno della media degli altri paesi industrializzati con un servizio che continua ad avere positivi riconoscimenti di qualità, sia per quanto riguarda il tasso di mortalità evitabile che alcuni indicatori di morbilità. Di certo, nelle espressioni delle nostre valutazioni, non intendiamo prescindere dalla situazione di crisi economica,

che coinvolge ormai, ed in modo importante, non solamente il nostro paese, consapevoli della necessità di un rafforzamento del Ssn anche attraverso obiettivi di appropriatezza e di lotta agli sprechi ed alla corruzione. In questo quadro la riqualificazione della rete ospedaliera e la riorganizzazione delle cure primarie, l'abuso di contratti atipici che produce un diffuso precariato, anche in rapporto alla prossima carenza di Medici e Dirigenti del Ssn, ed il problema acutissimo della responsabilità professionale, sono alcune delle criticità che vorremmo sottoporre alla Sua attenzione. Senza tralasciare la necessità di affermare i principi della trasparenza e del merito professionale, valorizzando il ruolo dei professio-

nisti in un nuovo modello di governo clinico e recuperare le prerogative della contrattazione. Oggi è palpabile una situazione di disagio diffuso e di malessere dei professionisti che quotidianamente operano nelle aziende sanitarie, tenuti ai margini dei processi decisionali da una deriva aziendalistica in mano alla cattiva politica. Significativo è il preoccupante esodo pensionistico quale unica via di uscita da una condizione professionale sem-

pre più difficoltosa e da un contesto che vede scaricare diverse contraddizioni di gestione del sistema sui Medici e sui dirigenti. Le condizioni in cui lavoriamo diventano sempre più gravose e rischiose a causa di ritmi massacranti e di un contenzioso medico legale che, in attesa di un provvedimento legislativo che dorme nei cassetti da due anni pur largamente condiviso, segna crescite esponenziali. La necessità di mantenere, congiun-

tamente agli altri aspetti che insieme costituiscono e garantiscono lo stato sociale, livelli adeguati di tutela dello stato di salute attraverso un Servizio Sanitario Nazionale "universale" "equo" e "solidale", ci appare oggi, ancora e più che mai, un obiettivo irrinunciabile per il nostro Paese, il cui raggiungimento passa anche attraverso il rispetto e la valorizzazione del lavoro che svolgiamo tutti i giorni e tutte le notti per rispondere a doman-

de e bisogni dei cittadini che a noi si rivolgono in momenti delicati della loro vita. In rappresentanza dei medici, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici e amministrativi dipendenti e convenzionati del Ssn, Le chiediamo in modo unitario un incontro, disponibili a condividere percorsi virtuosi che rendano sostenibile il nostro servizio sanitario nazionale e concretamente esigibile un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione.

Adelfio Elio Cardinale è il nuovo sottosegretario alla Salute

Palermitano, classe 1940, medico radiologo, è stato preside della Facoltà di Medicina di Palermo fino all'anno scorso ed è vice presidente dell'Istituto superiore di sanità. L'altra favorita alla carica fino alla vigilia della nomina era Teresa Petrangolini segretario di Cittadinanzattiva

Adelfio Elio Cardinale è nato a Palermo il 29 novembre 1940, è sposato con il magistrato Annamaria Palma, attuale capo di Gabinetto del presidente del Senato Schifani. Allievo e successore di Pietro Cignolini, radiologo di fama internazionale, dal 2001 al 2010 è stato preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo. In carriera, è stato insignito di numerose onorificenze e vanta un lungo elenco di incarichi di prestigio. Gli incarichi più recenti. Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo dal marzo 2001 al 2010. Presidente del Cerisdi-Centro ricerche e studi



direzionali, dal 2009. Vice-Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità da gennaio 2008. Vice-Presidente nazionale della "Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà mediche" delle Università italiane. Presidente della Commissione regionale sanitaria per il rischio clinico in Sicilia. Presidente nazionale della Sirm la Società Italiana di Radiologia Medica dal 1996-2000. Pro-Rettore dell'Università di Palermo, dal 1991 al 1994. Professore Ordinario di Radiologia presso l'Università di Palermo. Direttore dell'Istituto di Radiologia "Pietro Cignolini" dell'Università di Palermo e della Scuola di Specializzazione di Radiologia Medica e Radioterapia Oncologica, dal 1992 al 2001.

FAZIO IL BILANCIO DI TRE ANNI E MEZZO A LUNGOTEVERE RIPÀ

Con lui è rinato il ministero della Salute dopo la criticata riforma che per 16 mesi l'aveva incorporato nel Welfare. L'investitura a ministro risale a dicembre del 2009. Prima Fazio era già stato nominato sottosegretario e poi vice-ministro del Welfare con delega alla Salute. Vediamo quali tra le misure adottate dall'ex ministro Fazio sono diventate operative e quante invece sono rimaste nel cassetto

■ Ministro per due anni, sottosegretario e vice ministro per i due precedenti. È stata lunga quasi quattro anni la carriera al ministero della Salute di Ferruccio Fazio, prima come sottosegretario, poi vice ministro e infine da ministro. Medico, classe 1944, direttore dei Servizi di Medicina Nucleare e di Radioterapia, Istituto Scientifico San Raffaele di Milano. Con la sua nomina a ministro rivede la luce il ministero della Salute, dopo la tanto criticata riforma che per 16 mesi l'aveva incorporato nel ministero del Welfare. La nomina ufficiale a 45imo ministro della Salute avviene, infatti, il 15 dicembre del 2009, con la cerimonia di giuramento al Quirinale. Da quel momento inizia per Fazio l'avventura di ministro, affiancato da due sottosegretari, Francesca Martini della Lega ed Eugenia Roccella del Pdl. Numerose le riforme avviate durante il ministero Fazio, anche se poche quelle diventate operative. In parte a causa dei necessari tempi tecnici, ma in parte anche a causa delle difficoltà politiche nelle quali la legislatura si è trovata a partire dal luglio 2010 con l'uscita di Fini dalla maggioranza. Non sono mancate poi le divergenze politiche tra Maggioranza e Opposizione, che hanno visto il ministro della Salute intervenire su alcune tematiche che hanno sollevato forti polemiche. Ad esempio quando, con l'introduzione dell'utilizzo della RU486, il ministero ha emanato delle linee di in-

dirizzo in cui si scoraggiavano le Regioni a somministrare la pillola abortiva al di fuori del ricovero ordinario. O con l'iter di commercializzazione della pillola dei 5 giorni, giunto a compimento solo dopo due anni di confronti e un parere del Ccs che non ha mancato di suscitare polemiche. E poi



il testamento biologico, con la circolare emanata da Fazio, Maroni e Sacconi per dichiarare illegali i registri dei Comuni. Ma anche l'istituzione della Giornata per gli Stati vegetativi, proposta da alcune associazioni di familiari dei pazienti, accolta volentieri dalla Maggioranza e anch'essa oggetto di accese polemiche. Al nome di Fazio, però, sono legate anche alcune importanti novità per il nostro sistema sanitario. Prima tra tutte la farmacia dei servizi, che prevede l'erogazione di nuove prestazioni ai cittadini anche da parte delle farmacie, come le prestazioni analitiche di prima istanza o altre prestazioni erogabili anche grazie all'ingresso in farmacia di altre professionalità, cioè gli infermieri e i fisioterapisti. A Fazio,

poi, si deve il progetto del riordino dei punti nascita dopo i diversi casi di decessi durante il parto che hanno segnato l'estate del 2010. Avviata da poco, e il cui destino è ora più che mai incerto, anche la riforma del sistema di emergenza-urgenza (che prevederebbe, tra le altre cose, anche lo spostamento dei codici bianchi e verdi sul territorio anziché al Pronto Soccorso), la riforma delle cure primarie e la riforma del percorso di formazione in Medicina (che prevederebbe, ad esempio, la riduzione degli anni di corso di Laurea). In materia di giovani medici, poi, un capitolo importante è contenuto anche nel ddl Omnibus presentato dallo stesso Fazio, approvato alla Camera e ora all'esame del Senato. Il Ddl, infatti, prevede la possibilità, per il Ssn, di assumere a tempo determinato gli specializzandi agli ultimi due anni di scuola di Specializzazione, anche per far fronte all'allarme per la carenza di medici nel futuro. La norma sugli specializzandi (introdotta peraltro con un emendamento governativo) è solo una delle novità introdotte con il ddl, che ha come obiettivo primario il potenziamento della sperimentazione clinica, ma contiene anche un capitolo sulla riforma degli Ordini delle professioni sanitarie. Considerando la ormai probabile prosecuzione della legislatura questo ddl potrebbe anche proseguire il suo iter anche se bisogna tener conto che mancherà l'appoggio da ministro

del suo ideatore. Il ministero di Fazio potrebbe essere ricordato, inoltre, per aver avviato e introdotto per la prima volta in Italia un programma di valutazione degli esiti che mira a rilevare quali sono le strutture del Paese dove si registrano le migliori e le peggiori performance su una serie di 47 indicatori. Le cosiddette "pagelle", come le ha chiamate la stampa, anche se gli esperti ministeriali hanno più volte ribadito che non si tratta di stilare classifiche dei più bravi bensì di individuare, attraverso un unico sistema codificato su base nazionale, quali sono i punti deboli di ogni ospedale e area territoriale per intervenire e migliorare l'assistenza. Tra gli altri progetti che hanno visto la nascita in questi due anni dal ministero della Salute sotto la guida del ministro Fazio ricordiamo anche l'istituzione del Registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari e divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori, l'istituzione della Commissione nazionale "Cure palliative e terapie del dolore", del Comitato Scientifico di economia e management sanitario tra Ministero della Salute e Atenei pubblici e privati e istituzione di un Tavolo tecnico per gli emoderivati, la recente proposta di nomina di Luca Pani come direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco per sostituire Guido Rasi, recentemente nominato alla guida dell'Ema.

