



Rassegna Stampa 2 ottobre 2023

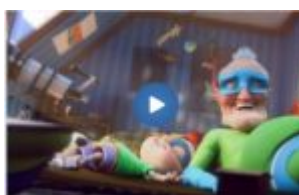
A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio
Ufficio Stampa e Comunicazione
ufficiostampa@villasofia.it

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Alice Italia rilancia il progetto Fast Heroes

PS panoramasanita.it/2023/10/02/alice-italia-rilancia-il-progetto-fast-heroes/



Fondamentale aumentare la conoscenza dei sintomi dell'ictus, ribadendo l'importanza di un intervento tempestivo

Sono circa 12 milioni i nonni in Italia, 1 su 3 si occupa dei

nipoti tutti i giorni e fino al 50% se ne prende cura almeno un paio di volte alla settimana. Sono da sempre una presenza cardine per la crescita emotiva e relazionale dei nipoti, poiché danno vita ad un legame unico e speciale e rappresentano un punto fermo, una risorsa fondamentale: proprio per celebrare il loro ruolo e sottolineare l'importanza che hanno nella vita di tantissime famiglie, è stato deciso di dedicare loro una giornata di festa, che cade

oggi, 2 ottobre. Per questa occasione, A.L.I.Ce. Italia Odv (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) intende rilanciare il progetto FAST Heroes, la campagna didattica internazionale rivolta ai bambini delle scuole primarie che ha come obiettivo quello di insegnare loro, attraverso varie attività ludiche, materiali didattici, brevi video di animazione e una canzone dedicata, a riconoscere i principali sintomi dell'ictus e a chiamare tempestivamente i soccorsi, trasformandosi così in supereroi che salvano i nonni dall'ictus cerebrale. Il protagonista del progetto, che si basa appunto sul legame speciale che unisce nonni e nipotini, è Matteo, un bambino che si trasforma in un eroe FAST e impara a combattere il "Trombo malefico" salvando la vita a Nonno Franco.

L'acronimo FAST, che in inglese vuol dire veloce, evidenzia l'importanza del fattore tempo, ricordandoci i principali sintomi dell'ictus cerebrale:

F come face (faccia): chiedere alla persona che manifesta sintomi al volto (il più comune è la 'bocca storta') di sorridere per verificare una eventuale paresi facciale;

A come arms (braccia): chiedere di provare a sollevare entrambe le braccia, non sottovalutando se anche solo una non riesce a stare su;

S come speech (linguaggio): chiedere di ripetere o elaborare una frase semplice perché in caso di ictus si hanno grandi difficoltà a eseguire questo facile compito;

T come time (tempo) ma anche come telefono: riscontrando uno qualunque di questi sintomi è importante chiamare i soccorsi (112) il più velocemente possibile.

L'ictus è una patologia tempo dipendente, vuol dire i risultati positivi che possono essere ottenuti grazie alle terapie disponibili (trombolisi e trombectomia meccanica) sono strettamente legati alla tempestività con cui si interviene.

Nel nostro Paese, l'ictus è la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e rappresenta la prima causa di invalidità. Ogni anno si registrano circa 100.000 casi, di cui il 20% sono recidive. L'età media delle persone colpite è di 70 anni e, secondo i dati sociodemografici, fino al 50% di loro sono nonni; da qui è nata l'idea: e se fossero proprio i nipoti il veicolo attraverso il quale informare ed educare i nonni e i parenti?

Punto di forza del Progetto, ideato in Grecia dal Dipartimento di Istruzione e Politiche Sociali dell'Università di Salonicco (Macedonia), è la capacità di insegnare ai bambini i principali sintomi dell'ictus e, allo stesso tempo, il numero da chiamare in caso li riconoscessero. Il tutto avviene attraverso i racconti degli eroi FAST, ognuno alle prese con il "Trombo malefico" e con uno specifico sintomo che intacca le sue speciali capacità. Nonno Franco, ad esempio, è un campione di smorfie ma, colpito dal Trombo, ha momentaneamente perso la capacità di muovere un lato del viso. A salvarlo è il piccolo nipote, Matteo appunto, che, come un vero supereroe, ha chiamato i soccorsi correttamente in tempi rapidi.

Il progetto si articola su tre differenti piani di formazione rivolgendosi a insegnanti, famiglie e bambini/e. I materiali proposti sono ovviamente adatti all'età degli alunni delle scuole primarie e le varie attività possono essere distribuite nell'arco di 5 settimane. Al sito web dedicato al progetto si affianca anche una sezione riservata all'interno della piattaforma EDUCAZIONE DIGITALE: uno spazio interamente dedicato agli insegnanti per consentire loro di informarsi, avere accesso a tutte le risorse formative e strutturare le lezioni in maniera semplice ma efficace.

*"Grazie al progetto FAST Heroes ci auguriamo di riuscire a evitare ictus particolarmente gravi, riducendo il rischio di mortalità e cercando di limitare danni futuri, come la disabilità, spesso invalidanti e drammatici sia per la persona colpita sia per la famiglia – dichiara **Andrea Vianello, Presidente di A.L.I.Ce. Italia Odv.** Chi manifesta anche solo uno dei sintomi deve essere portato il più rapidamente possibile negli ospedali dotati dei centri organizzati per il trattamento di questa malattia, cioè le Unità Neurovascolari (Centri Ictus – Stroke Unit). Per promuovere la diffusione del messaggio contiamo sul potente entusiasmo dei bambini e sulla loro voglia e capacità di apprendere e condividere quanto hanno appreso in classe con i propri familiari".*

Tutti i dettagli su come aderire alla campagna FAST Heroes sono disponibili sul sito <http://fastheroes.com>. Possono iscriversi scuole, insegnanti, classi oppure anche singoli bambini, che potranno continuare ad esercitarsi anche a casa con la supervisione

dei genitori. Una volta registrati, all'interno dell'area riservata sarà possibile trovare tutti i materiali didattici ed entrare a far parte della community di FAST Heroes. Dirigenti scolastici o insegnanti che hanno bisogno di maggiori informazioni o vogliono ricevere il link di accesso diretto alla piattaforma insegnanti, possono inviare una mail al seguente indirizzo: fastheroes@aimcommunication.eu

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Cattani (Farindustria): La sperimentazione clinica? Investimenti per 700 milioni all'anno

PS panoramasanita.it/2023/10/02/cattani-farindustria-la-sperimentazione-clinica-investimenti-per-700-milioni-allanno/



Il presidente di Farindustria tra gli ospiti del Forum Pharma organizzato da Sif, che si terrà dal 4 al 6 ottobre a Roma-

Il futuro della governance dei farmaci; la sfida

dell'Italia per attrarre investimenti nel campo della ricerca e della produzione di nuovi medicinali; i possibili impatti della proposta di riforma della legislazione farmaceutica europea. Sono questi alcuni dei temi di grande attualità di cui si discuterà nel corso della 15ª edizione del Forum Nazionale Pharma, organizzato dalla Società Italiana di Farmacologia (SIF), che si terrà dal 4 al 6 ottobre, a Roma, presso lo Sheraton Parco de' Medici

Hotel. Tra gli argomenti al centro del Convegno, ampio spazio sarà riservato al futuro della sperimentazione clinica. Un futuro in cui l'Italia ha le carte in regola per avere un ruolo di primo piano. Come spiega il Presidente di Farindustria Marcello Cattani, tra gli ospiti d'eccezione, che interverrà il 5 ottobre con una lettura magistrale dal titolo "Il ruolo strategico del farmaco per il nostro Paese".

"La nostra Nazione – afferma il Presidente Cattani – ha un ruolo di primo piano nella ricerca clinica. Secondo il Rapporto 2023 dell'Agenda Italiana del Farmaco "La Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia" sono stati più di 660 gli studi clinici autorizzati nel 2022. Dal 2000 a oggi il totale è di oltre 15.400. Le imprese del farmaco in Italia investono ogni anno 700 milioni di euro in questo campo, con vantaggi per i cittadini, che accedono a cure innovative, e per lo Stato perché per ogni euro investito dalle aziende, il SSN realizza un vantaggio complessivo di 3 euro (Altems)".

“All’inizio dell’anno – prosegue il Presidente Cattani – la firma, da parte del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, dei decreti attuativi di piena implementazione nel nostro ordinamento del Regolamento europeo in materia di sperimentazioni cliniche ha colmato un gap importante con gli altri Paesi. Così l’Italia può attrarre sempre più investimenti nella ricerca, in un contesto internazionale sempre più competitivo, di aziende che convintamente credono nella nostra Nazione e nelle sue molte eccellenze”.

Se la sfida è attrarre nuovi investimenti, non c’è dubbio che per migliorare la sperimentazione clinica in Italia vadano attuate una serie di strategie chiave.

“In particolare, occorre aumentare – precisa Cattani – la collaborazione con istituzioni e centri di ricerca per semplificare il reclutamento dei partecipanti e lavorare con le autorità regolatorie per velocizzare il processo di approvazione dei protocolli clinici. Ancora: investire nella formazione di professionisti specializzati nelle prime fasi della sperimentazione e sfruttare tecnologie innovative per ottimizzare la raccolta dei dati. Infine: coinvolgere sempre più attivamente i pazienti nella progettazione degli studi, attrarre investimenti e attivare collaborazioni internazionali per potenziare ulteriormente le nostre risorse”.

In quest’ottica, **il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) può aprire prospettive interessanti** per lo sviluppo della sperimentazione clinica in Italia.

“Il PNRR, grazie alle missioni Ricerca e Salute, prevede significativi investimenti in ricerca e sviluppo, che possono essere direttamente indirizzati alla ricerca clinica. Fondi da usare anche per sostenere la formazione di ricercatori, l’acquisto di attrezzature di laboratori all’avanguardia e lo sviluppo di progetti di ricerca clinica innovativi. E da destinare all’adozione di nuove tecnologie, come l’uso dell’Intelligenza Artificiale per l’analisi dei dati clinici, migliorando l’efficienza e la qualità delle sperimentazioni”, conclude il Presidente Cattani.

Contratto medici, Cimo-Fesmed chiede l'immediato avvio delle trattative per il Ccnl 2022-2024

PS panoramasanita.it/2023/10/02/contratto-medici-cimo-fesmed-chiede-limmediato-avvio-delle-trattative-per-il-ccnl-2022-2024/



Quici: «Gli aumenti previsti dal contratto firmato il 28 settembre, stanziati nel 2018, sono anacronistici. Occorre riallineare i rinnovi dei Ccnl al periodo cui si riferiscono»

Avviare immediatamente le

trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro dei medici, veterinari e dirigenti sanitari per il triennio 2022-2024. È perentoria, a meno di 24 ore dalla firma della pre-intesa del CCNL 2019-2021, la richiesta della Federazione CIMO-FESMED, a cui aderiscono le sigle ANPO, ASCOTI, CIMO, CIMOP e FESMED. Se, infatti, le trattative che si sono concluse il 28 settembre hanno consentito di raggiungere importanti risultati per

quanto riguarda la parte normativa, resta l'amaro in bocca per la parte economica, finanziata nel 2018 e quindi prima della pandemia, del conflitto in Ucraina e dell'aumento dell'inflazione. Gli aumenti previsti dal nuovo contratto sono dunque anacronistici, a causa del ritardo con cui i contratti vengono rinnovati: il CCNL firmato il 28 settembre scorso è scaduto già da quasi due anni.

«Tutto questo si traduce in una notevole perdita di potere d'acquisto per i dipendenti, oramai irrecuperabile, che in futuro occorre evitare riallineando la firma dei contratti al periodo cui si riferiscono, e non con anni di ritardo – commenta Guido Quici, Presidente della Federazione CIMO-FESMED -. Augurandoci che la Legge di Bilancio preveda realmente, come annunciato, i fondi necessari per il rinnovo dei contratti della sanità, siamo certi che nessuno voglia perdere altro tempo».

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Costruire un nuovo sistema di benessere e salute

PS panoramasanita.it/2023/10/02/costruire-un-nuovo-sistema-di-benessere-e-salute/



Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione al 3° Congresso nazionale. Calandra: «È necessario pensare a modelli che guardino al cittadino e che tengano conto delle esigenze espresse dal territorio».

Costruire un nuovo sistema di benessere e salute con il coinvolgimento diretto dei professionisti coinvolti, a partire dalle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Il messaggio arriva direttamente, dal 3° Congresso nazionale della FNO TSRM e PSTRP, che si è svolto venerdì e sabato scorsi presso il Palacongressi di Rimini. Un evento che ha chiamato a raccolta più di 2.000 professionisti sanitari appartenenti alle aree tecnica, della riabilitazione e della prevenzione: 18 professioni sanitarie, 170 mila professionisti iscritti agli Ordini TSRM e PSTRP d'Italia.

«L'esperienza del Covid-19 certamente ci ha insegnato che se dobbiamo guardare a una sanità del futuro che risponda concretamente al bisogno del cittadino, dobbiamo pensarla guardando alle équipe multi e inter-professionali – ha detto a margine dell'evento **Teresa Calandra, Presidente Federazione nazionale degli Ordini dei TSRM e PSTRP** -.

Questo è un concetto che in più di un'occasione è stato ribadito non solo dalla nostra Federazione nazionale, ma anche dalle altre professioni che insistono nell'area sanitaria, nonché da quelle dell'area socio-sanitaria. È necessario quindi pensare a dei modelli che guardino al cittadino e che tengano conto delle esigenze espresse dal territorio».

«Il nostro Comitato centrale ha puntato molto su questo Congresso, in cui, pur garantendo il sostegno scientifico, ha puntato su contenuti e messaggi di politica istituzionale» – ha sottolineato **Vincenzo Braun, Componente del Comitato centrale FNO TSRM e PSTRP con delega alla formazione**. Diverse le iniziative sui cui punta la nostra Federazione nazionale in merito alla formazione. «In primo piano c'è quella sull'equità delle cure e l'equità di genere» – ha aggiunto Braun che, richiamando un passaggio dell'intervento del collega Alessandro Beux in apertura della sessione sulla evoluzione dei profili professionali e della formazione universitaria [ndr. "Non importa tanto chi, di volta in volta, abbia il testimone in mano, quanto la sua consapevolezza che lo sta portando a nome di tutti gli altri componenti della squadra che, in quello stesso

momento, sanno che chi è nel cuore dell'azione sta agendo anche a loro nome”], ha ringraziato le colleghe e i colleghi del gruppo formazione continua della Federazione nazionale per il contributo garantito, esitato nei percorsi FAD gratuiti per i congressisti.

*«Oltre 2.000 professionisti sanitari sono stati presenti a Rimini. Questo Congresso nazionale ha raccolto una realtà straordinaria di professionisti sanitari, che rappresentano il pilastro del Sistema sanitario nazionale – ha precisato **Diego Catania, Vicepresidente FNO TSRM e PSTRP** -. È stato un momento importante di confronto con le istituzioni che sono intervenute».*

Ad aprire l'evento nazionale il **Ministro della salute, Orazio Schillaci, che ha voluto lasciare un messaggio** ai partecipanti: *«Viviamo in un momento decisivo in cui si sta delineando il sistema sanitario del futuro. Gli investimenti, le scelte e le politiche economico-sanitarie sono determinanti, ma sarebbero inefficaci senza il coinvolgimento diretto della comunità professionale».*

Il 3° Congresso nazionale della FNO TSRM e PSTRP ha avuto nella proposta plurale il suo tratto di maggior caratterizzazione. **La complessità della società e delle sue dimensioni sociale e sanitaria richiedono una conoscenza analitica e una risposta articolata.** Gli interventi delle sessioni congressuali hanno voluto mettere in luce il ruolo cruciale che tutte le professioni sanitarie svolgono nel sistema sanitario italiano, riconoscendo il loro valore e la loro competenza.

La prima giornata è iniziata con una sessione in cui esperti, Istituzioni e società civile si sono confrontati sulla sanità di prossimità e sul coinvolgimento delle professioni degli Ordini TSRM e PSTRP, con particolare attenzione ai modelli organizzativi da definirsi ai sensi del DM 77 e ai loro livelli gestionali. Le parole chiave: prossimità, fisicità, multi e inter-professionalità. Alle professioni sanitarie, ciascuna per le proprie competenze, verrà chiesto di spostare i propri saperi e il proprio agire verso le persone, dando corpo al concetto di prossimità, con moltiplicazione dei contesti e delle collaborazioni tra professioni, col sostegno dalla tecnologia, soprattutto di quella digitale, anche ai fini di un dialogo utile sia come trasmissione di contenuti, sia come relazione con l'altro. Ciò favorirà nuove forme di aggregazione, competenza e collaborazione, in termini di evoluzione di ciascuna professione.

A seguire, la sessione dedicata sullo sviluppo della dimensione libero professionale ha approfondito il recente riconoscimento del diritto costituzionale all'equo compenso, l'abolizione del vincolo di esclusività e la previsione di una cassa previdenziale per i liberi professionisti iscritti agli Ordini TSRM e PSTRP. L'apertura al confronto con le altre Federazioni nazionali, il definitivo superamento dei vincoli normativi che sino a ora hanno imbrigliato le professioni sanitarie e parallelamente, la giusta protezione previdenziale, sono elementi che nell'immediato futuro cambieranno il volto dell'azione delle professioni e, con esso, dell'intero Sistema sanitario; tutto questo come segno tangibile dell'impegno che la FNO TSRM e PSTRP ha messo e metterà in campo per sostenere i professionisti autonomi.

La seconda giornata è iniziata con un minuto di silenzio, con cui la Presidente Calandra ha voluto ricordare Kevin Laganà, il più giovane di coloro che hanno perso la vita nell'incidente sul lavoro a Brandizzo lo scorso agosto e il cui funerale si sarebbe tenuto proprio in quelle ore. Un momento solenne, che ha anticipato i lavori congressuali sulla sicurezza delle cure e sul lavoro, all'interno della quale si è discusso di protezione e copertura assicurativa, gestione del rischio, fino ad arrivare alla responsabilità del proprio agire quotidiano.

La Federazione nazionale ha avviato, animato e concluso, un **dibattito sull'evoluzione dei profili professionali e dei relativi ordinamenti didattici dei corsi di laurea delle professioni sanitarie di riferimento**, con la volontà di cooperare per il raggiungimento di un fine comune, a cui si riconosce valore generale, quindi prioritario rispetto a quelli delle singole parti.

La quinta sessione ha trattato tematiche di grande impatto sui sistemi sanitari, dalla fragilità geriatrica alle fragilità manifestate dalle persone affette da malattie rare, con il coinvolgimento delle associazioni di cittadini che hanno fatto emergere i reali bisogni sanitari di quelle persone da assistere e di chi sta a loro vicino. L'approccio scientifico ha messo a nudo risvolti psico-sociali e tematiche come il rapporto tra ageismo e caregiver, mentre l'approccio istituzionale ha tracciato un percorso legislativo che ci ha portati a più strumenti e servizi, purtroppo non ancora del tutto sufficienti.

La sesta e ultima sessione è stata l'occasione per confrontarsi sul **coinvolgimento delle professioni in ambito di tecnologie sanitarie e sullo sviluppo delle innovazioni in tema di digitalizzazione**. Il dibattito si è incentrato sulla indispensabile creazione di un ambiente favorevole ad una appropriata allocazione delle risorse disponibili, convogliandole a favore delle tecnologie innovative che lo meritano, anche ad esito di valutazioni con metodologia HTA. Si è anche fatto riferimento alla indispensabile formazione per promuovere la crescita delle professioni in tal senso e si è evidenziato come sia necessario valorizzare il contributo che ciascuna delle professioni TSRM e PSTRP può portare al raggiungimento degli obiettivi di salute del cittadino e alla crescita dell'organizzazione, attraverso un uso responsabile e consapevole delle attrezzature e dispositivi medici, rispondendo in modo proattivo alle sfide di domani.

Infine, il Congresso nazionale FNO TSRM e PSTRP si è confermato l'occasione per raccogliere i migliori contributi dei professionisti che quotidianamente determinano il proprio agire sulla base delle migliori evidenze e pratiche. A fine evento sono stati premiati i 3 risultati più meritevoli.



PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Incremento di casi di dengue nel Lazio

PS panoramasanita.it/2023/10/02/incremento-di-casi-di-dengue-nel-lazio/



Dengue presente da agosto nella regione e potenzialmente fino a inizio novembre. Simit Lazio: In caso di sintomi sospetti importante fare test per evitare focolai

Nei mesi estivi nel Lazio vi è

stato un incremento di casi di febbre dengue, malattia di origine virale trasmessa agli esseri umani dalle zanzare che hanno, a loro volta, punto una persona infetta; non si ha contagio diretto tra esseri umani, anche se l'uomo è il principale ospite del virus. Questa diffusione è destinata a persistere ancora alcune settimane, quantomeno per l'intero mese di ottobre. Questa è uno dei messaggi che è emerso dal Congresso regionale del Lazio della

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali – Simit “Studiare il passato per comprendere il futuro”. *“Nel Lazio si riscontra un incremento di casi di dengue, sia di casi importati da Paesi endemici (quelli che si trovano tra i due tropici), sia di casi autoctoni cioè contratta in Italia senza legame diretto a un viaggio all'estero – ha sottolineato Emanuele Nicastri, Direttore Unità Malattie infettive ad alta intensità di cura, INMI Spallanzani, Roma – Ciò avviene perché un paziente può rientrare in Italia con questa infezione, viene punto dalla zanzara tigre, che si infetta e dopo un periodo di incubazione di 10-15 giorni può infettare un'altra persona. Per il mese di ottobre si prevede ancora una circolazione del vettore, almeno fino alla prima settimana di novembre. Se ci trovassimo di fronte a un paziente con sintomi riconducibili a questa infezione, sarà bene fare un test rapido che si può eseguire in centri infettivologici specializzati, ad esempio venendo direttamente senza prenotazione all'istituto Spallanzani, che dà una risposta in poche ore, in modo sia da prendere in carico il paziente che di poter avviare una disinfezione che eviti il propagarsi di un focolaio e quindi di nuovi casi”.*

A differenza della dengue, nel Lazio non si ravvisano evidenze di altre infezioni tropicali già presenti in passato o diffusi in altre aree d'Italia. "La West Nile è una patologia presente in Italia, ma nel Lazio non c'è evidenza né di casi umani, né sugli equidi, né negli uccelli, né nelle zanzare raccolte dall'Istituto Zooprofilattico; siamo protetti dall'arco appenninico, mentre è presente in Sardegna e nella pianura padana – aggiunge Nicastri – La Chikungunya, invece, non è presente sul nostro territorio né c'è un'evidenza di incremento di casi, né di importazione né autoctoni, come invece è avvenuto nel 2007 e nel 2017".

