



## Rassegna Stampa 3 luglio 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio

Ufficio Stampa e Comunicazione

[ufficiostampa@villasofia.it](mailto:ufficiostampa@villasofia.it)

# La giungla dei mille contratti 4 milioni sotto il salario minimo

*La proliferazione di accordi ha prodotto una riduzione media degli stipendi La proposta di 9 euro dell'opposizione copre molti settori*

— R.A.M.

**ROMA — Nel 2005 i contratti collettivi di lavoro depositati al Cnel non arrivavano a 300. Adesso sono 966: non tutti applicati, ma di 832 c'è traccia negli archivi Inps. Una proliferazione che non è un segno di sana concorrenza e tanto meno di corsa al rialzo dei salari: al contrario, il 72% dei contratti copre meno di 500 lavoratori. Si tratta di accordi marginali, a volte persino aziendali, che stabiliscono salari bassi e condizioni svantaggiose rispetto a quelli firmati dai sindacati maggiormente rappresentativi. Vengono definiti contratti "pirata", ma questo non ne ferma la crescita. E nel frattempo quelli firmati da Cgil, Cisl e Uil, che nel 2011 erano oltre la metà, nel 2022 superano di poco il 20% del totale dei contratti. Risultato: mentre negli altri Paesi i salari reali aumentano, in Italia scendono: l'Ocse calcola che tra il 1990 e il 2020 i salari medi annui siano diminuiti del 2,9% a fronte di un aumento che supera il 30% in Francia e Germania. Risultato difficile sostenere, come fa il governo, che l'introduzione del salario minimo non apporterebbe alcun miglioramento, dal momento che da noi la contrattazione collettiva copre oltre l'80% dei lavoratori e quindi soddisfa la condizione prevista dalla direttiva Ue per non introdurre per legge una soglia salariale.**

Il dumping contrattuale non è una questione marginale, che riguarda pochi lavoratori. In Italia, ha spiegato il giuslavorista Marco Barbieri alla commissione Lavoro della Camera, «risultano 4.578.535 lavoratori e lavoratrici che guadagnano meno di 9 euro lordi l'ora, fra cui più del 90% dei lavoratori domestici, il 35,1% di chi lavora in agricoltura, e il 26,2% dei dipendenti delle imprese private». E inoltre «guadagnano meno di 9 euro il 38% delle persone con meno di 35 anni e il 26% delle lavoratrici». Una situazione che non migliorerebbe troppo neanche se si eliminassero per legge tutti i contratti non stipulati dalle organizzazioni maggiormente rappresentative: tra i contratti con i salari più bassi c'è infatti anche quello della vigilanza, stipulato da Cgil, Cisl e Uil. E c'è inoltre una giungla di lavoratori ibridi, né autonomi né dipendenti, accumulati da paghe orarie bassissime: «lo lavoro a cottimo, ed è un po' complicato stabilire quanto guadagno l'ora – dice Andrea Pratovecchi, 24 anni, studente universitario e lavoratore part-time da quando, due anni fa, è andato via di casa – ma credo che, anche a lavorare 12 ore al giorno, non si vada oltre i 4-5 euro l'ora. E si viene trattati come bestie. Dal punto di vista salariale va meglio solo a chi ha un contratto da dipendente, come quello di Just Eat». La proposta di legge messa a punto da Pd, M5S, Azione, Sinistra Italiana, Europa Verde e +Europa prevede anche per lavoratori come i rider (autonomi e parasubordinati) una soglia minima di 9 euro, ma è realistico? «Certo, e avrebbe un impatto positivo. – assicura Andrea Borghesi, segretario generale Nidil, il sindacato Cgil che si occupa dei lavoratori atipici – Ci sono lavoratori nei call center che guadagnano tra i 6 e i 7 euro l'ora quando va bene». Proprio questa argomentazione, però, viene usata da chi è contrario al salario minimo per legge: il timore che un salario di 9 euro possa spingere diverse aziende verso la chiusura è stato espresso nel corso delle audizioni parlamentari anche dal presidente della Commissione Lavoro Walter Rizzetto (Fdi). «Non si può fare impresa contro il lavoro, altrimenti la spirale dei salari bassi non si fermerà più», obietta Borghesi. «Nel Regno Unito il salario minimo è in vigore da 20 anni e ha portato a ridurre le disuguaglianze salariali senza ridurre l'occupazione», ha spiegato l'economista Tito Boeri nel corso della sua audizione in Commissione Lavoro, sottolineando come sia migliorata soprattutto la condizione delle lavoratrici donne.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

# Dal Pnrr 4 miliardi alle imprese green Così il governo vuole sbloccare lo stallo

*Serviranno a finanziare con crediti d'imposta una parte dei progetti di RepowerEu, evitando rischi legati ai bandi La cifra potrebbe salire*

DI GIUSEPPE COLOMBO

**ROMA — Un pezzo del Pnrr alle imprese, per provare a tirare i fondi europei fuori dal pantano. Quattro miliardi, sotto forma di crediti d'imposta, da girare sugli investimenti green .**

*È la bozza del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima (Pniec), che Repubblica ha avuto modo di consultare, a svelare la mossa del governo. Che si affida al soccorso esterno, perché i ministeri, le Regioni e i Comuni fanno fatica a spendere i soldi del Piano di ripresa e resilienza. Al contrario - è il ragionamento alla base del tentativo - le imprese sono pronte a utilizzare gli incentivi: lo stanno già facendo con il Piano transizione 4.0, investendo in attrezzature, macchinari e piattaforme, per spingere gli investimenti che hanno a fare con l'innovazione tecnologica. E ora, riporta un passaggio del Pniec, spazio al «paradigma 5.0, in un'ottica strettamente orientata verso la transizione ecologica». C'è anche un'altra ragione che spinge l'esecutivo a impiegare 4 miliardi per i crediti d'imposta, una delle tre voci, insieme ai progetti delle partecipate di Stato e alle filiere verdi, di RepowerEU, il capitolo aggiuntivo del Pnrr che andrà chiuso entro la fine di agosto. E la ragione è che gli incentivi garantiscono un impiego automatico; insomma i soldi non rischiano di perdersi tra bandi, procedure e assegnazioni, come sta avvenendo per gli asili nido, le strutture sportive e le colonnine elettriche. Una scelta tutt'altro che inedita, fatta già dal governo guidato da Mario Draghi, e che ora viene ampliata, a fronte di una spesa che è inchiodata. Sullo sfondo, infatti, ci sono i dati contenuti nella relazione semestrale sul Pnrr: nei primi due mesi dell'anno è stato impiegato poco più di un miliardo.*

Ecco allora che la destra al governo guarda, con atteggiamento speranzoso, ad altri numeri, sempre relativi alla spesa: 5,5 dei 25,7 miliardi messi a terra fino a fine febbraio, da quando sono iniziati ad arrivare i soldi del Pnrr, fanno riferimento ai crediti d'imposta 4.0. Aggiungendo quelli assorbiti dall'Ecobonus e dal Sismabonus, per l'efficienza energetica e la messa in sicurezza degli edifici, il valore delle somme messe sotto garanziascavalla i 14 miliardi, più della metà di tutti i soldi spesi.

*Alle imprese potrebbero andare anche più di 4 miliardi perché il nuovo capitolo del Pnrr è ancora sul tavolo della trattativa con Bruxelles. Per questo fonti di governo precisano che l'importo fissato nel Pniec è «una proposta del ministero dell'Ambiente ». Intanto lo schema è pronto: i crediti d'imposta andranno alle imprese residenti in Italia e a quelle straniere che qui hanno una sede operativa, a prescindere dalla dimensione e dal settore. La concessione del beneficio, invece, sarà legato al valore complessivo degli investimenti e dei costi sostenuti per riconvertire l'attività in un'ottica green .*

©RIPRODUZIONERISERVATA

IL RETROSCENA

# Europee, mina “sovranista” di Salvini ma i piani di Meloni escludono la Lega

*Il leghista oggi a Roma vede Le Pen e sfida la premier a dire no ai liberali. Lei valuta una maggioranza Ue che li includa o di far entrare nell'intesa solo FI*

DI TOMMASO CIRIACO

**ROMA — Ufficialmente, non cambia nulla: Giorgia Meloni lavora alacremente per un patto tra popolari e conservatori in vista delle Europee del 2024, sperando che i guai interni di Emmanuel Macron spingano i liberali a guardare a destra “tradendo” i socialisti. Questo sostiene da mesi la premier, questo risponderà a chi le dovesse chiedere di Matteo Salvini e della proposta di tenere unito il centrodestra italiano anche in Europa. Ufficiosamente, però, è tutta un'altra storia. A Bruxelles non esiste un solo popolare o liberale di rango che possa accettare un patto con i leghisti, amici stretti di Marine Le Pen e degli estremisti di Afd. O che creda davvero ad un ribaltone che escluda i socialisti. Non sono fiduciosi neanche a Palazzo Chigi, sondaggi alla mano. Per questo, le parole del leader leghista rappresentano soltanto uno sgambetto alla presidente del Consiglio. Per questo, la leader è costretta a fare i conti con un bivio assai più realistico: offrire nel 2024 i propri voti alla “maggioranza Ursula” - quella che va dai socialisti ai popolari - regalando il controllo della destra euroscettica a Matteo Salvini, che oggi a Roma vedrà Marine LePen, oppure restare fuori dalla prossima Commissione. Lasciando che sia Antonio Tajani (e quel che resterà di Forza Italia, se qualcosa restasse) a rappresentare gli interessi dell'esecutivo in Ue.**

*È una scelta complessa. Che ieri un'intervista alCorriere della Sera di Salvini ha reso ancora più difficile. Il leghista ha prima sposato la causa di Le Pen – nemica di Macron, quello che a sentire i piani di Fdl dovrebbe allearsi con Meloni – poi ha lodato il percorso dell'ultra destra dell'Afd, infine ha intimato a FI e a Fdl di escludere ogni collaborazione con i socialisti e con il Presidente francese, proponendo un patto del centrodestra italiano per restare uniti a Bruxelles nel 2024. A prendere per sincere le sue parole, si tratterebbe della pietra tombale su ogni ipotesi di ingresso di Fdl in maggioranza. Ma la realtà è un'altra: Salvini vuole difendere l'idea che il voto alla Lega sia “utile” e spendibile, al pari di quello degli alleati. E nel frattempo sfida Meloni a dichiararsi ostile alle uniche due opzioni politiche che - almeno secondo le attuali proiezioni - la vedrebbero protagonista dei giochi che contano.*

Non è un caso che il vicepremier leghista si esponga così. Il rischio, almeno secondo i sondaggi, è che nel 2024 ottenga un terzo degli eurodeputati del 2019, quando toccò quota 34%. E che Marine Le Pen, sua compagna di viaggio nel gruppo di Identità e democrazia, conquistò il triplo dei seggi della Lega. Di fatto, teme l'isolamento anche nel gruppo estremista scelto a Bruxelles.

Meloni, paradossalmente, ha un problema speculare: per determinare le caselle chiave della prossima legislatura (i presidenti di Commissione e Consiglio, la guida di Nato, Bce ed Parlamento), deve partecipare alla nascita della nuova maggioranza in Europa. Sperare che i tumulti francesi stravolgano a tal punto gli equilibri continentali sembra un azzardo, a un anno dal voto. Sostenere invece una nuova “maggioranza Ursula” regalerebbe a Salvini la destra euroscettica, a cui la presidente del Consiglio non intende rinunciare. E allora, cosa fare?

Nelle ultime ore a Palazzo Chigi non si esclude il piano B, che può tradursi così: soltanto Forza Italia a rappresentare un pezzo dell'esecutivo italiano - magari con Tajani commissario - Fratelli d'Italia invece ufficialmente fuori, ma comunque dialogante sui singoli dossier. Un ponte tra il gruppo europeista di testa e quello dei Paesi a guida conservatrice dell'Est. All'opposizione, certo, ma distinti dalla pattuglia di Le Pen e Salvini. Provando a tutelare gli interessi italiani con la nuova Commissione, a partire dal Pnrr. Sperando di non pagare un prezzo troppo alto a Bruxelles, sperando di preservare a Roma un governo appeso agli umori della Lega.

©RIPRODUZIONERISERVATA

**Al paliolieri il vicepremier e leader della Lega Matteo Salvini si è immortalato in un selfie al palio di Siena, oggi vedrà Marine Le Pen**

L'inchiesta

# Milioni di debiti dal 2011 gli intrecci di Santanchè tra banche e politica

*Questa sera su Report il buco di Visibilia Bpm negò un fido ma comprò pubblicità*

*Grazie al ruolo di sottosegretaria del governo Berlusconi chiedeva prestiti promettendo incontri col Cavaliere e Draghi*

\*\*\*\*\*  
DI ANTONIO FRASCHILLA

**ROMA — La sua società era indebitata per milioni di euro già nel 2011, quando era sottosegretaria del governo Berlusconi. Ma grazie anche a questo ruolo aveva accesso ai manager di banche per chiedere altri prestiti, proponendo magari di farli incontrare con lo stesso presidente Silvio Berlusconi o con l'allora governatore di Bankitalia Mario Draghi. Ma c'è di più. Nonostante la società fosse indebitata, si garantiva finanziamenti ad aziende terze sempre sue.**

Il metodo della imprenditrice e oggi ministra del Turismo Daniela Santanchè, oggi come dieci anni fa, non sembra essere cambiato poi molto e i ruoli politici forse l'hanno aiutata nella sua attività privata della quale lei ha sempre fatto un vanto: come si chiede oggi Report che, dopo aver sollevato la gestione anomala delle società Visibilia e Ki Group due settimane fa, questa sera torna sul caso delle aziende Santanchè (alle 21 su Rai Tre).

Report presenterà dei documenti con «la prova che Visibilia era esposta con il sistema bancario già a partire dal 2011 per 15 milioni». E di questa cifra ben 2,8 milioni di esposizione riguardavano un prestito con la Banca popolare di Milano. La Santanchè allora era sottosegretaria alla presidenza del consiglio del governo Berlusconi e sarebbe tornata a bussare alla porta della Bpm per una estensione del fido per altri 2 milioni di euro. L'ufficio crediti della banca però si oppone proprio per lo stato patrimoniale e l'esposizione bancaria di Visibilia. Allora che cosa accade? «Santanchè chiama il braccio destro dell'allora capo della banca Massimo Ponzellini ». E cioè Antonio Cannalire. Secondo quanto ricostruisce Report «Santanchè si sarebbe offerta anche di organizzare incontri di Ponzellini con Draghi e Berlusconi ». Intervistata l'allora sottosegretaria smentisce «categoricamente» queste circostanze. Ma Report mostrerà dei documenti che smentirebbero la versione della ministra.

*Di certo c'è che Bpm non concederà l'estensione del fido. Ma Visibilia comunque otterrà «l'acquisto di spazi pubblicitari per la Banca popolare di Milano per 320 mila euro»: pubblicità in parte per Il Giornale e Libero, ma anche per l'Ordine di Como, quotidiano locale che era di proprietà di Alessandro Sallusti, suo ex compagno.*

*Resta comunque il fatto che Visibilia srl nel 2011 era già indebitata per 15 milioni e Santanchè, da sottosegretaria, cercava altre fonti di liquidità tra banche e nuovi clienti per la pubblicità. I conti comunque erano quelli ma nel 2013, come raccontato da Repubblica, Visibilia srl concede un finanziamento di 680 mila euro con contratto firmato il 17 maggio 2013 alla D1 Partecipazioni. Questa società era sempre di proprietà di Santanchè e vedeva come usufruttuario Sallusti. D1 Partecipazioni era nata pochi giorni prima, il 10 maggio 2013, ed è stata messa in liquidazione nel 2019: Visibilia srl ha nel frattempo cancellato il credito nel 2020.*

Secondo una perizia di parte chiesta della procura di Milano, in Visibilia però sono state non iscritte a bilancio dal 2014 diverse perdite patrimoniali. Senza questi "errori" secondo la perizia «il patrimonio netto rettificato assume un valore negativo per oltre 5,4 milioni di euro già al 31 dicembre 2014 e tale aggregato peggiora nel periodo fino ad assumere al 31 dicembre 2018 un valore negativo per oltre 8,2 milioni». Ma nonostante in quegli anni Santanchè avesse già grane per debiti e poca liquidità di Visibilia, riesce inoltre a rilevare nel 2011 con un altro ex compagno, Caio Mazzaro, il gioiellino del biologico Kigroup. Secondo Report, che oggi tornerà anche su questo caso, «grazie anche a un benevolo prestito da parte di Monte dei Paschi di Siena». «Alla fine tra Bioera e Ki Group, Santanchè e Caio Mazzaro raccolgono dai piccoli azionisti, in nove anni, 23 milioni e 9 milioni si trasformeranno in emolumenti per le loro cariche sociali ricoperte in quegli anni». Mentre alcuni dipendenti di Ki Group rimangono senza stipendi e tfr.