Dossier Regioni. Tutte le manovre della sanità 2000/2011

Dal 2013 crescita inferiore a PIL E INFLAZIONE

È un quadro a tinte fosche quello che emerge dall'ultimo aggiornamento del dossier sulle manovre per la sanità elaborato dal settore sanità della segreteria della Conferenza delle Regioni. Nelle quasi 600 pagine di analisi sono state infatti inserite le ultime novità previste dalle due manovre estive corredate di una tabella che fotografa il finanziamento del Servizio sanitario nazionale dal 2000 al 2014.

In particolare, la Regioni rilevano come "prima manovra estiva" (il DL n. 98 convertito nella legge n. 111 del 15 luglio 2011) abbia previsto numerose disposizioni per la razionalizzazione della spesa sanitaria. Misure di contenimento stimate in 2.500 mnl di euro per l'anno 2013 e in 5.450 mnl di euro per l'anno 2014 da definirsi tramite Intesa con il Governo. La Conferenza ha presentato specifico emendamento, che non è stato accolto in sede di conversione, per il reintegro dei tagli previsti in Sanità con copertura da recupero dell'evasione fiscale. Sono introdotte principalmente misure specifiche per i dispositivi medici, la spesa farmaceutica, i nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie nonché la reintroduzione del ticket da 10 euro su prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nella manovra sono inoltre inserite disposizioni per la salvaguardia della cogenza dei Piani di rientro e per la procedura sostitutiva ove la Regione non rimuova gli ostacoli all'attuazione del Patto. Con la "seconda manovra estiva" (il DL n. 138 convertito in legge n. 148 del 14 settembre 2011), invece, si è introdotto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro la possibilità della deroga al blocco del turn over previo accertamento dei tavoli tecnici della

necessità di assicurare il mantenimento dei Lea.

GLI INTERVENTI IN SANITÀ DAL 2000 AL 2010

ANNO 2000

L'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto ha previsto la responsabilità diretta delle Regioni in caso di disavanzo mediante aumento delle imposte, contrazione di mutui e utilizzo di risorse proprie per coprire i buchi.

ANNO 2001

Con l'Accordo dell'8 agosto viene previsto uno stanziamento triennale di risorse (anni 2002, 2003, 2004) con l'impegno delle Regioni ad avviare processi di razionalizzazione. Viene introdotto il principio cosiddetto del "chi rompe paga". In seguito, un Dpcm di novembre definisce i Lea e, nello stesso periodo viene varata la Riforma del Titolo V della Costituzione.

ANNO 2002

Nella Finanziaria si precisa che il mancato rispetto degli impegni sanciti nell'Accordo dell'8 agosto 2001 comporta un ripristino del livello di finanziamento a quello dell'Accordo del 2000.

ANNO 2003

La Finanziaria stabilisce ulteriori adempimenti da parte delle Regioni per accedere all'integrazione del finanziamento, in materia di monitoraggio delle prescrizioni; rispetto dei criteri di appropriatezza; riduzione liste d'at-

tesa e la previsione di decadenza dei Dg in caso di mancato rispetto dei conti delle aziende.

ANNO 2004

Attraverso l'Accordo Stato-Regioni di dicembre viene istituito il Tavolo tecnico presso il Mef per la verifica degli adempimenti regionali.

ANNO 2005

La Finanziaria determina i finanziamenti per il triennio 2005-2007 che subordina l'accesso al finanziamento integrativo rispetto alla stipula di un'Intesa tra Stato e Regioni e viene previsto per le Regioni in difficoltà la predisposizione di programmi di riorganizzazione mediante appositi accordi con i ministeri della Salute e dell'Economia. Attraverso l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo si specificano gli interventi specifici rispetto ai Piani di rientro.

ANNO 2006

La Finanziaria conferma l'Intesa di marzo 2005 e introduce l'automatismo della massimizzazione delle aliquote fiscali per le Regioni con i conti in rosso. Viene poi istituito il SIVEAS, il sistema di controllo e monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Il 5 ottobre viene recepito dall'Intesa Stato-Regioni il "Patto della Salute" che sancisce un accordo finanziario per il triennio 2007-2009 con la previsione di un "fondo transitorio" per aiutare le Regioni in difficoltà.

ANNO 2007

La Finanziaria recepisce l'Intesa sul Patto della Salute e disciplina i Piani di rientro. Viene inoltre integrato con 2 miliardi di euro il Fsn e vengono elevate a 20 miliardi di euro le risorse ex art. 20 per l'edilizia sanitaria.

ANNO 2008

La Finanziaria prevede un aumento delle risorse per gli investimenti di 23 miliardi di euro. Viene inoltre coperto il con 834 milioni di euro il ticket sulla specialistica. Con il cambio di governo in maggio viene successivamente varata in estate una manovra finanziaria per gli anni 2009-2013 (DL 112 poi convertito in legge n. 133 del 6 agosto) duramente osteggiata dalle Regioni che lamentano una sottostima del finanziamento per gli anni 2010-2011. Il 2 ottobre riprende il confronto politico e viene raggiunto un Accordo tra Stato e Regioni per la copertura del ticket sulla specialistica anche per il 2009 (434 milioni di euro) e sulla disponibilità a rivedere i fabbisogni per il 2010 e 2011.

ANNO 2009

Nel corso dell'anno, con la legge n. 77 del 24 giugno, è stato ridotto di 420 milioni di euro il Fsn per far fronte alle esigenze finanziarie delle popolazioni colpite dal terremoto in Abruzzo. Ed infine, con la legge n. 102 del 3 agosto, è stato istituito un fondo di 800 milioni di

euro per interventi nel settore sanitario e si è rideterminato il tetto di spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,3%.

ANNO 2010

Ad inizio anno la legge n. 10 del 26 febbraio (milleproroghe) ha apportato la proroga al 31 marzo 2011 per l'attività di intramoenia e per il pay back farmaceutico, e prorogato al 1 gennaio 2013 quei provvedimenti come gli accreditamenti per le strutture sociosanitarie private, e l'assegnazione alle Regioni dei 70 milioni di euro già inclusi nel riparto delle risorse del Ssn.

In estate, con l'approvazione della legge n. 122 del 30 luglio (manovra finanziaria estiva), sono state apportate pesanti restrizioni alla sanità, tra cui: il blocco del turn over fino al 2014 per le Regioni con Piani di rientro, la riduzione del livello di finanziamento del Ssn per 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012, e tagli alla spesa farmaceutica che ammontano a 300 milioni di euro per il 2010 e 600 milioni per il 2011.

Infine, con la successiva legge n. 220 del 13 dicembre (legge di stabilità) sono stati disposti: uno stanziamento di 1.500 milioni di euro per l'anno 2012 delle risorse Fas da destinare all'edilizia sanitaria pubblica, e un incremento di 347,5 milioni di euro per il finanziamento del Ssn.