Ulteriori temi sono stati affrontati nel corso del Congresso Simit Lazio: le infezioni nel paziente immunocompromesso, le infezioni sessualmente trasmissibili, le nuove terapie innovative per HIV, le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e le infezioni da germi multiresistenti alle terapie antinfettive. *"Argomenti di particolare attualità sono i nuovi vaccini anti Covid, il rilancio degli screening per l'Epatite C e la drammatica realtà dell'antibiotico-resistenza – sottolinea **Gianpiero D'Offizi, Presidente SIMIT Lazio, e Direttore della UOC Malattie Infettive Epatologia dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani.**– Il Covid-19 in questa fase colpisce in maniera meno aggressiva, ma resta fondamentale la protezione dei più fragili attraverso la prossima campagna vaccinale. Per l'Epatite C i fondi ministeriali ancora non sono stati completamente utilizzati dalle varie ASL della Regione con un sommerso di oltre 50mila persone".* Inoltre occorre aumentare il livello di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza con l'obiettivo di controllare le nuove infezioni e intervenire per evitare ulteriori casi. La disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza è necessario per mantenere alto il livello di attenzione e definire al meglio le dimensioni e le caratteristiche del problema per adottare le migliori iniziative di prevenzione.

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Preintesa Ccnl 2019/2021, Fassid: Firma amara

PS panoramasanita.it/2023/10/02/preintesa-ccnl-20192021-fassid-firma-amara/



Permangono le differenze economiche tra la dirigenza medica e sanitaria, come è stato sottolineato in una dichiarazione a verbale sottoscritta da Fassid e Codirp e purtroppo non condivisa da sigle che pure contano al loro interno un

congruo numero di professionisti sanitari

Si è giunti, finalmente, alla firma del contratto della Dirigenza dell'Area Sanitaria. L'impianto generale del nuovo Contratto appariva già chiaramente definito alla fine di luglio, ma non essendo stato raggiunto, come è noto, l'accordo con tutte le sigle sindacali, lo stesso testo è stato riesaminato nel mese di settembre aggiungendo indubbi miglioramenti soprattutto per quando riguarda l'orario di lavoro e il

procedimento penale. La Fassid già prima della pausa estiva aveva ottenuto con soddisfazione l'accoglimento della richiesta di istituzione dell'indennità di specificità sanitaria con il blando sostegno anche di altre sigle. Atto dovuto e importante novità all'interno di un Area contrattuale che vede un gran numero di Dirigenti Sanitari (Farmacisti, Psicologi, Biologi, Chimici, Fisici etc) insieme con la Dirigenza Medica e Veterinaria e la Dirigenza Infermieristica.

Per prima la Fassid si è resa disponibile alla firma del nuovo Ccnl, perché in diversi importanti ambiti normativi ed economici è sicuramente migliorativo rispetto al precedente sia per i Medici che per Sanitari. Tuttavia permangono le differenze economiche tra la dirigenza medica e sanitaria, come è stato sottolineato in una dichiarazione a verbale sottoscritta da FASSID e CODIRP e purtroppo non condivisa da sigle che pure contano al loro interno un congruo numero di professionisti sanitari .

La differenza dell'indennità di esclusività per un dirigente sanitario, rispetto a un dirigente medico con più di 5 anni di anzianità è di 5.577 Euro. La stessa indennità di specificità, importantissima dal punto di vista giuridico, è stata valorizzata a poco più di 100 euro

mensili, con una differenza annuale rispetto alla dirigenza medica di 7.780 Euro.

Sanare questo “gap” sarà l’impegno per il nuovo futuro contratto di Fassid, rimasta da sola a sostenere queste sacrosante richieste di parificazione tra la parte medica e la parte sanitaria. Si pone ora la questione su quale rappresentanza possano avere i Dirigenti Sanitari in contesti generalisti a prevalenza medica.

La lungimiranza dei fondatori della FASSID è dimostrata dalla incisività con cui molte battaglie per il riconoscimento di questo diritto sono portate avanti nella coesione delle componenti della nostra Federazione.

Una riflessione sulla poca sensibilità nel tavolo contrattuale rispetto a tematiche che dovrebbero essere armoniosamente condivise, quale ad esempio il rischio professionale che FASSID ha chiesto per tutti i dirigenti farmacisti impegnati nella preparazione di farmaci antitumorali e radiofarmaci all’interno dei laboratori dedicati (UFA) a fronte di un impegno economico trascurabile.

In un primo tempo Parti e controparti contrattuali hanno approvato la nostra proposta ritenendola equa, giusta e economicamente sostenibile. Poi, dal testo definitivo del CCNL l’articolo (che avrebbe dovuto essere il n 82) è scomparso. Amaro riscontro per FASSID che è rimasta da sola a sostenere queste sacrosante richieste a tutela di una dirigenza che alla pari di quella medica svolge una fondamentale funzione di natura assistenziale e gestionale, come del resto la pandemia appena superata dovrebbe avere ampiamente dimostrato!

La Segreteria Federale FASSID

Promuovere la prevenzione di patologie oncologiche del fegato

PS panoramasanita.it/2023/10/02/promuovere-la-prevenzione-di-patologie-oncologiche-del-fegato/



Questo l'obiettivo del Protocollo di intesa firmato a Roma dalla Fif, Fondazione Italiana Fegato Onlus e la Lilt, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Con l'obiettivo di promuovere la prevenzione di patologie oncologiche del fegato, orientando in senso positivo gli stili di vita per ridurre l'incidenza dei tumori e migliorare la qualità della vita, la FIF – Fondazione Italiana Fegato Onlus (con sede a Trieste) e la LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (con sede a Roma) hanno firmato un protocollo d'intesa della durata di tre anni, grazie al quale metteranno in comune le loro esperienze, sviluppando specifiche azioni e mettendo in rete sistemi, competenze e responsabilità. Firmato dal Presidente della Fondazione Italiana Fegato, Decio Ripandelli, e dal Presidente della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Francesco Schittulli, alla presenza del Direttore scientifico della FIF, Claudio Tiribelli, il protocollo d'intesa prevede la realizzazione di programmi di educazione alla salute, di materiale didattico e di strumenti divulgativi, con l'obiettivo di instillare nelle nuove generazioni, sin dalla scuola, la cultura della prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Durante l'incontro si è voluta sottolineare l'importanza fondamentale dell'educazione a livello infantile, con la volontà di proporre al Governo l'istituzione di un tavolo congiunto al quale invitare i referenti dei dicasteri della Salute, dell'Istruzione e del Merito, dell'Università e della Ricerca, dello Sport e dei Giovani, dell'Agricoltura, della Sovranità Alimentare e delle Foreste e del Lavoro e delle Politiche Sociali. Anche il CONI, Ente con il quale la LILT ha recentemente rinnovato un accordo nazionale, giocherà un ruolo chiave, soprattutto a livello regionale. Da anni, infatti, il CONI FVG promuove il progetto denominato Movimento 3S che, dal 2024, verrà implementato con un'attività di sensibilizzazione sulla corretta nutrizione indirizzata alle scuole primarie del Friuli Venezia Giulia a cura della FIF e dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e grazie al sostegno dell'Amministrazione regionale.

Nell'ambito del protocollo saranno inoltre promossi eventi formativi e progetti/bandi, oltre a master universitari di primo e secondo livello, patrocinati da LILT. Tra le azioni, anche l'organizzazione di manifestazioni a livello nazionale per

raccogliere fondi da destinare all'attuazione di progetti di ricerca ed educazionali correlati alla prevenzione, diagnosi e terapia del cancro del fegato e delle sue cause (l'epatocarcinoma oramai occupa la 3° posizione a livello mondiale come mortalità dovuta malattie tumorali).

*“La Fondazione Italiana Fegato Onlus” – sottolinea il **Presidente, Decio Ripandelli** – “persegue, nel campo delle malattie del fegato, obiettivi attinenti la ricerca scientifica, l'attività assistenziale e formativa, proponendosi, tra le altre cose, di potenziare le attività di ricerca e cura epatologica e di promuovere mediante la diffusione, l'insegnamento e la pubblicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca scientifica e dallo sviluppo sperimentale la conoscenza delle funzioni del fegato e delle vie biliari. In questo quadro, le attività d'informazione e divulgazione mirate a una sana alimentazione e a un corretto stile di vita declinate dalla FIF al fine di diminuire l'incidenza di tali malattie sono certamente sinergiche con quanto promosso oramai da anni dalla LILT”.*

*“La LILT – ricorda il **presidente nazionale Francesco Schittulli** – è un Ente pubblico su base associativa vigilato dal Ministero della Salute che ha come compito istituzionale principale la promozione e la diffusione della cultura della prevenzione oncologica come metodo di vita. In particolare, da oltre 100 anni ci impegniamo a promuovere e diffondere su tutto il territorio nazionale – in collaborazione con le più importanti organizzazioni nazionali e internazionali operanti in campo oncologico – i vari aspetti della prevenzione primaria – finalizzata a ridurre i fattori di rischio e le cause di insorgenza del cancro; secondaria, relativa alla diagnosi precoce attraverso visite mediche ed esami strumentali e terziaria, prendendoci cura delle problematiche del percorso di vita di chi ha vissuto l'esperienza del cancro e dei relativi familiari”.*

*“La FIF offrirà il necessario supporto alle finalità della LILT” – spiega il **Direttore scientifico Claudio Tiribelli** – “in primo luogo, tramite i propri laboratori siti nel Campus di Basovizza di Area Science Park, ovvero attraverso altri partners con i quali la FIF ha in corso progetti e programmi volti all'educazione alla salute, anche tenendo in considerazione che il cancro al fegato – spesso correlato a stili di vita sbagliati, anche in età infantile – occupa oramai la terza posizione a livello mondiale come tasso di mortalità dovuta a malattie tumorali”.*



PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Quasi una certezza il declino della popolazione nei prossimi anni

PS panoramasanita.it/2023/10/02/quasi-una-certezza-il-declino-della-popolazione-nei-prossimi-anni/



Pubblicate da Istat le “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie”. Pur in un quadro di invecchiamento comune, le differenze strutturali tra Nord e Mezzogiorno del Paese si amplificano.

Le nuove previsioni sul futuro demografico del Paese, aggiornate al 2022, restituiscono tendenze difficilmente controvertibili, pur se in un quadro nel quale non mancano elementi di incertezza. La popolazione residente è in decrescita: da 59 milioni al 1° gennaio 2022 a 58,1 mln nel 2030, a 54,4 mln nel 2050 fino a 45,8 mln nel 2080. Il rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da circa tre a due nel 2022 a circa uno a uno nel 2050.

Pur in un quadro di invecchiamento comune, le differenze strutturali tra Nord e Mezzogiorno del Paese si amplificano. In crescita le famiglie ma con un numero medio di componenti sempre più piccolo. Meno coppie con figli, più coppie senza: entro il 2042 solo una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non ne avrà. È questo il quadro, in estrema sintesi, che emerge dal Rapporto Istat sulle “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie 2022”.

In linea con le tendenze emerse nel Paese negli ultimi otto anni, lo scenario di previsione “mediano” contempla un calo della popolazione residente anche nei successivi otto: da 59 milioni al 1° gennaio 2022 (punto base delle previsioni) a 58,1 milioni nel 2030, con un tasso di variazione medio annuo pari al -2‰. Nel medio termine la diminuzione della popolazione risulterebbe più accentuata: da 58,1 milioni a 54,4 milioni tra il 2030 e il 2050 (tasso di variazione medio annuo pari al -3,3‰). Nel lungo termine le conseguenze della dinamica demografica prevista sulla popolazione

totale si fanno più importanti. Tra il 2050 e il 2080 la popolazione diminuirebbe di ulteriori 8,5 milioni (-5,7‰ in media annua). Sotto tale ipotesi la popolazione totale ammonterebbe a 45,8 milioni nel 2080, conseguendo una perdita complessiva di 13,2 milioni di residenti rispetto a oggi.

L'evoluzione della popolazione totale rispecchia il principio, tipico delle previsioni demografiche, di risultare tanto più incerta quanto più ci si allontana dall'anno base. Nel 2050 il suo intervallo di confidenza al 90% (ovvero che il suo presunto valore cada tra due estremi con probabilità pari al 90%) oscilla tra 52,2 e 56,5 milioni. Trenta anni più tardi si è tra 39 e 52,8 milioni.

Pertanto, nell'ipotesi più favorevole la popolazione potrebbe subire una perdita di "soli" 6,2 milioni tra il 2022 e il 2080, di cui 2,5 milioni già entro il 2050. Nel caso meno propizio, invece, il calo di popolazione sfiorerebbe i 20 milioni di individui tra oggi e il 2080, 6,8 milioni dei quali già all'orizzonte del 2050. Sembra inevitabile, quindi, che la popolazione diminuirà, pur a fronte di evidenze numeriche profondamente diverse, una dall'altra, che richiamano nell'immagine scenari non solo demografici ma anche sociali ed economici di impatto altrettanto diverso. Il progressivo spopolamento investe tutto il territorio, pur con differenze tra Nord, Centro e Mezzogiorno, che fanno sì che tale questione raggiunga una dimensione significativa soprattutto in quest'ultima ripartizione. Secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord (+0,3‰ annuo fino al 2030) un lieve ma significativo incremento di popolazione, al contrario nel Centro (-1,6‰) e soprattutto nel Mezzogiorno (-5,5‰) il calo di residenti risulta irreversibile.

Nel periodo intermedio (2030-2050), e ancor più nel lungo termine (2050-2080), tale quadro demografico punta a espandersi, con un calo di popolazione generalizzato a tutte le ripartizioni geografiche ma con più forza in quella meridionale. Guardando al lungo periodo, il Nord potrebbe ridursi di 2,7 milioni di abitanti entro il 2080 ma di appena 276mila se si guardasse al 2050. Ben diverso è il percorso evolutivo della popolazione nel Mezzogiorno, la quale nel 2080 potrebbe ridursi di otto milioni di unità, 3,6 milioni dei quali già entro il 2050.

Naturalmente, le considerazioni di cui sopra vanno anche valutate alla luce della profonda incertezza che le sovrasta. Nel Nord è potenzialmente possibile anche un percorso di progressiva crescita demografica (fino a 28,5 milioni di residenti entro il 2080), come rappresentato dai limiti superiori dell'intervallo di confidenza lungo tutto l'orizzonte previsivo. Viceversa, tanto nel Centro quanto nel Mezzogiorno tale possibilità non è mai contemplata, nemmeno sotto le ipotesi di scenario più favorevoli.

Italia caso di studio per l'invecchiamento della popolazione

La struttura della popolazione è oggetto da anni di uno squilibrio sempre più profondo, dovuto alla combinazione, tipicamente italiana, dell'aumento della longevità e di una fecondità costantemente bassa. Stabilmente sul podio mondiale dell'invecchiamento, oggi il Paese presenta la seguente articolazione per età: il 12,7% degli individui ha fino a 14 anni di età; il 63,5% tra 15 e 64 anni; il 23,8% dai 65 anni di età in su. L'età media, nel frattempo, si è portata a 46,2 anni e ciò fa del Paese, insieme a pochi altri esempi nel mondo (Spagna e Grecia in Europa; Corea del Sud e Giappone in Asia) uno dei casi all'attenzione mondiale per i demografi nonché per gli esperti di economia e sviluppo sostenibile.

Le prospettive future comportano un'amplificazione di tale processo, governato più dall'attuale articolazione per età della popolazione che dai cambiamenti ipotizzati circa l'evoluzione della fecondità, della mortalità e delle dinamiche migratorie, in base a un rapporto di importanza, all'incirca, di due terzi e un terzo rispettivamente.

Nel 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% presenta un minimo del 33,2% e un massimo del 35,8%. Comunque vadano le cose, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, dovendo fronteggiare fabbisogni per una quota crescente di anziani.

I giovani fino a 14 anni di età, sebbene nello scenario mediano si preveda una fecondità in parziale recupero, potrebbero rappresentare entro il 2050 l'11,2% del totale, registrando una moderata flessione in senso relativo ma non in assoluto. Infatti, sul piano dei rapporti intergenerazionali si presenterà un rapporto squilibrato tra ultrasessantacinquenni e ragazzi, in misura di oltre tre a uno.

A contribuire alla crescita assoluta e relativa della popolazione anziana concorrerà soprattutto il transito delle folte generazioni degli anni del baby boom (nati negli anni '60 e prima metà dei '70) tra le età adulte e senili, con concomitante riduzione della popolazione in età lavorativa. Nei prossimi trent'anni, infatti, la popolazione di 15-64 anni scenderebbe al 54,3% in base allo scenario mediano, con una forchetta potenziale compresa tra il 53,2% e il 55,4%. Come per la popolazione anziana, quindi, anche qui si prospetta un quadro evolutivo certo, con potenziali ricadute sul mercato del lavoro e sul come assicurare il livello di welfare necessario al Paese.

Tra le future trasformazioni demografiche va evidenziato il marcato processo di invecchiamento del Mezzogiorno (Prospetto 2). Per quanto tale ripartizione geografica presenti ancora oggi un profilo per età più giovane, l'età media dei suoi residenti transita da 45,3 anni nel 2022 a 49,9 anni nel 2040 (scenario mediano), sopravanzando il Nord che nel medesimo anno raggiunge un'età media di 49,2 anni, partendo nell'anno base da un livello più alto, ossia 46,6 anni. Guardando alle prospettive di lungo termine, il Mezzogiorno rallenterebbe ma non fermerebbe il suo percorso, raggiungendo un'età media della popolazione prossima ai 52 anni. A quel punto, invece, sia il Nord (50,2 anni) sia il Centro (50,8) avrebbero già avviato un percorso di rallentamento del processo di invecchiamento, che nel caso del Centro potrebbe addirittura portare all'avvio di un primo processo di ringiovanimento della popolazione.

La regione

Al via la gara per il Cup il sistema di prenotazione con pubblico e privato

Solo quattro possibili fornitori per il bando da 28 milioni. Chiusura delle adesioni entro fine mese Il vincitore a fine anno e il via nel 2024

di Alessandra Corica Un bando da 28,1 milioni di euro. Con l'adesione a un accordo quadro di Consip, e la speranza di riuscire ad aggiudicare entro la fine dell'anno, in modo da far partire il nuovo servizio entro la primavera. E, così, tagliare le code negli ospedali.

È l'appalto per il nuovo Cup sanitario della Lombardia: il centro unico di prenotazione dovrebbe consentire di ridurre le attese negli ospedali, dando la possibilità ai cittadini di prenotare avendo subito davanti tutti gli slot disponibili in oltre 200 aziende sanitarie, sia pubbliche sia private. Il paziente potrà prenotare il primo appuntamento disponibile: si dovrebbero così evitare le doppie prenotazioni e si dovrebbero smistare gli appuntamenti anche negli ospedali più piccoli e, di solito, meno "gettonati".

Il progetto è stato affidato dalla Regione ad Aria: vale, in tutto, 67 milioni, considerando anche i costi vari, da quelli infrastrutturali a quelli per "unificare" i sistemi di prenotazione oggi in uso nelle 272 aziende (pubbliche e private) che dovranno confluire nel cervellone unico. Il bando da 28 milioni e 158.447,80 euro che è stato pubblicato da Aria lo scorso 19 settembre — con scadenza 31 ottobre 2023 — è allora il primopasso. La gara è un'adesione a una procedura Consip, nello specifico il Lotto 1 dell'accordo quadro per l'affidamento di servizi applicativi per le Pubbliche Amministrazioni — Sanità Digitale, che si è chiuso nel novembre 2022. Poiché Aria ha aderito all'accordo (pensato, a sua volta, nell'ambito di un piano nazionale per l'informatizzazione della pubblica amministrazione), al bando lombardo potranno presentare un'offerta soltanto i quattro fornitori che, a loro volta, hanno vinto il Lotto 1 (da 100 milioni) aggiudicato da Consip l'anno scorso. Si tratta di quattro Rti (Raggruppamento temporaneo di impresa): il primo ha come capofila la Gpi di Trento, che negli anni passati ha acquisito la società che gestiva il call center sanitario regionale e che, a inizio 2023, ha vinto il bando per la realizzazione della cartella elettronica in Lombardia. Il secondo è guidato da Engineering Ingegneria Informatica, che ha già in gestione il Cup del Piemonte, il terzo ha come capofila Dedalus Italia spa, tra i principali fornitori di software sanitari, e ha al suo interno anche Vodafone Italia, il quarto è guidato da Enterprise Services Italia srl, con sede a Cernusco sul Naviglio.