Ad oggi la ministra non ha risposto alle domande dei giornalisti sulla gestione delle sue ex società e sui debiti anche con il fisco e Invitalia. Debiti ancora non restituiti, mentre pendono richieste di concordato ed è aperta una indagine della procura di Milano per

falso in bilancio. Da ministra Santanchè siede accanto a Giancarlo Giorgetti, a capo del ministero dell'Economia dal quale dipendono Agenzia delle entrate e la stessa Invitalia.

Mercoledì alle 15 però riferirà in Senato dopo la richiesta di chiarimenti presentata in conferenza dei capigruppo dalle opposizioni: Partito democratico, Movimento 5 stelle e Alleanza verdi e sinistra. «Chiarirò tutto», ha ribadito.

©RIPRODUZIONERISERVATA

L'azienda del biologico Ki Group rilevata con un cospicuo prestito del Monte dei Paschi

**Ministra Daniela Santanchè, ministra del Turismo, dopodomani riferirà in Senato sulla gestione delle sue ex società e sui debiti con il fisco**

# Mezzo milione di visite ed esami arretrati la Regione spinge il recupero nella sanità

*La Lombardia fa ancora i conti con l'onda lunga dell'emergenza Covid: il piano delle prestazioni aggiuntive chieste alle Ats Centomila quelle già smaltite, le altre 400 mila devono essere assicurate entro la fine dell'anno. Stanziati 81 milioni di euro*

**di Alessandra Corica***Oltre mezzo milione di prestazioni in più, di cui 101 mila già eseguite. È la strategia messa in campo dalla Regione per accorciare le liste di attesa che affliggono la sanità lombarda: Palazzo Lombardia ha chiesto alle Ats nei mesi scorsi di verificare quante visite, esami e ricoveri in più gli ospedali pubblici e privati della Lombardia erano in grado di fare. Obiettivo, sfoltire le code e portare avanti quel recupero delle prestazioni rimaste indietro a causa della pandemia da Covid 19. Le Ats, allora, hanno comunicato al Pirellone quante visite, controlli e operazioni in più si potessero eseguire, rimodulando le previsioni iniziali (sono state aggiunte circa 10 mila prestazioni rispetto a quelle che ad aprile la Regione aveva stimato). Di qui, i conti che hanno portato Palazzo Lombardia a prevedere, entro dicembre, l'esecuzione di 280.554 prestazioni in più nelle strutture pubbliche, e 256.011 in quelle convenzionate, con un investimento totale da 81 milioni di euro.*

In tutto, 536.565 visite ed esami diagnostici in aggiunta rispetto all'ordinario, a cui si sommano 11.371 ricoveri in più (7.831 in più nel pubblico, 3.540 nel privato) da fare entro la fine dell'anno. Nel territorio dell'Ats di Milano, i ricoveri aggiuntivi da fare sono 3.674, le visite e gli esami in più 248 mila tra strutture pubbliche e private: si tratta soprattutto di prime visite ed esami diagnostici. Quelle su cui "spingere", dato che le attese sono particolarmente lunghe, sono le prime visite oculistiche, cardiologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, ortopediche. E poi esami come l'ecografia dell'addome e quella della mammella, l'ecocolordoppler, e soprattutto la risonanza magnetica e la Tac.

Proprio per questi tipi di esami, la Regione ha stilato un decalogo indirizzato ai medici. Per evitare le prescrizioni inutili e prevederne l'esecuzione solo quando effettivamente necessari. Il principio è quello della "appropriatezza prescrittiva", sul quale da tempo i vertici della sanità regionale (e nazionale) insistono. Le nuove regole per risonanze e Tac da far fare agli anziani prevedono, allora, che i medici evitino di prescrivere una risonanza della colonna lombosacrale se non dopo una cura di quattro settimane risultata inefficace. Mentre per quanto riguarda le risonanze a polso, braccia, spalla, bacino, avambraccio, la Regione raccomanda ai dottori di non prescrivere se non dopo aver fatto delle più semplici (ed economiche) radiografie: oggi, per esempio, oltre il 43 per cento delle risonanze magnetiche al ginocchio viene fatta da pazienti che prima non hanno fatto una lastra. Le indicazioni, specificano i tecnici di Palazzo Lombardia, «non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici». In generale, rientrano tra le diverse iniziative che la Regione sta mettendo in campo per sfoltire le attese, insieme alla realizzazione di un Cup unico per ospedali pubblici e privati.

Oltre alle prestazioni in più che gli ospedali devono fare entro fine anno, e alle regole dirette ai medici per non prescrivere troppi esami, la Regione ha anche dato mandato al call center regionale di fissare le prestazioni in overbooking: oggi il 23 per cento di visite ed esami prenotati alla fine non vengono fatti, poiché i pazienti non si presentano. È il fenomeno del "no-show": ecco allora l'indicazione di fissare più appuntamenti di quelli eseguibili, per compensare quelli che vanno a vuoto.

Un decalogo sulla "appropriatezza prescrittiva" di risonanze e Tac per ridurre le ricette non necessarie

## L'obiettivo

Ospedali e laboratori lombardi devono recuperare mezzo milione di prestazioni

# I punti Le liste d'attesa e le contromisure

**1 In sospeso** In tutta la Lombardia sono 536.565 le visite e gli esami diagnostici aggiuntivi che devono essere fatti entro fine anno. A questi si aggiungono 11.371 ricoveri

**2 Il caso Milano** Quasi metà degli appuntamenti in più che saranno dati ai pazienti si trova nell'Ats del capoluogo: saranno garantiti 3.674 ricoveri aggiuntivi e 248 mila visite ed esami

**3 Le priorità** Le prestazioni da recuperare con lunghe liste d'attesa sono soprattutto le prime visite oculistiche, cardiologiche, dermatologiche, ortopediche e otorinolaringoiatriche

**4 La diagnostica** Lunghe liste d'attesa anche per ecografie all'addome e alla mammella, ecocolordoppler, risonanze e Tac. Per queste ultime la Regione ha diffuso un decalogo per le prescrizioni

il caso

# La carica dei seicento infermieri fantasma con diplomi stranieri E i torinesi emigrano

*L'Ordine superato da mediatori che arruolano in Est Europa, India o Africa. Il paradosso: un italiano al giorno lascia per lavorare all'estero o in clinica*

Ci sono 600 infermieri stranieri "fantasma" (dato aggiornato a fine aprile) che lavorano in Piemonte senza essere transitati dall'Ordine per gli infermieri (11.500 iscritti a Torino) che di loro non sa nulla: né chi sono né dove lavorano. Sono professionisti con le più svariate esperienze alle spalle, che arrivano dai più svariati Paesi del mondo, Romania, Polonia o Ucraina come India, Tunisia, Senegal, Zambia.

Alcuni di loro in poco tempo avranno la pratica di riconoscimento perché hanno una laurea equipollente a quella italiana, come nel caso della Romania. Altri invece il riconoscimento non lo avranno mai perché il sistema formativo che hanno seguito è troppo diverso dal nostro.

Vengono assunti nelle Rsa e in strutture private dopo essere stati reclutati direttamente nei loro Paesi attraverso figure di mediatori, persone che fanno scouting nei Paesi dove pensano di trovare infermieri disposte a venire in Italia. La carenza è tale che non resta che la ricerca diretta. I mediatori in molti casi pensano anche a trovare una casa. Nella stragrande maggioranza chi arriva conosce poco o nulla l'italiano. In parallelo, le stime dell'Ordine dicono che gli infermieri laureati in Italia si licenziano al ritmo di uno al giorno. Scelgono il privato come liberi professionisti in cliniche di qualità (Fornaca o Cellini) oppure vanno a lavorare all'estero, in Germania, Inghilterra, Svizzera. Spesso ad andarsene sono i più qualificati. In Germania guadagnano 3.500 euro al mese mentre in Italia lo stipendio si ferma a 1.600 - 1.700.

Non è solo una questione economica: sia nel privato di alto livello, sia all'estero la qualità della vita lavorativa è migliore e molti Paesi europei offrono benefit come aiuti per la casa e corsi di lingua gratuiti.

**La sanità pubblica rischia dunque di perdere i migliori. In parallelo, entra nel sistema chi in alcuni casi ha una formazione almeno inizialmente insufficiente e non conosce la lingua. In questi giorni, racconta il presidente dell'Ordine per gli infermieri Ivan Bufalo, « nella nostra sede sono arrivate segnalazioni da parte di datori di lavoro preoccupati e da colleghi infermieri altrettanto in allarme. I primi sono stupiti che sia così facile assumere. Chiedono chiarimenti e ci invitano a organizzare corsi di italiano mentre i secondi raccontano episodi preoccupanti di impreparazione » . Ostetriche che lavorano come infermiere ed ex assistenti bagnanti certificati dopo aver frequentato un semplice corso di primo soccorso. Il rischio capolarato per l'Ordine è concreto: « Non è un sistema molto diverso da quello che si conosce per la raccolta dei pomodori o della frutta d'estate. Non ci sono lavoratori? Li andiamo a prendere e li assumiamo senza controlli obbligatori, formazione o stipula di un'assicurazione». La novità che consente queste assunzioni è nel decreto Bollette del governo: « Si è voluto prolungare quanto è stato introdotto dai decreti Covid del 2020 - spiega Bufalo - consentendo alle strutture sanitarie di utilizzare in deroga ( 31 dicembre del 2025) personale sanitario (infermieri, oss, medici) che ha conseguito il titolo in Paesi esteri». Prima la norma rendeva possibile l'esercizio delle professioni sanitarie a quelli che hanno conseguito il titolo all'estero dopo la verifica del ministero della Salute che il percorso fosse conforme a quello italiano. Se non lo era, il professionista era tenuto a sostenere degli esami. «Ora invece per esercitare la professione sanitaria basta presentare a un ufficio regionale una copia autenticata del titolo conseguito all'estero e del certificato di iscrizione al corrispettivo Ordine professionale». — s. str.**

© RIPRODUZIONERISERVATA

**Al lavoro**

Molti infermieri lasciano le strutture e così Rsa e istituti assumono operatori anche dall'estero

# Nuove assunzioni in corsia, venerdì il vertice decisivo

*Il giorno della verità dopo il braccio di ferro tra Cirio e i sindacati che chiedono duemila contratti*

Riprende la trattativa per le assunzioni in sanità e sarà venerdì il giorno delle cifre in cui dovrebbe essere reso noto il numero di medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici che la Regione è disposta a concedere dopo il pressing delle organizzazioni sindacali che chiedono al presidente Alberto Cirio di assumere un impegno concreto in difesa della sanità pubblica.

L'incontro era fissato per il 19 giugno ma la morte di Berlusconi aveva bloccato gli incontri a Roma, confronti determinanti per capire l'entità delle risorse aggiuntive che il Piemonte potrebbe stanziare per le assunzioni di personale sanitario. Le diverse agende hanno costretto a rinviare la data.

Le buone intenzioni ci sono e il governatore, affiancato dal consulente Pietro Presti (cooptato per coordinare il tavolo sul personale) ha già ripetuto che la volontà di affrontare il problema della carenza di personale è concreta. E parte delle risorse, ha confermato in più occasioni, si troveranno anche con i progetti di re-internalizzazione dei servizi. Nei reparti e nei pronto soccorso, in parallelo, dovrebbero entrare gli specializzandi del terzo, quarto e quinto anno invitati a presentarsi ai concorsi per ridurre i disagi causati dalla carenza dei medici. Fra gli strumenti utilizzati c'è il decreto Calabria che ha già permesso le stabilizzazioni nel periodo della pandemia.

I precedenti incontri, uno con le sigle del comparto e il secondo con quelle della dirigenza medica, hanno già prodotto la nascita dell'Osservatorio (uno per infermieri e oss e uno per i medici) a cui parteciperanno organizzazioni sindacali e direttori delle Asl, un monitoraggio puntuale dei fabbisogni e infine incontri periodici mensili per verificare che i direttori traducano in assunzioni le indicazioni arrivate dal grattacielo del Lingotto.

**La richiesta dei sindacati era sopperire alle drammatiche carenze di personale con duemila assunzioni di medici, infermieri e tecnici: « Rispetto ai tempi del piano di rientro ci sono novemila occupati in meno. Secondo i nostri calcoli ci sono 130 milioni a disposizione. Significa poter assumere duemila infermieri, oppure mille infermieri e cinquecento medici». — s.str.**

© RIPRODUZIONERISERVATA

**kConsulentePietro Presti coordina il tavolo sulle assunzioni**

## Bresso

# “La sanità soffre i candidati dicano subito chi sarà il loro assessore”

*Oggi incontro con l'ex governatrice e parlamentare Ue in vista delle Regionali*

**di Sara Strippoli** «A mio parere chiunque sia il candidato, a destra come a sinistra, dovrebbe indicare sin da subito l'assessore alla Sanità. Un ticket, insomma, e un messaggio trasparente a operatori stremati e cittadini stanchi di servizi inefficienti». Mercedes Bresso, presidente del Piemonte dal 2005 al 2010, parlamentare europea, oggi coordina un confronto sulla sanità, un dibattito che parte dalle opinioni di alcuni dei protagonisti del nostro sistema sanitario per approdare a proposte che saranno discusse al Parlamento europeo. Appuntamento alle 17 all'Open Incet in piazza Teresa Noce 17.

**Onorevole Bresso, partire con la campagna elettorale con il nome di chi guiderà la sanità può essere una informazione gradita dai cittadini?**

«Non è prioritario che chi si candida alla presidenza del Piemonte sia direttamente un manager competente in sanità ma penso che sarebbe molto importante per i cittadini sapere chi andrà a gestire il settore che assorbe l'80 per cento delle spese del bilancio regionale».

**Dal presidente dell'Ordine dei medici, da manager come Giulio Fornero e Gian Paolo Zanetta si aspetta punti di vista?**

«Nella vicenda del Covid si è visto che un coordinamento europeo forte è indispensabile. Alla Conferenza sul futuro dell'Europa che si è svolta durante la pandemia tutti i cittadini europei hanno chiesto che l'Europa assuma maggiori competenze. Il problema è quali, e come. Per questo io chiedo al mondo della sanità come abbia visto quel periodo complicato.

Raccolgo opinioni, idee, e prima della fine della legislatura presenteremo delle proposte in Parlamento. La mia idea è dare un contributo alla campagna europea».

**Qual è la sua percezione della sanità piemontese?**

«È andata molto indietro.

Ovviamente il Covid ha inciso, ma ora il settore non dà segni di ripresa. Le liste d'attesa sono un problema gravissimo e toccano l'esperienza personale di tantissima gente. Credo che la nostra sanità avrebbe bisogno di una ristrutturazione complessa: è vero che i soldi devono arrivare da Roma, ma si possono anche fare investimenti regionali. Noi mettevamo circa duecento milioni in più all'anno».

**Il 27 maggio c'è stata una marcia che ha portato 12mila persone sotto il grattacielo del Lingotto. Una manifestazione con un fine politico?**

«Un'iniziativa così non può non avere una valenza politica per la sua critica al governo in carica, sia nazionale sia regionale. Ma politico vuol dire molte cose ed è evidente che quella protesta viene dalla pancia della società: ci sono persone che non ce la fanno proprio più e chiedono servizi accettabili».

**Il Pd sta facendo un'opposizione efficace?**

«Il Pd ha fatto la sua parte, ha organizzato la sua iniziativa per la raccolta delle segnalazioni sulle liste d'attesa e identificato la sanità come il punto più debole. Le proposte ci sono e verranno fuori».