Convegno Cosmed, "Il sistema previdenziale e le riforme dettate dalla crisi della Finanza pubblica"

Dirigenti sanità: scatta l'ora della pensione integrativa

Solo il 4% dei dirigenti medici pubblici ha una previdenza complementare, contro il 25% degli autonomi. Il numero lo segnala la Cosmed che ha organizzato a Roma il convegno "Il sistema previdenziale e le riforme dettate dalla crisi della Finanza pubblica", un'intera giornata dedicata al presente e al futuro delle pensioni che vanno difese, ma anche costruite. L'assunto di partenza lo ha ben sintetizzato Giorgio Cavallero, segretario della Confederazione di medici e dirigenti pubblici: "La pensione è la nostra forma di risparmio più considerevole e va tutelata ma bisogna anche iniziare a pensare a forme di previdenza complementare". Insomma, più si andrà avanti (e più sarà diffuso il metodo contributivo attivato dalla riforma Dini) e più sarà difficile avere un assegno previdenziale con un tasso di sostituzione alto rispetto all'ultimo stipendio. Ma prima di analizzare le proposte di previdenza complementare, gli organizzatori hanno chiamato a fare un quadro dello status quo della pensione pubblica dei medici, il Dg della Direzione

Il presente e il futuro delle pensioni. Su questo argomento esperti e rappresentanti della professione medica si sono confrontati a Roma nel convegno "Il sistema previdenziale e le riforme dettate dalla crisi della Finanza pubblica" organizzato dalla Cosmed

generale dell'Inpdap, Giorgio Fiorino che, oltre a fare un excursus di tutte le riforme intervenute negli ultimi anni, ha sottolineato l'importanza del "legame che sussiste tra la previdenza e il lavoro e di come la politica non sempre abbia affrontato frontalmente i due aspetti" specificando che oggi si è in una situazione per cui "nel pubblico costa di più mantenere un dipendente che mandarlo in pensione" e infatti i dati parlano di una crescita delle uscite dal lavoro negli ultimi due anni. Fatta la premessa, Fiorino ha criticato poi "la scelta di innalzare l'età pensionabile nel pubblico per le donne a 65 anni, mentre nel privato l'età è fissata a 60 anni" e non vede di buon occhio nemmeno la fusione degli enti previdenziali, proposta che a più riprese torna sempre a paventarsi nelle agende dei governi. Ma, oltre all'assegno della pensione, c'è anche una riflessione da fare sul Tfr. Infatti, la legge 122/2010 ha cambiato il computo del Tfr (in

peggio) e inoltre sono state introdotte norme che ne differiscono i tempi per l'effettiva erogazione. Certo, non si può dire che le pensioni dei medici dirigenti siano basse rispetto alla media, ma è certo che le ultime riforme ne hanno intaccato molto il valore e in questa fase di crisi finanziaria globale, nonché di passaggio dal metodo retributivo al contributivo, la Cosmed suggerisce di guardare oltre, nella direzione della previdenza complementare, se si vuole avere la garanzia di mantenere il proprio tenore di vita anche quando si è in quiescenza lavorativa. A designare il contesto delle pensioni integrative ci ha pensato così l'esperto Maurizio Sarti che ha specificato come i "fondi complementari hanno una tassazione intorno al 10% e quindi sono convenienti" anche se bisogna specificare come il comparto dell'integrativa vada diviso in due: tra i soggetti che la propongono come iniziati-

sogno assistenziale. Rispetto a quest'ultimi, Sarti ha parlato del nuovo fondo nazionale complementare pubblico che si chiamerà Perseo e che dovrebbe partire nei prossimi mesi. Anche Luigi Daleffe, presidente di Fondo Sanità ha illustrato i vantaggi del Fondo integrativo che gestisce e ha spiegato come "non si debba però confrontare la pensione obbligatoria con quella complementare" perché sarebbe sbagliato. Fin qui si è parlato quindi dei fondi complementari su cui però ogni medico è libero o meno di aderire ma il medico ha già altre forme di assistenza complementare. Stiamo parlando dell'Enpam e dell'Onaosi. Per quest'ultimo è stato il presidente Serafino Zucchelli a salire sul palco. "Il tema delle casse previdenziali private non ha mai avuto diritto di cittadinanza come oggi". Zucchelli ha poi parlato dell'Onaosi sottolineando come il bilancio sia solido e ad un costo di circa 140 euro l'anno si garantiscono

molti bisogni assistenziali e di supporto per i professionisti del Ssn e che il progetto è sempre più quello di allargare la fascia dell'utenza. "Il problema - ha specificato l'ex sottosegretario alla Salute - semmai sono i controlli poco efficaci e il sistema di doppia tassazione". Anche Giampiero Malagnino, vicepresidente dell'Enpam, cui è bene precisare i medici dipendenti pubblici sono obbligati a versare un contributo per l'attività che svolgono in libera professione, ha illustrato le novità per il Fondo A: "Lo vogliamo dedicare sempre più al welfare". Ma Malagnino ha poi puntato il dito contro la politica dei controlli "mai efficienti" e ha chiesto una tassazione come per la previdenza complementare. Insomma, l'offerta integrativa specifica per i professionisti non manca, senza dimenticare tutte le altre offerte, aperte a tutti, disponibili sul mercato. Quello che manca oggi è forse la consapevolezza che per avere una buona pensione domani è il caso di iniziare a pensare alla costruzione di un'altra gamba previdenziale, almeno per chi è in condizioni di poterlo fare.

INTERVISTA A TROISE

"Troppi luoghi comuni sulle pensioni dei dipendenti pubblici"

Dottor Troise, perché avete voluto organizzare questo Convegno dedicato alla previdenza?

Il primo obiettivo è cercare di far piazza pulita di luoghi comuni e leggende metropolitane. Ricordo solo alcuni dati. Nel 2013 in Italia si andrà in pensione a 66 anni e tre mesi, mentre in Germania, nello stesso anno, si potrà avere la pensione di vecchiaia a 65 anni e 2 mesi. Già oggi, comunque, l'età media effettiva di quiescenza in Italia è di poco inferiore a quella tedesca, ma è largamente superiore rispetto a quella francese. In più, lo scalone "regalato" alle donne del Pubblico Impiego a partire dal 2012 aumenterà ancora di più questa età media di quiescenza effettiva. Inoltre, quando si parla di pensioni occor-

re ricordare che altri Paesi hanno diversi strumenti che accompagnano l'uscita, oltre la pensione di anzianità. E non si può ignorare che le pensioni di invalidità, che in Svezia ad esempio vengono date a partire dal 25% di invalidità, hanno una funzione di ammortizzatore sociale in larga parte del nostro Paese.

Vi aspettate nuovi tagli previdenziali?

Non vorrei cioè che dopo aver attaccato i salari correnti, congelati e decurtati, si andasse ad attaccare il salario futuro, quello previdenziale. Dal nuovo primo ministro, grande esperto di previdenza, mi aspetto piuttosto che ci sia attenzione all'equità dei provvedimenti oltre che alla cassa. D'altra parte proprio ieri sera, in una trasmissio-

ne televisiva, l'ex ministro Maroni ha ricordato come la stessa Unione Europea ha certificato, lo scorso anno, che il sistema previdenziale italiano è il più stabile d'Europa. **Lei dice che i medici del Ssn, e più in generale i dipendenti pubblici, non godono di pensioni "baby". Molti lamentano però che siano troppi e dunque troppo costosi. È così?**

I dati ci dicono che il numero di impiegati pubblici in Italia è, in percentuale, tra i più bassi d'Europa. Inoltre il costo per il personale pubblico pesa sul contribuente italiano con una percentuale che è agli ultimi posti in Europa. Solo in Germania ha infatti un peso inferiore, ma occorre tener conto che da noi nel pubblico impiego sono comprese scuola, magistratura, sicurezza e sanità, ovvero tutti i set-

tori fondamentali per la vita di un Paese.

L'Enpam ha appena annunciato una riforma della previdenza che prevede, di fatto, l'innalzamento dell'età pensionabile, l'aumento delle aliquote e la riduzione dei rendimenti. Pensa che anche i medici pubblici dovranno allinearsi?

Noi paghiamo il 33% dei contributi, mentre oggi i liberi professionisti pagano circa la metà; l'età media di pensionamento dei medici è 63 anni e in pochi anni si arriverà ai 67 per la pensione di vecchiaia. Non vedo cos'altro si possa fare. Piuttosto occorrerà occuparsi delle previdenze speciali, che in Italia riguardano ancora un milione di persone, oppure dei vitalizzi parlamentari, che per ogni euro versato ne ricevono indietro 11. Ma soprattutto occorre occuparsi delle entrate, contrastare l'evasione contributiva. Perché non si può continuare a ragionare solo sul versante delle uscite. (E.A.)

Il documento della Cosmed

LE PENSIONI NON SONO UN PRIVILEGIO ma la principale forma di risparmio dei lavoratori e delle famiglie

I soldi delle pensioni sono in massima parte dei lavoratori, non devono essere nella disponibilità esclusiva dei governi.

Si fa giustamente un gran parlare di debito pubblico collegato ai titoli di stato e si stanno facendo grandi sforzi per onorare il debito ed assicurare ai creditori la puntuale restituzione del capitale.

Con grande disinvoltura invece si parla di differimento delle pensioni, dimenticando che le pensioni sono anch'esse un debito che lo Stato ha contratto nei confronti dei lavoratori, che hanno versato per anni una percentuale significativa del loro salario. La pensione infatti è in buona parte la restituzione dei contributi versati.

Evidentemente esistono sensibilità diverse e diverse attenzioni per i creditori forti (mercati e istituzioni finanziarie) e i creditori deboli (lavoratori in attesa della pensione).