La procedura è quella del rilancio competitivo e l'obiettivo è assegnare entro la fine dell'anno il contratto. Che durerà quattro anni, due in meno rispetto alla durata del progetto presentato da Aria in Regione prima dell'estate: dalla controllata regionale, allora, spiegano che «verranno poi prodotti successivi atti nei tempi adeguati per dare continuità al progetto».

Certo è che l'operazione è complicata: in Lazio, per esempio, per riuscire a mettere a regime il Cup unico ci sono voluti cinque anni. Difficile, quindi, che già dalla prossima primavera il nuovo servizio — che l'assessore al Welfare Guido Bertolaso vorrebbe corredato di una piattaforma online simile a quella usata per la campagna vaccinale del Covid 19 — sia operativo al 100 per cento. Al tempo stesso, il problema delle liste di attesa è sempre più annoso: prima dell'estate, la Regione ha dato mandato agli ospedali pubblici e privati di programmare circa 500 mila visite ed esami in più fino a fine 2023, per smaltire le code. Un'impresa non da poco, con gli ospedali pubblici a spingere sull'acceleratore, e quelli privati più in difficoltà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accordo

Più soldi, rimborso delle spese e benefit per spingere i medici nelle aree disagiate

In dirittura d'arrivo il patto tra Regione e sindacati per incentivare i dottori di base a spostarsi nelle zone più periferiche della Toscana. Prevede 200- 500 euro al mese in busta paga, contributi segreteria, infermiere, ambulatorio e alloggio

di Michele Bocci Contributi per la segreteria, per l'infermiere, per l'ambulatorio e l'alloggio. E magari anche un po' di soldi in più al mese, tra i 200 e i 500. È quasi chiuso l'accordo tra i sindacati e l'assessorato alla Salute per rendere più appetibili le cosiddette "aree disagiate", cioè quelle zone della Regione dove i medici di famiglia normalmente non vogliono andare. Viste le carenze, questi professionisti possono scegliere e in pochissimi hanno intenzione di andare, ad esempio, nei paesi dell'Appennino.

Lo schema della Regione è simile a quello utilizzato per arruolare medici ospedalieri all'Isola d'Elba. Si punta infatti su aiuti economici diretti, come appunto per le spese di segreteria, ma anche su convenzioni varie. In questo caso, si prevedono successivi accordi con i vari Comuni coinvolti, per varie tipologie di benefit. Si può andare dagli abbonamenti per i mezzi pubblici, a facilitazioni per eventi o spettacoli oppure per fare attività sportive. Insieme alle associazioni di volontariato si lavorerà per reperire eventuali spazi da adibire ad ambulatorio e pure alloggi. Di tutto pur di rimpinguare un po' i ranghi dei medici nei paesi più remoti o scomodi della Toscana. « Il lavoro va avanti, l'accordo si potrebbe chiudere a breve - dice Niccolò Biancalani della Fimm regionale, il sindacato principale dei medici di famiglia - L'intento è di dare la copertura più alta possibile alle zone disagiate».

Sempre Biancalani spiega che « più in prospettiva aspettiamo il nuovo bando per i nuovi medici di famiglia ». Proprio oggi ci saranno gli esami per chi ha finito il corso di formazione in Toscana, circa 100 persone. A metà del mese ci sarà il bando della Regione per le nuove assunzioni. Si spera che partecipino, come previsto dalla legge, anche alcuni dottori che non hanno completato il corso per medico di famiglia e che il numero totale dei camici bianchi che si metteranno a disposizione salga quindi a 200. In questo modo si affronterebbero le carenze, che in questo periodo storico sono molto accentuate in tutto il Paese. A mancare, rispetto agli organici calcolati in base al numero degli abitanti sono proprio 200 professionisti.

I dati della Regione sono eloquenti. Nel 2023 in Toscana lavorano 2.251 medici. Ebbene più o meno la metà di questi professionisti andranno in pensione da qui al 2029, cosa che rende l'idea del peso della gobba pensionistica. Per rimediare si punta sulla formazione, cioè sui corsisti che potranno andare a chiudere i buchi che si creeranno via via.

Intanto, già da tempo si è data la possibilità ai professionisti di alzare il cosiddetto massimale, cioè il numero di pazienti che si possono assistere. Si passa da 1.500 a 1.800. Si tratta di una soluzione tampone, perché se da una parte permette a cittadini che sono rimasti senza a causa del pensionamento di avere comunque il medico di famiglia, dall'altra rende più pesante il lavoro dei professionisti. Cosa che penalizza l'assistenza. Proprio per questo meccanismo, al momento il lavoro della gran parte dei 200 medici che mancano nel sistema pesa sui loro colleghi. Secondo le stime della Regione sono circa 27 mila i toscani che non sono iscritti al medico o al pediatra. Si tratta in molti casi di persone che non hanno ancora fatto una nuova scelta dopo il pensionamento del loro dottore. Il problema è che in futuro se non si argineranno le carenze potrebbe aumentare di molto il numero di coloro che non hanno il medico.

Il bando per assumere è atteso per metà mese ed è destinato a coprire i buchi di organico

Il caso

“Lei non ha nulla” e gli fanno pagare il ticket Ma il braccio era rotto

Aveva pagato 50 euro di ticket perché al pronto soccorso gli hanno detto che la frattura non c'era. Dopo una decina di giorni, con il dolore che proseguiva, ha deciso di fare un nuovo esame e ha scoperto che in realtà si era rotto il radio.

Va avanti la storia di Francesco, cinquantunenne fiorentino che si era visto richiedere il pagamento del ticket al pronto soccorso di Santa Maria Nuova. Era arrivato dopo essere caduto durante una passeggiata in Mugello. La guardia medica, la domenica, gli ha detto di andare al pronto soccorso. Rientrato a Firenze si è recato a Santa Maria Nuova, dove però gli hanno spiegato che non c'era l'ortopedico di turno e lo hanno rimandato al giorno dopo. Il lunedì ha fatto la lastra, che non ha rivelato fratture. Gli hanno messo comunque un bendaggio e lo hanno mandato a casa. Solo a quel punto, Francesco ha scoperto che insieme al referto c'era il modulo per il pagamento del ticket, appunto da 50 euro. Quando è andato in ospedale a chiedere spiegazioni gli hanno detto che la legge regionale prevede che si debba pagare la tassa, che serve a scoraggiare chi non ha niente e si reca comunque al pronto soccorso. « Ma io avevo male - spiega l'uomo - Come facevo a sapere di non avere una frattura se non mi facevo vedere? ». Tra l'altro il radio era davvero rotto. Quindi, come si dice in questi casi, oltre al danno, la beffa.

«Il dolore è andato avanti per giorni e ho fatto un nuovo esame. Sono andato a Careggi per una tac, che ha rivelato la frattura del radio. Adesso mi devono ancora dire cosa devo fare ». Non è da escludere che sia passato troppo tempo per mettere un gesso ma resta il fatto che Francesco è stato vittima di una diagnosi sbagliata. Può succedere che una frattura non si veda in prima battuta, ma per questo succede che dal pronto soccorso fissino una visita dopo alcuni giorni per fare nuovi accertamenti. In questo caso invece è stato chiesto il ticket. Sul referto erano stati previsti 5 giorni di prognosi e in effetti c'era il consiglio, se il dolore fosse proseguito, di rivolgersi al proprio dottore ed eventualmente a un ortopedico. Ma non è stata fissata nessuna visita e sono stati comunque chiesti i 50 euro.

La Toscana ha da tempo deciso di far pagare il ticket sulle prestazioni di pronto soccorso con codice 4 o 5, cioè quelle meno gravi. Dovrebbe servire a scoraggiare l'utilizzo di servizi di emergenza da parte delle persone con problemi banali, e così decongestionarli almeno un po'. Il principio di per sé è anche giusto, non produce però, tra esenzioni e previsioni poco logiche, alcun effetto. Nel senso che comunque i pronto soccorso vengono presi d'assalto e allo stesso tempo la Regione incassa pochissimo, circa 3,3 milioni l'anno scorso. Il punto è che le tantissime persone che hanno un'esenzione non pagano. Poi ci sono giustamente gli under 14 e chi comunque anche se non ha problemi importanti resta in osservazione. Ma la norma più strana riguarda i traumi. Dovrebbero pagare il ticket quelli che non “esitano in sutura o immobilizzazione”, come scritto sul sito dell'assessorato alla Salute. Ma quando qualcuno cade o comunque si fa male non può sapere, finché non fa gli esami, quali sono le sue condizioni.

— mi.bo.

© RIPRODUZIONERISERVATA

La disavventura di Francesco: a Santa

Maria Nuova avevano voluto i 50 euro ideati per dissuadere chi intasa il pronto soccorso

Il dolore è andato avanti per giorni e a una nuova visita a Careggi la tac ha evidenziato la frattura del radio

Il caso è lamentato da un cittadino cinquantenne

S 24 Contratto medici, ora scatta il rebus dell'applicazione

di *Stefano Simonetti* *

Le norme giuridiche possiedono le caratteristiche dell'astrattezza, della generalità e della coattività. Una norma è, in buona sostanza, un enunciato che ha il fine di stabilire un comportamento condiviso secondo le necessità e le convenienze rilevate all'interno di una collettività o di un gruppo sociale. Un corpo normativo – sia esso unilaterale, bilaterale, autoritativo o pattizio – costituisce un insieme di regole che concorrono a disciplinare la vita organizzata di due o più soggetti con lo scopo di regolare il comportamento dei singoli. Inoltre, le norme giuridiche dovrebbero essere diffusamente intelleggibili come, ad esempio, avviene nel mondo anglosassone. Invece nel nostro Paese la semplice lettura di un testo legislativo o di un contratto di conto corrente sono a volte un'impresa nella quale trovano difficoltà gli stessi addetti ai lavori. Tra le tipologie di norme giuridiche, in quanto a opacità e difficoltà di lettura, spiccano le clausole dei contratti collettivi di lavoro – la cosiddetta "autonomia collettiva" - che spesso non riescono a definire con chiarezza il perimetro dei reciproci diritti e obblighi del datore di lavoro e dei suoi dipendenti, fattore particolarmente importante nel settore pubblico alla luce dei principi sanciti nell'art. 97, comma 1, della Costituzione. Peraltro, in relazione ai contratti collettivi, una motivazione specifica di tale circostanza è quella di costituire una regolazione di natura pattizia che, giocoforza, è l'esito di mediazioni e compromessi che devono rispondere alla reciproca convenienza delle controparti a stipulare la norma stessa. E, a tale proposito, vorrei ricordare che nell'art. 3 del primo Ccnl del 1996 si leggeva che "in coerenza con il carattere privatistico della contrattazione, essa si svolge in conformità alle convenienze e ai distinti ruoli delle parti e non implica l'obbligo di addivenire a un accordo", da cui deriva il principio fondante che contrattare è un obbligo, concludere no: evidentemente nel pomeriggio di giovedì 28 settembre queste reciproche "convenienze" si sono realizzate e, naturalmente, ciascuno può offrire la propria versione rispetto a cosa ha mosso la parte pubblica e la controparte sindacale a trovare un "accordo". Ed è ovvio che esistono molteplici variabili interne e condizionamenti esterni dello scenario negoziale. Dunque è un compromesso quello che sostanzialmente è avvenuto la settimana scorsa quando è stato firmato il rinnovo dell'Area della dirigenza sanitaria.

Non so se quello stipulato sia un contratto buono o cattivo: è "un" contratto e



l'avvenuta stipula dopo 21 mesi dalla sua stessa scadenza è di per sé già un elemento positivo. È impossibile affrontare nel dettaglio l'intero testo del contratto collettivo siglato in Preintesa lo scorso 28 settembre. Per cui cercherò di concentrare l'attenzione e l'analisi sulla tematica più calda della trattativa, quella cioè dell'orario di lavoro o, per dire meglio, delle eccedenze orarie non riconosciute. È necessario un riassunto delle puntate precedenti. Nel precedente Ccnl del 19.12.2019 l'art. 30 conteneva alcuni aspetti di fondamentale importanza. Innanzitutto veniva per la prima volta richiamato in un contratto collettivo il principio contenuto nell'art. 15, comma 3, del decreto 502 del 1992 – secondo la novella del cosiddetto "decreto Bindi" secondo cui "il dirigente ... è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito". Tali eventuali eccedenze erano regolamentate dall'art. 65, comma 3, del Ccnl del 5.12.1996 – confermato espressamente dall'art. 93, comma 5 del contratto del 2019 – nel senso che "la retribuzione di risultato compensa anche l'eventuale superamento dell'orario di lavoro". È necessario dire subito che quest'ultima norma è stata ora disapplicata (ma fino all'entrata in vigore ufficiale sarà in vigore), per cui il principio di legge rimane senza seguito contrattuale se non quello nuovo di cui si parlerà. Per comprendere le ragioni che hanno portato alla esasperazione della questione delle eccedenze, è giusto ricordare che dal 1999 a oggi sono passati anni luce dal punto di vista organizzativo e del finanziamento del Ssn. La norma del decreto delegato 229/1999 va contestualizzata in un momento storico di grande espansione della Sanità pubblica, mediata attraverso l'aziendalizzazione, nel quale le dotazioni organiche e il finanziamento delle aziende erano incomparabili rispetto alle rispettive situazioni degli ultimi anni. Voglio dire che imporre un criterio di efficienza e recupero di produttività - visto che l'art. 15, comma 3, altro non è – era perfettamente logico e funzionale alle neonate aziende ispirate alle famose tre "E" della riforma e il cui organo di governo era dotato di "autonomia imprenditoriale"s. Ma lo sfacelo che in seguito è progressivamente avvenuto ha reso sempre più incoerente il richiamo fatto nel 1999 a principi aziendalistici di efficienza ormai non più ragionevolmente esigibili dopo anni di mancata copertura del turn over e di sottofinanziamento del sistema pubblico. Non si è trattato di una interpretazione estensiva dell'art. 15, comma 3 bensì della sua difesa acritica e a volte impropria fino a produrre veri e propri abusi, con un sostanziale supporto da parte della giurisprudenza della Cassazione. Ma il rapporto tra l'art. 15 e le reali condizioni organizzative degli ospedali ha assunto contorni distopici e la stessa Cassazione è arrivata a sancire gli abusi riconoscendo addirittura il danno biologico. A corollario di tutto ciò va ricordata la costante depauperizzazione del fondo di risultato, con il picco del 2005 quando furono scippati 1.425 euro pro capite, che naturalmente ha reso sempre meno attrattiva la compensazione delle eccedenze con la retribuzione premiante. Troppi errori sono stati fatti in passato - da entrambe le controparti -, troppi

equivoci e riserve mentali si sono messi in atto su cosa è lo "straordinario", troppo contenzioso selvaggio si è generato, troppe inadempienze da parte delle aziende, senz'altro forzate dalle sciagurate normative vigenti. La vera soluzione è solo quella di ricondurre l'orario di lavoro alla sua natura fisiologica e al rispetto pieno e inderogabile della normativa comunitaria. Ma per raggiungere questo obiettivo è indispensabile mettere le mani sulla parallela problematica degli organici dei medici ospedalieri che è una faccenda extracontrattuale sulla quale nessuno - e ripeto nessuno - interviene in modo fattivo e definitivo. Se le aziende sanitarie per garantire la continuità dell'assistenza ricorrono a milioni di ore di "eccedenza" oraria senza nemmeno garantire la fruizione delle ferie o di quelle obbligatoriamente riservate all'aggiornamento, non può che significare che esiste una evidente notevole carenza di medici; o, meglio, di medici di talune discipline.

Quali erano le soluzioni alternative per sanare la situazione, ormai ingovernabile? La prima era quella di resistere strenuamente sulle posizioni del passato puntando tutto sulla norma del decreto Bindi e sulla giurisprudenza sostanzialmente favorevole: impossibile da sostenere perché alla fine avrebbe generato rivolte negli ospedali. La seconda era quella di accettare l'impostazione dei sindacati e consentire il pagamento o il recupero di tutti i milioni di ore asserite come "regalate" alle aziende: impossibile anch'essa perché avrebbe causato un default finanziario generale.

Ecco che allora non restava che un mix delle due soluzioni che è quello che si può leggere nell'art. 27 il quale - è bene dirlo subito - è maledettamente complesso da capire prima ancora che da applicare. La lunghissima clausola di cui parliamo (22 commi contenuti in ben quattro pagine) ha la struttura del pregresso art. 24 del Ccnl del 2019 con alcuni interventi novativi, soprattutto nei commi 3 e 8. Ma fin dal comma 1 si rileva una affermazione importante perché parlando della negoziazione di budget per definire gli obiettivi prestazionali si precisa "in coerenza con le risorse umane e strumentali in essere salvaguardando la sicurezza e la qualità delle cure": come dire che gli organici dei medici e le loro diffuse e croniche carenze non possono essere una variabile indipendente in sede di negoziazione ma anche in senso dinamico durante il successivo espletamento del servizio. Nel comma 3 si delinea per la problematica dell'extra orario una soluzione a fasce o moduli successivi che ha la finalità di rendere attrattiva e ragionevole la quota di risultato che funge da stanza di compensazione di una parte di orario eccedente e, per tale ragione, ritengo che il comma 3 non sia applicabile ai medici extramoenisti. Tale format potrebbe così essere schematizzato:

- il debito orario settimanale ordinario è di 38 ore di cui 4 riservate ad attività non assistenziali;
- l'azienda in sede di budget può utilizzare, in forma cumulata, 30 minuti settimanali delle quattro ore;
- il lavoro straordinario resta destinato a "fronteggiare situazioni di lavoro

eccezionali" e alla "chiamata in servizio per pronta disponibilità". Sparisce dalle causali dello straordinario il servizio di guardia notturna e festiva;

- una parte di extra orario "si considera utile al raggiungimento degli obiettivi e programmi di lavoro concordati da realizzare". Queste ore non sono retribuite e restano compensate dalla retribuzione di risultato. La vera grande novità è che per tale tempo lavoro viene fissato un tetto che si calcola in modo molto complicato e di cui diremo dopo;
- l'"eventuale ulteriore impegno orario" può essere recuperato con riposi compensativi da fruire fino a 12 mesi dalla prestazione;
- se tuttavia fosse necessario un impegno aggiuntivo (è il terzo), fermo restando quanto detto nel punto precedente, l'azienda può - attenzione, non è obbligata! - concordare con l'équipe il ricorso alle prestazioni aggiuntive la cui tariffa viene portata a 80 euro, peraltro incrementabili.

Punti oscuri della clausola sembrano da subito la formula per il tetto e la successione delle varie fasi. Partiamo da quest'ultimo aspetto. L'ultima fase disciplinata dal comma 8 è, come già detto, discrezionale per cui c'è da chiedersi cosa accade se l'azienda non è disposta a erogare le prestazioni aggiuntive ma anche se l'équipe o il singolo medico possono rifiutarsi di prestarle. L'ombra dei famigerati ordini di servizio si profila all'orizzonte e forse era il caso di chiarire espressamente che le prestazioni aggiuntive non sono obbligatorie e che rientrano nel limite massimo delle 48 ore settimanali. E veniamo alla definizione delle ore massime da "regalare" all'azienda in forza del budget negoziato. Si tratta di una franchigia o, più tecnicamente, di un contingentamento del principio di efficienza.

L'alternativa al terribile algoritmo che le Regioni avrebbero preferito era un riconoscimento flat di 180 ore annue (4 alla settimana, guarda caso pari a quelle per l'aggiornamento) da rendere gratuitamente ma è prevalsa la scelta di lasciare grande flessibilità in ragione delle situazioni aziendali. Innanzitutto un paio di perplessità di natura tecnica. Nel "numero dei dirigenti in servizio al 1° gennaio dell'anno di riferimento" vanno considerati anche i primari? e i dirigenti non medici? e i dirigenti a rapporto non esclusivo? Riguardo alle prime due domande, penso di sì per l'assenza di esplicite indicazioni contrarie ma per la terza non dovrebbe avere senso conteggiare anche soggetti che non hanno diritto alla retribuzione di risultato. È di tutta evidenza che il fattore del rapporto variabile (il valore 40 del divisore è fisso) è proprio quello del numero dei dirigenti in quanto più questo è alto e meno ore aggiuntive si possono chiedere.

Una altra questione attiene alla "disponibilità" del fondo di risultato. Il Ccnl chiarisce che nell'importo da considerare non sono ricomprese le risorse derivanti dalle certificazioni Inail e quelle che provengono come residui dal fondo della posizione. Bene: ma qual è il momento di fotografare la disponibilità del fondo, prima o dopo l'eventuale traslazione di risorse verso il fondo di posizione (fino al 30%, tuttora praticabile) ovvero per il welfare integrativo? La clausola contrattuale

non dice "al 1° gennaio dell'anno di riferimento" perché questa precisazione è dettata solo per il numero dei dirigenti. Minore è la disponibilità del fondo di risultato e minore risulta la media pro-capite, con la conseguenza che è minore anche il numero di ore non retribuite e queste considerazioni inducono a particolari valutazioni strategiche da parte della contrattazione integrativa. Infine, è da ritenere che molte differenziazioni sul campo saranno date dalla consistenza dei fondi, perché è noto a tutti che in moltissime aziende essi sono quasi prosciugati.