**Trent'anni per il Parco della Salute. Chi ha commesso più errori?**

«Ci sono voluti anni e anni per scegliere la collocazione e poi il problema in Italia è che non si possono fare progetti se non si hanno i soldi. Io penso che il sistema migliore sia il “bando in costruendo”, lo lanciò Bersani ed esiste. Ora il progetto non c'è ancora e non resta che fare gli auguri al commissario: una figura che ha l'unico vantaggio di assicurare maggiore trasparenza e che può limitare il rischio di ricorsi».

**A suo parere chi sarà chiamato a sfidare Cirio deve essere un civico?**

«È evidente che se dobbiamo tentare un accordo largo è più facile che ci sia un civico. Ma le variabili sono tante, meglio non fissare paletti».

**Bene che sia una donna?**

«Sempre meglio, però non necessariamente. La competenza è un criterio più importante».

**© RIPRODUZIONERISERVATf**

Dopo il Covid il settore in Piemonte non si è risollevato Servono risorse da Roma ma anche interventi locali Farò una serie di proposte a Bruxelles Per il Parco della Salute al palo penso che il sistema migliore sia il "bando in costruendo": lo lanciò Bersani ed esiste ancora. Auguri al commissario

**g****kAlle 17 all'Open IncetMercedes Bresso**

le motivazioni della condanna

## Ridotto in fin di vita dal patrigno così in ospedale è emerso l'orrore

*Al bimbo di 6 anni l'aguzzino e la madre soggiogata dicevano: "Di che sei caduto dalle scale" Ma leggendogli una fiaba la psicologa dell'ambulatorio Bambi ha scoperto la verità fatta di botte di Sarah Martinenghi* Gli avevano promesso che avrebbe avuto tutto ciò che voleva, dai giochi alle giostre. «Basta che quando ti chiedono cosa ti è successo dici "sono caduto dalle scale"» si era raccomandato il patrigno che l'aveva appena ridotto in fin di vita, così come la madre, succube perché vittima anche lei di pesanti maltrattamenti. Ma al pronto soccorso del Regina Margherita avevano subito capito che quel bimbo di 6 anni, pieno di lividi e con l'intestino spapolato, era stato picchiato. Così, dopo l'intervento d'urgenza in cui i medici per salvarlo avevano dovuto tagliargli 30 centimetri di intestino, una psicologa dell'ambulatorio Bambi, specializzato in abusi e maltrattamenti di minori, aveva cercato di capire cosa gli fosse successo anche leggendogli una fiaba.

Le motivazioni della condanna a 10 anni in abbreviato per A. C., marocchino di 26 anni, per tentato omicidio, raccontano il dramma vissuto dal piccolo e la delicatezza con cui la professionista dell'ambulatorio lo ha avvicinato. L'uomo da tempo colpiva il bimbo con raffiche di pugni, legandogli le mani dietro la schiena: tra il 12 e il 14 gennaio 2022 l'aveva quasi ucciso, solo perché aveva bevuto un sorso d'acqua senza il suo permesso. Davanti al pm, difeso dall'avvocato Basilio Foti, l'uomo aveva ammesso: «L'ho colpito diverse volte, poi lui è andato in camera sua. Voleva di nuovo vomitare, non stava più in piedi. Gli avrò dato altri 5 o 6 colpi. Ho perso la pazienza perché pensavo lo facesse per dispetto».

Era un bimbo come «annichilito», scriveva l'esperta dell'ospedale: «Emergeva il suo importante dolore ma anche il suo non lamentarsi mai, nè dei tubi, nè delle manovre dei sanitari». C'erano tutti i segni che qualcosa di terribile gli fosse accaduto: «È un bimbo molto spaventato che chiede sempre scusa - annotava la psicologa - nonostante il dolore e il pianto, non si lamenta, non tenta di allontanare ciò che gli crea dolore o frustrazione, nemmeno quando uno dei tubicini dell'ossigeno scivola dandogli noia, non dice nemmeno che ha fastidio».

Il 25 gennaio l'esperta era sola con il bimbo e lui aveva iniziato a raccontarle della rianimazione e del dolore: «Sono caduto dalle scale». La psicologa aveva iniziato a leggergli un libro del coniglietto Chopin. «Il bimbo si è incupito guardando dalla finestra, c'era una signora che fumava e lui ha detto: "Ha una pistola"». L'esperta l'aveva tranquillizzato: «A me sembra solo un cellulare». Poi aveva ripreso a leggere il libro e lui l'aveva ascoltata attento, facendo però emergere «un'importante deprivazione psicofisica, con indicatori di disagio e maltrattamento».

L'impressione di «un bambino abbandonato a se stesso» era stata anche testimoniata, a posteriori, dalle maestre che avevano notato lividi, atteggiamento remissivo e spaventato, vestiti «non consoni» e, nell'ultimo periodo, i suoi occhi che si chiudevano all'improvviso: «Si addormentava di continuo». Segnali confermati anche dalla zia, a cui il piccolo aveva detto: «Devo mangiare tanti spinaci, così diventerò più forte di lui e potrò dargli un pugno».

© RIPRODUZIONERISERVATA

I pestaggi erano continui, alla zia il piccolo aveva detto "Devo mangiare tanti spinaci così riuscirò a dargli un pugno"

kZona protettaL'ambulatorio Bambi(da [www.sallygalotti.com](http://www.sallygalotti.com))

La sanità

## Pazienti con corsia privilegiata per tagliare i tempi di Esculapio

*La Asl vara il piano d'emergenza dopo le tante lamentele per il flop del servizio di trasporto ordinario dei malati A Ponte a Niccheri chi arriva sarà preso in carico da una squadra di operatori e l'ambulanza così potrà ripartire subito*

**di Michele Bocci** *Subito una lettera indirizzata a tutti i reparti: chi arriva in ambulanza per fare un esame deve passare avanti. Si chiama "fast track", cioè corsia rapida, ed è il primo provvedimento adottato dalla Asl Centro per ridurre i tempi dei trasporti ordinari, quelli non urgenti gestiti dalla centrale del volontariato Esculapio.*

La circolare è stata inviata nei giorni scorsi a tutte le strutture, cioè ambulatori e centri diagnostici, dove arrivano per farsi vedere anche persone che non sono in grado di spostarsi da sole e quindi hanno bisogno di essere accompagnate. Si è deciso di intervenire subito e non aspettare la riunione fissata più avanti, cioè l' 11 luglio prossimo, durante la quale si incontreranno l'azienda sanitaria Centro e il volontariato per discutere di come risolvere il problema, evidentemente legato a una domanda superiore all'offerta e a questioni organizzative.

Sono tante le segnalazioni di ritardi dei mezzi del volontariato, in particolare per coloro che vengono dimessi. C'è chi aspetta il trasporto il primo pomeriggio e arriva a casa dopo mezzanotte, sempre che non sia costretto a dormire un giorno in più in ospedale. Le associazioni hanno spiegato che i ritardi sono anche legati alle attese alle quali sono sottoposti i mezzi quando portano cittadini nelle strutture sanitarie. A causa di code e lungaggini perdono molto tempo e le ambulanze sono così costrette a restare ferme. Per questo l'azienda sanitaria ha deciso di far passare sempre avanti chi arriva accompagnato, cosa che potrebbe un po' sveltire le cose e permettere così ai volontari di arrivare prima sul servizio successivo.

Si tratta di una novità che aiuterà a migliorare le cose ma che non sarà decisiva. Alla Asl stanno così pensando ad altre misure, anche in vista dell'incontro dell' 11. Ad esempio si esplorerà, probabilmente a Ponte a Niccheri, un nuovo sistema di accoglienza dei pazienti in ambulanza. Si farà una squadra di due o tre operatori sociosanitari (oss) che riceverà i pazienti all'ingresso dell'ospedale e li porterà nella struttura dove devono ricevere la prestazione sanitaria. Nel frattempo l'ambulanza sarà libera di andare a prendere altre persone. Poi gli stessi oss si occuperanno di chiamare un nuovo mezzo quando ce ne sarà bisogno, magari un paio d'ore dopo. Si esplorerà proprio per capire se Esculapio è in grado di organizzarsi per fornire il trasporto di rientro a casa del paziente in tempi accettabili. Comunque è una strategia pensata per liberare prima i volontari, come chiesto dalle associazioni nella lettera inviata nei giorni scorsi.

Ci sono anche altre idee sulle quali si discuterà per migliorare il servizio. Di certo in una Regione dove le persone sono sempre più anziane, la domanda di prestazioni specialistiche cresce in modo significativo e i ricoveri aumentano di numero perché si accorcia la durata media, sarà difficile risolvere tutto con strategie organizzative. Sarà anche necessario trovare il modo di avere più mezzi a disposizione, specialmente in certi giorni e in certi periodi, come appunto l'estate.

Sullo sfondo, la Regione, che ha chiaramente detto alla Asl che deve risolvere il problema di Esculapio da sola perché nel resto del territorio la situazione è migliore, lavora a una omogenizzazione del servizio. A seconda delle zone, infatti, i trasporti ordinari hanno una organizzazione diversa. Li porta sempre avanti il volontariato ma l'attivazione e la gestione dei mezzi spesso hanno procedure diverse.

### I trasporti

È in difficoltà il servizio per portare a casa i pazienti dimessi o per portare alle visite chi non può camminare

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 03 LUGLIO 2023

## Certificati Covid 19. Stop al rilascio delle certificazioni digitali interoperabili dalla piattaforma nazionale del ministero Salute

***È scaduto dal 1° luglio il regolamento n 953/2021 che stabilisce il quadro per il rilascio del Eu Digital Covid Certificate. In ogni caso, la certificazione già emessa dalla piattaforma nazionale potrà essere ancora utilizzata anche se la loro interoperabilità potrebbe non essere garantita in caso di scadenze tecniche del certificato di firma. [LA CIRCOLARE](#)***

Stop al rilascio delle certificazioni digitali interoperabili per nuovi eventi di vaccinazioni, test o guarigione da Covid 19 da parte del ministero della Salute.

Dal 1° luglio è infatti scaduto il regolamento n 953/2021 che stabilisce il quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione test e guarigione da covid (Eu Digital Covid Certificate Eu Dcc). In ogni caso, la certificazione già emessa dalla piattaforma nazionale potrà essere ancora utilizzata anche se la loro interoperabilità potrebbe non essere garantita in caso di scadenze tecniche del certificato di firma

Ma, avverte il ministero, tenuto conto che alcuni Paesi richiedono ancora per l'ingresso l'Eu Dcc o, in alternativa, la prova di avvenuta vaccinazione o guarigione o test negativo, il rilascio della relativa certificazione, su richiesta dell'interessato per i casi i cui sussiste questa necessità, dovrà avvenire anche in lingua inglese.

In ogni caso tutte le informazioni sui prerequisiti di ingresso dei Paesi sono disponibili sul sito Viaggiare sicuri del ministero degli affari esteri e/o sui siti governativi dei paesi meta del viaggio

Lunedì 03 LUGLIO 2023

## Consultori Familiari: una realtà anticipatrice da rilanciare

***Il consultorio può essere un elemento fondamentale di una politica di rilancio della natalità ma anche di promozione di una genitorialità serena e positiva, di sostegno al ruolo dei genitori. Gli studi clinici ed epidemiologici ci mostrano come il clima psicologico relazionale tra genitori e figli nelle prime fasi di vita sia il più importante predittore dei comportamenti e della salute nelle fasi successive***

Gli anni '70 del '900 sono stati una fase caratterizzata da una forte spinta di modernizzazione, lo si vede bene nel campo della salute e dei diritti sociali dei cittadini. A livello internazionale vengono poste le basi scientifiche del “modello biopsicosociale” per leggere salute e malattia, in Italia si vara con la legge Basaglia (legge 180 del 13 maggio 1978) il superamento degli ospedali psichiatrici e nuove forme di assistenza alle persone con malattie mentali, e, dopo pochi mesi, si dà il via al Servizio Sanitario Nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833) sopprimendo il sistema delle mutue.

In quegli stessi anni viene varata la legge sui consultori familiari (legge 29 luglio 1975, n. 405) che ha come obiettivi la consulenza rispetto ai nuovi bisogni che la società mostrava: maternità e paternità responsabili, problemi della coppia, della famiglia anche in ordine ai minori, salute della donna e del prodotto del concepimento, promozione della natalità. Tra le funzioni consultoriali risulta presente e trasversale quella psicologica, che per la prima volta viene riconosciuta come specifica e nel suo ruolo di “consulenza” prima ancora che di terapia.

La legge 405 è anticipatrice a tutti gli effetti dei principi del SSN, che seguirà 3 anni dopo, infatti l'art. 1 della 833 (principi del SSN) recita: *“Il servizio sanitario nazionale e' costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attivita' destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalita' che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*.

L'attualità dei servizi consultoriali è testimoniata dai Livelli Essenziali di Assistenza del 2017, le prestazioni e gli interventi che il SSN deve garantire ai cittadini. Infatti all'art. 24 del Decreto LEA si legge: *“Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed appropriate”* e vengono specificate e dettagliate una serie di situazioni, come:

1. *“assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico”*
2. *“supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita”*
3. *“supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa”*
4. *“consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia”*
5. *“supporto psicologico ai minori in situazione di disagio”*
6. *“supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio”*

7. *“valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l’affidamento familiare e l’adozione, anche nella fase successiva all’inserimento del minore nel nucleo familiare”*

I LEA 2017 prevedono, oltre a queste tematiche, ambiti diversi di prestazioni per diverse e specifiche tipologie di problemi: minori con disturbi del neurosviluppo (art. 25), persone con malattie mentali (art.26), con dipendenze patologiche (art.28).

E’ quindi evidente che la risposta del Consultorio non costituisce un servizio specialistico per il neurosviluppo, le malattie mentali o le dipendenze ma un servizio di primo livello per quelle situazioni molto diffuse di disagio, di problemi legati a fasi critiche e di transizione di vita, a problemi adattivi, alla necessità di forme di sostegno, consulenza e promozione delle risorse.

Si tratta di attività consulenziali che intercettano bisogni reali ed oggi sempre più diffusi nella popolazione e che costituiscono un tipico servizio sociosanitario di primo livello, dove gli aspetti biomedici (ginecologici, ostetrici, infermieristici, ecc.), psicologici (che sono un ponte naturale tra “bio” e “socio”) e sociali trovano un terreno naturale di integrazione.

Uno dei temi oggi più dibattuti è quello della risposta ai bisogni psicologici della popolazione. Se seguiamo la logica dei LEA questi bisogni si articolano in ambiti diversi come abbiamo visto sopra, che vanno dalle problematiche della famiglia e genitorialità, ai minori con disturbi nel neurosviluppo, alle persone con malattie mentali, a quelle con dipendenze, dalle persone con disabilità e non autosufficienza a quelle con patologie fisiche e croniche o in cure palliative.

Le attività che rientrano nell’ambito consultoriale sono un pezzo molto importante di questo discorso che andrebbe reso presente in modo omogeneo in tutte le Case di Comunità, tenendo conto che oggi non solo la natalità è in crisi ma anche la genitorialità. Siamo passati da modelli rigidi del passato allo smarrimento, all’idea negativa della regola come imposizione piuttosto che come principio da spiegare e condividere nel percorso educativo. La natalità e la genitorialità richiedono risorse psicologiche oggi sempre più compromesse e se vogliamo aiutare la famiglia, nei fatti lasciata a se stessa, lo dobbiamo fare con servizi appropriati e non solo con la retorica.

Il consultorio può essere un elemento fondamentale di una politica di rilancio della natalità ma anche di promozione di una genitorialità serena e positiva, di sostegno al ruolo dei genitori. Gli studi clinici ed epidemiologici ci mostrano come il clima psicologico relazionale tra genitori e figli nelle prime fasi di vita sia il più importante predittore dei comportamenti e della salute nelle fasi successive.

Accanto allo psicologo di base che è chiamato ad integrare le attività biomediche dell’assistenza primaria, rafforzando il ruolo proattivo di iniziativa che serve a prevenire, impedire alle situazioni di aggravarsi, responsabilizzare positivamente le persone, gli psicologi dei servizi consultoriali nelle case di comunità possono svolgere un grande ruolo nel campo specifico descritto dall’art.24 dei LEA.