Un chiaro esempio è dato dal differimento di 24 mesi del pagamento della liquidazione dei dipendenti pubblici, stabilito dall'ultima finanziaria: in questo modo viene differito il pagamento di un credito maturato e consolidato. Se un titolo di stato in scadenza venisse restituito dopo due anni si parlerebbe di default sca-

“Fare ‘cassetta’ subito sulle pensioni significa infliggere un duro colpo allo stato sociale del Paese. Non basta e non può più bastare semplicemente differire il debito previdenziale non pagando oggi ciò che potrebbe costare molto di più in termini di coesione sociale in un prossimo futuro”. È questo in sintesi il parere della Cosmed sul futuro del sistema previdenziale, contenuto nel documento che Dirigenza Medica pubblica in queste pagine

tenendo reazioni mondiali, mentre questa operazione è passata sotto traccia, come se fosse ordinaria amministrazione. Il fatto stesso che le manovre sulle pensioni vengano decise per via legislativa, senza nemmeno essere concertate con le organizzazioni sindacali dei lavoratori, dimostra che la politica ritiene le pensioni come una propria proprietà senza nessun riguardo per quei soggetti che si sono privati di una parte del salario, affidandolo allo Stato, per ottenere il trattamento pensionistico.

LO STILLICIDIO DI PROVVEDIMENTI SULLE PENSIONI CREANO SFIDUCIA ED ESODI DI MASSA CONTROPRODUCENTI PER LE STESSE CASSE DELLO STATO

Ormai non c'è Finanziaria o provvedimento legislativo che non intervenga sulle pensio-

ni, che nel solo anno 2011 sono state oggetto di tre limature, nonché da una miriade di voci che hanno creato panico e sfiducia.

Il risultato è che nel settore pubblico i pensionamenti sono aumentati del 34% ovvero gran parte di coloro che avevano maturato i requisiti sono ricorsi al pensionamento, non solo per esplicita volontà, ma anche per il timore dell'arrivo di nuove leggi penalizzanti.

Inoltre lo Stato si sta privando di entrate previdenziali fresche costituite dai riscatti della laurea, delle specializzazioni, dei periodi di aspettativa e di part-time e dalle ricon-

giunzioni che stanno subendo un pesante calo per la diffusa sfiducia da parte dei contribuenti sull'utilità del ri-

scatto stesso. È infatti evidente che il riscatto trova la sua principale utilità solo se vengono mantenute le pensioni di anzianità.

IL SISTEMA PREVIDENZIALE NON SI GOVERNA SOLO CON I TAGLI E L'ETÀ PENSIONABILE

La ricetta per le riforme del sistema previdenziale sembra essere unica: aumentare l'età pensionabile ed abolire le

pensionamenti di anzianità in una logica sensibile solo alla riduzione delle uscite per il sistema pubblico.

Non si parla di aumento delle entrate per il sistema.

Eppure in Italia esiste un enorme evasione fiscale, cui si accompagna invariabilmente un enorme evasione contributiva. Il debito

pubblico non è il risultato di eccesso di generosità per pensioni, sanità e servizi sociali, ma è il risultato della perdurante evasione fiscale, spesso oggetto di bonaria tolleranza. Non si può continuare ad aumentare le tasse e a tagliare i servizi ai soliti noti per compiacere di fatto i soliti furbi. Inoltre al di là dell'evasione esiste una jungla contributiva i lavoratori dipendenti pubblici pagano il 33% della loro massa salariale (comprensiva degli oneri riflessi per il datore di lavoro) come contributo previdenziale, cui si aggiunge il 6,91 per il Tfr su di una base imponibile reale. Altre categorie, non certo disagiate, contribuiscono con aliquote inferiori pur sapendo che la loro base imponibile è erosa significativamente dall'evasione fiscale.

Lotta all'evasione ed omogeneizzazione contributiva sono strumenti di incremento delle entrate che vanno perseguiti per uscire dalla logica dei soli tagli e restituire equità e credibilità al sistema. L'età di uscita dal sistema lavorativo, che al momento è in Italia sovrapponibile a quello degli altri Paesi Europei, deve essere modulata in funzione delle condizioni di lavoro dei soggetti interessati.

A titolo esemplificativo non



si comprende per quale motivo una donna dipendente della pubblica amministrazione debba andare in pensione di vecchiaia a 65 anni, anche se sottoposta come accade nel settore medico e infermieristico a turni di lavoro e mansioni usuranti, mentre una dipendente del settore privato debba accedere prima alla pensione di vecchiaia come accade nel settore bancario e assicurativo. Esistono differenti condizioni lavorative che non possono essere ricondotte solo al settore di appartenenza, ma che devono essere valutate sulla base delle effettive mansioni svolte. I dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale scontano pesantemente il fatto di essere omologati al pubblico impiego e trattati come facenti parte dell'apparato burocratico amministrativo. Il prolungamento dell'età lavorativa in settori delicati del servizio sanitario rischia di compromettere la sicurezza delle cure. Non si comprende infine che senso possa avere il vincolo dell'età pensionabile per soggetti che sono assoggettati al

sistema contributivo puro: per questi ultimi infatti la pensione non è altro che la restituzione dei contributi versati maggiorata di una rivalutazione annuale che non di rado è perfino inferiore al rendimento dei titoli di stato a medio-lungo termine. Inoltre per questi contribuenti la pensione è costituita da un montante individuale costruito esclusivamente con i propri contributi versati e determinata conteggiando l'entità della vita residua. Laddove il singolo contribuente abbia maturato un montante tale da escludere il contributo dello Stato non si comprende per quale motivo lo Stato debba forzosamente trattenere queste risorse. In passato si è parlato per anni di "liberalizzazione dell'età pensionabile" oggi assistiamo ad un irrigidimento che pretende di governare il sistema solo con l'imposizione legislativa dell'età pensionabile.

NON SI PUÒ INVOCARE L'EUROPA SOLO QUANDO FA COMODO PER "FARE CASSETTA"

Le riforme pensionistiche in Europa hanno avuto caratte-

re di gradualità sull'età pensionabile, a tutt'oggi in Francia l'età pensionabile è a 60 anni ed è previsto un allungamento a 62 anni. In Italia inoltre è stato introdotto il

sistema contributivo puro assai più rigido e che determinerà i maggiori risparmi. Riportiamo l'articolo apparso sul televideo rai assai utile per superare pregiudizi e luo-

ghi comuni. Se è vero che le pensioni d'anzianità formalmente esistono solo in Italia è altrettanto vero che negli altri Paesi europei esiste l'istituto dell'anticipo della pen-

Le pensioni di anzianità in Europa

AUSTRIA

La pensione ordinaria è erogata al compimento del 60° anno di età per le donne e del 65° anno di età per gli uomini. Tra il 2024 e il 2033 il limite di età per le donne sarà progressivamente aumentato per equipararlo a quello degli uomini.

DANIMARCA

In linea di principio chiunque risieda in Danimarca ha diritto alla pensione di vecchiaia (folkepension) al compimento dei 65 (67) anni di età. Per coloro che compiono 60 anni il 1° luglio 1999 o dopo tale data, l'età pensionabile è 65 anni. Esiste inoltre un regime pensionistico integrativo obbligatorio per i lavoratori subordinati (Aip).

ESTONIA

Hanno diritto alla pensione di vecchiaia gli assicurati che hanno accumulato almeno 15 anni di servizio che in Estonia conferiscono il diritto alla pensione. L'età pensionabile è fissata, dal 1° gennaio 2007, a 63 anni per gli uomini e a 60 anni per le donne. Entro il 2016 l'età pensionabile sarà uniformata a 63 anni per entrambi i sessi, con un progressivo aumento dell'età per la donna. La pensione sociale forfetaria è versata ai residenti che hanno raggiunto i 63 anni di età, hanno risieduto in Estonia per almeno cinque anni prima di richiedere la pensione ma non hanno accumulato i 15 anni di servizio che, in Estonia, conferiscono il diritto alla pensione.

FINLANDIA

Il regime delle pensioni previdenziali prevede che l'età pensionabile sia compresa tra i 63 e i 68 anni. La pensione di invalidità si trasforma in pensione di vecchiaia quando il beneficiario compie 63 anni.

FRANCIA

L'età prevista dalla legge per ottenere una pensione di vecchiaia è 60 anni. Non vige l'obbligo per l'interessato di farne richiesta a 60 anni. È altresì possibile anticipare l'età pensionabile in caso di lunga contribuzione assicurativa o di disabilità.

GERMANIA

La pensione spetta al compimento dei 65 anni di età, purché sia dimostrato un periodo contributivo di 5 anni. Le donne, al compimento dei 60 anni, hanno diritto alla

pensione di vecchiaia con importo mensile ridotto se hanno versato contributi obbligatori per più di 10 anni dopo i 40 anni. Il periodo contributivo previsto per il diritto alla pensione è di 15 anni. I soggetti nati a partire dal 1952 non hanno più diritto a questa pensione.