La simulazione. Ho provato a fare delle simulazioni sulla scorta dei dati ricavati dai siti istituzionali di tre aziende, una del nord, una del centro e una del sud. La prima azienda conta 1.904 dirigenti e una disponibilità del fondo di risultato di 4.093.000, da cui deriva una quota media di 2.149 euro e, quindi 54 ore annue esigibili (5 alla settimana). La seconda azienda conta 615 dirigenti e una disponibilità del fondo di risultato di 664.000, da cui deriva una quota media di 1.083 euro e, quindi 27 ore annue esigibili (2,5 alla settimana). La terza azienda conta 939 dirigenti e una disponibilità del fondo di risultato di 797.000, da cui deriva una quota media di 849 euro e, quindi 21 ore annue esigibili (meno di 2 alla settimana). Se ci si attestasse su un pacchetto di ipotetiche 4 ore gratis, si potrebbe verificare il seguente schema: 34 + 0,30 + 4 + N (da recuperare) + N (da pagare come prestazioni aggiuntive) + eventuali ore di lavoro straordinario. Immagino cosa potrà essere la gestione del cartellino delle presenze di un medico ospedaliero che contiene almeno cinque diverse configurazioni normo-economiche dell'orario "timbrato"! In conclusione, si permetto di ironizzare affermando che la gestione dovrebbe essere affidata al prof. Giorgio Parisi perché poche situazioni come questa somigliano alla fisica dei sistemi complessi.

Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Contratto medici. Nuova Ascoti: "Firma contratto, importante passo avanti"

"Soddisfatti anche della significativa modifica dell'articolo riguardante il rischio radiologico. Fondamentale ora nelle trattative periferiche il sostegno della modifica contrattuale ottenuta per salvaguardare la salute degli ortopedici-traumatologi nel quotidiano impegno professionale" ha detto il presidente del sindacato degli ortopedici Saccomanno

"La firma del nuovo contratto con l'Aran per medici e personale sanitario è una notizia positiva. Le necessità della sanità italiana non sono risolte con questo Ccnl, ma certamente si tratta di un importante passo in avanti. Si sottoscrive un rapporto positivo col Governo nel segno di una fattiva collaborazione nella PA".

Lo dichiara il presidente del sindacato degli ortopedici Nuova Ascoti, **Michele Saccomanno**, che si dice "orgoglioso del lavoro svolto e della costante sinergia con la Federazione Cimo-Fesmed".

"Forse si poteva ottenere di più – ha aggiunto – ma per ora va bene così visto il quadro normativo e finanziario che sicuramente oggi non valorizza e tutela adeguatamente la professione medica. Siamo soddisfatti anche della significativa modifica dell'articolo riguardante il rischio radiologico, problema fondamentale nell'esercizio della specialistica ortopedica e traumatologica. Viene eliminata la parola 'permanente' per il riconoscimento di una esposizione a radiazioni ionizzanti, che rende esigibile l'intero contenuto della norma di riferimento, in linea con l'obiettivo contrattuale della Associazione Sindacale.

Sarà fondamentale nelle trattative periferiche – conclude – il sostegno della modifica contrattuale ottenuta dai nostri rappresentanti per salvaguardare la salute degli ortopedici-traumatologi nel quotidiano impegno professionale".

Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Assistente materna. Nursing Up: “L’Italia non ha bisogno di figure surrogate”

“Non ha senso pensare di introdurre figure alternative, come l’assistente infermiere, l’assistente alle mamme, o il super oss, senza prima intraprendere, da parte della politica, concreti percorsi valorizzazione di quelle professioni sanitarie, come le ostetriche che abbiamo già in casa e che rappresentano il nostro punto di forza”

“La nascente figura dell’[assistente materna](#), che il Governo vuole introdurre, ci appare, indiscutibilmente, come l’ennesimo pericoloso tentativo di mettere una toppa ad una serie di problemi che, nella delicata realtà dei professionisti sanitari del comparto non medico, e nello specifico, nell’ambito delle elevate responsabilità che riguardano le nostre ostetriche, andrebbero affrontati in ben altra maniera. Un po’ come è accaduto per la proposta della Regione Veneto della figura del Super Oss, abbiamo il timore che si tratti, da parte della nostra politica, dell’ennesimo tentativo di aggirare l’ostacolo”.

Così **Antonio De Palma**, Presidente Nazionale del sindacato Nursing Up, a cui fa riferimento, dallo scorso 24 gennaio, anche il Coordinamento Ostetriche Italiane Nursing Up.

“Ci stiamo battendo da tempo per la valorizzazione di tutti i professionisti del comparto non medico e in particolare per le ostetriche – ha dichiarato –, e tra le tante proposte, abbiamo chiesto al Governo di prevedere legittimamente, anche per loro, quella indennità di specificità infermieristica ottenuta da noi con le lotte di piazza e arrivata con l’ultimo contratto. Ma tutto questo non basta: la politica non può continuare a ignorare le carenze strutturali e di organico del nostro claudicante sistema sanitario, chiudendo i problemi, quelli davvero gravi, in un cassetto e facendo finta che non esistono. La grave carenza di ostetriche nel nostro Paese non è certo una notizia che può farci fare i salti di gioia. L’assenza delle ostetriche nei principali setting ospedalieri è una triste realtà con la quale siamo alle prese”.

In Italia, ricorda poi De palma, il numero di ostetriche ogni 100.000 abitanti è 29, 14,2 in meno della media europea, il che si potrebbe tradurre in una carenza di circa 8.300 unità portando il valore a quello medio. (Fonte Quotidiano Sanità/Eurostat).

“Abbiamo più che mai bisogno di una assistenza sanitaria degna di tal nome che faccia perno sulle competenze delle nostre ostetriche per supportare la nascita delle nuove famiglie. Sia chiaro allora che, secondo noi, non ha senso pensare di introdurre figure alternative, qualunque esse siano, come l’assistente infermiere, l’assistente alle mamme, o il super oss, senza prima intraprendere, da parte della politica, concreti percorsi valorizzazione di quelle professioni sanitarie che abbiamo già in casa e che rappresentano il nostro punto di forza.

Mettiamo nella condizione le ostetriche di lavorare al meglio delle proprie straordinarie competenze, garantendo un’assistenza post partum più capillare ed equilibrata e forte di una solida organizzazione. Riportiamo le ostetriche negli ambulatori, diamo loro il ruolo che meritano nella ricostruzione indispensabile della sanità territoriale. Occorre allora rivedere, in tal senso, anche lo sproporzionato rapporto ostetriche-posti letti, che oggi si traduce in una ostetrica ogni 15 donne”.

Lo ribadiamo apertamente: nessuna figura surrogata può arrivare a farsi carico di queste elevate responsabilità, ma possono esistere solo figure di supporto alle nostre professioniste, che in alcun modo possono essere rimpiazzate da altre che non hanno e mai avranno il medesimo percorso di studi e la medesima formazione, nonché la medesima esperienza sul campo", conclude De Palma.

Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Calabria. Vitaliano De Salazar commissario pro tempore dell'Azienda Zero

L'incarico al già commissario straordinario dell'Ao di Cosenza è stato deciso dal presidente della Regione, Roberto Occhiuto, in qualità di commissario ad acta per la sanità calabrese. Federsanità: "Con la nomina di De Salazar, manager di indiscusso valore, può ripartire l'azione di rilancio della sanità calabrese".

Sarà il commissario straordinario dell'Ao di Cosenza, **Vitaliano De Salazar**, a guidare la Azienda Zero della Calabria, dopo la morte improvvisa, ad agosto, del commissario Vitaliano De Salazar.

A deciderlo è stato presidente della Regione, **Roberto Occhiuto**, in qualità di commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario.

Soddisfazione da parte di Federsanità Anci Calabria: "Con la nomina ad Azienda Zero di Vitaliano De Salazar, manager di indiscusso valore, può ripartire l'azione di rilancio della sanità calabrese, interrotta qualche mese fa per la morte del Prof. Profiti", si legge in una nota.

"L'istituzione di Azienda Zero – prosegue Federsanità Anci - è stata fortemente voluta dal Presidente Occhiuto, ora si attende di raccogliere i frutti sperati. La nomina di De Salazar, è sicuramente una certezza di professionalità valida per continuare il lavoro e per intraprendere il dialogo ed il confronto con il Ministero della Salute. Federsanità Anci Calabria, esprime soddisfazione per questa nomina, augura buon lavoro a De Salazar".

"Abbiamo persone di alta competenza e professionalità di cui la Calabria può andar fiera, è davvero il momento giusto per cambiare paradigma. Non possiamo e non dobbiamo esser più fanalino di coda della sanità italiana, siamo sulla buona strada" conclude il presidente di Federsanità Anci Calabria **Giuseppe Varacalli**.

Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Covid, influenza e virus respiratorio sinciziale. Come proteggersi. Parte campagna Oms Europa

“Continuare a impegnarsi con le popolazioni vulnerabili per incoraggiare la diffusione dei vaccini contro il Covid-19 e l’influenza, nonché per attuare misure protettive e dissipare informazioni false” è l’appello lanciato ai Governi dall’Ufficio regionale per l’Europa dell’Oms. “Tenersi al sicuro da Covid-19, influenza e Rsv questo autunno e inverno. Proteggere vite umane. Rafforzare i sistemi sanitari” il claim della campagna

È partita la campagna “Tenersi al sicuro da Covid-19, influenza e RSV questo autunno e inverno. Proteggere vite umane. Rafforzare i sistemi sanitari” lanciata **dall’Ufficio regionale per l’Europa dell’Oms**. Una campagna che andrà avanti fino alla fine del 2023.

La campagna, spiega una nota dell’Oms Europa, mira a evidenziare quanto sia fondamentale che le popolazioni vulnerabili si tengano aggiornate sulla vaccinazione contro il Covid-19 e ricevano anche un vaccino antinfluenzale quest’autunno/inverno. Inoltre è importante che ognuno adotti misure individuali per ridurre il rischio di infezione da virus respiratori. La campagna punta inoltre a condividere le migliori pratiche di campagne di protezione sanitaria di successo, compresa la vaccinazione, e altre iniziative in risposta alle infezioni da virus respiratori.

L’appello dell’Oms Europa alle popolazioni vulnerabili e al grande pubblico Gli anziani, le persone con patologie preesistenti e le donne incinte, ricorda l’Oms Europa, corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie gravi dovute a Covid-19, influenza e altre malattie respiratorie e possono trarre grandi benefici dalla vaccinazione. Gli operatori sanitari in prima linea corrono un rischio maggiore di contrarre il Covid-19 e l’influenza a causa della natura del loro lavoro e dovrebbero essere tra i primi a vaccinarsi.

L’Oms Europa raccomanda inoltre che i bambini di età inferiore a 5 anni vengano vaccinati contro l’influenza poiché sono a maggior rischio di influenza grave o complicanze.

Che si tratti di Covid-19 o di influenza, i vaccini salvano vite umane. Rimangono il modo migliore per combattere queste malattie, prevenendo malattie gravi o morte. Oltre alla vaccinazione, ci sono altre cose che tutti possiamo fare per normalizzare la protezione e ridurre la trasmissione dei virus respiratori, ricorda ancora una nota dell’Oms Europa. È importante che ogni individuo misuri il proprio rischio in ogni fase e sostenga le misure quando e dove sono più importanti, come parte della propria routine quotidiana.

Queste misure includono: restare a casa in caso di malessere; lavarsi le mani regolarmente; coprire tosse e starnuti con un fazzoletto o con il gomito piegato e poi lavarsi le mani; portare quanta più aria fresca possibile in casa (quando si è all’interno, aprire finestre o porte quando possibile); indossare una maschera in spazi affollati, chiusi o scarsamente ventilati.

L'appello dell'Oms Europa ai Paesi Continuare a impegnarsi con le popolazioni vulnerabili per incoraggiare la diffusione dei vaccini contro il Covid-19 e l'influenza, nonché per attuare misure protettive e dissipare informazioni false.

Mantenere l'infrastruttura di prevenzione e risposta al Covid-19 e continuare a effettuare il monitoraggio, i test, la segnalazione e la sorveglianza integrata dei virus.

Considerare la somministrazione del vaccino antinfluenzale insieme al vaccino contro il COVID-19, quando possibile.

Lo scenario. Il Covid-19 rimane una minaccia e nuove varianti continuano ad emergere, sottolinea infine Oms Europa. Nei 53 Stati membri della Regione europea dell'Oms, il Covid-19 continua a causare infezioni, ricoveri e decessi.

È quindi probabile che il Covid-19, l'influenza e l'RSV circolino di nuovo contemporaneamente, quest'autunno e inverno: "Questo è preoccupante - conclude la nota - perché quando ciò accade aumenta il rischio per le popolazioni vulnerabili e i servizi sanitari potrebbero essere sotto pressione. Inoltre, la recente adozione di dosi di richiamo del vaccino anti-Covid-19 e del vaccino antinfluenzale tra le popolazioni vulnerabili varia considerevolmente nella regione ed è ancora bassa in modo preoccupante in molti paesi".

S
24

Covid/ Oms, casi in calo del 55% e -34% decessi in ultimi 28 giorni

di *Radiocor Plus*

A livello globale, il numero di nuovi casi di Covid-19 è diminuito del 55% durante i 28 giorni dal 28 agosto al 24 settembre scorsi - rispetto al periodo dei 28 giorni precedenti - con oltre 685.000 nuovi casi segnalati. Il numero di nuovi decessi è diminuito del 34% rispetto al periodo di 28 giorni precedente, con oltre 1900 nuovi decessi segnalati. Lo comunica l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). Dall'inizio della pandemia al 24 settembre a livello globale all'Oms sono stati segnalati oltre 770 milioni di casi, poi confermati, e oltre 6 milioni di decessi.



Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Vaccini antinfluenzali. Da Oms composizione raccomandata per la stagione influenzale dell'emisfero Sud 2024. "Virus A circolati più di B. Ma in Europa prevale il tipo B"

Secondo l'autorità dovranno essere inclusi nei vaccini un virus simile al virus A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09; un virus simile al virus A/Thailand/8/2022 (H3N2); e un virus simile a B/Austria/1359417/2021 (lignaggio B/Victoria). Mentre i vaccini basati su colture cellulari o ricombinanti dovranno contenere: un virus simile al virus A/Wisconsin/67/2022 (H1N1) pdm09; un virus simile al virus A/Massachusetts/18/2022 (H3N2); e un virus simile a B/Austria/1359417/2021 (lignaggio B/Victoria)

“Da febbraio ad agosto 2023 è stata segnalata attività influenzale in tutte le zone e il numero di rilevamenti è stato paragonabile allo stesso periodo di riferimento del 2022. Ma il virus predominante variava tra le aree di trasmissione e i Paesi. A livello globale, i rilevamenti del virus dell'influenza A hanno superato quelli del virus dell'influenza B. Tuttavia, in alcune regioni, l'influenza B ha predominato, tra cui Europa, Nord Africa e Sudamerica tropicale”. E' quanto rileva l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che - dopo una consultazione di 4 giorni - ha annunciato le raccomandazioni per la nuova composizione del vaccino da utilizzare nella prossima 'tornata influenzale' 2024 nell'Emisfero Sud, quello australe.

Gli incontri nell'ambito dei quali si decide il 'cocktail' di virus per i vaccini successivi si tengono due volte l'anno, e permettono di mantenere aggiornate le indicazioni consentendo alla macchina produttiva e autorizzativa dei farmaci di adeguarsi in tempo utile. Ecco dunque i virus che, secondo l'Agenzia Onu per la salute, dovranno essere inclusi nei vaccini trivalenti basati su uova nell'emisfero meridionale nella stagione influenzale 2024: un virus simile al virus A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09; un virus simile al virus A/Thailand/8/2022 (H3N2); e un virus simile a B/Austria/1359417/2021 (lignaggio B/Victoria). Mentre i vaccini basati su colture cellulari o ricombinanti dovranno contenere: un virus simile al virus A/Wisconsin/67/2022 (H1N1) pdm09; un virus simile al virus A/Massachusetts/18/2022 (H3N2); e un virus simile a B/Austria/1359417/2021 (lignaggio B/Victoria).

Per i vaccini quadrivalenti basati su colture di uova o cellule o ricombinanti, l'Oms raccomanda l'inclusione del seguente componente del lignaggio B/Yamagata: un virus simile a B/Phuket/3073/2013 (lignaggio B/Yamagata). “Le raccomandazioni emesse - spiega l'Oms - vengono utilizzate dalle agenzie nazionali regolatorie e dalle aziende farmaceutiche per sviluppare, produrre e concedere in licenza vaccini antinfluenzali per la successiva stagione. L'aggiornamento periodico dei virus contenuti nei vaccini antinfluenzali è necessario affinché i vaccini siano efficaci a causa della natura in costante evoluzione dei virus influenzali, compresi quelli circolanti che infettano gli esseri umani”.

2 ottobre 2023

Il Nobel per la Medicina 2023 è stato assegnato a Katalin Karikó e Drew Weissman per avere gettato le basi per i vaccini a mRNA messaggero che hanno reso possibili i vaccini anti Covid-19. Lo ha deciso l'Assemblea del Nobel presso il Karolinska Institutet. «Le scoperte dei due premi Nobel sono state fondamentali per lo sviluppo di vaccini a mRNA efficaci contro il Covid-19 durante la pandemia iniziata all'inizio del 2020. Grazie alle loro scoperte rivoluzionarie, che hanno cambiato radicalmente la nostra comprensione del modo in cui l'mRNA interagisce con il nostro sistema immunitario, i due premiati hanno contribuito al ritmo senza precedenti di sviluppo di vaccini durante una delle più grandi minacce alla salute umana nei tempi moderni», afferma il Comitato per il Nobel.

Consigliati per te[Accedi e personalizza la tua esperienza](#)

Riproduzione riservata ©

Strumenti diagnostici all'avanguardia come la biopsia sinoviale e terapie avanzate che restituiscono al paziente una migliore qualità della vita fino - in alcuni casi - alla remissione della malattia. E ancora la creazione di un registro italiano della Fibromialgia promosso dalla Società Italiana di Reumatologia (SIR), la formazione in ambito reumatologico dei medici di medicina generale ed il trasferimento della struttura di Reumatologia dall'Ospedale San Giovanni Bosco all'Ospedale del Mare. Sono queste alcune novità al centro del Terzo Congresso regionale congiunto Società Italiana di Reumatologia (SIR) e Collegio dei Reumatologi Italiani (CREI) in programma a Napoli il 29 e 30 settembre 2023



Napoli, 30 settembre 2023 - La Sanità pubblica in ambito reumatologico oggi è dotata di innovazioni diagnostiche sempre più sofisticate come la biopsia sinoviale e strumentali come l'ecografia articolare e la capillaroscopia; inoltre si avvale di terapie sempre più avanzate grazie ai nuovi farmaci, più efficaci e semplici da somministrare.

Tutto questo consente non solo una diagnosi precoce delle malattie reumatiche ma soprattutto l'implementazione di cure mirate e personalizzate, restituendo al paziente una qualità di vita decisamente migliore; in alcuni casi si può assistere persino alla remissione della malattia. Ma è fondamentale il tempismo, la diagnosi precoce appunto, la presa in carico da parte di un team multidisciplinare che gestisca i vari aspetti clinici di queste patologie reumatiche sistemiche e la creazione di una "rete reumatologica regionale" tra specialisti che coinvolga anche i medici di medicina generale sul territorio.

La Campania si conferma una Regione sempre più all'avanguardia nella gestione delle malattie reumatiche che colpiscono almeno 5 milioni e mezzo di italiani che spesso aspettano anni per avere una diagnosi corretta. Secondo la Società Italiana di Reumatologia infatti i pazienti possono arrivare ad

aspettare circa 7 anni per una diagnosi di Artrite psoriasica, di Spondilite anchilosante e di Fibromialgia, circa 3 anni per una diagnosi di Sclerosi Sistemica e circa 2 anni per l'Artrite Reumatoide.



Prof. Enrico Tirri

Inoltre, almeno un milione di italiani non sa ancora di essere malato e non riesce a dare una spiegazione ai dolori che lo tormentano. Anche in Campania il ritardo diagnostico è sovrapponibile al dato italiano, anche se negli ultimi anni c'è stato un sensibile miglioramento per la sempre maggiore conoscenza delle malattie reumatiche.

È quanto emerge dal terzo Congresso Regionale Campano congiunto della SIR (Società Italiana di Reumatologia) e del Crei (Collegio dei Reumatologi Ospedalieri) organizzato da Enrico Tirri, Direttore dell'Unità Operativa di Reumatologia dell'Ospedale San Giovanni Bosco e dell'Ospedale del Mare, Docente della Scuola di Specializzazione di Reumatologia dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e Consigliere Nazionale della Società Italiana di Reumatologia.

Le malattie reumatiche si presentano con dolori diffusi e danni articolari che se non trattati adeguatamente possono portare il paziente ad invalidità permanente. Inoltre, sin dal loro esordio hanno forti ripercussioni sull'umore del paziente che tende ad isolarsi dalla vita sociale e ad assentarsi dal lavoro.

A differenza di quanto si possa pensare, queste patologie, soprattutto le malattie reumatiche autoimmuni, colpiscono una popolazione giovane e nel pieno del percorso lavorativo (30-50 anni); secondo il Ministero della Salute rappresentano la condizione clinica cronica più diffusa in Italia e sono la prima causa di assenza dal lavoro e la seconda per invalidità, con costi elevatissimi per il Sistema Sanitario

Nazionale. Anche perché sono spesso malattie sistemiche che possono colpire occhi, polmoni, pelle, sistema vascolare e cardiovascolare, in alcuni casi anche i reni.

È stata ampiamente descritta la diversa prevalenza di malattie reumatiche tra uomini e donne: i dati presentano una notevole disparità di genere a favore delle donne in alcune malattie reumatiche autoimmuni come il Lupus eritematoso sistemico, la Sclerosi Sistemica e la Sindrome di Sjogren con rapporto donne/uomini di 9:1. Anche l'Artrite Reumatoide colpisce due tre volte in più le donne rispetto agli uomini mentre la Spondilite Anchilosante è più frequente negli uomini. Anche la recente pandemia da Covid-19 nei pazienti colpiti dal virus ha contribuito a slatentizzare molte patologie autoimmuni che erano "spente" dal punto di vista clinico e che si sono "riaccese" favorendo un incremento delle stesse.