I consultori ovviamente devono operare in una logica di rete con l’assistenza primaria (MMG, PLS, Psicologo di base, ecc.), con i servizi presenti nelle Case di Comunità, con i servizi sociali e la scuola, con i servizi specialistici della ASL, con le strutture ospedaliere, residenziali e semiresidenziali.

Ed assicurare una presenza adeguata di professionalità, vista ad esempio la carenza di figure psicologiche in molte realtà e di non “espropriare” gli Psicologi presenti con richieste da parte dei Tribunali come evidenziato da Marco Pingitore in un recente articolo (I Consultori Familiari ostaggi dei Tribunali?).

Tra la salute e la malattia c’è una grande zona, nella quale sono milioni di persone, che oggi è una “zona d’ombra” dei nostri servizi pubblici. Se non potenziamo i servizi per illuminare questa fascia di bisogni tra poco non saremo più in grado di sostenere gli interventi per le malattie e le situazioni di cronicità, perché una quota eccessiva di situazioni, dove le persone non stanno bene ma non hanno ancora una malattia maturerà, inevitabilmente e purtroppo, le condizioni della malattia e si riverserà negli ambiti di cura. Dobbiamo potenziare il “prenderci cura” per poter nel prossimo imminente futuro continuare ad assicurare la cura.

***David Lazzari***  
*Presidente CNOP*

Lunedì 03 LUGLIO 2023

## La partecipazione dei pazienti e il ruolo delle comunità nella promozione della salute

***Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale e nazionale. Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello locale. Questo fenomeno è la condizione senza la quale non possiamo aspirare ad avere comunità attive nel campo della tutela e produzione della salute dei cittadini***

### ***Sanità “welfare” e “one health”***

La sanità è elemento costitutivo del *welfare* europeo in cui ai cittadini, con modalità diverse da Paese a Paese, vengono riconosciuti “*diritti di cittadinanza*” quali: l’uguaglianza di fronte alla legge; il diritto all’istruzione; alla sanità/salute; alla previdenza; il diritto al lavoro e altri ancora, a seconda delle diverse Leggi Costituzionali dei singoli Stati Europei.

Dalla fine degli anni '90 gran parte dei Paesi OECD si sono orientati a un approccio integrato alla produzione della salute, in un’accezione di insieme delle politiche del *welfare* per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

Il “*new paradigm of health care*” (OECD, 1999) affermava il primato della prevenzione sul trattamento, le strategie di *care* piuttosto che di *cure* e, soprattutto, un’integrazione delle politiche che stimoli ed imponga azioni di coordinamento interistituzionale.

Si affermava di conseguenza l’impegno della rendicontazione da parte dei sistemi e delle aziende sanitarie alle comunità da cui hanno ricevuto mandato ad operare.

Il passaggio dal vecchio modello di *welfare* ad uno nuovo consiste in un sistema di *welfare* di comunità federate basato sul concetto di salute - *welfare*. Con il *welfare* di comunità si andavano poi affermando anche due nuovi concetti, cioè quelli d’autonomia e di sussidiarietà.

Successivamente con l’inclusione formale del “*Programma Ambientale*” delle Nazioni Unite (UNEP) condiviso da WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e con il successivo lancio del “*Global One Health Joint Plan of Action*” (2022-26), si è creata finalmente l’opportunità per affrontare in un modo nuovo l’approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, riconoscendo che la salute dell’uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell’ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.

La prospettiva *One Health* spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile [*One Health High-Level Expert Panel* (OHHLEP). Annual Report 2021]

### ***Il PNRR e il ruolo delle “comunità”***

Nel PNRR, così come da DM 77- si afferma che l’assistenza primaria rappresenta la prima porta d’accesso ad un servizio sanitario. Rappresenta l’approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficace per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l’Assistenza Primaria come: “... *l’erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell’assistenza alle persone...*”.

Sempre nel PNRR, coerentemente con il DM 77, si prende atto che il SSN persegue questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell’assistenza;
- attraverso l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità (*Planetary Health*);
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l’individuazione delle persone da assistere, per la gestione dei loro percorsi, per l’assistenza a domicilio e l’integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- mediante la valorizzazione della co-progettazione con pazienti e cittadini;
- mediante la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e con il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Relativamente alla stratificazione della popolazione e dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla *programmazione* e alla *presa in carico* – sempre nel PNRR – si afferma che i riferimenti dovranno essere:

- la *Medicina di Popolazione*, per la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l’utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull’utilizzo di dati;
- la *Sanità di Iniziativa*, per la gestione delle malattie croniche, modello fondato su un’assistenza proattiva all’individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- la *Stratificazione della Popolazione*, per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, per differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e del consumo di risorse;
- Il *Progetto di Salute*, quale strumento di programmazione, gestione e verifica; associato alla stratificazione della popolazione e alla classificazione del “*bisogno di salute*” indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

### ***La “comunità” e il benessere dell’individuo***

Dall’introduzione di queste novità appare chiaro che il ruolo delle “comunità” diventa quello del protagonista. La “comunità”, è definita dall’istituto Treccani (2023) “*carattere, stato giuridico di ciò*

*che è comune; comunanza: comunità di beni, comunità d'interessi; anche in senso più astratto: tutte le scienze hanno una certa comunità e colleganza insieme ... Insieme di persone che hanno comunione di vita sociale, condividono gli stessi comportamenti e interessi; collettività: fare gli interessi, il bene della comunità; ... Complesso degli abitanti di un comune, o, in taluni casi, l'amministrazione comunale: i beni, le terre della comunità”.*

Il *benessere quotidiano della persona* è collegato anche al suo **habitat relazionale**: le relazioni sociali sono fondamentali per la sopravvivenza dell'individuo, non solo per il suo inserimento all'interno dell'ambiente di vita ma anche per il suo benessere psico-emotivo interiore; per questo è importante averne cura.

Anche la Medicina afferma che Interazioni sociali positive, dove si riceve sostegno ed ascolto, favorendo il buon umore, aiutano anche a rafforzare il sistema immunitario abbassando il livello di stress, responsabile della produzione di ormoni pro-infiammatori.

Inoltre, Accanto al **benessere oggettivo e materiale**, nella nostra società è cresciuto notevolmente il bisogno di **benessere soggettivo e psicologico** e di conseguenza l'attenzione si sta spostando dai problemi da risolvere nella vita a ciò che la rende meritevole di essere vissuta.

### **Le “Comunità” e le “reti sanitarie”**

L'attenzione alle potenzialità delle reti e alla loro modalità di funzionamento nasce con la consapevolezza che la realtà in cui periamo è costituita da sistemi complessi.

Come Federico Butera già nel 1996 sottolineava “L'organizzazione a rete è un sistema di riconoscibili e multiple connessioni e strutture entro cui operano nodi ad alto livello di autoregolazione, capaci di cooperare tra loro in vista di fini comuni e di risultati condivisi”.

Per l'OMS la rete, in sanità, è rappresentata da un “insieme di individui, organizzazioni ed agenzie organizzato su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni perseguiti attivamente e in maniera sistematica, basato sull'impegno e la fiducia. [WHO - Glossario della Promozione della salute, 1998]

La cooperazione tra professionisti, amministratori e cittadini per sviluppare reti collaborative sanitarie di riferimento per patologie o procedure specificate costituisce l'evoluzione naturale e l'innovazione più pertinente per un sistema sanitario. C'è un accordo internazionale nell'allocare risorse in funzione del livello di complessità e del numero di casi attesi per una particolare malattia. Ciò implica che concentrando risorse e casistica si ottengono un patrimonio di esperienza e conoscenza e un uso efficiente delle tecnologie e delle risorse più costose.

L' American Health Association (AHA) che ha iniziato a censire e studiare le forme di rete e sistemi ospedalieri a partire dal 1970, nel 1993, ha definito le reti sanitarie come “gruppi di ospedali, medici, altri erogatori, assicurazioni ed agenzie di comunità che lavorano insieme per coordinare ed erogare ampi spettri di servizi alla propria comunità.” [Bazzoli JHSR: Health Services Research 33:6, February,1999]

Un esempio di rete sanitaria promossa da WHO è la rete degli ospedali per la promozione della salute sviluppata alla fine degli anni '80. L'Ufficio Europeo dell'WHO avviò il Programma “Ospedali per la Promozione della Salute” (*Health Promoting Hospitals* - HPH), in analogia ad altre iniziative sorte in quegli anni: città sane, regioni per la salute, scuole e ambienti di lavoro per la promozione della salute. L'obiettivo generale del programma era migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute. I destinatari del progetto erano tre: i pazienti dell'ospedale, il personale dell'ospedale e la comunità servita dall'ospedale. Per raggiungere l'obiettivo di riorientamento dei servizi sanitari, il programma degli *Health Promoting Hospitals* ha operato per:

- sviluppare specifiche iniziative di promozione della salute all'interno dell'ospedale;

- Ampliare l'interesse del management ospedaliero e delle strutture verso la tutela della salute e non limitarlo solo alla cura delle malattie;
- Sviluppare esempi di buona pratica clinica e organizzativa, documentati e valutati, che possano essere trasferiti ad altri ospedali;
- Facilitare ed incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze e iniziative tra gli ospedali aderenti;
- Identificare aree di interesse comune per sviluppare programmi e procedure di valutazione.

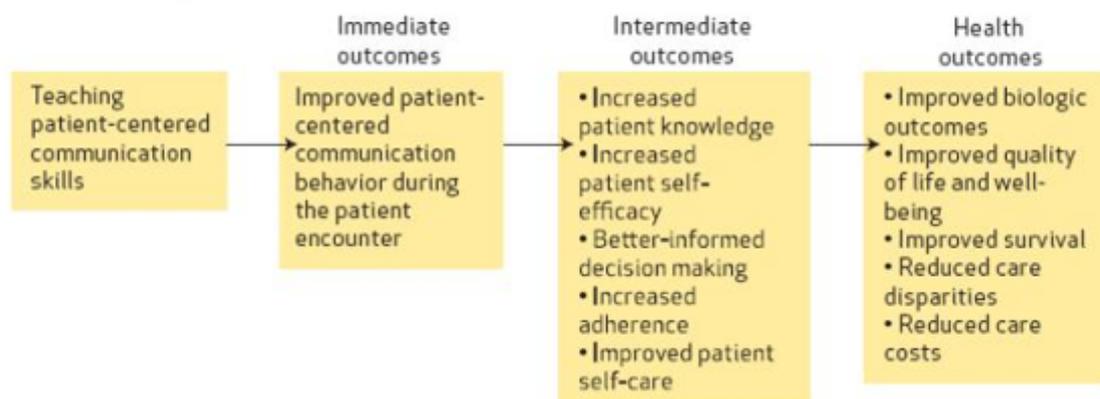
Attualmente le Reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 35, presenti in 26 paesi della Regione Europea e coinvolgono oltre 700 ospedali.

### ***L'assistenza centrata sul paziente***

Il significato dell'espressione "*centralità del paziente*" viene messa a fuoco in un articolo[1] che si fa utilmente carico di definirne il profilo (*what*), di riassumerne gli effetti sulla salute (*why*) e di come tradurlo in pratica i principi (*how*). Questa chiave di lettura, rivisitata da Gavino Maciocco[2] (promotore e coordinatore del progetto "*Salute Internazionale*"[3]) può essere posta a base del nostro ragionamento, come da schema seguente, tratto da *Health Affairs*, "**Perché la nazione ha bisogno di una forte spinta politica verso un'assistenza sanitaria centrata sul paziente**" di Donald Berwick, professore di Harvard, nominato **Direttore Generale dei programmi assicurativi pubblici, Medicaid e Medicare, in USA, con il Governo Obama**

#### **EXHIBIT 1**

##### **Link Between Teaching Patient-Centered Communication Skills And Various Outcomes**



Berwick confessava di essere un "*estremista*" riguardo ai diritti dei pazienti ed è noto lo slogan dell'associazione internazionale – *People Power* – a supporto della centralità dei pazienti, di cui Berwick è stato promotore: "*nothing about me without me*" ("*niente che mi riguardi deve essere fatto senza il mio consenso*").

Secondo la definizione coniata dall'*Institute of Medicine* (IOM – [www.iom.edu](http://www.iom.edu)) l'assistenza centrata sul paziente significa "*rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica*".

È nel contesto dell'assistenza "*centrata sul paziente*" che si sviluppa la "*relazione di cura tra medico e paziente*" e più estensivamente tra medico e familiari o caregiver del pazienti. Tale relazione si nutre di un continuo scambio bidirezionale d'informazioni finalizzato a esplorare e rispettare le preferenze e i valori del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute.

Tutto ciò comporta due risultati:

- Il medico conosce e rispetta i valori, le speranze, le reazioni del paziente, oltre che i suoi sintomi. In questo contesto il medico sarà in grado di fornire un'assistenza personalizzata e veramente

ritagliata sui bisogni del paziente;

- Il paziente è messo nella condizione di partecipare alle decisioni che riguardano la sua salute e diventare attore consapevole dei processi di prevenzione, di guarigione e di cura.

Da una prospettiva strettamente etica l'assistenza centrata sul paziente risponde all'obbligo dei professionisti di porre l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro.

I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di *outcome*, come: il miglioramento della qualità della vita; una più lunga sopravvivenza; il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri[4]) e la riduzione nelle diseguaglianze nella salute[5].

### ***I Criteri per realizzare la “assistenza centrata sul paziente”***

Se alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l'efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto.

Elenchiamo di seguito alcune condizioni che favoriscono la crescita delle relazioni di cura e di conseguenza l'affermazione dell'assistenza centrata sul paziente:

- *l'assetto organizzativo*. Il lavoro in team, la presenza di personale non medico qualificato, il coordinamento degli interventi per favorire l'accessibilità e garantire la continuità delle cure sono gli elementi essenziali di un contesto organizzativo favorevole all'assistenza centrata sul paziente
- *le infrastrutture informatiche*. Una serie di funzioni che favoriscono lo sviluppo dell'assistenza centrata sul paziente richiede la dotazione di infrastrutture informatiche evolute
- *I sistemi di valutazione*. Nonostante la sua complessità, l'assistenza centrata sul paziente può essere misurata, in modo che i *policy makers* possano monitorare i progressi verso un sistema sanitario più centrato sul paziente
- *la formazione*. L'università deve occuparsi più frequentemente e rigorosamente delle abilità interpersonali dei professionisti, così come le organizzazioni a tutela dei cittadini devono incoraggiare i pazienti a intervenire nella gestione della loro assistenza e a condividere le decisioni sulla loro salute. Le organizzazioni sanitarie, infine, devono promuovere la cultura della centralità del paziente attraverso politiche che favoriscono la relazione di cura
- *la politica*. Molto dipenderà anche dalla politica, dal ruolo che vorranno svolgere i *policy makers* a livello nazionale e locale, dal loro impegno nel sostenere trasformazioni strutturali e personali difficili, ma necessarie.

### ***L'“empowerment”***

L'*empowerment* è il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita[6].

In letteratura vengono individuati tre livelli di analisi: individuale, organizzativo e comunitario.

- *A livello individuale* si fa riferimento ai processi che portano la persona a maturare una consapevolezza critica del contesto sociopolitico di appartenenza, e a percepirsi padrona della situazione, responsabile delle proprie azioni, capace di esercitare un controllo e di incidere attivamente su ciò che accade intorno.
- *A livello organizzativo* viene effettuata una distinzione tra:
- Organizzazioni *empowering*, quelle che offrono ai propri membri opportunità per sviluppare competenze e per acquisire un senso di controllo, e si configurano quali contesti all'interno dei quali è possibile condividere informazioni ed esperienze, maturando un senso di identità collettiva;
- Organizzazioni *empowered*, quelle che, prescindendo dalla presenza o assenza di processi di empowerment a vantaggio dei propri membri, prosperano in rapporto alla concorrenza, raggiungono i propri obiettivi, influiscono sulle decisioni politiche, sviluppano la propria efficienza, esercitano un'influenza su vaste aree geografiche.