GRECIA

Il lavoratore ha diritto alla pensione di vecchiaia al raggiungimento di un certo limite d'età, se ha maturato un numero prefissato di giornate lavorative. I principali requisiti per ottenere una pensione di vecchiaia piena sono i seguenti:

- aver maturato almeno 4.500 giorni di lavoro al compimento del 65° anno di età (60° per le donne). In caso di iscrizione al regime della previdenza sociale dopo il 1° gennaio 1993, l'età del pensionamento per uomini e donne è di 65 anni;
- in caso di iscrizione al regime di previdenza sociale prima del 31 dicembre 1992, occorre aver maturato
- almeno 10mila giorni lavorativi al compimento del 62° anno di età (57° per

le donne);

- se il lavoratore svolge un'attività pericolosa e usurante e si è iscritto al regime della previdenza sociale prima del 31 dicembre 1992, al compimento del 60° anno di età (55° per le donne) è necessario avere lavorato per almeno 4.500 giorni, di cui 3.600 nel quadro di attività pericolose e usuranti e mille durante gli ultimi 13 anni precedenti la data del pensionamento o la presentazione della domanda di pensione. Se il lavoratore è iscritto al regime di previdenza sociale dal 1° gennaio 1993, è necessario, al compimento del 60° anno di età (per uomini e donne), aver maturato almeno 4.500 giorni lavorativi, di cui 3.375 nell'ambito di attività pericolose e usuranti;
- aver maturato almeno 10.500 giorni lavorativi (equivalenti a 35 anni) di lavoro subordinato al compimento del
- 58° anno di età (per uomini e donne), oppure 10.500 giorni lavorativi, di cui 7.500 nell'ambito di attività pericolose e usuranti, al compimento del 55° anno di età, purché il lavoratore si sia iscritto al

IL DOCUMENTO COSMED



sione e altre forme di accompagnamento alla pensione stessa.

È evidente che se ad una data età venisse resa possibile una sostanziale modifica delle condizioni di lavoro (esen-

zione da turni di guardia, possibilità di riduzione dell'orario di lavoro, esclusione da mansioni usuranti e faticose) o se venissero erogati degli incentivi alla permanenza in servizio si otterreb-

be una significativa e volontaria prosecuzione dell'attività lavorativa a prescindere dalla legislazione sull'età pensionabile.

Del resto se la percentuale della spesa previdenziale sul

totale del welfare in Italia è elevata quella per l'assistenza e quella complessiva per il welfare sono al di sotto della media europea. Le pensioni suppliscono alla carenza di altre forme di sostegno

sociale (disoccupazione, invalidità, malattia, sostegno alla famiglia).

Del tutto ipocrita è la richiesta di prolungamento dell'età lavorativa da parte di quei soggetti datoriali che da sempre fanno ricorso a massicci prepensionamenti, unica alternativa ai licenziamenti di massa (circa un quarto dei cosiddetti baby pensionati sono nel settore privato). Se gli ultracinquantenni vanno in pensione anticipata è perché in tal senso vengono costretti dai datori di lavoro. In Italia le pensioni di anzianità suppliscono alla carenza dell'indennità di disoccupazione, la loro abolizione senza un salario garantito che accompagni alla pensione genererebbe una massa di soggetti senza stipendio e senza pensione. Infine la permanenza in servizio di molti anziani non potrà che aggravare la già critica condizione di disoccupazione dei giovani. Si determina una condizione contraria ad ogni modello di sviluppo: i vecchi costretti al lavoro ed i giovani disoccupati fino ad un'età tale da rendere difficile qualunque inserimento lavorativo durevole.

Nel settore pubblico esiste infine una dissociazione del pensiero, da un lato si allunga l'età pensionabile e contemporaneamente la si accorcia con provvedimenti di licenziamento coatto al compimento del 40° anno di contribuzione

Se l'introduzione di un contributivo puro pro-rata può avere una sua coerenza ed equità modificare ulteriormente l'uscita dal sistema genera un pericoloso invecchiamento del sistema lavorativo, la perdita di diritti acquisiti, la sfiducia nel sistema pensionistico pubblico e infine richiederebbe l'attivazione di altre tutele non meno onerose per le casse pubbliche.

Fare "cassetta" subito sulle pensioni significa infliggere un duro colpo allo stato sociale del Paese. Non basta e non può più bastare semplicemente differire il debito previdenziale non pagando oggi ciò che potrebbe costare molto di più in termini di coesione sociale in un prossimo futuro.



(ellilífeyrir) chi ha raggiunto o superato l'età di 67 anni e ha risieduto stabilmente in Islanda per almeno tre anni di calendario, nel periodo compreso tra i 16 e i 67 anni di età

ITALIA

Dal 1° gennaio 2000, la pensione di vecchiaia viene corrisposta al compimento dell'età pensionabile, vale a dire 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne, ai lavoratori subordinati e autonomi che possano far valere almeno 20 anni di assicurazione e di contribuzione

LETTONIA

Hanno diritto a una pensione di vecchiaia i lavoratori e le lavoratrici che hanno raggiunto l'età di 62 anni e hanno un'anzianità contributiva di almeno 10 anni. Il requisito dell'età pensionabile di 62 anni è progressivo: è già applicato per gli uomini e lo sarà entro il 2008 per le donne

LIECHTENSTEIN

L'assicurato ha diritto alla pensione se ha versato contributi per almeno un anno intero. L'età pensionabile ordinaria è di 64 anni, con alcune disposizioni transitorie per le donne (per le donne nate tra il 1941 e il 1945 l'età fissata per legge è 63 anni).

LITUANIA

L'età pensionabile per la pensione normale è di 62,5 anni per gli uomini e 60 per le donne

LUSSEMBURGO

Per poter beneficiare di una pensione di vecchiaia è necessario:

- essere stati assicurati per un minimo di 120 mesi;
- aver raggiunto l'età di 65 anni

MALTA

Le nuove disposizioni riguardanti la riforma del sistema pensionistico prevedono un graduale aumento dell'età pensionabile:

- per i nati prima del 31 dicembre 1951 compreso, l'età pensionabile resta quella attuale, ossia 61 anni per gli uomini e 60 anni per le donne. (Le donne che hanno raggiunto tale età possono decidere di andare in pensione a 61 anni e, in tal caso, il datore di lavoro non può licenziarle);
- per i nati tra il 1952 e il 1955 compresi, l'età pensionabile sarà 62 anni;

- per i nati tra il 1956 e il 1958, compresi, l'età pensionabile sarà 63 anni;
- per i nati tra il 1959 e il 1961, compresi, l'età pensionabile sarà 64 anni;
- per i nati prima del 1° gennaio 1962, compreso, l'età pensionabile sarà 65 anni.

NORVEGIA

L'età del pensionamento è di 67 anni. Il regime di previdenza nazionale non contempla il pensionamento anticipato. La pensione di vecchiaia consiste in una pensione di base, in una pensione complementare e/o in un assegno integrativo speciale, nonché in eventuali altre integrazioni, previo accertamento del reddito, per figli e coniuge.

PAESI BASSI

Chi vive o lavora nei Paesi Bassi è assicurato in forza della legge sull'assicurazione generale di vecchiaia (Algemene Ouderdomswet, Aow). In generale tutti, uomini e donne, hanno diritto alla pensione di vecchiaia al compimento del 65° anno di età. L'importo

Segue a pagina 12



regime di previdenza sociale prima del 31 dicembre 1992. Se al contrario, il lavoratore si è iscritto dopo il 1° gennaio 1993, l'età richiesta è di 65 anni (per uomini e donne); almeno 11.100 giorni lavorativi (equivalenti a 37 anni) di lavoro subordinato, a prescindere dall'età e dalla data di iscrizione al sistema di previdenza sociale; le madri di minori (meno di 18 anni) o invalidi che sono iscritte al sistema di previdenza sociale dal 31 dicembre 1992 devono aver lavorato per almeno

- 5.500 giorni al compimento del 55° anno di età. Nel caso invece in cui l'iscrizione sia avvenuta dopo il 1° gennaio 1993, sono necessari almeno 6 mila giorni lavorativi

IRLANDA

La pensione di vecchiaia spetta dall'età di 65 anni agli assicurati che hanno abbandonato l'attività lavorativa a tempo pieno e sono in possesso dei necessari requisiti contributivi

ISLANDA

Ha diritto alla pensione di vecchiaia

Le pensioni di anzianità in Europa

Segue da pagina 11

della pensione è fisso, ma viene adeguato agli aumenti delle retribuzioni due volte all'anno. Le pensioni vengono corrisposte mensilmente. Una volta all'anno, nel mese di maggio, viene erogato l'assegno vacanze. L'importo fisso di cui sopra viene decurtato per ogni anno in cui il lavoratore non era assicurato. Per ogni anno di residenza o di lavoro nei Paesi Bassi il lavoratore matura il 2% della pensione piena

POLONIA

La riforma del regime previdenziale attuata in Polonia nel 1999 ha introdotto una differenziazione dei criteri di ammissibilità alla pensione di vecchiaia secondo l'età degli assicurati. Sono dunque previste disposizioni diverse per i tre gruppi di età seguenti:

- le persone nate prima del 1° gennaio 1949;
- le persone nate tra il 1° gennaio 1949 e il 31 dicembre 1968;
- le persone nate dopo il 31 dicembre 1968.