Diagnosi precoce è la parola chiave per la cura delle malattie reumatiche; tra le novità diagnostiche la biopsia sinoviale, come afferma il Responsabile Scientifico del Congresso Enrico Tirri: "Stiamo implementando una partnership tra la Reumatologia dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" diretta dal prof. Francesco Ciccìa e la Reumatologia della Queen Mary University di Londra diretta prof. Costantino Pitzalis, Centri di eccellenza internazionali per la ricerca in Reumatologia; entrambi saranno tra i relatori del Congresso".

"Tra le novità diagnostiche, voglio sottolineare l'importanza della biopsia sinoviale che è un esame della sinovia, la membrana che riveste le articolazioni che è colpita dal processo infiammatorio immunomediato - ha spiegato Tirri - Una volta individuata con l'esame istologico della sinovia il tipo di danno articolare è più facile indirizzare il paziente verso una terapia mirata e personalizzata, evitando cure inutili, talvolta dispendiose, riducendo il rischio di tossicità per l'organismo. La Reumatologia diretta dal prof. Francesco Ciccìa sta collaborando con il prof. Pitzalis per implementare sempre più questa diagnostica avanzata ed innovativa in pazienti selezionati, al momento a scopo di ricerca. Da qualche mese stiamo iniziando a collaborare anche noi a questo ambizioso progetto scientifico, con l'equipe da me diretta".

La capillaroscopia è un altro esame molto importante che permette di valutare i pazienti che presentano alterazioni della microcircolazione come ad esempio il "Fenomeno di Raynaud", che è caratterizzato da un vasospasmo in presenza di uno stimolo scatenante come sbalzo di temperatura o stress emotivi, può colpire sia le mani che i piedi.

"Con questo esame possiamo scoprire se la modifica del colorito delle mani o dei piedi nasconde una patologia autoimmune del tessuto connettivo. Il Fenomeno di Raynaud infatti può essere di tipo primario, quando cioè si limita ad una alterazione della microcircolazione, oppure secondario, quando associato a

patologie reumatiche autoimmuni sistemiche. La nostra struttura è tra le poche in Campania a praticare questo esame che può favorire la diagnosi precoce di una malattia reumatica autoimmune con un esame non invasivo, facilmente ripetibile e poco costoso. Inoltre abbiamo istituito da qualche mese anche un ambulatorio delle Connettiviti dove accedono pazienti affetti da Lupus eritematoso sistemico, Sindrome di Sjogren, Sclerosi sistemica, Connettivite indifferenziata ecc.”.

Anche i medici di medicina generale sono fondamentali per la diagnosi precoce delle malattie reumatiche perché se adeguatamente formati riescono ad indirizzare rapidamente il paziente dallo specialista reumatologo recuperando tempo prezioso: “Quando il paziente presenta i sintomi iniziali di una patologia reumatica, le così dette “red flags” il medico di medicina generale facilmente può individuare il paziente da indirizzare allo specialista reumatologo. Il medico di medicina generale è il nostro front-office sul territorio, spesso organizziamo corsi di reumatologia a loro dedicati. Credo che debbano essere parte attiva della “rete reumatologica” che vede coinvolti ospedale e territorio a beneficio della presa in carico immediata del malato reumatico”.

Riguardo alle nuove terapie, oltre ai farmaci biotecnologici somministrati per via sottocutanea abbiamo i Jak inibitori che sono farmaci somministrati per via orale: “La somministrazione orale di farmaci come i JAK inibitori oltre che per l’Artrite Reumatoide hanno trovato anche indicazione nell’Artrite Psoriasica e nella Spondilite Anchilosante. Quanto ad efficacia, i nuovi farmaci biotecnologici per la cura del Lupus Eritematoso Sistemico stanno dando ottimi risultati per i pazienti che non hanno risposto alle terapie tradizionali, così come le terapie innovative biotecnologiche per l’osteoporosi. Inoltre tra i farmaci biotecnologici le anti interleuchine 17 e 23 si stanno rivelando molto efficaci e sicuri sia per quanto riguarda l’aspetto articolare e cutaneo dei pazienti affetti da Artrite psoriasica”.

Anche il follow-up del malato reumatico beneficia delle nuove tecnologie: “Il nostro Centro monitora costantemente i pazienti che seguono la terapia biotecnologica per le artriti infiammatorie, con un ambulatorio loro dedicato. Ogni tre/sei mesi i pazienti vengono alla nostra osservazione con esami di laboratorio specifici. Grazie all’ecografia articolare, esame non invasivo e di basso costo, possiamo avere informazioni precise sull’infiammazione articolare indirizzando e modificando anche la nostra scelta terapeutica. L’ecografo che abbiamo oggi a disposizione presso la nostra struttura è di ultima generazione utile anche nella diagnostica strumentale delle malattie rare reumatologiche di cui siamo Centro Certificatore di riferimento Regionale”.

E sempre nell’ottica della continua innovazione, per quanto riguarda l’ASL Napoli 1 Centro a breve l’Unità Operativa di Reumatologia diretta dal prof. Enrico Tirri sarà trasferita con tutte le sue attività dall’Ospedale San Giovanni Bosco all’Ospedale del Mare dove sarà possibile ampliare le collaborazioni con i dermatologi, gastroenterologi, oculisti, nefrologi, chirurghi ortopedici, fisiatristi ecc. con posti di Day Hospital dedicati alla Reumatologia.

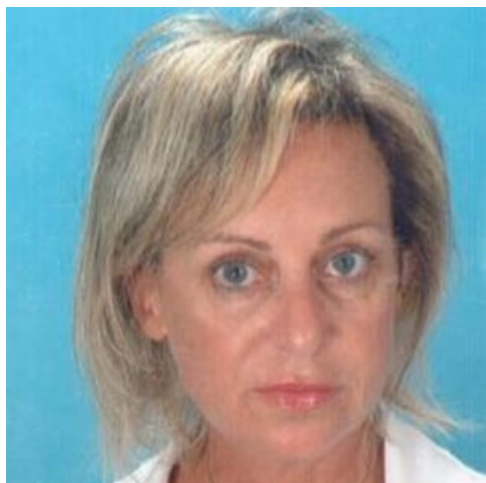
Infine, anche per la Fibromialgia ci sono novità importanti: “La Società Italiana di Reumatologia di cui sono Consigliere Nazionale sta portando avanti da anni una sua battaglia per farla riconoscere tra le patologie invalidanti; inoltre sta realizzando un Registro Italiano della Fibromialgia, a cui il nostro Centro partecipa, per far emergere definitivamente il numero dei pazienti reali. Basti pensare che solo in Campania ne soffrono oltre 100.000 persone. E la nostra Regione affiancata da noi specialisti reumatologi mostra grande attenzione verso i pazienti fibromialgici con tavoli tecnici dedicati”.



Firenze, 30 settembre 2023 - Nel corso della vita il 50% circa della popolazione generale presenta alterazioni del sonno e della vigilanza di rilevanza clinica e i disturbi del sonno sono tra le patologie in assoluto più frequenti nella popolazione adulta.

Tra i principali disturbi del sonno c'è l'insonnia, definita come una persistente difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, o una riduzione della durata del sonno nonostante le opportunità e le circostanze siano adeguate, con una compromissione delle funzioni diurne.

Se n'è discusso in occasione della sessione “Nuove prospettive nel trattamento dell'insonnia”, che si è svolta in occasione del 62esimo Congresso Nazionale della SNO - Scienze Neurologiche Ospedaliere, in corso a Firenze. Ad intervenire sul tema la prof.ssa Enrica Bonanni, responsabile del Centro di Medicina del Sonno della UO di Neurologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.



Prof.ssa Enrica Bonanni

“L’epidemiologia dell’insonnia - ha fatto sapere Bonanni - evidenzia come sia un problema comune in tutto il mondo: circa 1/3 della popolazione adulta riferisce di averla sperimentata per un breve periodo e il 10-15% è affetto da una forma cronica. L’insonnia cronica è un disturbo che raramente va incontro ad una remissione spontanea; a questo riguardo alcuni studi indicano che nell’85% dei pazienti è ancora presente dopo due anni e che può persistere per 10 anni o più nel 15-50% dei casi”.

I principali fattori di rischio per l’insonnia cronica sono stati individuati nel sesso femminile, specialmente nel periodo della menopausa, con una stima del disturbo in circa il 14% degli adulti di 18-34 anni e nel 40-60% nei soggetti con età superiore ai 65 anni.

Altro importante fattore di rischio è il turnismo, con una prevalenza doppia nei lavoratori notturni rispetto ai lavoratori diurni e superiore ai turni in rotazione. “I vari studi - ha spiegato la neurologa - riportano una familiarità nell’insonnia del 34%-55% ed è stata riportata un’aggregazione familiare con elevata ereditarietà”.

L’insonnia è un disturbo delle 'ventiquattro ore' con sintomi notturni e diurni: “I sintomi notturni - ha fatto sapere Bonanni - comprendono la difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, al risveglio precoce al mattino, la resistenza ad andare a letto e la difficoltà a dormire senza il caregiver (nei bambini e negli anziani dementi). Per quanto riguarda i sintomi diurni, il paziente o un genitore o caregiver riferiscono fatica/malessere, compromissione di attenzione, concentrazione o memoria, compromissione delle prestazioni sociali, familiari, lavorative o scolastiche”.

Altri aspetti includono la durata, a seconda che l'insonnia duri meno o più di 3 mesi (acuta o cronica), la gravità, definita in genere sulla base della frequenza (superiore a 3 volte la settimana), la modalità di presentazione nel corso della notte (iniziale, centrale o terminale). Inoltre, il grado di disturbo del sonno richiesto per connotarne il significato clinico varia con l'età.

“La latenza di sonno e la veglia infrasonno sono normali fino a 20 minuti nei bambini e giovani adulti - ha detto Bonanni - e inferiori a 30 minuti nella mezza età e anziani”. Quanto al sintomo di risveglio precoce, richiede che il sonno termini 30 minuti prima di quanto desiderato e una concomitante riduzione del tempo totale di sonno rispetto al pattern di sonno precedente.

Alle attuali difficoltà nel sonno, poi, vengono occasionalmente attribuite anche cefalea e disturbi gastrointestinali. Ma quali sono le principali complicanze dell'insonnia? “Un aumentato rischio di depressione, ipertensione, disabilità lavorativa e prolungato uso di farmaci o prodotti da banco”.

Tra i disturbi del sonno anche la narcolessia, che rientra nel gruppo delle patologie rare, secondo quanto stabilito dal ministero della Salute nel 1998, e colpisce tra lo 0,02% e l'1,16% della popolazione caucasica.

“Nella narcolessia - ha fatto sapere la neurologa - i meccanismi che regolano la comparsa di veglia, sonno REM e sonno NREM e la loro successione sono alterati ed è presente una dissociazione delle componenti del sonno REM (sogni, atonia muscolare), che possono comparire indipendentemente e anche durante la veglia”. L'età di insorgenza più tipica della narcolessia è nell'adolescenza o nella prima età adulta, ma “può comparire a qualunque età”.

Una sintomatologia clinica dominata dalla eccessiva sonnolenza diurna, invece, è l'ipersonnia, che può essere associata a disturbi psichiatrici: “Abbiamo un sottotipo associato a disturbi dell'umore (depressione atipica, disturbo bipolare di tipo II, disturbo affettivo stagionale con craving per carboidrati, fatica, perdita concentrazione, aumento di peso) - ha spiegato la prof.ssa Bonanni - e un sottotipo associato invece a disturbi somatoformi o da conversione (pseudo ipersonnie, pseudonarcolessie e pseudo cataplessie)”.

Quando si effettua una visita per eccessiva sonnolenza diurna, ha quindi chiarito l'esperta, è necessario “assicurarsi che sia vera sonnolenza e non stanchezza o fatica; raccogliere l'anamnesi anche con un testimone; escludere cause di sonno insufficiente o di scarsa qualità utilizzando anche il diario del sonno,

o e/o l'actigrafo; valutare l'associazione con altre patologie e la storia farmacologica (che deve includere le abitudini all'uso di alcool)".

Capitolo a parte sono i disturbi del respiro correlati al sonno, che consistono in sindromi caratterizzate da fenomeni respiratori anomali (apnee, ipopnee, ipoventilazione) presenti durante il sonno. La patologia più frequente è la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), che si caratterizza per ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree superiori, mentre il controllo centrale della respirazione e dei movimenti toracici ed addominali è preservata.

I più recenti dati epidemiologici nella popolazione di Losanna indicano che tra i 40 e gli 85 anni la prevalenza è del 49,7% nel sesso maschile e del 23,4% in quello femminile. Pur essendo stato osservato che negli ultimi 20 anni l'incremento della prevalenza dell'OSAS è associato all'incremento della prevalenza e severità dell'obesità, tale patologia è significativamente presente anche in soggetti normopeso.

“La sua prevalenza aumenta dopo la menopausa- ha fatto sapere l'esperta- e ha valori stimati tra il 14 ed il 45% nella fase più avanzata della gravidanza. Dati internazionali, inoltre, stimano che sia pari o superiore all'80% il numero dei soggetti con OSAS che non sanno di esserne affetti. L'OSAS, bisogna poi ricordare, è responsabile del 21,9% degli incidenti stradali. Questo rischio è più che doppio rispetto a quello imputabile all'abuso di alcool e/o al consumo di ansiolitici o cannabis”. Infine, le parasonnie NON REM (chiamate anche disordini dell'Arousal), che comprendono il risveglio confusionale, il terrore del sonno e il sonnambulismo e che presentano una importante componente genetica, con una familiarità fino all'80% dei casi.

“Le parasonnie consistono in episodi ricorrenti di risveglio incompleto dal sonno, con risposta inadeguata o assente agli sforzi altrui per intervenire o riorientare la persona durante l'episodio - ha spiegato infine la prof.ssa Bonanni - limitata o nessuna associazione con attività mentale o immaginario onirico (ad esempio, una singola scena visiva); amnesia parziale o completa per l'episodio. L'individuo può continuare ad apparire confuso e disorientato per diversi minuti o più dopo l'episodio. Questi eventi sono considerati parafisiologici fino ai 10-12 anni, quando la maturazione cerebrale non ha ancora portato ad un sonno stabile, mentre la comparsa o il persistere dopo questa età deve spingere il clinico a considerare eventuali comorbidità (ad esempio, disturbo respiratorio in sonno)”.



Le applicazioni dell'IA consentiranno una diagnosi più precisa e una migliore assistenza ai bambini malati con la possibilità di fornire terapie personalizzate. Quattro i progetti rivoluzionari che saranno al vaglio della 48esima edizione del Congresso nazionale AIEOP, in programma a Bologna dal 2 al 4 ottobre



Bologna, 30 settembre 2023 - Negli ultimi anni l'Intelligenza Artificiale ha dimostrato di essere una forza trainante nell'ambito medico, contribuendo a migliorare le diagnosi, le terapie e la comprensione delle malattie. L'oncoematologia pediatrica non è da meno e, grazie alla collaborazione tra centri specializzati e iniziative europee, l'IA sta mostrando il suo potenziale rivoluzionario.

Il 48esimo Congresso
Nazionale AIEOP(Associazione

Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica), in programma da lunedì 2 a mercoledì 4 ottobre all'Hotel Savoia Regency di Bologna, presenterà una sessione dedicata proprio all'applicazione dell'Intelligenza Artificiale in questo campo vitale.

“Anche quest'anno il nostro congresso - dichiara Arcangelo Prete, presidente di AIEOP - porrà l'attenzione su diversi aspetti innovativi della gestione dei pazienti pediatrici con patologie oncoematologiche. Oltre a occuparci di nuovi farmaci e di nuovi approcci terapeutici, affronteremo anche il tema più che mai attuale dell'intelligenza artificiale e di come questa stia entrando concretamente nella gestione quotidiana dei nostri pazienti”.



Dott. Arcangelo Prete

Tra le iniziative più innovative che coinvolgono i centri AIEOP e che saranno illustrate dalla prof.ssa Raffaella Colombatti (Università di Padova) durante il convegno annuale dell'associazione spicca il Progetto DL4H - Deep Learning for Health, che mira a rivoluzionare l'approccio clinico, organizzativo e assistenziale in oncoematologia pediatrica. Utilizzando algoritmi di apprendimento automatico, il prototipo sviluppato è in grado di estrarre conoscenze utili dai dati clinici e organizzativi. Questo approccio apre nuove strade per una diagnosi più precisa e una migliore assistenza ai bambini affetti da malattie ematologiche e oncologiche.

Si chiama invece UNICA4EU l'iniziativa europea per l'Intelligenza Artificiale contro il Cancro Infantile. Finanziata dall'UE, ha l'obiettivo di mappare l'attuale panorama delle applicazioni dell'IA per le patologie oncologiche pediatriche, compresi i modelli di cura. Un portale unico sarà creato per ospitare risorse e informazioni sull'oncoematologia pediatrica, consentendo una migliore cooperazione e un utilizzo più ampio delle applicazioni cliniche dell'IA.

Il progetto GENOMED4ALL - Genomica e Medicina Personalizzata, con un budget di ben 9,9 milioni di euro, si concentra poi nello specifico sull'applicazione dell'IA alle malattie emato-oncologiche. Attraverso l'integrazione di dati omici con dati clinici si punta a fornire terapie personalizzate per pazienti con patologie come il Mieloma Multiplo e la Malattia Drepanocitica. Questo approccio innovativo aprirà nuove opportunità per la medicina personalizzata.

A completare il quadro è infine SYNTHEMA - Generazione Sintetica di Dati Ematologici. Questo progetto, finanziato dall'Horizon Europe - il Programma quadro dell'Unione Europea per la ricerca e l'innovazione per il periodo 2021-2027 - con un budget di 6,6 milioni di euro, affronta la sfida della carenza di dati nelle patologie rare ematologiche. L'IA verrà utilizzata in questo caso per creare dati sintetici, simili alla realtà, utili a migliorare la comprensione delle malattie e a supportare la ricerca clinica.

Il convegno annuale di AIEOP, nell'apposita sessione prevista per martedì 3 ottobre, alle ore 8.30, metterà in luce questi progetti pionieristici, dimostrando come l'IA stia rivoluzionando la cura dei bambini affetti da malattie ematologiche e oncologiche. Questo evento è aperto non solo agli addetti ai lavori, ma anche al pubblico generalista interessato a comprendere come l'Intelligenza Artificiale possa contribuire a salvare vite e migliorare la qualità della cura nei bambini.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 02 OTTOBRE 2023

Il valore straordinario degli anziani

Gentile Direttore,

oggi, 2 Ottobre, i garanti dei diritti degli anziani di Italia vogliono celebrare questa giornata speciale dedicata a coloro che rappresentano la saggezza, la storia, e l'amore inestimabile per il nostro Paese: i nostri anziani. Desideriamo esprimere il nostro affetto e la nostra profonda gratitudine per le generazioni che ci hanno preceduto e che continuano a illuminare il nostro cammino.

Gli anziani sono un tesoro vivente, custodi preziosi della nostra storia, delle nostre tradizioni e dei valori che ci rendono una comunità unica. Le loro storie sono fili intrecciati nella trama della nostra società, testimoni di epoche passate, di sfide superate e di conquiste straordinarie. Sono le nostre guide attraverso il labirinto del tempo, e ogni loro racconto è un dono inestimabile.

Ma il loro contributo va ben oltre la conservazione della storia. Gli anziani sono i pilastri delle nostre famiglie, portatori di saggezza e affetto senza fine. Sono fonte di ispirazione per le generazioni più giovani, trasmettendo conoscenze, valori morali e un senso di appartenenza che solo l'esperienza di vita può offrire. La loro gentilezza, il loro sorriso e la loro presenza illuminano le giornate di chi li circonda, donando un calore che solo loro possono offrire.

In questa Giornata Internazionale dell'Anziano, invitiamo ciascuno di noi a prendersi del tempo per onorare i nostri nonni e le nostre nonne. Abbracciamoli, ascoltiamo le loro storie, condividiamo il nostro amore e la nostra gratitudine. Diamo loro il riconoscimento che meritano e impariamo dalle loro esperienze preziose.

Ricordiamoci che il valore degli anziani non si esaurisce in un solo giorno, ma è un tesoro duraturo che arricchisce la nostra comunità ogni giorno. Coltiviamo il legame speciale con loro, perché sono il cuore pulsante delle nostre famiglie e della nostra società.

Insieme, possiamo celebrare e preservare il grande valore sociale e storico degli anziani, rendendo ogni giorno un omaggio alla loro straordinaria eredità di amore e saggezza.

Laila Perciballi

Garante Roma

Vincenzo Costantino

Garante Alessandria

Giancarlo Roio

Garante Pescara

Antonio Coppola

Garante Sorrento

Daniela Cabras

Garante Fiorenzuola d'Arda

Paolo Tanganelli

Garante Genova

Silvia Antichetti
Garante Arezzo

Carlo Effendi
Garante di Tortona

Bullismo e disabilità, gli studenti: «Punire è giusto, ma inutile. Serve comunicare»

Accorciare la distanza tra studenti e insegnanti è la carta vincente. È questo il parere dei giovani che hanno partecipato ad un'indagine condotta dal progetto nazionale "Inclusi. Dalla scuola alla vita, andata e ritorno" in diverse scuole italiane sulla relazione bullismo-disabilità

di Isabella Faggiano



«Punire chi sbaglia è giusto, ma è del tutto inutile se sbagliando non s’impara». È in questa frase che potrebbe essere sintetizzato il pensiero degli studenti chiamati ad esprimersi sul fenomeno del bullismo nelle scuole, in particolare sugli episodi che coinvolgono persone con disabilità. L’indagine esplorativa è stata condotta da **“Inclusi. Dalla scuola alla vita, andata e ritorno”**, progetto triennale selezionato da **“Con i Bambini”** nell’ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, che coinvolge organizzazioni del Terzo settore in tutta Italia nel promuovere una scuola e un territorio equi e accessibili a tutti.