A livello comunitario, l'attenzione è posta:

- Sulle opportunità offerte ai cittadini di partecipare al governo della collettività;
- Sull'accessibilità di risorse e di servizi ricreativi, di sicurezza, di salute e di cura;
- Sulla tolleranza per la diversità.

Una comunità è *empowered* quando i suoi cittadini possiedono il desiderio, le competenze, le risorse per lavorare assieme al fine di identificare i bisogni della collettività, sviluppare strategie per indirizzare questi bisogni mettere in atto azioni volte ad un loro soddisfacimento.

Wallerstein non manca di mettere in evidenza come ciascuno di questi livelli sia strettamente interconnesso agli altri due e come processi di *empowerment* individuale, organizzativo, comunitario siano mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto.

### ***L'empowerment dei pazienti***

*L'Empowerment dei pazienti* è il processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti[7].

È necessario formare i cittadini per far sì che possano comunicare con il sistema sanitario, trovare, comprendere e valutare le informazioni disponibili.

A sua volta l'operatore deve essere formato per essere capace di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile, semplice, dando informazioni corrette, utili. Una componente chiave di *empowerment* e *centralità* del paziente è l'accesso dei pazienti a informazioni accurate e di qualità elevata sulla loro malattia e le opzioni terapeutiche a loro disposizione. Questo è comunemente definito *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) che implica conoscenza, motivazione e competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di esprimere giudizi e prendere decisioni vita quotidiana riguardante l'assistenza sanitaria[8].

### ***“Empowerment” e coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità***

Analizzando il concetto di empowerment riferito alla singola persona, va tenuto presente che la stessa si rapporta con la sua salute in modo attivo o passivo, in base ad alcune caratteristiche della sua storia e della sua personalità, in particolare l'abilità nell'assumere decisioni e alla capacità di affrontare l'incertezza ed il rischio. Si tratta di un processo dinamico tra l'acquisizione di controllo interno e l'abilità nel superare le barriere esterne nell'accesso alle risorse, tale concetto è legato alla cultura di una società e va sviluppata nelle singole realtà con piena consapevolezza del contesto.

L'Istituto Superiore di Sanità, nel Piano Nazionale Linee Guida, ha effettuato una ricognizione delle iniziative internazionali, pubblicata nel volume *“Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità”* ed ha sottolineato l'esigenza di un *database* di raccolta delle esperienze italiane. Parallelamente, alcune Università ed Istituti di Ricerca hanno sperimentato approcci in diversi contesti e Cittadinanzattiva ha elaborato ed introdotto l'Audit Civico. Le molte esperienze maturate nelle organizzazioni sanitarie hanno contribuito così a creare una nuova cultura nei confronti della partecipazione ai processi di salute ed ai servizi sanitari ed hanno costituito una base conoscitiva sulle potenzialità della stessa.

Tuttavia, l'opportunità di apprendere dalle esperienze altrui, dai successi e dagli insuccessi è ancora insoddisfacente, gli articoli pubblicati sono pochi e la ricognizione attraverso la letteratura grigia assai difficile. Per avere un orientamento un contributo possono darlo le *“Raccomandazioni sulla Partnership”*, elaborate dalla Società Italiana per la qualità sanitaria SIQuAS VRQ, che tracciano le possibili direzioni in cui le alleanze possono svilupparsi e portare a risultati in salute e soddisfazione. Nelle raccomandazioni vengono identificati i soggetti da prendere in considerazione e viene indicato il ruolo che le aziende sanitarie dovrebbero assumere per poter valorizzare tutte le opportunità. Molteplici sono i livelli e le dimensioni da considerare. Vanno inclusi: da un lato i processi di empowerment del singolo e della comunità e la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti alla pianificazione e

valutazione dei servizi sanitari, dall'altro tutte le possibili interazioni della persona con l'offerta sanitaria (promozione della salute, prevenzione, diagnosi precoce, cura, riabilitazione, reinserimento).

### ***Il cittadino competente***

Il livello di istruzione è universalmente riconosciuto come uno dei più importanti determinanti di salute, dalla dimensione mondiale a quella europea, nazionale, regionale o locale[9].

Il cittadino competente dovrebbe essere in grado di: trovare informazioni su temi sanitari e servizi; saper leggere, ascoltare, comprendere e valutare la qualità delle informazioni; interpretare i risultati delle analisi e calcolare i dosaggi dei farmaci; esprimere con chiarezza domande ed opinioni; comprendere rischi e benefici, essere capace di prendere decisioni, avere un'idea dei concetti di rischio e probabilità, conoscere il corretto stile di vita e contribuire a scelte di salute collettive e alla gestione di servizi. Il *cittadino empowered* è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere ed è in grado di interagire in modo responsabile con il SSN.

In Italia è Cittadinanzattiva un referente fondamentale per lo sviluppo dell'empowerment dei cittadini in sanità. Cittadinanzattiva Onlus si avvale dell'*Agenzia di Valutazione Civica* (struttura interna a *Cittadinanzattiva* creata nel luglio 2010) per promuovere la cultura della valutazione e sostenere l'empowerment e la partecipazione dei cittadini nei processi di governo e di produzione delle politiche pubbliche.

L'Agenzia nasce a partire dall'esperienza di valutazione civica sulla qualità dei servizi e delle strutture sanitarie con l'esperienza dell'*Audit civico*, una metodologia adottata complessivamente, a partire dal 2001, in oltre 170 aziende sanitarie, avvalendosi di équipes di valutazione miste composte da cittadini e operatori sanitari. I risultati dei Rapporti Audit Civico sono disponibili in: <http://www.cittadinanzattiva.it/form/audit-civico/documenti/AC-nazionale-pdf>

La tematica è stata al centro dell'attenzione anche dello Stato e delle Regioni che hanno chiamato AGENAS a contribuire alla promozione dell'empowerment individuale, organizzativo e di comunità nell'ambito dei Servizi Sanitari Regionali.

A tal proposito, nell'ottica di promuovere la conoscenza e il trasferimento delle migliori esperienze, sono state raccolte 152 buone pratiche di empowerment realizzate nelle Regioni/PA e rese disponibili in un data base pubblico[10]. Il lavoro di condivisione di definizioni, strumenti di rilevazione di esperienze significative e promozione del loro trasferimento, è stato realizzato in collaborazione con le Regioni ed è consultabile nel Quaderno di Monitor dedicato al "*Sistema sanitario e l'empowerment*"[11].

### ***I Comitati Consultivi Misti***

I *Comitati Consultivi Misti* (CCM) sono stati concepiti per essere lo strumento privilegiato per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini.

*"Sono composti in maggioranza da rappresentanze dei cittadini (associazioni di volontariato e di tutela) e in minoranza da rappresentanti dell'Azienda sanitaria. Sono presieduti da un componente delle rappresentanze dei cittadini. È loro compito la verifica, il supporto, la funzione propositiva all'Azienda sanitaria relativamente al miglioramento della qualità dei servizi. Il Comitato consultivo misto (CCM) ha compiti di verifica, supporto, proposta sui servizi sanitari e in particolare sulla loro qualità dal punto di vista dei cittadini. L'Azienda sanitaria è impegnata a confrontarsi con il CCM sulla programmazione aziendale, a nominare autorevoli referenti aziendali all'interno del CCM, a promuovere la formazione dei componenti del CCM e la conoscenza di questo organismo all'esterno e all'interno, a supportarne l'attività operativa."*

I CCM dovrebbero collaborare al miglioramento dei percorsi d'accesso ai servizi, promuovere indagini e valutazione sulla qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti, esprimere pareri e valutazioni rispetto ai segnali di disservizio e alle azioni di miglioramento, collaborare con le ASL per l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. Di solito sono composti in maggioranza

da membri eletti dalle *associazioni di volontariato* presenti sul territorio aziendale e da dirigenti in rappresentanza dell'Azienda.

Dovrebbero essere quindi interlocutori delle ASL e rappresentare la voce dei cittadini all'interno dei servizi sanitari ma il condizionale è d'obbligo perché un'analisi sull'efficacia della loro funzione non è disponibile e le notizie che si possono raccogliere mostrano esperienze di qualità molto variabile nei diversi contesti locali. Va detto che la crescita degli ambiti geografici e di popolazione delle aziende sanitarie non è stata d'aiuto così come la grande eterogeneità delle competenze dei partecipanti.

### ***Il “Portale della Trasparenza dei Servizi per la “salute”***

Il “Portale” è stato inaugurato il 19 marzo 2021 [\[12\]](#) e dovrebbe rappresentare un esempio di strumento di sviluppo dell'empowerment dei cittadini. Il progetto vorrebbe offrire ai cittadini un portale di facile accesso sul tema della salute che offra informazioni semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale. Ad oggi è aggiornato ad aprile 2023. Il sito vuole presentare contenuti che vanno a valorizzare e integrare le informazioni detenute dal Ministero della Salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province Autonome e dagli altri enti e operatori dei Servizi Sanitari Regionali.

Il portale [\[13\]](#) è strutturato su quattro macroaree: vivere in salute; servizi e prestazioni; come fare per (prenotare una prestazione e conoscere i tempi di attesa); Covid-19.

Il portale mostra però dei limiti che ne riducono il suo potenziale ruolo di strumento d'informazione efficace e di garanzia di accountability: non è di agevole accesso, è statico e le informazioni che se ne possono trarre non sempre appaiono formulate in modo accessibile al grande pubblico. Una migliore cura di questi particolari potrebbe migliorarne molto utilmente la sua funzione.

### ***Conclusioni***

Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale e nazionale. Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello locale. Questo fenomeno è la condizione senza la quale non possiamo aspirare ad avere comunità attive nel campo della tutela e produzione della salute dei cittadini. La “comunità”, in quanto tale, quando esiste realmente:

- è la sede delle relazioni di cura;
- genera energie e opportunità a supporto del singolo;
- include e supporta;
- garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa;
- previene la fragilità e sostiene le cronicità.

Si parla oggi di *ecosistemi* per intendere comunità di individui che interagiscono con il loro ambiente e sono allo stesso tempo un tutto e una parte di un sistema più ampio. Nel settore sanitario una prospettiva ecosistemica prevede il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini e ci ricorda che l'assistenza sanitaria, nella sua essenza, riguarda le relazioni tra le persone. Questa prospettiva evidenzia anche l'idea che queste relazioni interagiscono con, e sono influenzate da, il loro ambiente (ad esempio, comunità, ambienti economici e politici, organizzazioni e sistemi sanitari).

A livello individuale, tutti i partecipanti devono scoprire e sviluppare le proprie competenze, abilità e risorse, per potersi impegnare in relazioni produttive con persone che hanno interessi, conoscenze e prospettive diverse.

Ciò include la convinzione che ogni individuo apporta competenze preziose e complementari (ad esempio, la conoscenza basata sull'esperienza di vivere con una malattia come paziente, le capacità diagnostiche e l'esperienza clinica dei professionisti sanitari, i metodi d'indagine di un ricercatore, l'esperienza di gestione di un manager). Ne consegue che lavorare in partnership richiede anche la

capacità di vedere i problemi da più prospettive, di affrontare l'incertezza e di condividere leadership e potere.

Un esempio di ecosistema nel nostro ordinamento potrebbe essere il Distretto. Lo stesso Distretto, se declinato come “*agenzia di salute*”, potrebbe diventare lo strumento di promozione dell'inclusione delle “*comunità*” nei processi di cura, nella prevenzione, nell'educazione sanitaria, negli stili di vita, nel supporto e nell'inclusione dei fragili e dei cronici.

Purtroppo anche il DM77 continua a concepire il Distretto come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio; un modello dove i servizi vengono “calati” secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dalla partecipazione, dai bisogni e dalle risorse delle diverse comunità che si differenziano per criteri geografici, sociali, culturali, organizzativi ed epidemiologici.

Anche i cittadini che fanno volontariato, così come tutto il Terzo Settore, vengono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale partecipando e portando ricchezza nell'ecosistema.

Con queste premesse l'innovazione sarà una chimera. Eppure non mancano ormai nell'esperienze internazionali esempi dell'ampia varietà di ruoli che i pazienti possono svolgere nel sistema sanitario: pianificazione, progettazione, consulenza, indagine, valutazione e formazione.

Sempre più spesso, le istituzioni sanitarie chiedono ai pazienti e ai familiari non solo di essere una “voce intorno al tavolo”, ma di assumere ruoli di leadership. In questo contesto, l'arruolamento e la preparazione dei pazienti e delle famiglie sono fondamentali.

Il reclutamento inizia con un mandato definito e modalità di impegno, così come ruoli e responsabilità rigorosamente chiari per loro e per i professionisti con cui collaboreranno.

La capacità e lo spazio per definire meglio questi ruoli e responsabilità stanno aumentando, con la consapevolezza che le forme di conoscenza possono essere complementari e le competenze non sono strettamente riservate ai professionisti. I pazienti e i familiari possono agire come mediatori di conoscenza, collegando e traducendo la conoscenza tra le comunità nell'ecosistema sanitario, ma possono anche ridefinire le priorità apportando soluzioni pragmatiche alle sfide del sistema sanitario.

Essere Case e/o Ospedali davvero di “*Comunità*” comporterà essere all'interno di questi processi di inclusione e solidarietà.

Se perdiamo questa opportunità i cittadini cercheranno soluzioni individuali, il sistema si avvierà verso un razionamento, magari implicito, delle sue prestazioni, la produzione di salute non progredirà e la spesa globale per le cure aumenterà.

C'è chi pensa che le cose che servirebbero non accadano per una sorta di ignavia collettiva ma forse la causa è peggiore: oggi in Italia assistiamo ad un pensiero politico, culturale ed economico dominante che non aiuterà e che rischia di generare uno svantaggio per il bene comune e la tutela della salute come la nostra costituzione la intende.

### **Giorgio Banchieri**

*Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma.*

### **Laura Franceschetti**

*Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma.*

### **Andrea Vannucci**

*Professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI*

**Note:**

[1]. *Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser S. Stange K.C. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. Health Affairs 2010, 29:8, 1489-95*

[2]. *Modificato da Gavino Maciocco Centralità dei pazienti.*

<http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/assistenza-sanitaria-e-centralita-del-paziente-what-why-how/>

[3]. <https://www.saluteinternazionale.info/chi-siamo/>

[4]. *Kate R et Al. Evidence Suggesting That a ChronicDiseaseSelf-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization. Medical Care 1999; 37 (1):5-14.*

[5]. *Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. Health Affairs 2010; 29:7, 1310-17.*

[6]. *Wallerstein N. (2006), What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74656/E88086.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf))*

[7]. *ASQUAS – Glossario 2019*

[8]. *EMPATHIE, H. P. (2015). Empowering patients in the management of chronic diseases. Final Report.*

[9]. *Mackenbach J.P.: Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC University Medical Center Rotterdam, 2006*

[10]. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/esperienze-di-empowerment>

[11]. [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/8\\_IL\\_SISTEMA\\_SANITARIO.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/8_IL_SISTEMA_SANITARIO.pdf).

[12]. <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1861-on-line-il-nuovo-portale-della-trasparenza-dei-servizi-per-la-salute>

[13]. <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/>

Lunedì 03 LUGLIO 2023

## Il sovraffollamento dei pronto soccorso: analisi e prospettive della rete pubblico/privato

***L'analisi della situazione attuale consente di ipotizzare una prospettiva/proposta per dare un contributo al miglioramento del boarding, uno dei principali responsabili dello stazionamento dei pazienti nei pronto-soccorso, ormai ai limiti di sostenibilità, ed insieme alla possibilità di inaugurare una indispensabile e non più rinviabile collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate. [LE TABELLE](#)***

Il sovraffollamento dei servizi di pronto-soccorso (DEA/PS) costituisce un tema all'ordine del giorno per le ricadute inevitabili, e talvolta gravi, a carico dei pazienti, del personale medico e infermieristico che vi svolge servizio.

Le cause, descritte in modo preciso nell'articolo pubblicato di recente su "Dirigenza Medica" a firma Duca-Traversa e Liuzzi ([qui](#)) sono da ricercare nei tre fattori classici - *accesso, procedure e ricovero/dimissione* - ed evidenziano come il problema non possa essere risolto soltanto a livello di Pronto Soccorso.