Le persone nate prima del 1° gennaio 1949 godono del diritto a una pensione di vecchiaia a partire dal momento in cui rispondono ai requisiti seguenti:

- la persona ha raggiunto l'età pensionabile, ossia 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini;
- la persona ha completato il periodo assicurativo richiesto, ossia 20 anni per le donne e 25 anni per gli uomini.

Il diritto alla pensione di vecchiaia può ugualmente essere ottenuto dopo un periodo assicurativo di 15 anni per le donne e di 20 anni per gli uomini. Tuttavia, se la pensione di vecchiaia di questi soggetti è inferiore alla pensione minima garantita dal regime di assicurazione, non sarà aumentata fino alla pensione minima.

Le persone nate prima del 1° gennaio 1949 godono del diritto a una pensione anticipata se rispondono ai requisiti seguenti:

- le donne che hanno compiuto 55 anni e che possono dimostrare almeno 30 anni di periodi contributivi e non contributivi, o almeno 20 anni di periodi contributivi e non contributivi se è stata loro riconosciuta un'incapacità al lavoro totale;
- gli uomini che hanno compiuto 60 anni e che possono dimostrare almeno 25 anni di periodi contributivi e non contributivi e se è stata loro riconosciuta un'incapacità al lavoro totale.

Il pensionamento anticipato può anche essere concesso alle persone che possono provare 20 anni di versamenti contributivi per le donne e 25 anni per gli uomini, di cui almeno 15 anni (10 in taluni casi) di lavoro in condizioni particolari o di natura specifica. Le persone che rispondono ai requisiti di cui sopra possono andare in pensione all'età definita per le categorie professionali particolari dal regolamento sull'età pensionabile dei lavoratori subordinati che lavorano in condizioni particolari o che svolgono compiti di natura specifica.

Alcune categorie particolari di assicurati, come gli invalidi di guerra o i militari, i dipendenti della funzione pubblica, gli insegnanti, i minatori e i ferrovieri, godono inoltre di condizioni più favorevoli per beneficiare della pensione di vecchiaia

PORTOGALLO

Il lavoratore ha diritto alla pensione di vecchiaia se ha raggiunto l'età pensionabile (65 anni) e completato il periodo minimo necessario di 15 anni di contribuzione previdenziale richiesti (sono presi in considerazione gli anni con almeno 120 giorni di versamenti contributivi

REGNO UNITO

La pensione di vecchiaia può essere richiesta al

raggiungimento dell'età pensionabile stabilita per legge (65 anni per gli uomini e tra i 60 e i 65 anni per le donne), a prescindere dal fatto che l'interessato continui a lavorare o meno. Nel caso in cui presenti la domanda dopo aver raggiunto l'età pensionabile, l'assicurato potrà percepire una pensione di vecchiaia maggiorata.

REPUBBLICA CECA

Il periodo contributivo minimo è di 15 anni di assicurazione se il richiedente ha già compiuto i 65 anni. Per poter percepire la pensione all'età prevista dalla legge, è richiesto un periodo minimo di contribuzione di 25 anni.

L'età pensionabile per gli uomini è diversa da quella prevista per le donne. Gli uomini possono ottenere il pensionamento a 61 anni e 6 mesi, mentre l'età pensionabile delle donne dipende dal numero di figli che hanno cresciuto:

- nessun figlio: 59 anni e 8 mesi;
- 1 figlio: 58 anni e 8 mesi;
- 2 figli: 57 anni e 8 mesi;
- 3 o 4 figli: 56 anni e 8 mesi;
- 5 o più figli: 55 anni e 8 mesi.

L'età pensionabile viene aumentata gradualmente ogni anno di 2 mesi per gli uomini e di 4 mesi per le donne, fino al raggiungimento dei 63 anni per gli uomini e le donne senza figli e dei 59 fino ai 62 anni per le donne con figli

SLOVACCHIA

Dal 1° gennaio 2004 l'età pensionabile è stabilita a 62 anni, sia per gli uomini che per le donne. L'età pensionabile unica a 62 anni non si applica dall'entrata in vigore della legge sulla previdenza sociale, ma viene introdotta gradualmente. L'estensione dell'età pensionabile per le donne è ripartita su un periodo di 10 anni (dal 2004 al 2014).

SLOVENIA

La pensione di vecchiaia è versata all'assicurato:

IL DOCUMENTO COSMED

- al compimento dei 58 anni, se ha maturato 40 anni di contributi previdenziali, per gli uomini, o 38 anni, per le donne; oppure
- al compimento dei 63 anni, per gli uomini, o dei 61 anni, per le donne, se l'assicurato ha maturato 20 anni di contributi; oppure
- al compimento dei 65 anni, per gli uomini, o di 63 anni, per le donne, se ha maturato almeno 15 anni di contributi previdenziali.

Per le donne, la legge prevede un'applicazione progressiva dei requisiti di legge descritti che danno diritto alla pensione di vecchiaia. Per soddisfare il primo requisito (58 anni di età e 38 anni di contributi), l'età pensionabile delle assicurate sarà aumentata gradualmente di 4 mesi all'anno fino ad arrivare nel 2014 ai 58 anni. Il periodo di contribuzione necessaria sarà aumentato di 3 mesi ogni anno fino al 2013, data in cui si raggiungerà il requisito dei 38 anni.

L'età necessaria per avere diritto alla pensione di vecchiaia può essere ridotta in talune circostanze specifiche (educazione dei figli, calcolo di periodi di contribuzione aggiuntivi, situazione personale, iscrizione all'assicurazione pensionistica obbligatoria prima dei 18 anni).

SPAGNA

Sono ammessi a godere di una pensione contributiva di vecchiaia coloro che sono iscritti a un regime previdenziale o si trovano in situazione analoga (per esempio, le persone che si trovano involontariamente disoccupate), soddisfano le condizioni relative all'età (65 anni), hanno un periodo minimo di contribuzione (15 anni, due dei quali compresi nei quindici anni immediatamente precedenti il pensionamento) e smettono di lavorare.

Inoltre, hanno diritto alla pensione contributiva di

vecchiaia le persone iscritte al sistema previdenziale che, alla data del pensionamento, non siano in posizione attiva o in situazione analoga, purché rispettino i requisiti in materia di età (65 anni) e abbiano un periodo minimo di contribuzione (15 anni, due dei quali nei 15 anni immediatamente precedenti la domanda di pensionamento).

SVEZIA

Dal 1° gennaio 1999 la Svezia applica un nuovo sistema previdenziale. Questo nuovo sistema è caratterizzato da alcune disposizioni transitorie. La pensione basata sui redditi può essere liquidata almeno dal mese in cui vengono compiuti 61 anni. Più il pagamento della pensione viene rinviato, più questa aumenta. Infatti, più l'età è maggiore al momento del pensionamento, più il numero di anni durante i quali la pensione dovrà verosimilmente essere versata è ridotto. In caso di rinvio del pagamento della pensione, il coefficiente è dunque inferiore e la pensione annuale risulta più elevata. La pensione garantita può essere versata almeno dall'età di 65 anni

SVIZZERA

Le prestazioni di vecchiaia sono erogate secondo il regime di base statale dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (Avs, 1° pilastro), di previdenza professionale (2° pilastro) e, all'occorrenza, di previdenza privata (3° pilastro). L'età pensionabile è di 65 anni per gli uomini e 64 anni per le donne.

UNGHERIA

Hanno diritto alla pensione di vecchiaia le persone che hanno raggiunto l'età stabilita per legge e che hanno maturato gli anni di servizio richiesti. A oggi è ancora in corso il riporto del limite di età iniziato nel 1996. Al termine di tale iter tale soglia sarà di 62 anni sia per gli uomini sia per le donne.

Fonte: Commissione Europea

È un quadro lusinghiero quello offerto alla sanità del nostro Paese dalla sesta edizione del Rapporto Ocse Health at a Glance che fornisce gli ultimi dati comparabili su diversi aspetti delle prestazioni dei sistemi sanitari nei paesi Ocse. Dal rapporto è emerso che in generale la qualità delle cure mediche sta migliorando nei paesi Ocse, con tassi di sopravvivenza più alto per le malattie mortali. In tutti i paesi Ocse in media solo il 4% delle persone ricoverate in ospedale dopo un attacco di cuore ora muore entro 30 giorni dal ricovero in ospedale (erano l'8% nel 2000). I tassi di sopravvivenza per i diversi tipi di tumore sono in aumento, grazie alla diagnosi precoce e a migliori trattamenti. In cinque anni il tasso di sopravvivenza per le donne con diagnosi di cancro al seno è aumentato: è passato dal 79% del 2002 per quelli diagnosticati nel 1997, all'84% del 2009 per quelli diagnosticati nel 2004.