Di bullismo e disabilità non si parla

«Dalle parole dei giovani intervistati è emersa l’esigenza di relazionarsi meglio e più assiduamente con gli adulti di riferimento che, in questo contesto, sono gli insegnanti», spiega **Giovanni Merlo**, direttore di **Ledha** (Lega per i diritti delle persone con disabilità) che fa parte del progetto Inclusi, in un’intervista a *Sanità Informazione*. L’indagine è stata avviata per colmare un’evidente lacuna: «Se di bullismo si parla sempre più spesso negli

ultimi anni, tanto che sono numerosissimi gli studi in materia, resta del tutto inesplorata la relazione tra bullismo e disabilità, rapporto che può vedere la persona con disabilità rivestire entrambi i ruoli, sia quello di vittima, che di artefice, soprattutto quando la disabilità è di tipo cognitivo», aggiunge Merlo.

Bullismo: i dati Istat

Secondo gli ultimi dati Istat diffusi sull'argomento **metà degli studenti** tra gli 11 e i 17 anni è stata vittima di bullismo da parte dei propri coetanei con offese verbali, derisione per l'aspetto fisico o il modo di parlare, esclusione dal gruppo a causa del proprio credo o delle proprie opinioni, fino alla violenza fisica. Il fenomeno si inasprisce quando si entra nell'ambito del cyberbullismo, che nasce da una dinamica di gruppo, dove i soggetti coinvolti si sostengono reciprocamente e gli attori principali non sono solo il "bullo" e la "vittima", ma l'intero gruppo classe, insegnanti inclusi. «Nelle statistiche ufficiali i bambini e i ragazzi con disabilità sono "invisibili", eppure qualsiasi condizione di disabilità espone lo studente a un maggior rischio di essere vittima del bullismo, in particolare in quei contesti di classe in cui non si creano le condizioni per comprenderla – commenta il direttore Merlo -. Chi compie atti di bullismo verso le persone con disabilità risponde in genere alla necessità di "proiettare" sull'altro, e quindi allontanare».

Come si è svolta l'indagine

Le organizzazioni partner del progetto "Inclusi", per condurre l'indagine su bullismo e disabilità, **hanno coinvolto 612 studenti** di 10 scuole, tra secondarie di primo grado e corsi di formazione professionale, e un centro di aggregazione giovanile, in otto città (variando tra grandi e piccoli centri urbani) di quattro regioni italiane (Lombardia, Marche, Lazio e Campania). Le attività proposte si basano su strumenti formativi che hanno messo i ragazzi nella condizione di gioco per esprimere le loro capacità empatiche, gli orientamenti valoriali e il grado di consapevolezza delle azioni. Alcuni esempi di queste attività educative sono: il circle time (gruppo di discussione in cerchio dove ognuno può esprimere la sua opinione), il role playing (interpretazione di ruoli), le drammatizzazioni e, non ultimo, un questionario a cui i ragazzi hanno risposto mettendosi di fronte a situazioni verosimili di bullismo, elaborate a partire da casi reali, nei confronti di ragazzi con disabilità.

I risultati

Dall'insieme delle attività emerge con chiarezza il punto di vista dei ragazzi: «Credono che **gli insegnanti possano fare la differenza** e chiedono loro di intervenire non con un atteggiamento punitivo ma impegnandosi in una vera educazione alla diversità e di superare lo stereotipo del "bullo cattivo" e della "vittima indifesa" – sottolinea il direttore di Ledha-. La richiesta che viene posta agli adulti è quella certamente di esserci, di essere coerenti e affidabili, di essere i primi a credere che il bullismo, anche quando

coinvolge i ragazzi con disabilità, non sia un fenomeno ineluttabile e quasi “naturale”. Un fenomeno che si può prevenire, contrastare e risolvere: più con le riflessioni che – dice Merlo, sintetizzando le risposte dei ragazzi – con le punizioni. Lavorando per avvicinare, anziché separare».

Progetti futuri

In altre parole, i ragazzi da un lato si rendono conto che troppo spesso sottovalutano il problema e dall'altro cercano negli insegnanti una soluzione, riconoscendo in loro il ruolo di educatori necessari nella prevenzione e nel contrasto del bullismo in classe, usando gli strumenti del dialogo e della condivisione, al posto delle punizioni. «Alla fine del progetto **realizzeremo una campagna di comunicazione rivolta agli insegnanti**, affinché possano conoscere il parere degli studenti e – conclude il direttore di Ledha – farne tesoro».

Specifiche **terapie comportamentali** possono essere molto efficaci nel ridurre le sofferenze percepite da coloro che soffrono di **mal di schiena cronico** primario. Uno studio condotto dalla University of Colorado Anschutz Medical Campus (Stati Uniti) ha dimostrato l'efficacia della cosiddetta «**terapia di rielaborazione del dolore**» (Prt), la quale consiste nell'utilizzo di terapie di tipo cognitivo-comportamentale che aiutino il paziente a ricondurre l'origine del dolore a **processi cerebrali** reversibili, anziché ad effettivi **danni fisiologici**. I risultati del lavoro sono stati pubblicati sulla rivista **Jama Network Open**.

Il sollievo può arrivare dall'affrontare le cause cerebrali del dolore

Lo studio ha coinvolto in totale 151 pazienti, di cui 81 donne e 70 uomini di età compresa fra i 21 e i 70 anni, che all'inizio dello studio riportavano **dolore cronico primario** alla schiena di moderata intensità. I pazienti sono poi stati divisi in tre gruppi: uno trattato con placebo, un altro con i **trattamenti tradizionali** e un altro ancora con la Prt. Prima dell'inizio e dopo la fine del ciclo dei tre diversi tipi di trattamento ai pazienti è stato chiesto di esprimere in una scala da 0 a 10 il livello di **dolore percepito**. I partecipanti hanno anche descritto quale pensassero fosse l'origine o la causa del proprio dolore fisico. «Spesso le discussioni con i pazienti si concentrano sulle **cause biomediche** del dolore», spiega Ashar. «Il **ruolo del cervello** viene discusso raramente. Con questa ricerca – sottolinea – vogliamo fornire ai pazienti il massimo sollievo possibile esplorando diversi trattamenti, compresi quelli che affrontano le **cause cerebrali** del dolore cronico».

Pochissimi pazienti credono che il loro cervello abbia qualcosa a che fare con il dolore

Secondo i risultati dello studio, i pazienti sottoposti a Prt che attribuiscono il dolore a **processi cerebrali** è aumentato rispetto a quanto riscontrato prima all'inizio dello studio. In particolare, i ricercatori hanno scoperto che due terzi delle persone trattate con Prt hanno riferito di non soffrire più o quasi dopo il trattamento, rispetto a solo il 20% dei **controlli con placebo**. «Questo studio è di fondamentale importanza perché le **attribuzioni del dolore** da parte dei pazienti sono spesso imprecise», dice Ashar. «Abbiamo scoperto che pochissime persone credevano che il loro cervello avesse qualcosa a che fare con il dolore. Ciò può essere inutile e dannoso – continua – quando si tratta di pianificare il recupero poiché le attribuzioni del dolore guidano le principali **decisioni terapeutiche**, ad esempio se sottoporsi a un **intervento chirurgico** o a un trattamento psicologico». Prima del trattamento Prt, solo il 10% delle attribuzioni dei partecipanti al trattamento Prt erano legate alla mente o al cervello. Tuttavia, dopo il Prt, questa percentuale è aumentata al 51%.

Un cambiamento di prospettiva può aiutare i pazienti a ottenere i risultati migliori

Lo studio ha rivelato che più i partecipanti passavano a considerare il loro dolore come dovuto a **processi mentali o cerebrali**, maggiore era la riduzione dell'**intensità del dolore** cronico alla schiena che riferivano. «Questi risultati – evidenzia Ashar – dimostrano che il **cambiamento di prospettiva** sul ruolo del cervello nel dolore cronico può consentire ai pazienti di ottenere risultati migliori». Secondo i ricercatori, una delle ragioni potrebbe essere che quando i pazienti comprendono che la loro sofferenza dipende da **processi cerebrali**, apprendono che non c'è niente di sbagliato nel loro corpo e che il dolore è un «falso allarme».

generato dal cervello. E quindi non c'è bisogno di averne paura. I ricercatori sperano che questo studio incoraggi gli **operatori sanitari** a parlare ai loro pazienti delle ragioni delle loro sofferenze e a discutere le cause al di fuori di quelle biomediche.

Sempre meno soldi sulla Sanità prestazioni in calo anche al Nord

Nelle previsioni del governo la spesa in rapporto del Pil è destinata a scendere ancora: siamo al 6%, Francia e Germania al 10 Stangata anche per le Regioni più efficienti. Dove ormai per un'ecografia si attende un anno e anche la prevenzione rallenta

DI MICHELE BOCCI

Aspettare un anno per fare una banale ecografia all'addome o rimanere per sei mesi senza alcuna notizia sui tempi dell'intervento alla spalla. Il tutto mentre gli screening oncologici barcollano e dai reparti ospedalieri si alza il grido d'allarme di medici e infermieri, che sostengono di essere troppo pochi. Nella sanità italiana i problemi non ci sono solo a sud della Toscana. Anche i ricchi piangono. Il defianziamento, che tra l'altro il governo non sembra intenzionato ad arrestare viste le stime della NadeF sul rapporto tra spesa e Pil, sta facendo vacillare realtà come il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e appunto la Toscana, cioè quelle realtà che in tempo erano definite benchmark, cioè punti di riferimento, per tutte le altre.

Negli assessorati e nelle presidenze sono tutti ben consapevoli che così non si può andare avanti, che per la sanità ci vorrebbero più soldi. Per questioni politiche, però, la gran parte delle Regioni tacciono.

Rapporto spesa/Pil in discesa

Quanti soldi saranno riservati alla sanità si capirà più avanti, quando si chiuderà la manovra. Ma i segnali non sono buoni. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci per l'anno prossimo aveva chiesto quattro miliardi in più ma se andrà bene ne arriveranno la metà o al limite due e mezzo. Nella nota introduttiva della NadeF il ministro all'Economia Giancarlo Giorgetti annuncia investimenti sul personale e per potenziare assistenza territoriale e ospedaliera. Ma visto che solo per i professionisti della sanità si stima una spesa di due miliardi, non è chiaro quanti altri soldi verranno messi su un settore centrale per la vita degli italiani. A preoccupare sono le stime del valore della spesa sanitaria rispetto al Pil. Se in Paesi come Francia e Germania si arriva intorno al 10%, noi per pochi anni abbiamo superato il 7%. Nel 2023 siamo al 6,6% ma la prospettiva per il 2026 è scendere al 6,1%. Un valore lontanissimo da quello richiesto da molti esperti di sanità e pure da Regioni come Emilia e Toscana, che vorrebbero salire gradualmente addirittura al 7,5%. Il disastro dei tempi di attesa

Sergio Lotti, 63 anni, di Ardenno in Valtellina nel 2020 ha donato il rene al nipote. In questi giorni aveva bisogno di un'ecografia all'addome e ha trovato posto solo nel 2024. «Bel premio a chi ha dato un organo – dice –. Per fortuna che ora mi controlleranno a Verona, dove mi hanno fatto l'espianto». A Bologna, Carlo Hanau, presidente del Tribunale della salute, ha denunciato di non trovare posto per fare una colonscopia per tutto il 2024. Anche in Toscana i problemi non mancano. Tullio, settantenne fiorentino, è rimasto sei mesi in attesa di sapere quando avrebbero operato la sua lussazione alla spalla. Dopo vari solleciti, dall'ospedale di Careggi gli hanno detto che non erano in grado di dargli una data. Nello stesso ospedale solo un intervento su tre per tumore alla prostata viene fatto entro 30 giorni, il limite massimo di tempo indicato dal ministero. Sempre a proposito di chirurgia, a Bergamo, un uomo è in attesa già da sei mesi dell'intervento di cataratta e dovrà aspettare un altro anno. La segnalazione è arrivata al Pd lombardo, che ha creato il sito

conlasalutenonsischerza.

it .Una donna, inoltre, ha raccontato di aver chiamato il San Gerardo di Monza il 25 settembre scorso per fare una mammografia. Le hanno dato come prima disponibilità il novembre 2024.

Ovviamente, per superare tutti i problemi legati alle attese basta pagare. E infatti il privato lavora sempre di più.

La crisi degli screening

Uno degli indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria sono gli screening oncologici. Le Regioni chiamano le persone appartenenti a determinate fasce di età per proporre esami per prevenire il cancro della cervice uterina, quello della mammella e quello del colon retto. Ebbene, i dati del 2022, che a breve saranno resi pubblici, rivelano gravi problemi anche in questo settore. Il confronto va fatto con i numeri del 2018, cioè prima del Covid. Per quanto riguarda la cervice, ad esempio, l'Emilia è scesa dal

91% al 65% di copertura. La Lombardia è migliorata, ma aveva valori bassissimi e infatti è passata dall'11 al 20%. È molto pesante il passo indietro sulle mammografie. La Lombardia nel 2018 era al 60% di copertura e l'anno scorso è scesa al 50%. L'Emilia è passata dal 70 al 67%, la Toscana dal 65 al 58%. Stabile il Veneto (dal 61 al 60%) ma in un settore nel quale bisognerebbe crescere. Restando al Nord, il Friuli è sceso dal 60 al 54% e il Piemonte dal 55 al 42%. Brutti dati anche per il colon-retto. Il Piemonte scende dal 54 al 47%, la Lombardia dal 45 al 43%, il Veneto dal 59 al 56%, il Friuli dal 56 al 49%, l'Emilia dal 56 al 53% e la Toscana dal 44 al 39%.

Medici che se ne vanno

Ma definanziare la sanità significa anche non risolvere il problema del personale. In Italia mancano infermieri e medici. Se la prima categoria soffre di gravissime carenze diffuse, per i camici bianchi sono in crisi solo certe specialità, il cui numero però è in aumento. Riguardo agli infermieri, le stime sono che in tutto il sistema sanitario nazionale manchino 65 mila persone. Non per niente il ministro Schillaci ha annunciato che farà un accordo con l'India perché mandi in Italia professionisti formati.

I medici sono carenti in settori come l'emergenza. Ma la crisi è diffusa anche nelle chirurgie e nelle terapie intensive, ad esempio. Sono circa 3 mila i dottori che lasciano ogni anno, mille vanno all'estero gli altri si spostano nel privato. Da tempo i sindacati chiedono più soldi e anche Schillaci ha detto che è necessario pagare di più i lavoratori della sanità (e non basta il recente rinnovo del contratto per la dirigenza medica, che è già scaduto perché riguarda il triennio 2019-2021 a soddisfare le richieste). Si ipotizza di detassare gli straordinari ma ai rappresentanti dei lavoratori non va bene, perché non intendono continuare a fare tanto lavoro extra e vorrebbero che i risparmi riguardassero la quota fissa dello stipendio.

©RIPRODUZIONERISERVATA

L'inchiesta Il malessere dei giovani / 1

“Noi, malatidiansia”

La Generazione Z con il buio dentro

Disturbi mentali e atti di autolesionismo Il picco dopo il Covid “Aiutateci a guarire”

di Maria Novella De Luca

«Buio, buio e ancora buio. Ero inerte, una cosa morta. L'unica parte viva del mio corpo era il sangue che guardavo uscire dalle mie ferite. Sapete dove spingevo la lametta? Nella parte alta delle cosce. Quel punto è sempre coperto. Me l'aveva insegnato un'amica. Anche lei stava male. Mi ferivo, la pelle bruciava e trovavo pace. Poi mia madre se n'è accorta, eravamo al mare, a Sorrento, l'unica volta in cui avevo messo il costume. Quel giorno tutto è finito, anzi è iniziato. Grazie a lei. Mi sono curata. Sono guarita. Sono qui e non sottoterra». Parole crude, parole dure. Francesca B. aveva 16 anni, oggi ne ha 20, racconta il suo buio, perché, dice, «possa diventare luce per tante ragazze disperate come lo ero io, quando preferivo il dolore del sangue a quello della mia mente». Un ricovero in un grande ospedale napoletano, i farmaci, la psicoterapia, un lento ritorno alla serenità. «Il 70% dei giovani che arrivano al nostro pronto soccorso ha compiuto atti di autolesionismo o tentativi di suicidio. E il 90% sono ragazze», avverte Stefano Vicari, primario di neuropsichiatria del Bambin Gesù di Roma, che non si stanca di ripetere quanto sia grave l'emergenza e di ripetere che qualcosa è accaduto tra le figlie e figli della Generazione Z.

Nella mente dei ragazzi

Cosa si è rotto, anzi scassato? Cosa è questa “esplosione” di disturbi mentali più o meno gravi che dal mondo scientifico alla scuola, dalle famiglie ai ragazzi stessi, l'intera società denuncia? Il Covid certo, la sua “onda lunga”, detonatore però, si è capito, di un malessere che già c'era e infatti oggi continua a crescere. Ansia generalizzata, massificata, depressione, l'epidemia di disturbi alimentari, la rabbia di ragazzini che spaccano tutto, devianza, il fenomeno dilagante del cutting, vuol dire tagliarsi, lo faceva Francesca, che pure a scuola era la prima di tutti e non sopportava però «di essere meno della perfezione, non mi sentivo mai abbastanza brava, abbastanza magra, abbastanza amata». «Dall'inizio della pandemia abbiamo registrato il 40% in più di accessi al pronto soccorso. Una percentuale che aumenta, dobbiamo parlarne, senza paura di effetti emulativi e moltiplicatori, più ne parliamo più gli adolescenti capiranno che possono chiedere aiuto. Perché i disturbi mentali si curano».

L'allarme dell'Oms

L'Oms indica il suicidio come seconda causa di morte dei teenager tra i 15 e i 25 anni, mentre in Italia quasi 2 milioni di bambini e ragazzi sono colpiti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva. Un numero enorme. Ossia il 20% della Generazione Z, l'etichetta è vecchia ma serve a identificare i nati tra il 1997 e il 2012, vuol dire che i più grandi hanno 25 anni, gli altri sono ancora bambini. Con ironia si sono auto-diagnosticati una nuova patologia, la eco-ansia, nei giorni della pandemia durante le manifestazioni innalzavano cartelli con la scritta «sto male, vogliolo psicologo a scuola», perché oltre allo studio, al lavoro, al salario minimo, «anche la salute mentale è un diritto», ci vuole coraggio a dichiararsifragili, loro lo hanno fatto.

I tormenti senza nome

«Spesso il male di vivere ho incontrato» è l'incipit abusato e stratonato quanto mai di una poesia di Eugenio Montale, eppure nulla come questa frase identifica quel tormento che nasce da dentro, a volte la causa ha un nome, a volte no. «Le malattie mentali sono multifattoriali», dice Vicari, «ci può essere una predisposizione genetica che se incontra un ambiente a rischio si manifesta». Ambiente a rischio vuol dire un humus giovanile dove «il consumo di droghe e alcol non è mai stato così alto, la dipendenza da social una piaga nuova, fin dalla scuola si chiedeai ragazzi soltanto competizione e prestazione». E Vicari incalza: «La politica ha enormi responsabilità verso i giovani, le famiglie stesse si sentono fragili senza più la forza di educare, di dire ai propri figli che non è necessario vincere per essere amati, Pasolini lo chiamava educare alla sconfitta».

L'ansia da prestazione

È il refrain del malessere, non a caso gli studenti contro la "scuola del merito" del ministro Valditara lo hanno detto con chiarezza, «not in my name, noi vogliamo imparare non gareggiare». Poi c'è Chiara D., di anni ne ha 21, è cresciuta a Cassolnovo, vicino a Pavia, studia a Venezia all'Accademia di belle arti, vuole fare la costumista. Alla sua crisi è riuscita a dare un nome, grazie al sostegno degli psicologi dell'associazione "Soletterre".

«Era la primavera del 2020, mentre il mondo si fermava anche la mia vita andava in pezzi», ricorda Chiara. «Durante il lockdown è come se avessi smesso di respirare, ero abituata a fare mille cose, scuola, sport, corsi di tutti i tipi, di colpo mi sono ritrovata ferma nella mia stanza, sola, senza contatti. La vita di fuori mi mancava terribilmente, contavo i giorni della quarantena, invece quando le porte si sono riaperte da quella mia prigione non riuscivo più ad uscire».

Attacchi di panico e depressione. Come se la libertà, dopo la chiusura, fosse qualcosa di inafferrabile, anzi spaventoso. «Avevo la nausea, la diarrea, il mal di testa, vomitavo, a ogni visita i medici dicevano però che non c'era nulla di organico. L'anno della maturità ho finalmente accettato di farmi curare, la mia ansia si è placata, ho anche vinto una borsa di studio. Oggi sono a Venezia, esattamente dove volevo essere, ma lontana dalla mia famiglia la sensazione di angoscia è tornata. Ho richiamato il mio terapeuta, perché comunque nella mia vita è successa una cosa bellissima: non mi vergogno più di chiedere aiuto».