L'inappropriato utilizzo di queste strutture, come denunciato dal Ministro della salute ([qui](#)), pur essendo un fatto oggettivo, tuttavia non va ad incidere sul *boarding*, ossia su quel fattore che, come ben descritto nell'articolo citato, si riferisce alla quota di pazienti già valutati dallo specialista in medicina d'urgenza con indicazione al ricovero ospedaliero ma che, per mancanza di posti letto nei reparti, restano in attesa all'interno della struttura del Pronto Soccorso contribuendo in modo preponderante al sovraffollamento.

Il seguente studio intende analizzare i problemi alla base del *boarding*, problemi in larga parte legati alla carenza di posti letto nell'ambito delle strutture del SSN, tenendo conto dei requisiti prescritti dalle norme di accreditamento.

Dall'analisi della situazione di seguito esposta è possibile ipotizzare una prospettiva/proposta per dare un contributo al miglioramento del *boarding*, uno dei principali responsabili dello stazionamento dei pazienti nei pronto-soccorso, ormai ai limiti di sostenibilità, ed insieme alla possibilità di inaugurare una indispensabile e non più rinviabile collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate.

### **Riferimenti normativi**

Premesso che il SSN prevede che l'assistenza ospedaliera sia prestata attraverso gli ospedali pubblici e privati accreditati è necessario soffermarsi su quanto prescritto dal DM 70/2015 che definisce gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici per le strutture pubbliche e private accreditate.

Il decreto soffre di numerose criticità ed è da tempo al centro di discussioni per la sua revisione. Una delle più rilevanti, ad esempio, riguarda il numero di Posti Letto/Acuti pubblici e privati *accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale* previsti in un rapporto non superiore a 3,0 % abitanti (art 1 c2 – All.1- § 2.1), rapporto che, va ricordato, ha portato il nostro Paese ad una dotazione di posti letto del tutto insufficiente, come dimostrato dalla recente pandemia, e ai livelli più bassi tra i Paesi europei.

Al contrario, una delle indicazioni più appropriate riguarda la *rete dell'emergenza/urgenza: l'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni...per acuti*, prevede una classificazione delle strutture ospedaliere distinte in presidi ospedalieri di base, di I livello e di II livello assegnando alle Regioni il compito di definire la Rete per l'Emergenza/Urgenza (All.1- § 2.1).

*Le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente che comprendono il PS per i presidi di base, il DEA 1 per i presidi di I livello e di DEA 2 per quelli di II livello.*

*La gestione dei posti letto deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza (All. 1- §1.2).*

Pertanto in base alle norme di accreditamento i presidi, pubblici e privati, con posti letto/acuti devono essere classificati in una delle tre categorie citate e far parte della rete per l'Emergenza/Urgenza definita dalle Regioni.

Purtroppo la *Rete* rimane tuttora diffusamente non definita né disegnata.

### La situazione

L'analisi dei servizi di pronto soccorso (DEA e PS) è stata effettuata guardando all'insieme dell'organizzazione assistenziale ospedaliera per acuti impegnata nella risposta al *boarding*.

È stato innanzitutto considerato il numero dei presidi ospedalieri pubblici (e non le aziende sanitarie che comprendono più presidi) e gli ospedali privati accreditati con i relativi posti letto/acuti, la dotazione di servizi di DEA/PS e il numero di accessi e di ricoveri.

In particolare per quanto riguarda il privato accreditato l'analisi è stata effettuata facendo una distinzione tra Strutture Equiparate che comprendono Policlinici privati, IRCCS e Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti qualificati presidi di ASL, Enti di Ricerca (diversamente dall'Annuario Statistico SSN dove tali strutture vengono considerate assieme a quelle pubbliche pur essendo nella quasi totalità di proprietà privata) e Case di Cura.

- **Presidi ospedalieri/Acuti:** il SSN può contare su 1052 ospedali di cui 616 pubblici (58,6%) e 436 privati (41,4%). Questi ultimi comprendono 65 presidi Equiparati e 371 Case di Cura.
- **Presidi con servizi di DEA/PS:** totali 614
  - 550, ossia l'89,5%, pubblici comprendenti 241 PS, 219 DEA1, 90 DEA2
  - 64 ossia il 10,5 % privati. Tra questi ultimi vi sono 35 equiparate e 29 Case di Cura. Le Equiparate hanno 16 PS, 15 DEA1 e 4 DEA2, le Case di Cura 17 PS, 11 DEA1 e 1 DEA2
- **Presidi senza servizi DEA/PS:** totali 438
  - 66 (15,0 %) dei pubblici, inseriti in Aziende con DEA/PS o monospecialistici o Punti di Primo Intervento
  - 372 (85,0 %) dei privati, di cui 30 equiparati e 342 Case di Cura.
- **Posti letto/acuti totali:** sono 196.721
  - 747 (76,6 %) in presidi pubblici
  - 974 (23,4 %) in ospedali privati suddivisi in 16.942 equiparati e 29.032 Case di Cura
- **Posti Letto/acuti con servizi di DEA/PS:** totali 166.440
  - 871 pubblici (88,2%)
  - 569 privati (11,8%)
- **Posti letto/acuti senza servizi di DEA/PS:** totali 30.281
  - 876 pubblici (12,8%), inseriti in Aziende con DEA/PS o mono-specialistici o Punti di primo Intervento
  - 405 privati (87,2%). In particolare 3.249 nelle equiparate e 23.156 nelle Case di Cura
- **Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti** è del 3,33 ‰ abitanti

## Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti sottraendo i posti letto dei presidi senza DEA/PS è del 2,82 ‰ abitanti

- **Accessi in DEA/PS** sono 12.934.225 (ultimi dati pubblicati)
  - 681.745 nel sistema pubblico pari al 90,3%
  - 252.480 pari al 9,7% nei privati accreditati, di cui 804.841 nelle Equiparate e 447.639 nelle Case di Cura
- **Ricoveri/Acuti:** il numero totale è di 6 mln. 104.762
  - 4 mln 580.660 nelle strutture pubbliche (75%)
  - 1 mln 524.102 in quelle private (25%). In particolare 634.530 (41,6%) nelle Equiparate e 889.572 (58,4%) nelle Case di Cura

In conclusione l'organizzazione della risposta del SSN alle richieste di prestazioni da pronto-soccorso comprende:

- 610 presidi con DEA/PS, di cui 546 (89,5%) nelle strutture pubbliche e 64 (10,5%) nelle strutture private (35 equiparate e 29 case di cura)
- Servizi DEA/PS sono presenti nell'88,6% dei presidi pubblici e hanno il 90,3% degli Accessi
- Servizi DEA/PS sono presenti nel 14,7% degli ospedali privati accreditati e hanno il 9,7% degli Accessi. Diversa la situazione tra Strutture Equiparate e Case di Cura: le Equiparate hanno 35 Ospedali con Servizi di DEA/PS con il 6,2% degli Accessi, mentre le Case di Cure hanno 29 strutture con il 3,5% degli Accessi.

### Analisi

Per compiere una valutazione approfondita dell'affollamento dei pronto-soccorso relativo al fattore *boarding* sono necessarie alcune considerazioni.

- La prima va fatta sull'utilizzo dei servizi di DEA/PS da parte dell'utenza con significativa presenza di codici bianco e verde per le note carenze territoriali, che contribuisce sicuramente all'affollamento in termini di attese ma incide poco sul *boarding*, ossia sui pazienti che rimangono in attesa di ricovero. Attesa legata alla difficoltà di reperire un posto letto da parte del medico urgentista
- La seconda riguarda gli ospedali dotati di servizi DEA/PS: sono 614 di cui 550 pubblici e 64 privati accreditati. Gli ospedali pubblici senza pronto-soccorso sono inseriti in Aziende dotate di DEA/PS, mentre per quanto riguarda i privati, su 436 ospedali, 64 (14,7%) sono dotati di pronto soccorso. E occorre fare una distinzione tra strutture Equiparate e Case di Cura: infatti queste ultime hanno DEA/PS in 29 strutture su 372, pari al 7,8%, mentre le Equiparate hanno DEA/PS in 35 strutture su 64 pari al 54%, e quelle prive sono IRCCS, enti di ricerca e mono-specialistiche.
- La terza riguarda il numero dei posti letto/acuti che ammontano in totale a 196.721, con il 76,6% pubblici e il 23,4 privati, ma considerando unicamente quelli situati in ospedali dotati di DEA/PS il numero dei letti scende a 166.460. Di questi l'88,2 % sono pubblici e l'11,8 privati
- In base a quest'ultimo dato il rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è del 2,82 ‰ facendo mancare oltre 30.000 letti alle prestazioni per acuti del SSN che non rientrano nel circuito dell'emergenza/urgenza. Di questi 26.405 (quasi l'88%) appartengono al privato accreditato.

È necessario a questo punto, ricollegandosi alla normativa sopra ricordata, domandarsi come sia possibile l'accreditamento di presidi ospedalieri con posti letti per acuti privi di servizi di pronto soccorso e che dunque siano autorizzati a sottrarsi al circuito di emergenza/urgenza.

Tale situazione infatti determina due importanti conseguenze.

La prima è quella di avere un numero di letti/acuti a disposizione dei servizi di pronto-soccorso insufficiente alle richieste e inferiore a quanto prescritto dalla legge, dando un contributo significativo al realizzarsi delle interminabili attese di ricovero fonte di affollamento, con un inevitabile incremento del rischio clinico, un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure. Non da ultimo

rendendo ancora più gravoso il lavoro del Personale (medici urgentisti e infermieri) di potere operare correttamente con conseguenti e sempre più frequenti proteste e aggressioni.

La seconda è quella che permette la selezione delle prestazioni per acuti nell'ambito del SSN realizzando una grave anomalia con conseguenze negative non solo per il pubblico ma anche per oltre la metà delle strutture equiparate.

Il risultato è che il privato con il 40,4 % delle strutture per Acuti e il 23,4 % dei posti letto ha il 9,7% degli accessi in DEA/PS lasciando il 90,3% al pubblico.

È da sottolineare tuttavia che l'ipotesi di una revoca dell'accreditamento ai presidi privi di DEA/PS, renderebbe ancor più deficitaria l'attuale situazione rendendo praticamente ingestibile tutto il settore delle prestazioni per acuti del SSN e delle liste di attesa.

D'altra parte l'apertura di nuovi servizi di pronto-soccorso in presidi che attualmente ne sono privi non rappresenta una soluzione gestibile nel breve e medio termine per difficoltà strutturali, tecnologiche, organizzative e soprattutto di personale. Inoltre occorre ricordare che alcune leggi regionali impediscono, soprattutto al privato, di aprire nuovi servizi di pronto-soccorso, negando in tal modo una funzione a cui per legge dovrebbero concorrere le strutture per acuti.

### **Rete emergenza/urgenza pubblico/privato**

Dai dati riportati si evidenzia che un numero significativo di posti letto che erogano prestazioni per acuti è esonerato completamente dalla partecipazione al sistema emergenza/urgenza e il SSN, pertanto, non ha a disposizione i letti normativamente previsti.

La soluzione che si propone va nella direzione di:

1) mettere a disposizione dei pronto-soccorso un maggior numero di posti letto utilizzando i posti letto dei presidi privi di servizi di pronto soccorso; 2) inaugurare una prospettiva di rapporto pubblico/privato con la creazione di una *rete territoriale pubblico/privato di emergenza/urgenza*, peraltro prevista dalla normativa e finora non applicata da parte delle Regioni.

La *rete territoriale* deve essere definita con *accordi di convenzione* tra strutture pubbliche e private dotate di DEA/PS con quelle limitrofe prive di questi servizi che metterebbero in tal modo a disposizione dei pronto-soccorso della *rete* un numero programmato di posti letto, **nel rispetto delle competenze professionali, specialistiche, strutturali, tecnologiche ed organizzative presenti.**

Per i pazienti si avrebbe una riduzione delle estenuanti e sofferenti permanenze in barella nei locali dei pronto-soccorso e per i medici urgentisti un maggior numero di posti letto a disposizione per i ricoveri con la possibilità di indirizzare i pazienti alla struttura più indicata dal punto di vista delle specialità e delle competenze presenti.

La *rete Emergenza/Urgenza così disegnata e realizzata*, pur non potendo agire sul fattore *accessi* riguardante il territorio, verrebbe ad attenuare il sovraffollamento di cui soffre quotidianamente ogni pronto soccorso dovuto in larga parte alla difficoltà di trovare un posto letto.

Gli accordi di convenzione pubblico/privato è il punto fondamentale su cui poggia la definizione della rete e la sua operatività, soprattutto nella individuazione del livello di risposta specialistica che ogni singola struttura è in grado di offrire per competenza, complessità dell'organizzazione e sicurezza delle cure.

La mancanza del requisito di accreditamento - requisito che, ripetiamo, si riferisce alla obbligatoria presenza di servizi di pronto soccorso nelle strutture accreditate per posti letto/acuti - verrebbe parzialmente sostituita dalla norma che *“la gestione dei posti letto deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza (DM 70/2015 - All. 1- §1.2)*

Non da ultimo si darebbe luogo all'inaugurazione di un'inedita prospettiva di rapporto di collaborazione pubblico/privato da più parti invocato e senza il quale l'universalismo equo e solidale del SSN è fortemente a rischio.

***Fabio Florianello***

*Responsabile Sanità Privata Accreditata ANAAO ASSOMED*

***Rossana Caron***

*Consigliere Nazionale ANAAO ASSOMED*

***Simona Piemontese***

*Segretaria Aziendale ANAAO ASSOMED - IRCCS San Raffaele (MI)*

***Pasquale De Cata***

*Segretario Aziendale ANAAO ASSOMED - IRCCS Maugeri (PV)*

***Pierino Di Silverio***

*Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED*

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 03 LUGLIO 2023

## Governo e Parlamento, si può fare di più per i precari della ricerca e gli specializzandi

***Avendo apprezzato il fatto che sia stata avviata la procedura di stabilizzazione sarebbe quanto mai opportuno anzi doveroso che Governo e Parlamento facciano di più ricollocando nel contratto della dirigenza medica e sanitaria tutti quei ricercatori medici, biologi, psicologi oggi sottoinquadriati: è il minimo sindacale che la Repubblica possa riconoscere a questi che realmente sono gli eroi della nostra salute.***

È estremamente positivo che in sede di conversione del decreto legge sia stata, finalmente, avviata la [stabilizzazione](#) del personale che negli IRCSS e negli Istituti zooprofilattici sia adibito alla ricerca sanitaria o al suo supporto.

Purtroppo, ancora, nonostante le promesse iniziali allorché fu avviato l'inquadramento contrattuale della c.d. piramide, le decine di emendamenti presentati e non accolti, gli ordini del giorno accolti e non attuati rimane non risolto il giusto e dovuto inquadramento contrattuale dei ricercatori medici, biologi, psicologi...i quali al contrario dei loro omologhi colleghi impegnati solo nella clinica e quindi inquadriati nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria, sono ancora inquadriati nel CCNL del personale dei livelli e in tale saranno stabilizzati.

Questa menomazione di status e di inquadramento contrattuale per questi professionisti è realmente inconcepibile se non offensiva: in un Paese normale il personale impegnato a tempo pieno nella ricerca sanitaria oltre che essere il valore aggiunto di qualsiasi sistema per la salute è correttamente inquadriato, valorizzato e incentivato nella sua eccezionale e fondamentale attività per il progresso scientifico strategico per una produttiva politica di tutela e promozione della salute individuale e collettiva.

Pertanto, avendo apprezzato il fatto che sia stata avviata la procedura di stabilizzazione sarebbe quanto mai opportuno anzi doveroso che Governo e Parlamento facciano di più ricollocando nel contratto della dirigenza medica e sanitaria tutti quei ricercatori medici, biologi, psicologi oggi sottoinquadriati: è il minimo sindacale che la Repubblica possa riconoscere a questi che realmente sono gli eroi della nostra salute.