Rimane comunque la necessità di una migliore prevenzione e gestione per le malattie croniche, come l'asma e il diabete, con troppe persone ricoverate inutilmente negli ospedali (in media, 50 su 100mila adulti nei paesi dell'Ocse sono ricoverate in ospedale ogni anno per asma e per diabete non controllato ogni anno). Uno "Sguardo alla Sanità 2011" mostra inoltre che l'equilibrio tra medici di medicina generale e specialisti è cambiato negli ultimi dieci anni, con una rapida crescita del numero degli specialisti rispetto a quello dei generalisti. Uno squilibrio che può essere spiegato in parte dal crescente divario delle retribuzioni tra i medici generici e specialisti in diversi paesi, tra cui Canada, Finlandia, Francia e Irlanda.

E l'Italia? Il nostro Paese è promosso con ottimi voti per quanto riguarda la qualità delle cure. Il tasso di mortalità ospedaliera a seguito di un attacco cardiaco o di un ictus è inferiore alla media Ocse. L'Italia ottiene buoni risultati anche nel limitare i ricoveri ospedalieri ad alto costo per malattie croniche, quali asma, malattia polmonare ostruttiva cronica o diabete. E ancora, siamo vicini alla media Ocse per

Rapporto Ocse Health at a Glance

SANITÀ ITALIANA AL TOP E LA SPESA È IN MEDIA CON GLI ALTRI PAESI

La mortalità per ictus e infarto è inferiore alla media europea. È anche minore alla media dei paesi Ocse il ricorso all'ospedale per i ricoveri evitabili. Dulcis in fundo la spesa complessiva è contenuta (9,5% del Pil a fronte di una media del 9,6%). L'ultimo rapporto Ocse premia la sanità del nostro Paese

quanto riguarda la percentuale di donne sottoposte a screening del tumore del seno, ma è indietro per quanto riguarda lo screening del tumore della cervice. Ma vediamo nel dettaglio quali sono le novità del sesto rapporto Ocse.

LA QUALITÀ DELLE CURE IN ITALIA

Il tasso di mortalità ospedaliera in Italia nei 30 giorni successivi al ricovero per infarto acuto del miocardio (attacco cardiaco) è significativamente inferiore alla media Ocse (3.7%

contro 5.4% nel 2009). L'Italia ha inoltre fatto registrare bassi tassi di mortalità ospedaliera a seguito di ictus ischemico (3.4% contro una media Ocse del 5.2%) o emorragico (17.6% contro una media Ocse del 19.0%). I ricoveri ospedalieri evitabili per complicanze da asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e diabete non controllato sono molto più bassi in Italia rispetto alla media Ocse. Per quanto riguarda i ricoveri per asma, il tasso in Italia è stato di 19 per 100mila adulti nel

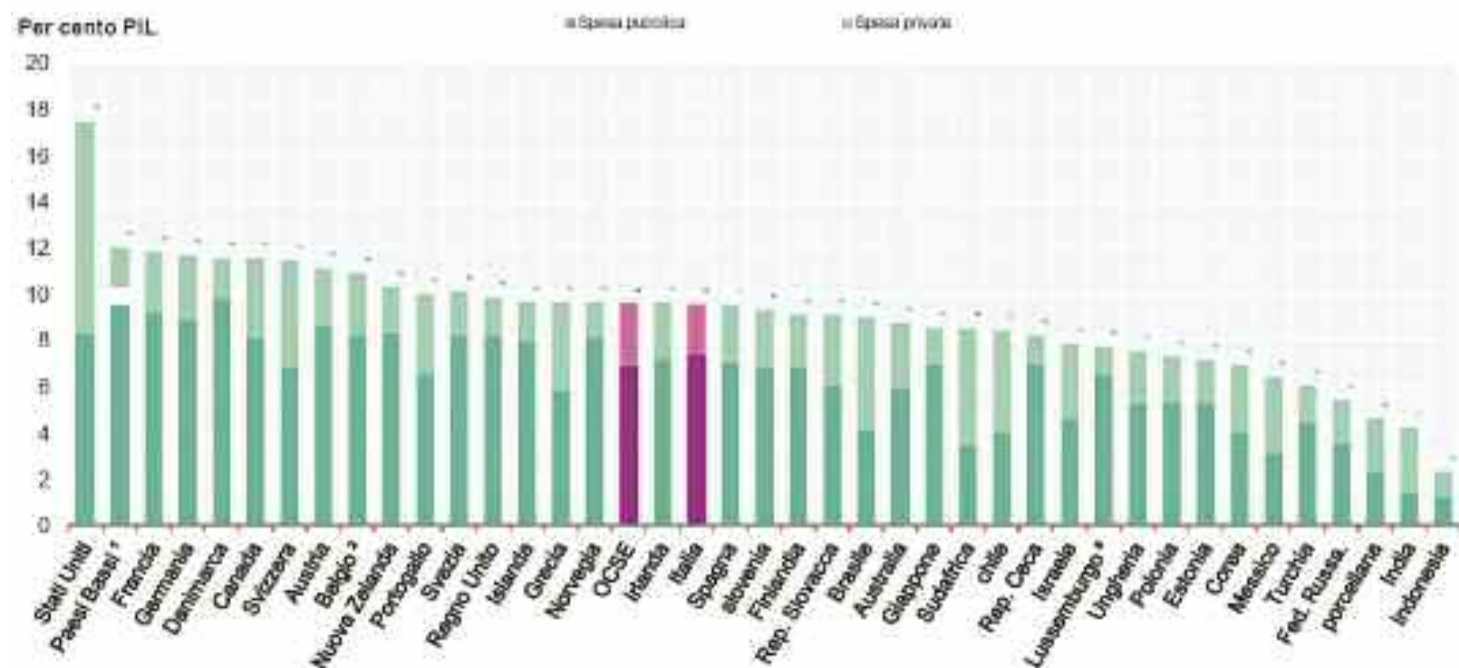
2009, meno della metà della media Ocse (52 per 100mila adulti). Per la Bpco, è stato di 126 per 100mila adulti (media Ocse 198), e per il diabete non controllato 33 (media Ocse 50). In Italia, nel 2009, il 60% delle donne a rischio è stato sottoposto a screening per il tumore al seno (media Ocse 62%), e il 39% per il tumore del collo dell'utero (media Ocse 61%).

SPESA SANITARIA E FINANZIAMENTO

Nel 2009, la spesa sanitaria

italiana è stata pari al 9.5% del Pil (contro l'8.1% nel 2000), un valore che rimane leggermente inferiore alla media Ocse del 9.6%. Anche la spesa pro-capite è leggermente inferiore alla media Ocse. In particolare, la spesa sanitaria totale ha rappresentato il 9.5% del Pil in Italia nel 2009, quasi uguale alla media dei paesi dell'Ocse che è stata del 9.6%. La quota della spesa sanitaria nel Pil è notevolmente aumentata dall'8.1% nel 2000. Questo è stato il risultato dell'effetto congiunto di una crescita relativamente modesta della spesa sanitaria annuale pro-capite in termini reali (1.6%) e di una lieve flessione del Pil pro-capite in termini reali nello stesso periodo. Gli Stati Uniti (17.4%), i Paesi Bassi (12.0%), la Francia (11.8%) e la Germania (11.6%) hanno destinato alla spesa sanitaria una quota molto più alta del loro Pil nel 2009. Anche la spesa sanitaria pro-capite italiana, corretta per potere d'acquisto, si attesta in prossimità della media Ocse, con 3.137 Usd nel 2009 contro una media Ocse di 3.233 Usd. Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità in tutti i paesi dell'Ocse, ad eccezione del Cile, del Mexico e degli Stati Uniti. In Italia, il 78% della spesa sanitaria è stato finanziato da fonti pubbliche, un tasso superiore alla media Ocse (72%), ma simile a quello della Francia o della Germania.

Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, 2009 (o anno più vicino)



1. Nei Paesi Bassi, non è possibile distinguere chiaramente le parti pubbliche e private relativi agli investimenti. 2. Totale spese esclusi gli investimenti. 3. Spesa sanitaria è per la popolazione assicurata piuttosto che la popolazione residente.

Informazione sui dati per Israele: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315682>

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

DATI ISTAT

I dati Istat sugli incrementi nelle retribuzioni in Italia, raffrontati con i dati sull'inflazione dell'ultimo anno, mostrano, in particolare per i lavoratori del Ssn, un gap negativo pari al 3,4% in termini di potere d'acquisto negli ultimi dodici mesi.

Il dato è conseguenza di un incremento "zero" degli stipendi a fronte di un'inflazione galoppante che è arrivata appunto al 3,4% (nel periodo compreso tra ottobre 2010 e ottobre 2011) solo in quest'ultimo anno.