Il tunnel dopo il Covid

Damiano Rizzi, psicologo e fondatore di "Soletterre", associazione che promuove il diritto alla salute, lavora con la sua équipe nei reparti di pediatria del San Matteo di Pavia. «Durante la pandemia avevamo creato un progetto di psicologia sostenibile a prezzi popolari. Finito il Covid però le richieste d'aiuto aumentavano, così, invece di chiudere, la nostra rete si è allargata sempre di più, fino ad avere 600 operatori. La salute mentale non può essere un lusso per pochi. L'80% dei giovani con disturbi mentali non viene curato dalla sanità pubblica». Quattrocento posti letto nelle neuropsichiatrie di tutta Italia, ne servirebbero il doppio. Giorgio Trani è un padre che non nasconde il suo tormento. Al telefono ha la voce stanca. «Avete visto la serie Tutto chiede salvezza? Mio figlio stava come quel ragazzo, dopo anni di abuso di sostanze. Quante volte ha picchiato me e mia moglie. A 16 anni e si è tagliato le vene finalmente lo hanno ricoverato». Ora P. è in una comunità e inizia a rivedere la luce. La domanda torna: da cosa nasce questa fragilità? Rizzi: «Il Covid come spiegazione non basta più. Tra i miei pazienti prevale il senso di inadeguatezza, schiacciati dalle aspettative nei loro confronti». Sussurra però mestamente Giorgio Trani: «Nessuno ti insegna a fare il genitore, P. aveva dentro una fragilità che non potevamo immaginare. Sappiamo però che grazie al legame con noi ha trovato vivere». Daniela Lucangeli è professoressa di Psicologia a Padova. Il Covid, dice, «ha fatto come il mare in tempesta che porta a galla tutto quello che c'è sul fondo, detriti, rottami». Gli abissi del nostro malessere. «La differenza tra questa generazione e quelle precedenti è che i ragazzi di oggi esauriscono precocemente le loro risorse di sopportazione del dolore dell'esistenza».

Il silenzio da rompere

Matteo Lancini, psicologo e psicoterapeuta, allo smarrimento dei ragazzini nell'età «della fragilità adulta» ha dedicato il libro Sii te stesso a modo mio. «La pandemia ha aiutato gli adolescenti a gridare: sto male. È questa la rivoluzione. Sembrerà un paradosso ma è un dato positivo. Ho pazienti felici di fare terapia. Non era mai successo. Il loro disagio si esprime con più fattori, penso alle ragazze anoressiche poi si tagliano, agli autoreclusi, tutti soffrono di ansia. Perché? C'è un vuoto di identità, un'assenza di prospettive, la guerra, la povertà e un mondo adulto che non riesce più a dare risposte». Racconta Lancini: «I teenager dicono: "Non ce la faccio, il confronto mi schiaccia, ho paura". Ma tutto viene patologizzato e psichiatrizzato. La scuola: di fronte all'incapacità di gestire violenza, di bullismo o semplicemente l'irrequietezza di un contesto giovanile, si punta sulla repressione. Sei in condotta, bocciature. Acuirà l'aggressività. Ai genitori dico: rompete il silenzio. Chiedete ai figli come stanno, se pensano al suicidio e se hanno paura di ferirvi. Aperta la breccia il resto viene». Ed è l'inizio della guarigione.

©RIPRODUZIONERISERVATA

GETTY IMAGES

f

PRIMARIO

Stefano Vicari Neuropsichiatra

Più se ne parla, più gli adolescenti capiranno che possono chiedere aiuto

PSICOLOGA

Daniela Lucangeli docente

I ragazzi di oggi esauriscono presto le risorse di resistenza al dolore dell'esistenza

PSICOLOGO

Damiano Rizzi fondatore di "Soleterre"

L'80% dei giovani con disturbi mentali non trova risposta nella sanità pubblica

Policlinici

L'intervista video di Insanitas

Linfedema, al Policlinico di Palermo ottimi risultati con l'innovativa terapia cellulare

Il bilancio tracciato da Mario Bellisi, responsabile della Flebolinfologia. Questa procedura ha vinto il Best Insanitas nella categoria Ricerca scientifica.



🕒 **Tempo di lettura:** 3 minuti



2 Ottobre 2023 - di [Cristina Riggio](#)



Dieta salutare per dimagrire

Personalizza il piano in 3 modi diversi in base alle restrizioni e preferenze alimentari.

Unimeal



[INSANITAS](#) > Policlinici

PALERMO. Il Policlinico “**Paolo Giaccone**” è polo di eccellenza per la cura del **linfedema**, patologia caratterizzata da un anomalo accumulo di liquido linfatico in vari distretti dell'organismo. Ad oggi, purtroppo, non esiste ancora una specifica cura risolutiva ma negli ultimi anni è possibile sottoporsi ad un'innovativa **terapia rigenerativa** basata sulla creazione di nuovi vasi linfatici. Un trattamento rivoluzionario che ha vinto il **Top Insanitas** per la Ricerca scientifica (“Premio Gilead”) nell'ambito dell'iniziativa **Best Insanitas** da noi promossa lo scorso anno.

A parlarci degli sviluppi e dei dati sui pazienti è il dott. **Mario Bellisi**, responsabile dell'UOSD di Flebolinfologia del Policlinico e della SIF Regione Sicilia, nonché ideatore di questa terapia applicata

11,47 €	61,47 €	5,98 €	14,27 €	34,48 €	16,19 €
---------	---------	--------	---------	---------	---------

DIGIUNO INTERMITTENTE PER SENIOR							
ETÀ: 35-40	ETÀ: 40-45	ETÀ: 45-50	ETÀ: 50-55	ETÀ: 55-60	ETÀ: 60-65	ETÀ: 65-70	ETÀ: 70+
9:00: Focci d'avena con frutti di bosco e frutta secca 13:00: Insalata mista con avocado 18:00: Asparagi al vapore, contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca 14:00: Contorno di carciofi bolliti 18:00: Gamberetti alla griglia con broccoli al vapore 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Tufi grigliati con maiale misto 11:00: Salsiccia con burro 18:00: Fagoline al vapore, contorno di riso integrale 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Uova strapazzate con spinaci e feta 13:00: Gamberetti alla griglia con carote arrosto 17:00: Asparagi al vapore e contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Focci d'avena con frutti di bosco e frutta secca 13:00: Insalata mista con avocado 18:00: Asparagi al vapore, contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca 14:00: Contorno di carciofi bolliti 18:00: Gamberetti alla griglia con broccoli al vapore 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Tufi grigliati con	9:00: Uova strapazzate con


Dal 2019 ad oggi, sono 124 le procedure apportate al Policlinico di Palermo (unico con possibilità di ospedalizzazione), al quale si rivolgono pazienti da diverse regioni d'Italia e anche da altre nazioni. Ben **41 i pazienti trattati** affetti da linfedema primario degli arti inferiori e in qualcuno anche dell'arto superiore.

«I risultati sono stati davvero inaspettati, in quanto c'è stato un **immediato recupero**, soprattutto circa il benessere da parte del malato: senso di leggerezza, scomparsa del dolore, tendenza alla guarigione delle lesioni. Importante è anche il mantenimento dei risultati negli anni- sottolinea Bellisi- Abbiamo fatto un follow-up a tre anni dal trattamento e **nel 90% dei casi** abbiamo risultati veramente soddisfacenti, una riduzione dell'arto che viene mantenuta nel tempo».



Ad oggi, il **gold standard terapeutico** del linfedema consiste nella cosiddetta **CDP**, ovvero un trattamento fisico decongestivo compresso che consiste nell'erogare più procedure (linfodrenaggio manuale, bendaggio multistrato, farmaci, attività fisica riabilitativa) che, combinate, portano a un netto miglioramento delle condizioni di vita del paziente.

Tra le varie opzioni terapeutiche è possibile integrare, appunto, la **medicina rigenerativa** con lo scopo di stimolare una neolinfogenesi. «Il trattamento consiste nell'inoculare nei tessuti cellule mononucleate isolate dal sangue periferico dello stesso malato, prelevato poco prima- spiega Bellisi- Quest'ultime hanno un compito importantissimo, ovvero quello di stimolare e indirizzare il processo di neolinfogenesi, con la conseguente creazione di nuovi vasi linfatici».

 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

BEST INSANITAS BUONA SANITÀ FLEBOLINFOLOGIA GILEAD LINFEDEMA MARIO BELLISI MEDICINA RIGENERATIVA
POLICLINICO DI PALERMO POLICLINICO GIACCONE TERAPIA CELLULARE VASI LINFATICI

Contribuisci alla notizia

Invia una foto o un video

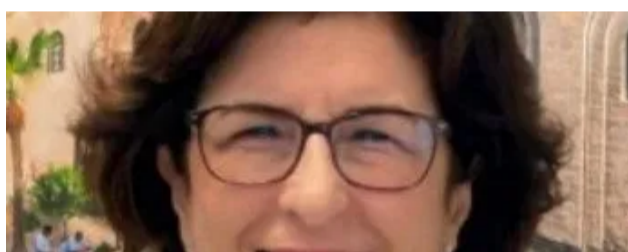
Scrivi alla redazione

Altre notizie



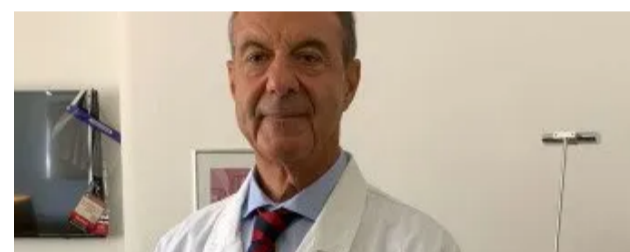
Il caso

[Policlinico di Messina, il Nursind: «Pronto soccorso in uno “sgabuzzino”»](#)



Il riconoscimento

[Policlinico Giaccone, all'oncologa Tania Rinaldi il premio “Donne che amano le donne”](#)



Malattie rare

[Amiloidosi AL, l'Ematologia del “Giaccone” Centro di Riferimento regionale](#)

Contenuti sponsorizzati



Addio problemi di udito

Dieta salutare per dimagrire

Medici: Udito ripristinato.

Diventa cliente METRO



Sconto 40% sui Pigiami Donna

Calcolo Pensione Certificato

Trova atti di nascita

Scienze Motorie Pegaso

Ann. Intimami Official

Ann. Mia Pensione

Ann. MyHeritage

Ann. Ateneo Digitale Pegaso

ASP e Ospedali

Inediti in Sicilia

Ismett, primi trapianti di rene tra pazienti con gruppi sanguigni diversi

Si tratta di una procedura molto diffusa negli Stati Uniti e in Giappone, ma in Italia è ancora effettuata in pochi centri. Sinergia con l'Arnas Civico.

🕒 **Tempo di lettura:** 3 minuti



2 Ottobre 2023 - di [Redazione](#)



[IN SANITAS](#) > ASP E Ospedali

PALERMO. Avviato presso **ISMETT-UPMC** il programma di **trapianto di rene** da vivente fra pazienti con **gruppo sanguigno non compatibile** (programma ABO incompatibile). Si tratta del primo del genere eseguito in **Sicilia**, altri sono già in programma e verranno eseguiti nelle prossime settimane. Il **trapianto ABO incompatibile** è una procedura molto diffusa negli Stati Uniti e in Giappone, ma in Italia è ancora effettuata in pochi centri.

«L'incompatibilità di gruppo- spiega la d.ssa **Barbara Buscemi**, responsabile medico del programma di trapianto di rene da vivente- fino a qualche anno era ritenuta una barriera invalicabile, una controindicazione assoluta al trapianto. Un gruppo sanguigno diverso rispetto a quello del donatore comportava, infatti, l'immediata **aggressione** del rene trapiantato da parte degli anticorpi del

LG Lavastoviglie a scomparsa totale QuadWash Serie 3, Classe B 43dB 14 coperti,Vapore, Info Light,Cc

699 €

collegando il paziente ad una macchina mediante la quale il sangue del paziente viene ripulito dagli anticorpi che- altrimenti- aggredirebbero l'organo trapiantato e portato al rigetto sostituendolo con immunoglobuline protettive. Parallelamente viene iniziata la **terapia immunosoppressiva** e l'infusione dell'anticorpo monoclonale riducendo e bloccando la produzione degli anticorpi. La procedura è stata realizzata in sinergia con i medici del **Centro Trasfusionale dell'Arnas Civico** di Palermo che hanno effettuato le sedute di aferesi e il monitoraggio del titolo anticorpale nel pre e nel post-trapianto.

DIGIUNO INTERMITTENTE PER SENIOR							
ETÀ: 35-40	ETÀ: 40-45	ETÀ: 45-50	ETÀ: 50-55	ETÀ: 55-60	ETÀ: 60-65	ETÀ: 65-70	ETÀ: 70+
9:00: Ficchi d'avena con frutti di bosco e frutta secca 13:00: Insalata mista con avocado 18:00: Asparagi al vapore, contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca 14:00: Contorno di zucca butternut arrostita 18:00: Gamberetti alla griglia con broccoli al vapore 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Tofu grigliato con salsa mista 15:00: Banana con burro 18:00: Fagoline al vapore, contorno di riso integrale 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Uova strapazzate con spinaci e feta 13:00: Gamberetti alla griglia con carote arrostiti 17:00: Asparagi al vapore e contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Ficchi d'avena con frutti di bosco e frutta secca 13:00: Insalata mista con avocado 18:00: Asparagi al vapore, contorno di quinoa 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca 14:00: Contorno di zucca butternut arrostita 18:00: Gamberetti alla griglia con broccoli al vapore 19:00: Inizia il digiuno	9:00: Tofu grigliato con	9:00: Uova strapazzate con

«Abbiamo fatto un **importante passo avanti** nel campo dei trapianti d'organo in Sicilia- afferma **Angelo Luca**, Direttore dell'IRCCS ISMETT- È un esempio tangibile di come l'innovazione e la ricerca stiano estendendo le possibilità per coloro che sono in attesa di un trapianto. L'ISMETT è un pilastro di eccellenza e affidabilità per la nostra comunità. La collaborazione con il Centro Trasfusionale dell'Arnas **Civico** di Palermo è un chiaro esempio di come l'**unione delle competenze** possa portare a risultati straordinari. Lavoriamo senza sosta per estendere le frontiere dell'innovazione nel campo medico, sempre con la consapevolezza che dietro ogni trapianto ci sono persone, famiglie, storie uniche. È a loro che dedichiamo con passione il nostro lavoro».

A ricevere questo trapianto di rene, dopo tre settimane di pre-trattamento, è stato un **paziente siciliano di 58 anni**. L'organo è stato prelevato con una tecnica laparoscopica mini-invasiva, favorendo una rapida guarigione nella donatrice, una madre di 52 anni. Dopo l'intervento, entrambi sono in

MENU

Cerca...



[Stampa questo articolo](#)

Tag:

ANGELO LUCA ARNAS CIVICO BARBARA BUSCEMI BUONA SANITÀ ISMETT ISTITUTO MEDITERRANEO PER I TRAPIANTI PLASMAFERESI
 RENI TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA TRAPIANTI GRUPPI SANGUIGNI DIVERSI TRAPIANTO ABO INCOMPATIBILE

Contribuisci alla notizia

Altre notizie

Scandalo pensioni, il medico si pente: "Pagavo mazzette per le pratiche"



Il verbale di Rosario Cammalleri sul "patto scellerato"

PALERMO di Riccardo Lo Verso

2 OTTOBRE 2023, 07:08

0 Commenti Condividi

3' DI LETTURA

PALERMO – “**Ho dato 9.000 euro a titolo di corruzione** per farmi accelerare le pratiche”, confessa il medico legale Rosario Cammalleri. Il verbale è del 26 giugno scorso. L’inchiesta è quella che ha svelato il giro di corruzione all’Ufficio invalidità dell’Asp di Palermo, un tempo diretto da **Agostino Genova, oggi in pensione**. Era Genova, secondo l’accusa, a dettare tempi e modi per il riconoscimento delle pensioni di invalidità. Il meccanismo, racconta Cammalleri, funzionava a forza di tangenti.

Per ogni pratica 250 euro

“Per ogni pratica pagavo 250 euro io”, aggiunge Cammalleri. Soldi ben spesi visto che “i miei clienti quando alla fine riuscivano ad ottenere il beneficio mi pagavano la parcella normale che quantificavo nella formula di otto mensilità”. **Confessa, ma si descrive come una vittima del sistema:** “Tutti i soggetti indistintamente che io ho presentato in commissione avevano i requisiti per poter avere l’invalidità però il sistema è tale per cui una pratica può giacere anche anni e anni presso l’Inps”. Con l’aiutino di Genova le cose filavano liscio: così ritengono sia avvenuto i finanzieri del Nucleo di polizia economico-finanziaria

L’indagine

Quello di Cammalleri sarebbe stato uno dei canali più prolifici. Decine e decine di pratiche caricate settimanalmente sul sistema di Asp e Inps. Genova dava il via libera “fingendo” che fosse una decisione della commissione dell’Azienda sanitaria un tempo da da lui presieduta. Ed invece avrebbe fatto tutto da solo. A volte da casa e di notte, senza neppure recarsi negli uffici di via Gaetano La Loggia.

Duecentocinquanta euro per il riconoscimento di pensioni di invalidità, indennità di accompagnamento e benefici della legge 104, che diventavano 750 per le pratiche di cecità. Dalle intercettazioni sembrerebbe che Genova più che assecondare i desiderata rispondesse agli ordini di Cammalleri che minacciava di **“distruggerlo” politicamente**. Fino al suo arresto Genova era assessore ai servizi demografici del comune di Partinico. Aveva tentato anche la corsa al consiglio comunale di Palermo. I 528 voti raccolti nella Nuova Democrazia Cristiana, il partito di Totò Cuffaro che lo ha sospeso, non gli sono bastati per entrare a Sala delle Lapidi. Andò male anche a Partinico, ma l’indicazione di metterlo in giunta già espressa in campagna elettorale è stata rispettata.

“Accelerare i tempi”

“Ero arrabbiato perché dal mese di novembre, dicembre dell’anno prima e fino al primo maggio – così Cammalleri spiega il tono delle sue parole – tutte le mie pratiche giacevano presso gli uffici, come poi dovesse fare il dottore Genova per inserirle nel sistema lo non lo so”. Di una cosa si dice sicuro: “Tutte le pratiche che io ho presentato erano meritevoli di approvazione, cioè prima esercitavo anche un potere corruttivo nei confronti del dottore Genova ma sempre sulla base della correttezza delle pratiche. **Diciamo che alla fine era solo per accelerare i tempi che sono lunghissimi**, io oggi ho ancora pratiche di cinque anni fa che non sono state esitate. **Ho sbagliato giudice, me ne pento**. Chiedo scusa alla mia famiglia, ai miei figli a tutte le persone che mi conoscono però il segnale era questo”.

Il segnale che si doveva pagare. Cammalleri scarica ancora una volta la responsabilità sul sistema: **“Diciamo che (le pratiche) me le bloccava apposta** come succede normalmente in tutte le commissioni – cioè non è che le commissioni si adoperavano per esitare le pratiche. La legge prevede che le commissioni debbano esitarle entro quattro mesi. In realtà questo non succede mai”. Perché, a suo dire, persone come Genova ingolferebbero dolosamente il meccanismo per convincere che l’unica strada sia pagare: **“L’ho corrotto ripetutamente e continuativamente”**. E la voce si era sparsa, i clienti si rivolgevano “con il passaparola” a Cammalleri che bussava alla porta di Genova perché altrimenti le “e mail venivano cestinate regolarmente”. Si conoscono dal 1975, ma solo da pochi anni sarebbe nato il patto corruttivo: “Queste cose, come si dice, nascono mangiando.... come quando sboccia un amore, si parlava delle difficoltà che ci sono a livello di approvazione di pratica Inps... abbiamo mercanteggiato e siamo **arrivati a questo patto scellerato**”.