È altrettanto positivo che in tale conversione in legge sia stata prevista la possibilità di assunzione sin dal secondo anno di frequenza del corso di specializzazione i medici e le altre professioni sanitarie a questo punto sarebbe quanto mai auspicabile che la norma venga riformata integralmente prevedendo che lo status dello specializzando sia quello di un dirigente medico o sanitario in formazione specialistica a cui si applica un contratto vero e proprio di formazione lavoro sin dal suo ingresso nel corso di specializzazione regolato da una specifica sezione contrattuale nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria con i medesimi doveri e diritti normativi economici e previdenziali dei colleghi già dirigenti specialisti, ovviamente tenendo conto della particolarità del periodo di formazione specialistica: comunque una tale immissione di massa di dirigenti medici e sanitari, anche se in formazione specialistica, negli organici del SSN non potrà che avere un enorme impatto positivo in tutte le sue linee di produzione di tutela e promozione della salute.

***Saverio Proia***

# Bocciati per reddito, servizi e diritti: Palermo in fondo alla classifica delle "Città del lavoro"

A stilare la prima classifica italiana è la fondazione Aidp con la collaborazione scientifica di Isfort che ha attribuito il bollino rosso al capoluogo siciliano. Sotto il profilo metodologico sono 57 gli indicatori utilizzati che hanno portato alla suddivisione in tre fasce



**Redazione**

03 luglio 2023 08:19



Lavoro, bollino rosso della Fondazione Aidp per Palermo

Palermo non raggiunge la sufficienza sotto il profilo della qualità del lavoro, delle offerte professionali, dei sistemi di welfare territoriale. Il capoluogo siciliano si piazza nella parte più bassa della classifica stilata dalla Fondazione Aidp, promossa dall'Associazione italiana per la direzione del personale con la collaborazione

scientifico di Isfort e la supervisione di Nadio Delai, presidente del comitato scientifico della Fondazione.

La classifica delle "Città del lavoro 2023" comprende 110 capoluoghi di provincia italiani ed è suddivisa in tre fasce cromatiche (verde, gialla e rossa): la prima è quella dei promossi (che riceveranno il bollino della Fondazione quale riconoscimento del punteggio ottenuto), la seconda riguarda le città che si attestano su valori intermedi tali da non raggiungere, tuttavia, il riconoscimento. La terza fascia, infine, è quella a cui appartengono le città con i punteggi più bassi. Ecco la classifica suddivisa nelle tre fasce.

Le 40 città della **fascia verde** che otterranno il riconoscimento "Le città in cui si lavora meglio in Italia 2023" della Fondazione AIDP: Milano, Trieste, Udine, Bergamo, Pordenone, Cagliari, Gorizia, Padova, Siena, Cremona, Bolzano, Verbania, Trento, Treviso, Sondrio, Modena, Monza, Brescia, Pavia, Pisa, Firenze, Bologna, Belluno, Lodi, Parma, Prato, Macerata, Lecco, Torino, Ancona, Vicenza, Genova, Forlì, Mantova, Venezia, Ravenna, Piacenza, Novara, Roma, Lucca.

Le 40 città della **fascia gialla**. Cesena, Cuneo, Reggio Emilia, La Spezia, Verona, Sassari, Ascoli Piceno, Ferrara, Livorno, Aosta, Oristano, Biella, Savona, Varese, Perugia, Pesaro, Rovigo, L'Aquila, Vercelli, Nuoro, Lecce, Arezzo, Bari, Viterbo, Fermo, Grosseto, Potenza, Matera, Rimini, Como, Massa, Rieti, Pescara, Imperia, Terni, Latina, Alessandria, Carbonia, Teramo, Asti.

Le 30 città della **fascia rossa**: Palermo, Brindisi, Pistoia, Frosinone, Taranto, Ragusa, Caserta, Campobasso, Chieti, Vibo Valentia, Catanzaro, Trani, Cosenza, Benevento, Siracusa, Agrigento, Reggio Calabria, Isernia, Salerno, Catania, Caltanissetta, Avellino, Messina, Barletta, Trapani, Foggia, Napoli, Enna, Crotona, Andria.

## La metodologia

Per la definizione della classifica nazionale delle migliori città del lavoro in Italia, sono stati presi in considerazione sette parametri: i fondamentali economici (livello dei redditi e costo della vita); servizi di cittadinanza (sociale e sanità, offerta formativa, trasporti e accessibilità; cultura e tempo libero (offerta culturale e tempo

libero); sicurezza (incidentalità stradale, criminalità, sicurezza sul lavoro, sicurezza sul territorio); vivibilità ambientale (inquinamento, produzione rifiuti, verde pubblico, condizioni climatiche); inclusione, diritti e pari opportunità (qualità della vita delle donne, qualità della vita dei bambini, qualità della vita dei giovani, qualità della vita degli anziani); futuro e innovazione (demografia, impresa, digitalizzazione). Sulla base della media di tali parametri è stata definita la classifica generale. Nel complesso sono stati utilizzati 57 indicatori.

"La ricerca - spiega Isabella Covili Faggioli, presidente Fondazione Aidp - si è posta l'obiettivo di esplorare il tema delle aree territoriali dove si lavora meglio intendendo con questa espressione la valutazione dei fattori interni ed esterni alla condizione lavorativa, analizzando il lavoro come parte integrante della vita. Questi fattori influiscono innegabilmente sulle scelte localizzative di occupazione e professione. Ma l'obiettivo è che la classifica si muova e che le città che hanno spazi di miglioramento lavorino con questo scopo in modo da poter vedere e auspicare, poi, risultati differenti e di soddisfazione per molti. Tra i fattori che influiscono sulle scelte localizzative di occupazione quelli intrinseci di qualità del posto di lavoro, ci sono i livelli retributivi, l'offerta di prospettive professionali, la reputazione azienda e la qualità degli ambienti lavorativi, delle mansioni da svolgere, i sistemi di welfare territoriale, la dinamicità del mercato del lavoro, una sorta di urbanistica del lavoro, e così via. Abbiamo quindi voluto capire, con la collaborazione di Isfort, come tutte le componenti esogene vadano a contribuire sulla qualità del lavoro, facendolo diventare un bel lavoro, non solo un buon lavoro. Alle città più virtuose - conclude Covili Faggioli - verrà assegnato il bollino di città dove si lavora meglio della fondazione Aidp lavoro e sostenibilità, ma il nostro obiettivo è che questa classifica si muova, che le tante città che hanno spazi di crescita più o meno ampi lavorino per un miglioramento dei vari aspetti in modo che nel prossimo rapporto possiamo vedere risultati nuovi ed entusiasmanti".

LiveSicilia.it / Cronaca / Appalti e assunzioni al Papardo, arrestato l'ex deputato Catalfamo

## Appalti e assunzioni al Papardo, arrestato l'ex deputato Catalfamo



*Il politico è ai domiciliari, stessa misura per una dirigente medica*

MESSINA di Redazione

3 LUGLIO 2023, 09:58

0 Commenti Condividi

### 1' DI LETTURA

MESSINA – L'ex parlamentare regionale Antonio Catalfamo e la dirigente medica Francesca Paratore sono stati arrestati a Messina per tentata concussione e corruzione. In azione la guardia di finanza, che ha eseguito due ordinanze cautelari emesse dal gip nell'ambito di una inchiesta sull'Azienda ospedaliera Papardo: i due sono finiti ai domiciliari. Paratore che dal 2021 dirige l'Unità di ricerca sanitaria del Papardo e Antonio Catalfamo, milazzese, ex deputato all'Ars nella precedente legislatura, alle Regionali 2022 si è candidato con la Lega senza riuscire a centrare la rielezione (nel 2017 era stato eletto con la lista Nello Musumeci presidente-FdI Noi con Salvini). Paratore dal 2021 dirige l'Unità di ricerca sanitaria del Papardo.



L'ospedale Papardo di Messina

## Le indagini sul Papardo

Le indagini riguardano una serie di procedure di gara al Papardo, che secondo gli investigatori sarebbero state condizionate da interessi privati riconducibili ad una persona “che all’epoca dei fatti rivestiva il ruolo di deputato dell’assemblea regionale siciliana e ad un dirigente medico amministrativo in servizio presso l’Azienda Ospedaliera”.

### “Bandi di gara ad hoc”

I due secondo l’accusa avrebbero voluto agevolare “persone a loro vicine imponendo la loro assunzione nelle ditte private che si aggiudicavano gli appalti. I lavori erano relativi a servizi di pulizia e sanificazione della struttura ospedaliera, ovvero avvantaggiandoli nella partecipazione a pubblici concorsi, e ancora nella predisposizione da parte dell’azienda Ospedaliera di bandi di gara ad hoc”.

# Appalti pilotati e assunzioni, arrestato ex deputato regionale e medico

GARE TRUCCATE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO DI MESSINA

---

di Redazione | 03/07/2023





---

Attiva ora le notifiche su Messenger 

Arrestato un ex deputato regionale e un medico dell'Asp di Messina per appalti pilotati e assunzioni di raccomandati. La guardia di finanza ha notificato gli arresti domiciliari ad entrambi. In buona sostanza i due, che avevano un rapporto di amicizia, avrebbero pilotati determinati appalti emanati dall'Asp. Si facevano vincere le ditte a loro vicine per poi far assumere persone da loro segnalate. Nel corso dell'inchiesta sarebbe venuto fuori una sorta di patto con tanto di bandi

realizzati su misura per far vincere le dotte già individuate a tavolino. Le misure cautelari riguardano il medico Francesca Paratore, che dal 2021 dirige l'unità di ricerca sanitaria del Papardo, e [Antonio Catalfamo](#), milazzese, ex deputato all'Ars nella precedente legislatura. Sono accusati a vario titolo di tentata concussione e corruzione.

---

Leggi Anche:

**Corruzione alla Pubbliservizi di Catania, sei arresti nell'operazione 'Cerchio magico' per appalti pilotati, c'è anche l'ex Presidente Adolfo Messina (VIDEO)**

---

## Le procedure di gara poco trasparenti

Ad essere portate avanti articolate attività di indagine di polizia giudiziaria, coordinate dal dipartimento pubblica amministrazione della [Procura di Messina](#). I finanziari del comando provinciale hanno esecuzione ad un'ordinanza emessa dal giudice per le indagini preliminari del tribunale di Messina. Le indagini trovano la loro genesi nella disamina di una serie di procedure di gara riguardanti [l'azienda ospedaliera Papardo](#) di Messina. Secondo l'impostazione accusatoria tale procedure sarebbero state condizionate da interessi privati riconducibili all'ex deputato regionale e al dirigente medico amministrativo in servizio proprio nell'Asp Messinese.

## **Sfruttato un rapporto personale**

Le indagini della fiamme gialle del nucleo di polizia economico finanziaria di Messina consentivano di accertare che tra Paratore e Catalfamo ci fosse un rapporto personale. In questo modo si tentava di agevolare persone vicine imponendo la loro assunzione nelle ditte private che si aggiudicavano gli appalti relativi a servizi di pulizia e sanificazione della struttura ospedaliera. Li avrebbero avvantaggiati nella partecipazione a pubblici concorsi nella predisposizione da parte dell'azienda ospedaliera di bandi di gara ad hoc. L'attività investigativa ha ricostruito una sorta di "strumentalizzazione" della struttura sanitaria a fini politici. Il particolare riferimento è alle elezioni amministrative della città metropolitana di Messina del 12 giugno del 2022 ed a quelle regionali del 25 settembre scorso.

ASP e Ospedali

I dettagli

# Concorso per amministrativi all'Asp di Palermo, a rischio l'assunzione di 2 vincitori

L'Asp di Palermo fa sapere che per loro è in corso l'ulteriore accertamento dei requisiti prima di procedere alle immissioni in servizio.

 Tempo di lettura: 1 minuto



3 Luglio 2023 - di [Redazione](#)

	-44%			-54%	-33%	-40%	-42%	-16%	-58%	-29%	-22%	
				-37%	-15%		-19%	-37%	-9%	-46%	-5%	
	-20%	-19%	-47%	-37%	-33%	-39%		-20%	-20%	-31%	-1%	

[INSANITAS](#) > ASP E Ospedali

PALERMO. Oltre a quello per 21 assunzioni di cui ha dato notizia Insanitas ([CLICCA QUI](#)), l'Asp di Palermo sta concludendo l'iter per l'immissione in servizio di altri 5 assistenti amministrativi.

Alcuni dei partecipanti a questo secondo concorso (sempre riservato ai disabili) hanno contattato **Insanitas**, chiedendo appunto notizie sull'iter e i tempi per procedere alle assunzioni dei vincitori, nominati da una delibera del 26 aprile 2023.

**Ecco la risposta dell'Asp**, contattata dalla nostra redazione: «Per il concorso relativo all'assunzione di 5 assistenti amministrativi, riservato alle categorie di cui all'art. 1 della legge 68/99, sono in corso tutte le procedure propedeutiche all'immissione in servizio, tra cui l'accertamento dell'idoneità alle mansioni da parte del Comitato Tecnico Operativo presso il Centro per l'impiego di Palermo- Collocamento mirato. Tali procedure di reclutamento sono state **aggravate** dalla necessità di verificare, in particolare, le posizioni di **2 candidati** per i quali è in corso l'ulteriore accertamento dei requisiti».



-15%

Kodak WP22 WATERPROOF CAMERA RED GARANZIA UFFICIALE ITALIA 2 ANNI

## Il premio per l'arresto di Messina Denaro donato ai bambini malati oncologici



Lo rivela il parlamentare Faraone

L'INIZIATIVA di Redazione

3 LUGLIO 2023, 12:10

0 Commenti Condividi

### 1' DI LETTURA

ROMA – “I carabinieri che hanno catturato Matteo Messina Denaro hanno deciso di destinare il premio di 10mila euro, ottenuto per la missione riuscita, alla cura dei bambini oncologici dell’ospedale civico di Palermo”. Lo scrive in un tweet il parlamentare, Davide Faraone.

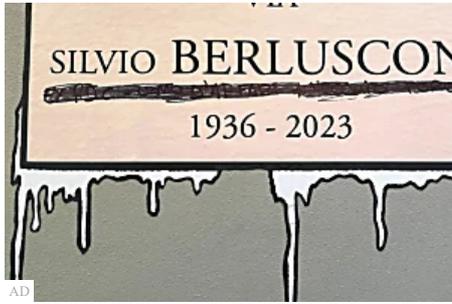
Il premio servirà ad acquistare due letti di terapia intensiva. “Un gesto di straordinaria bellezza – aggiunge il parlamentare. Sui nuovi letti di terapia intensiva c’è una piccola targa che ricorda il dono dei carabinieri. Hanno promesso che ritorneranno presto in reparto per raccontare ai bambini altre bellissime storie di battaglie vinte”. “Un grazie davvero di cuore al generale Pasquale Angelosanto e a tutti i suoi uomini” conclude.

Tags: Matteo Messina Denaro

3 LUGLIO 2023, 12:10

0 Commenti Condividi

Vedi anche



Idealista

**"Via Silvio Berlusconi": il murales di alexsandro Palombo vandalizzato e poi rimosso**



edenred.it

**Scopri come le P.IVA possono scaricare i costi del pranzo**



Affittoterreno

**Affitta il tuo terreno! Guadagna fino a 3500€ per ettaro**

Vuoi assicurarti una rendita per 30 anni? Affitta il tuo terreno per il fotovoltaico. Puoi ottenere ...

ALTRE NOTIZIE

## Messina Denaro, l'operaio Bonafede: "Non so chi sia, ero lì per caso"



Matteo Messina Denaro filmato a Campobello di Mazara

*L'imputato si difende e chiede di essere interrogato*

IL PROCESSO di Riccardo Lo Verso

28 GIUGNO 2023, 17:21

0 Commenti Condividi

1' DI LETTURA

PALERMO – Non lo conosce e non ha incontrato Matteo Messina Denaro. E il video che li immortalava l'uno a poca distanza dall'altro? Pura casualità, non si sono parlati, né rivolti un saluto da lontano. Andrea Bonafede nega di avere aiutato il capomafia durante la latitanza. Si tratta dell'operaio comunale e cugino omonimo della persona che ha prestato l'identità al padrino per curarsi. Bonafede ha prelevato le ricette nello studio medico di Alfonso Tumbarello e di averle consegnate al parente che diceva di essere gravemente ammalato.