Per una disamina più estesa del rapporto tra stipendi e costo della vita, abbiamo analizzato il trend degli ultimi sei anni. In questo caso si rileva un incremento degli stipendi dal 2005 ad oggi del 16% complessivo. L'inflazione, nello stesso periodo, ha fatto invece registrare un trend medio del +2% annuo (+12% in sei anni).

I dati sulle retribuzioni illustrati dall'Istat evidenziano quindi che in un solo anno il "vantaggio" degli stipendi sull'inflazione è stato di fatto prosciugato e, considerando il blocco dei trattamenti economici in vigore fino a tutto il 2014 e le previsioni di ulteriori incrementi inflattivi, è facile dedurre che la perdita di potere d'acquisto per i dipendenti del Ssn non potrà che aumentare progressivamente.

Le cause dell'aumento sono in gran parte dovute ai rialzi delle quotazioni internazionali degli energetici e delle materie prime industriali ed alimentari. Nei primi nove mesi dell'anno, i valori medi dei beni energetici importati sono aumentati mediamente del 26,2%, mentre la crescita tendenziale rilevata a settembre è pari al 26,9%. Negli ultimi mesi anche i prezzi dei prodotti industriali venduti dalle imprese residenti in Italia sul mercato nazionale hanno mostrato tendenze accelerative: a settembre 2011 l'indice generale dei prezzi alla produzione sul mercato nazionale è aumentato su base tendenziale del 4,7%. In questo quadro, il mese di ottobre è stato caratterizzato dall'accelerazione della crescita dei

LE RETRIBUZIONI DEL SSN SONO FERME DA UN ANNO. L'INFLAZIONE CRESCE DEL 3,4%

In questi ultimi mesi l'inflazione è cresciuta giungendo ad ottobre al 3,4%. Se si confronta il dato con le retribuzioni nel Ssn, al palo per il blocco dei contratti fino al 2014, emerge una perdita secca di potere d'acquisto pari al tasso di inflazione



prezzi al consumo per quasi tutte le tipologie di beni e servizi: l'indice generale è aumentato dello 0,6% rispetto a settembre, con incrementi rilevanti per il comparto dei beni (+0,9%), in particolare quelli energetici (+1,8%). Sugli aumenti ha influito l'ultima manovra finanziaria e, in particolare l'aumento dell'aliquota dell'Iva ordinaria dal 20% al 21%. Il peso dei prodotti su cui grava l'Iva ordinaria, e dunque interessati da tale provvedimento, è pari al 47,8% del paniere dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (Nic), con forti differenziazioni per divisione di spesa.

Il commento di Giorgio Cavallero

“Dobbiamo lavorare di più per guadagnare di meno”

■ “L'Istat mette in evidenza un problema che abbiamo più volte documentato. Le retribuzioni dei medici sono in realtà ferme dal 2009. Il nostro potere d'acquisto è quindi bloccato da ben cinque anni. Mancati aumenti contrattuali che abbiamo stimato oltre i 35mila euro”.

È questo il commento ai dati dell'Istat di Giorgio Cavallero, vice segretario nazionale Anao Assomed e segretario generale aggiunto COSMeD, secondo il quale le criticità per i

medici non finiscono qui: “Su di noi gravano anche altre penalizzazioni aggiuntive. Penalizzazioni sulle pensioni, sulle liquidazioni e con il blocco del turn over siamo ulteriormente vessati. La tassazione resta ferma. Siamo un settore pubblico che non alcun incentivo all'aumento della produttività, al contrario dei privati che hanno collegato la produttività a defiscalizzazioni e decontribuzione. Tutto questo per noi non esiste. Il risultato è che dobbiamo lavorare di più per guadagnare di meno. È una ricetta che mi sembra intollerabile”.

Sul fronte contrattuale, secondo Cavallero, bisogna sbloccare la questione delle aree di comparto perché “non ci sono neanche le premesse per riaprire i contratti nazionali, che sono indispensabili”.

“Chiediamo di essere ascoltati – ha concluso – perché la professione medica può offrire un grande contributo allo sviluppo del Paese. Non possiamo essere solo dei bancomat. Ricordo che figuriamo nei primi tre percentili più alti tra i contribuenti del Paese. Peccato che i medici non sono affatto possessori di beni di lusso”.

Personale Ssn. I dati del Conto annuale DELLA RAGIONERIA DELLO STATO

IN UN ANNO PERSI 5mila POSTI DI LAVORO

Scendono le assunzioni, ma aumenta la presenza delle donne nel Ssn soprattutto nel personale infermieristico. Cresce anche il numero delle dottoresse, quasi duemila in più. È questa la fotografia scattata dal Conto annuale della ragioneria dello Stato che registra un calo del personale nel Ssn dello 0,8% tra il 2009 e il 2010

Diminuisce il personale del Ssn, ma aumenta la presenza delle donne, soprattutto infermiere.

È questa la fotografia scattata dalla ragioneria dello Stato nel conto annuale 2010. Il numero dei lavoratori del Servizio sanitario nazionale si è attestato a 688.557 unità a fronte delle 693.767 del 2009. Le donne risultano essere 441.854 e rappresentano il 64,2% dell'intero personale del Ssn. In ogni caso, occorre specificare come quasi la metà delle donne del Ssn ricopra la professione di infermiere (212.838 unità) mentre, per esempio se si analizzano i medici con contratto a tempo indeterminato, le donne sono solo 43.843 rispetto a un totale di 117.250, anche se le dottoresse sono in aumento di quasi 2 mila unità.

Si riducono invece le stabilizzazioni di lavoratori (sono



state solo 4.892 nel 2010 mentre nel 2008 erano state 7.897, anche se bisogna specificare che gli stabilizzati nel Ssn rappresentano il 49,5%

del totale della Pa) e anche il ricorso a contratti a tempo determinato (-1,5% dal 2008). Ma il personale del Ssn è anche quello che fa in media

più assenze. Sono 26,5 giornate in media registrate nel 2010 contro una media del personale pubblico di 21,7 giornate.

Si riducono le stabilizzazioni di lavoratori: sono state 4.892 nel 2010 mentre nel 2008 erano state 7.897, anche se bisogna specificare che gli stabilizzati nel Ssn rappresentano il 49,5% del totale della Pa

Personale a tempo indeterminato Ssn 2008 -2010

Categoria	Totale tempo indeterminato		Totale tempo indeterminato Donne	
	2010	2008	donne 2008	donne 2010
TOTALE	688.557	689.863	433.169	441.854
Totale MEDICI	117.250	118.048	41.260	43.843
MEDICI	111.386	112.102	40.265	42.780
VETERINARI	5.704	5.792	956	1.023
ODONTOIATRI	160	154	39	40
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	20.374	20.653	12.526	12.894
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	14.823	14.889	10.372	10.660
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.487	1.488	245	270
DIR. RUOLO TECNICO	1.167	1.172	564	564
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	2.897	3.104	1.345	1.400
Totale PERSONALE NON DIRIGENTE	549.571	549.608	379.163	384.902
RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	275.932	275.734	211.330	212.838
RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	20.641	20.341	16.468	16.840
RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	36.877	36.579	21.250	22.215
RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	12.410	12.426	4.480	4.768
RUOLO PROFESSIONALE	369	384	38	38
RUOLO TECNICO	127.080	126.913	71.743	74.052
RUOLO AMMINISTRATIVO	76.262	77.231	53.854	54.151
Totale ALTRO PERSONALE	1.362	1.554	220	215
Totale DIRETTORI GENERALI	831	957	154	155
Totale PERSONALE CONTRATTISTA	531	597	66	60

Personale a tempo determinato Ssn 2008-2010

Categoria	Totale tempo determinato		Totale tempo determinato Donne	
	2010	2008	donne 2008	donne 2010
Totale Ssn	32.931	36.731	25.782	22.756
Totale Medici	7.310	6.767	3.812	4.136
MEDICI	7.177	6.540	3.717	4.084
VETERINARI	121	175	67	49
ODONTOIATRI	12	52	29	4
Totale Dirigenti non medici	1.013	1.315	981	712
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	797	796	628	628
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	46	41	12	16
DIR. RUOLO TECNICO	101	429	318	37
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	70	47	22	30
Totale Personale non dirigente	24.124	27.499	20.291	17.583
RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO	11.230	12.680	9.867	8.632
RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE	1.182	1.148	974	888
RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO	1.462	1.860	1.292	989
RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	518	117	59	396
RUOLO PROFESSIONALE	37	51	11	8
RUOLO TECNICO	6.922	8.922	6.146	4.735
RUOLO AMMINISTRATIVO	2.772	2.721	1.942	1.935
Totale Altro personale	484	1.150	698	327
DIRETTORI GENERALI	0	0	0	0
PERSONALE CONTRATTISTA	484	1.150	698	327

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaa.it
www.anaa.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Gianluigi Scaffidi

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di dicembre 2011