Alle 14:36 del 13 gennaio scorso. Tre giorni prima di essere arrestato Matteo Messina Denaro se ne andava in giro tranquillamente a Campobello di Mazara. Il procuratore aggiunto Paolo Guido e i sostituti Gianluca de Leo e Pierangelo Padova hanno depositato un video. Nel filmato si vede Messina Denaro camminare per strada a piedi e salire sull'Alfa Romeo Giulietta. Ad un certo punto arriva Bonafede al volante di una macchina del Comune. Si ferma a parlare con il capomafia, poi riprende la marcia.

Per smentire questa ricostruzione il legale della difesa, l'avvocato Tommaso De Lisi, ha depositato il report dei messaggi scaricati dal cellulare di Bonafede. C'è un sms in cui viene incaricato di recarsi in via Galileo Galilei, ad angolo con via Mare, e cioè a pochi passi dal luogo dell'incontro con Messina Denaro. Doveva occuparsi della sostituzione di una lampada guasta dell'illuminazione pubblica. Ed è per questo che a ruota lo seguiva il furgone con i manutentori.

L'imputato, giudicato in abbreviato condizionato, dal giudice per l'udienza preliminare Rosario Di Gioia ieri ha chiesto di essere interrogato.

Tags: Mafia · Matteo Messina Denaro

28 GIUGNO 2023, 17:21

0 Commenti Condividi

CONTINUA A LEGGERE SU LIVESICILIA.IT

## Articoli Correlati

IL PROCESSO

0 Commenti Condividi

### Messina Denaro, l'operaio Bonafede: "Non so chi sia, ero lì per caso"

di Riccardo Lo Verso

L'imputato si difende e chiede di essere interrogato

MAFIA

0 Commenti Condividi

Le alternative al contante sono sempre più utilizzate, anche grazie al ricorso all'e-commerce

# Pagamenti? Con carte e digitale

In crescita l'impiego dei dispositivi indossabili e del mobile

Pagina a cura

DI IRENE GREGUOLI VENINI

**N**el mondo dei pagamenti si fanno sempre più spazio le alternative al contante: le carte sono sempre più accettate da piccole medie imprese ed esercenti, e gli strumenti digitali e innovativi, tra cui per esempio lo smartphone e i dispositivi indossabili, cominciano a essere utilizzati dai consumatori spesso.

**I pagamenti con carta sono sempre più accettati.** Secondo uno studio di Visa (condotto in 14 paesi europei, tra cui l'Italia a fine del 2022), l'accettazione dei pagamenti con carta tra le piccole medie imprese e i piccoli esercenti nella Penisola continua a crescere, segnando un +7% rispetto all'anno precedente (67% nel 2021 e 74% nel 2022), soprattutto nell'ambito retail, cibo e bevande, salute e benessere.

Dalla ricerca emerge che le piccole imprese italiane sono state pesantemente colpite dall'incertezza economica, dall'inflazione e dalle difficoltà di approvvigionamento che hanno generato una crescita dei costi per il 58% di esse. Inoltre, il 32% ha dovuto aumentare i prezzi, il 21% ha registrato una riduzione del carrello della spesa e il 10% ha dovuto ridimensionare la propria attività, mentre solo una percentuale minore ha saputo resistere e ha scoperto nuove opportunità (6%). A determinare la maggiore propensione ad accettare pagamenti con carta, ci sono il rapporto con i clienti internazionali, la presenza online e la disponibilità a investire in strumenti che aumentino l'efficienza e permettano di risparmiare tempo. Rimane la consapevolezza che la tecnologia possa essere un alleato in tempi di crisi: per questo motivo, più della metà degli intervistati (57%) si aspetta un supporto nella digitalizzazione da parte dei fornitori di servizi di pagamento.

Il 66% delle imprese che accetta i pagamenti con carta li considera più semplici rispetto ad altri metodi di pagamento, il 67% è del parere che riducano il rischio di non essere pagati, mentre per il 29% ha comportato un aumento del fatturato compreso tra il 6 e il 15%.

La ricerca segnala, d'altro canto, la necessità di aumentare la digitalizzazione delle piccole medie imprese: più di una su 4 non accetta ancora pagamenti con carta (26%).

In tutto ciò cresce la necessità di disporre di soluzioni tecnologiche a supporto del business: il 57% delle piccole medie imprese utilizza piattafor-

## I pagamenti alternativi in Italia

- L'accettazione dei pagamenti con carta tra le piccole medie imprese e i piccoli esercenti continua a crescere, segnando un +7% rispetto all'anno precedente (67% nel 2021 e 74% nel 2022), soprattutto nell'ambito retail, cibo e bevande, salute e benessere
- Il 66% delle imprese che accetta i pagamenti con carta li considera più semplici rispetto ad altri metodi di pagamento
- Il 67% è del parere che i pagamenti con carta riducano il rischio di non essere pagati, mentre per il 29% ha comportato un aumento del fatturato compreso tra il 6 e il 15%
- Nel 2022 il transato con strumenti di pagamento digitale in Italia è cresciuto arrivando a quasi 400 miliardi di euro (pari al 40% dei consumi)
- Nell'ambito delle carte i pagamenti contactless raggiungono i 186 miliardi di euro (+45% sul 2021)
- I nuovi metodi di pagamento registrano un valore di 20,3 miliardi (+107%): in particolare nel 2022 gli italiani hanno usato sempre di più lo smartphone o i dispositivi indossabili per effettuare pagamenti in negozio, per un totale di 16,3 miliardi di euro di transato (+122% rispetto al 2021)

Fonti: Visa e Osservatorio Innovative Payments della School of Management del Politecnico di Milano

## Si diffonde il buy now pay later

Tra i servizi correlati al pagamento che stanno destando sempre più interesse tra i consumatori c'è il buy now pay later, una formula che permette di pagare un bene in poche quote mensili senza interessi né costi aggiuntivi.

Su questo tema un sondaggio condotto da Alma (azienda attiva nel settore dei pagamenti rateali), realizzato insieme all'Istituto Piepoli, evidenzia che il 71% degli acquirenti italiani ha già sentito parlare dei metodi di pagamento rateali, e che di questi, il 32,2% utilizza abitualmente questa modalità di pagamento per compiere i suoi acquisti. E la categoria della tecnologia, che rappresenta da sola il 56% degli acquisti totali, la più popolare tra chi compra con metodi di pagamento rateali, seguita da elettrodomestici (51%) e abbigliamento e calzature (14%). Sono, infatti, le categorie di prodotti con tagli di spesa più alti, dove la qualità assume un ruolo fondamentale, a essere al centro delle preferenze di chi sceglie il buy now pay later: il 75% degli

intervistati dichiara di riuscire, in questo modo, ad accedere all'acquisto di prodotti migliori (più duraturi nel tempo, sostenibili e di qualità) mentre l'85% conferma di riuscire ad affrontare le spese in maniera più serena e di gestire meglio le proprie finanze.

Di contro, i consumatori che tendono a non affidarsi ai pagamenti rateali, lo fanno per alcuni principali motivi, come evitare l'indebitamento (62%), sottrarsi dal pagamento di interessi sulle rate (37%) o fornire troppe garanzie (9%).

Tra gli operatori che offrono soluzioni di buy now pay later c'è Alma, che si caratterizza per l'eliminazione degli interessi di mora a carico del consumatore finale, grazie a una tecnologia sviluppata internamente che esegue un'analisi del rischio in modo da garantire la concessione del credito solo a consumatori solvibili. Servizi di questo tipo per gli acquisti online sono anche Clearpay, Klarna e Scalapay.

© Riproduzione riservata

me software e quasi la metà chiede soluzioni innovative. Il 49% ha bisogno di una piattaforma software che includa tutte le funzionalità in modo integrato, il 47% richiede che sia personalizzata in base alle specifiche esigenze aziendali.

**Innovazione e digitalizzazione nelle imprese.** Considerando più in generale l'innovazione nell'ambito dei pagamenti, da uno studio realizzato da Mastercard in collaborazione con AstraRicerche, emerge che il 43,4% di chi fa business in Italia tra piccole medie imprese ed esercenti è molto vicino a questi temi, con il 39,1% che mostra fierezza e orgoglio per ciò che la propria

realtà fa in materia di digitalizzazione e innovazione. Tuttavia, al momento di valutare concretamente l'attuale livello di digitalizzazione della propria attività, il 24,5% degli intervistati si considera ancora indietro.

Dall'esame sulle prospettive degli strumenti di pagamento, risulta che oggi le transazioni in contanti rappresentano ancora le principali modalità di pagamento (costituendo 3,54 pagamenti su 10), seguite però subito dalle carte di pagamento (3,02). Tuttavia, con riferimento alle dimensioni delle imprese, si osserva che al crescere del numero di dipendenti, aumenta

anche l'utilizzo delle carte rispetto al denaro contante.

I pagamenti con le carte sono una realtà consolidata e in rapida espansione in un futuro immediato: nell'ipotesi di dover scegliere un solo strumento di pagamento in assoluto, la preferenza ricade infatti sulle carte, che per la prima volta superano i contanti attestandosi al primo posto (27,9%). Il denaro contante fa registrare il 23,3%, seguito dal 20,7% totalizzato dal pagamento via smartphone o da dispositivi indossabili.

Se si analizza la propensione di utilizzo a medio termine, i pagamenti via smartphone o wearable device sono in cima

alle preferenze delle piccole medie imprese come strumento di pagamento (considerando i prossimi 3 anni per il 48,4%) e a lungo termine (a 10 anni per il 44,2%). Seguono le carte di pagamento nella preferenza a 3 anni (45,7%) e a 10 anni (37,7%) e, infine, il pagamento tramite piattaforme web o via app collegabili direttamente al conto corrente, rispettivamente con il 33,6% e il 36,1%.

Secondo quanto emerge dallo studio, oltre la metà del campione (59%) si dice interessata a saperne di più sulle diverse soluzioni digitali disponibili sul mercato, con una buona parte che ne ha già fatto uso, concentrandosi su siti web ed e-commerce evoluti (68,5%), soluzioni di sicurezza informatica (68%), soluzioni digitali (64,4%), analisi dei dati (58%) e intelligenza artificiale generativa (51,7%).

L'e-commerce, inoltre, è sempre più diffuso tra gli intervistati, che negli anni hanno saputo riconoscere i vantaggi legati alla vendita online. La metà del campione (50,4%) lo utilizza per la vendita dei propri prodotti e servizi, preferendo siti proprietari (35,1%) rispetto a marketplace di terzi (15,3%), e lo ritiene una leva strategica per la propria attività (65,7%).

Un ulteriore elemento positivo che emerge dalla ricerca è che il 32,1% del campione, pur non ricorrendo oggi all'e-commerce, non esclude di poterlo fare in futuro.

**Consumatori più digitali quando pagano.** Del resto, i consumatori sono sempre più propensi a usare strumenti di pagamento digitale. Secondo i dati più recenti dell'Osservatorio Innovative Payments della School of Management del Politecnico di Milano, nel 2022 il transato con strumenti di pagamento digitale in Italia è aumentato arrivando a quasi 400 miliardi di euro (pari al 40% dei consumi),

La crescita generale si riflette su tutte le componenti, sia quelle più tradizionali come le carte, dove i pagamenti contactless raggiungono i 186 miliardi di euro (+45% sul 2021), sia nei nuovi metodi di pagamento che registrano un valore di 20,3 miliardi (+107%). Tra questi il mobile e i dispositivi indossabili rappresentano le due componenti fondamentali della crescita: nel corso del 2022 gli italiani hanno usato sempre di più lo smartphone o i dispositivi indossabili per effettuare pagamenti in negozio, per un totale di 16,3 miliardi di euro di transato (+122% rispetto al 2021).

© Riproduzione riservata

# Pensioni: chi può lasciare il lavoro a 60 o 63 anni nel 2024, secondo le ipotesi di oggi

Il prossimo 5 settembre il governo incontrerà le parti sociali e comincerà a definire le nuove condizioni dei due anticipi pensionistici opzione donna e ape sociale. Cosa sappiamo finora



**Vio.Gor.**

03 luglio 2023 10:57



Foto di archivio LaPresse

Tutto è stato rimandato al mese di settembre, ma sulle pensioni il quadro sembra essere chiaro già adesso: opzione donna, cioè l'uscita anticipata dal lavoro con il ricalcolo contributivo dell'assegno che l'ultima manovra ha limitato a una ristretta platea di lavoratrici, l'anno prossimo non resterà probabilmente così com'è oggi. Pare impossibile, al momento, il ripristino dei requisiti in vigore l'anno scorso: 58

anni d'età - 59 per le "autonome" - e 35 di contributi. A fare la differenza, però, saranno come sempre le risorse che il governo deciderà di spendere nella prossima legge di bilancio. L'ultimo incontro del 26 giugno scorso tra il governo e le parti sociali non ha chiarito i dubbi sul futuro di questa misura che, probabilmente, vedrà una discussione più approfondita il prossimo 5 settembre, come stabilito dalla ministra del lavoro Marina Elvira Calderone.

## **Pensioni: cosa può cambiare su opzione donna e ape sociale nel 2024**

Quali sono i possibili cambiamenti per l'uscita anticipata dal lavoro con opzione donna? Sono almeno due le possibilità presenti sul tavolo, oltre a quella a cui più guardano le opposizioni e i sindacati, cioè il ripristino dei requisiti in vigore nel 2022 (58 anni d'età, 59 per le lavoratrici autonome, e 35 di contributi), a cui per mesi ha guardato con interesse anche la titolare del dicastero del lavoro. Oggi però l'orientamento sembra essere diverso. Una delle idee è quella di allargare la platea attuale, permettendo a tutte le donne con almeno 60 anni di andare in pensione senza distinzioni legate al numero di figli o al lavoro. Ad oggi potevano decidere di ritirarsi dal lavoro in anticipo soltanto le caregiver, le invalidi civili in misura pari o superiore al 74% e coloro che erano state licenziate.

La seconda ipotesi allo studio prevede il ricorso a un modello simile a quello dell'Ape sociale. L'anticipo pensionistico sarebbe in questo caso accessibile a partire sempre da 60 anni, o forse 61, anziché dai 63 anni, che è attualmente di fatto l'età di riferimento dell'Ape. E cosa potrebbe accadere proprio con l'ape sociale? Marina Elvira Calderone, ministra del lavoro e delle politiche sociali del governo Meloni, nei mesi scorsi aveva lasciato intendere che il sistema attuale per i lavoratori impegnati in attività gravose potenzialmente interessati all'anticipo pensionistico potrebbe essere rivisto ed esteso. Sembra esserci, da tempo, una condivisione di partenza sull'approccio che ipotizza dal 2024 un graduale allargamento del bacino dell'ape sociale, modulandola in base alle risorse che saranno realmente disponibili. Ne sapremo di più nei prossimi mesi.

Quel che è certo al momento è che l'ape sociale è stata prorogata fino al 31 dicembre 2023 e riguarda disoccupati di lungo corso, caregiver, invalidi dal 74% e

addetti ai lavori cosiddetti gravosi. La domanda può essere presentata anche da chi ha perfezionato i requisiti in anni passati: aver compiuto almeno 63 anni di età e non essere già titolari di pensione diretta in Italia o all'estero.

Sulle pensioni, la flessibilità in uscita è sicuramente il tema più ostico. Come risolverlo? Oltre a ricorrere ad uno strumento unico per gli esodi incentivati, l'intenzione dell'esecutivo è quella di prorogare quota 103 nel 2024, forse in versione leggermente rivista, come abbiamo spiegato qui. Quota 103 è stata introdotta dal governo di Mario Draghi, e prevede l'uscita dal lavoro a 62 anni e 41 anni di contributi. Una delle ipotesi tecniche in corso di valutazione negli uffici del ministero è quella di una quota 41 (come gli anni di contributi) per i soli lavoratori "contributivi" o, in alternativa, per tutti i lavoratori interessati ma con il ricalcolo contributivo del trattamento. Una misura che, in ogni caso, dovrebbe vedere la luce soltanto nel 2025, con una quota "transitoria" per il prossimo anno che abbia un mix di anzianità anagrafica e contributiva. Tutto dipenderà, anche qui, dalle risorse a disposizione. Per il momento non ci sono le coperture finanziarie necessarie.