Stupro al Foro Italico, le bugie del minorenne: "Ho sbagliato, ma sono stato l'unico ad aiutare la ragazza"

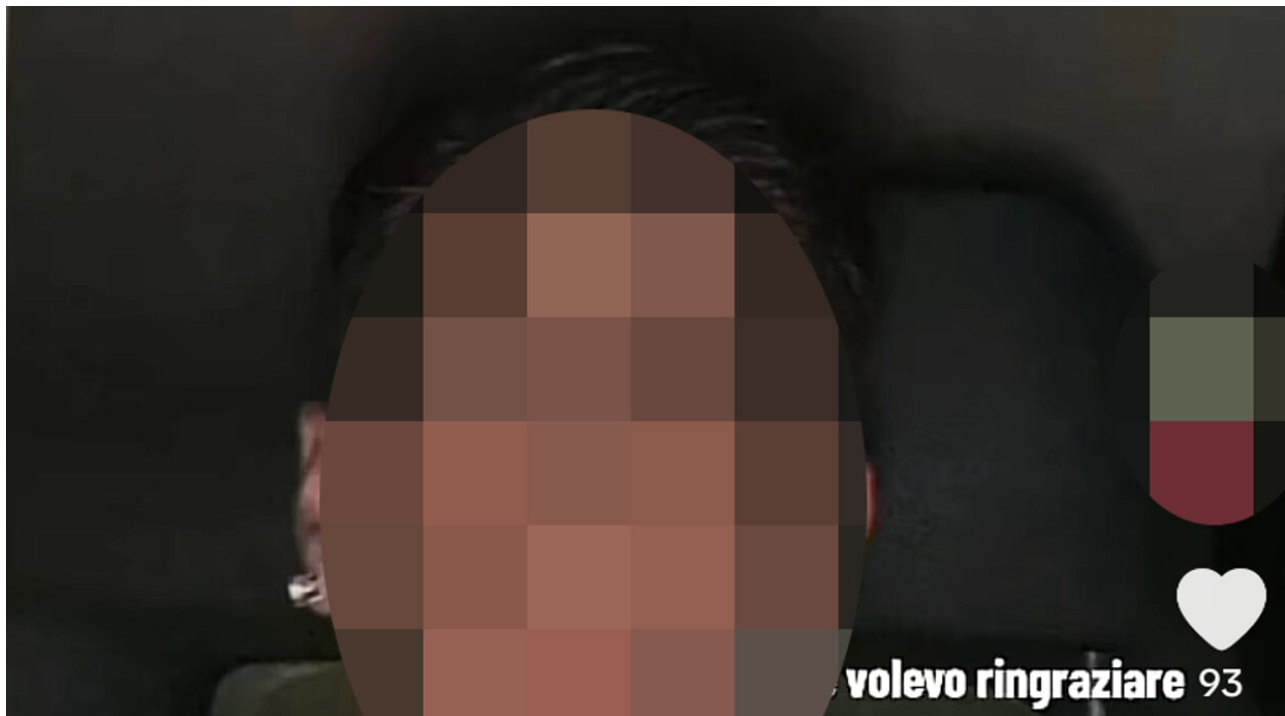
L'interrogatorio integrale di R. P., che ora ha 18 anni, e la confessione dell'aggressione alla diciannovenne che gli aveva permesso di lasciare il carcere: "Ho spinto gli altri e ho detto di smettere subito perché stava male, l'ho rassicurata e le ho detto di chiamare un'ambulanza". Nelle chat con un amico però si vantava di aver "ammazzato" la vittima...



Sandra Figliuolo

Giornalista Palermo

02 ottobre 2023 07:00



Uno dei post dell'indagato appena uscito dal carcere

Al giudice non ha negato di aver partecipato allo stupro, ammettendo anche di essere "stato assalito dai sensi di colpa" e dicendosi consapevole che "quello che avevamo fatto è un reato". Ma R. P., l'unico dei **sei indagati per la violenza sessuale** ai danni di una diciannovenne, avvenuta al Foro Italico, che al momento dei fatti (il 7 luglio) era minorenne (ha compiuto 18 anni venti giorni dopo), durante

l'interrogatorio ha anche rappresentato se stesso come una sorta di "salvatore" della ragazza, raccontando di essere stato lui ad aiutarla quando aveva capito che stava male, di essere stato sempre lui - e non due passanti - a soccorrerla dopo l'aggressione e anche a tranquillizzarla. Il problema è che **nelle chat scambiate con un amico** subito dopo lo stupro l'immagine del giovane che veniva fuori era invece tutt'altra: R. P., infatti, riferiva divertito del "macello combinato", dicendo: "L'ammazzammu, ti giuro, n'addivertemmu, troppi cianchi... Troppo forte!".

Le chat: "Troppo divertente in 7, l'abbiamo ammazzata!"

Il gip del tribunale dei Minori aveva inizialmente creduto alla versione del ragazzo, tanto da concedergli di **lasciare il carcere** e di andare in comunità. Ma le discrepanze emerse tra la confessione e le conversazioni via Whatsapp, sommate al fatto che appena lasciata la cella R. P. aveva iniziato a vantarsi su TikTok delle sue "prodezze" con video e post, hanno spinto il giudice a rivedere la sua decisione e **a farlo tornare in carcere**.

Dopo lo stupro tutti in rosticceria: "Ci siamo comportati come cafoni"

L'interrogatorio completo del ragazzo è stato depositato dalla Procura - l'inchiesta dei carabinieri è coordinata dal sostituto Mario Calabresi - assieme ad altri atti in vista dell'incidente probatorio che **si terrà domani** mattina (martedì 3 ottobre) per acquisire la testimonianza della vittima ed evitare così di doverla risentire durante il processo. All'udienza che si terrà davanti al gip Clelia Maltese parteciperanno anche gli indagati.

"Lei ci ha detto che con 7 non l'aveva mai fatto..."

R. P. ha messo a verbale davanti al giudice che "quando eravamo in Vucciria, io avevo già bevuto tanto, più del solito. Abbiamo incontrato Angelo Flores che ci ha portati dalla ragazza, che lui conosceva già. Sono stato l'unico a non presentarmi con lei perché la ragazza ha capito che ero minorenne e che ero il più piccolo del gruppo...". E aggiunge: "La ragazza si è presentata agli altri, comincia a scherzare, si

è avvicinata al bancone di un bar, l'hanno fatta bere, poi lei ha fumato una canna, dopo ci ha contati, letteralmente, tutti e ci ha detto che con sette ragazzi non aveva mai avuto un rapporto perché non le era capitato e che se volevamo poteva provarci. Io ero divertito".

"L'ho sentita gridare e ho detto di smettere subito"

A quel punto, secondo l'indagato "Flores ha proposto di andare in un posto che conosceva vicino al Foro Italico. Siamo entrati, la ragazza era ancora cosciente. Io sono stato il primo ad avere un rapporto con lei... Poi dopo due minuti mi sono vestito, ho alzato la testa, non so cosa mi sia successo, ma improvvisamente mi sono ripreso dall'ubriacatura, perché l'ho sentita gridare, mi sono girato e l'ho vista svenire...". Anche nelle chat scambiate poi con l'amico, R. P. diceva chiaramente che la vittima "è svenuta più di una volta", ma è sul dopo che le versioni divergono. Al giudice ha raccontato: "Sono andato dagli altri e li ho spinti e ho detto di smettere subito e di lasciarla andare perché stava male". Nei messaggi con l'amico non c'è traccia invece di questo passaggio, anzi, il giovane ripete che "l'ammazzammu" e quando l'altro gli dice che così "però è lariu", l'indagato replica invece "troppo forte!". E aggiunge pure di essersi fatto lasciare il contatto dalla vittima, lasciando intendere quindi di voler avere altri rapporti con lei.

"L'ho aiutata, non era in grado di badare a se stessa"

Al gip R. P. ha riferito tutte le fasi del presunto salvataggio della vittima: "L'ho presa, l'ho fatta appoggiare e l'ho aiutata a vestirsi. E' caduta di nuovo, le ho evitato di sbattere la testa a terra, ho provato a rassicurarla. Poi è arrivata una chiamata al suo cellulare da parte del suo ragazzo e ha bloccato la chiamata. Ha chiamato di nuovo e lei non ha risposto. La terza volta è stata lei a chiamare lui per dirgli che stava male. Io in sottofondo le ho detto di farsi chiamare un'ambulanza, le ho detto che l'avrei aiutata ad appoggiarsi ad un muretto e chi io me ne sarei andato all'arrivo dell'ambulanza... Non era in grado di ragionare né di badare a se stessa".

"Dopo sono stato assalito dai sensi di colpa..."

L'indagato ha poi precisato: "Non ho dato schiaffi alla ragazza, non so se qualche altro le ha dato degli schiaffi, né pugni, né calci, solo schiaffi, forse per

stimolarla...". Nel **video dello stupro realizzato da Flores**, però, secondo gli inquirenti sarebbe proprio lui a dare uno schiaffo fortissimo alla vittima. R. P. ha poi messo a verbale che "uscito dal cantiere sono stato assalito dai sensi di colpa perché non sono stupido. Questi ragazzi non li frequento abitualmente, l'unico che conoscevo è Barone (Cristian, *ndr*), ma non sono mai uscito con lui di sera... Non ho chiamato il 118 col mio telefono perché avevo paura, avendo capito il danno che avevo fatto... Mi sono arrabbiato con Barone, che sapevo essere amico di Flores, perché ho saputo che quest'ultimo aveva ancora il video di quella sera nel suo telefono, sapendo che quello che avevamo fatto è un reato". E ha concluso: "La ragazza racconta cose diverse da quelle che sono realmente accadute, non sono state le due passanti a soccorrerla, ma io. Sono stato l'unico a tranquillizzarla".

© Riproduzione riservata

Migranti, Meloni: «Basita dalla sentenza di Catania contro il governo»

Per il premier «un pezzo di Italia lavora per l'illegalità» e accende lo scontro con i giudici: «Le motivazioni del provvedimento sono incredibili. Non è la prima volta ma continueremo a difendere i confini»

02 OTTOBRE 2023



«Sono rimasta basita di fronte alla sentenza del giudice di Catania, che con motivazioni incredibili («le caratteristiche fisiche del migrante, che i cercatori d'oro in Tunisia considerano favorevoli allo svolgimento della loro attività») rimette in libertà un immigrato illegale, già destinatario di un provvedimento di espulsione, dichiarando unilateralmente la Tunisia Paese non sicuro (compito che non spetta alla magistratura) e scagliandosi contro i provvedimenti di un governo democraticamente eletto». Così la premier Giorgia Meloni sui social. «Non è la prima volta che accade» ma «continueremo a difendere i confini».

L'affondo del presidente del Consiglio è arrivato con un corposo post, nel quale spiega che l'azione del governo per fronteggiare la migrazione illegale è «un lavoro difficile, certo, ma che può portare a risultati concreti, con pazienza e determinazione. Certo, tutto diventa molto più difficile se nel frattempo altri Stati lavorano nella direzione diametralmente opposta, e se perfino un pezzo di Italia fa tutto il possibile per favorire l'immigrazione illegale. E non parlo solo della sinistra ideologizzata e del circuito che ha i propri ricchi interessi nell'accoglienza». «Siamo di fronte - sottolinea - a una pressione migratoria senza precedenti, dovuta all'instabilità di vaste aree dell'Africa e del Medio Oriente. Il governo italiano lavora

“E’ la fine della separazione dei poteri” cresce lo scontro fra governo e magistratura



di Manlio Viola | 02/10/2023





Attiva ora le notifiche su Messenger 

“Giuseppe Conte ed Elly Schlein con la loro partecipazione al [congresso di Area Democratica](#) per la Giustizia, corrente di sinistra della [magistratura](#), sanciscono in [modo definitivo](#) la fine del principio costituzionale di separazione dei poteri, offrendo una rappresentazione plastica di quello che non dovrebbe essere in un paese civile il rapporto tra le forze politiche e una corrente politicizzata della magistratura”.

Leggi Anche:

Nordio, “Intercettazioni su mafia e terrorismo non si toccano, processi lenti ci costano punti di Pil”



Giuseppe Conte ed Elly Schlein

L'affondo, durissimo, è di Saverio Romano, coordinatore politico di Noi Moderati, che lascia da parte ogni indugio e dice chiaramente quello che gli esponenti del governo pensano ma non esprimono in modo così netto.

Lo scontro fra governo e magistratura



Lo scontro in atto è quello fra governo e magistratura derivante dalla decisione del magistrato, Iolanda Apostolico, giudice ordinario del Tribunale di Catania, arrivata appena cinque giorni dopo l'inaugurazione della struttura di trattenimento a Pozzallo, una parte della quale, circa ottanta posti, è destinata ad ospitare le persone sottoposte alla procedura di frontiera accelerata.

Ad essere messo in discussione è il trattenimento dei richiedenti asilo provenienti dai cosiddetti Paesi sicuri, che sono in attesa dell'esito della procedura di frontiera accelerata, e la relativa cauzione di cinquemila euro per rimanere in libertà stabiliti dal decreto Cutro. Secondo il giudice la procedura di legge è illegittima e confligge con la normativa dell'Unione europea oltre a non essere in linea con i principi costituzionali.

Leggi Anche:

Conte-Schlein, a Palermo il grande freddo ma Pd e M5S bocciano Nordio, "Aggressivo contro i giudici"

La Meloni si dice "basita"



“Sono rimasta basita di fronte alla sentenza del giudice di Catania, che con motivazioni incredibili (“le caratteristiche fisiche del migrante, che i cercatori d’oro in Tunisia considerano favorevoli allo svolgimento della loro attività”) rimette in libertà un immigrato illegale, già destinatario di un provvedimento di espulsione, dichiarando unilateralmente la Tunisia Paese non sicuro (compito che non spetta alla magistratura) e scagliandosi contro i provvedimenti di un governo democraticamente eletto”. Così la premier Giorgia Meloni sui social. “Non è la prima volta che accade” ma “continueremo a difendere i confini”.

L’attacco di Salvini



La Lega chiederà conto del comportamento del giudice siciliano che non ha convalidato il fermo degli immigrati in Parlamento, “perché i tribunali sono sacri e non possono essere trasformati in sedi della sinistra” ha detto il vicepremier, Matteo Salvini. “Io, venerdì – sottolinea – andrò all’udienza di Palermo dove rischio fino a 15 anni di carcere per aver difeso i confini e ridotto drasticamente sbarchi e tragedie in mare. Chi ha la coscienza pulita non si fa intimidire. Ed è con questo spirito che faremo la riforma della Giustizia, con separazione delle carriere e responsabilità civile dei magistrati che sbagliano”.

Lo sdegno dell’Associazione nazionale magistrati

“L’Anm di Catania esprime una posizione ferma e rigorosa a tutela della collega Iolanda Apostolico, persona perbene che ha lavorato nel rispetto delle leggi, e respinge con sdegno le accuse a lei rivolte. Il rapporto tra potere esecutivo e

giudiziario andrebbe improntato a ben altre modalità” dice, dopo le critiche rivolte alla giudice catanese che non ha convalidato i trattenimenti di tre migranti, il presidente dell’Anm di Catania Alessandro Rizzo.

Il precedente di Palermo



Ma l’esponente del centrodestra, Saverio Romano, fa notare che il segnale di un rapporto fra politica e magistratura era venuta qualche ora prima da Palermo, poi dalla presenza dei leader di Pd e 5 stelle al congresso della corrente di sinistra della magistratura “Nessuna sorpresa, sia chiaro: si tratta di una dinamica esecrabile a cui assistiamo da decenni. Non è stato sufficiente apprendere da Palamara – continua – del sistema di potere che presiedeva le promozioni e gli incarichi nella magistratura. Occorreva una presa di posizione chiara e netta che sgombrasse il campo da equivoci e dubbi e che confermasse quanto sia assente nel nostro Paese una chiara e netta separazione dei poteri e quanto poco di liberale e di democratico nel vero senso della parola vi sia in questo scenario” conclude Romano.

Salvini sul giudice di Catania: "Decisione grave, ma non sono sorpreso. Ora la riforma della giustizia"

02 OTTOBRE 2023



«Le notizie sull'orientamento politico del giudice che non ha convalidato il fermo degli immigrati sono gravi, ma purtroppo non sorprendenti. Già nel 2019, quando ero al Viminale, ci scontrammo con giudici del Tar che cercavano di

boicottare i Decreti sicurezza e che sposavano pubblicamente le tesi della sinistra. Il tutto senza dimenticare le rivelazioni di Luca Palamara e le intercettazioni contro il sottoscritto che "va fermato anche se ha ragione".

La Lega chiederà conto del comportamento del giudice siciliano in Parlamento, perchè i tribunali sono sacri e non possono essere trasformati in sedi della sinistra». Così il vicepremier e ministro dei Trasporti, Matteo Salvini.

«Io, venerdì, andrò all'udienza di Palermo dove rischio fino a 15 anni di carcere per aver difeso i confini e ridotto drasticamente sbarchi e tragedie in mare. Chi ha la coscienza pulita non si fa intimidire. Ed è con questo spirito che faremo la riforma della Giustizia, con separazione delle carriere e responsabilità civile dei magistrati che sbagliano», aggiunge Salvini

Naufragio 2013-2023 Governo assente domani a Lampedusa

Lampedusa continua a contare le sue vittime con cadenza quasi quotidiana: l'ultima ieri, a due giorni dal decimo anniversario del naufragio di migranti costato la vita a 368 persone tra uomini, donne e bambini. Era il 3 ottobre 2013. Come da tradizione, nella notte fra oggi e domani, alle 3.15 (l'ora della tragedia), sull'isola in piazza Piave ci sarà un momento di raccoglimento. Domani è prevista invece la marcia insieme ai sopravvissuti: il momento più toccante della cerimonia sarà attorno alle 10.30 con la consueta deposizione della corona di fiori in mare. Tra i presenti, la vicepresidente del Senato, Maria Domenica Castellone. Alla commemorazione di una tra le notti più buie nel Mediterraneo non è prevista tuttavia la partecipazione di alcun esponente del governo Meloni.

FRANCOLANNINO/ANSA

Intervista al primo cittadino di Pesaro

Ricci

“Asilo a chi fugge per fame noi sindaci di centrosinistra pronti a lanciare la petizione”

DI GIOVANNA CASADIO

«Nelle città i migranti rischiano di diventare fantasmi, senza documenti e senza diritti. Noi sindaci del centrosinistra lanceremo una petizione affinché il diritto d'asilo sia esteso anche a chi scappa per fame e povertà come propone Giuliano Amato». Matteo Ricci, sindaco dem di Pesaro e presidente di Ali (l'associazione delle autonomie locali), ricorda i nonni emigrati in Belgio. La lampada che usava il nonno minatore la tiene in ufficio, per non dimenticare. E la petizione sui migranti sarà lanciata al Festival delle città, che si terrà a Roma da domani a giovedì, e che quest'anno riprende il motto di don Milani "Sortirne insieme".

Sindaco Ricci, il governo Meloni tenta una stretta sui migranti, con norme che il tribunale di Catania ha bocciato. Ma l'accoglienza viene scaricata sulle città?

«Non si possono fare campi di concentramento in Italia: questo dicela sentenza. Tenere le persone 18 mesi chiuse in una struttura è umanamente inaccettabile. È una politica sbagliata. La paura dei sindaci è di avere fantasmi nelle città, persone senza diritti né documenti, senza possibilità di integrarsi e cercare lavoro. Questo è il grido di dolore e l'emergenza per noi primi cittadini, perché è la condizione peggiore per i migranti e per chi deve governare le città: indebolisce la convivenza tra le persone».

Il presidente emerito della Consulta, Giuliano Amato in una intervista a "Repubblica" ha proposto: non si accolgano solo i perseguitati dai regimi ma anche chi scappa da povertà e fame.

«Sono d'accordo. E lanceremo una petizione per estendere il diritto d'asilo a chi fugge da carestie, da povertà, da emergenze climatiche proprio al Festival delle città. Siamo di fronte a fenomeni strutturali a cui occorre dare una risposta strutturale, ad esempio con flussi regolari e legali. Solo in questo modo riduci le partenze di clandestini nei viaggi della speranza e non ci sono fantasmi ma persone con diritti, che possono costruirsi una vita e integrarsi nella società europea».

I sindaci sono soli ad affrontare l'emergenza umanitaria?

«Noi sindaci ci battiamo per l'accoglienza diffusa. Abbiamo trovato il criterio di 3 migranti ogni mille abitanti. Un criterio chertieniamo efficace, che evita tensioni con le comunità locali, poiché se il numero di migranti è troppo elevato per una comunità può crescere il disagio, su cui la destra fa leva per la propaganda politica».

La situazione resta difficile da affrontare. E lei è contro i Cpr?

«Sì. Ripeto: è disumano tenere le persone rinchiusi per 18 mesi. Flussi legali e accoglienza diffusa: questo chiedono i sindaci, non solo quelli di centrosinistra, che sono la maggioranza. Perché i primi cittadini si confrontano con i problemi concreti. Basta con la propaganda della destra: la disperazione è più forte di qualsiasi propaganda. Basta con la guerra alle Ong che salvano vite nel Mediterraneo da mattina a sera. Sarò a Lampedusa per ricordare il naufragio del 3 ottobre del 2013».

Il leader grillino Giuseppe Conte si smarca dalla linea del Pd e della sinistra, in nome del pragmatismo.

«Guardi, i sindaci sono più pragmatici di Conte, che cerca solo di differenziarsi dal Pd e di fare a sua volta propaganda. I sindaci lavorano per città sicure e vogliono tenereinsieme accoglienza e sicurezza».

Con i minori non accompagnati come fate?

«Sono a carico dello Stato in teoria, ma il numero è tale che spetta poi ai Comuni prendersene cura, e senza risorse adeguate. Lo facciamo, non abbandoniamo nessuno».

Qual è la criticità maggiore per le città in questo autunno caldo?

«L'urgenza per noi è affrontare il problema casa. Chiediamo che sia ripristinato il fondo per gli affitti».

Migliaia di famiglie vengono a chiedere aiuto ai servizi sociali. La situazione è drammatica. Affitti, aiuti ai redditi più bassi, sanità pubblica sono le tre priorità».

Ha concluso i due mandati di sindaco di Pesaro, non può più candidarsi. Come si attrezza la città a sfidare la destra?

«Con un'alleanza ampia. Siamo stati il primo Comune ad allargare ai 5S in giunta. Ma il limite dei due mandati per i sindaci va tolto: scriveremo al presidente Mattarella».

Lei si candiderà alle Europee?

«Se la segretaria Schlein vuole, sono pronto a correre».

©RIPRODUZIONERISERVATAf

Amato ha ragione chi arriva nelle città rischia di diventare un fantasma: per noi una vera emergenza Così lanciamo un grido di dolore

g

SindacoMatteo Ricci (Pd)

Tagli, pensioni, bonus mancano dieci miliardi per chiudere la manovra

Nella Nedef quattro profili di rischio per i conti del prossimo anno: petrolio, euro forte, spread e indebolimento del commercio mondiale. Il Pil può scendere ancora fino a 4 decimi

DI VALENTINA CONTE

ROMA — Mancano almeno 10 miliardi per coprire la seconda manovra del governo Meloni. Non basta il maggior deficit appena creato nella Nedef, quattro volte più alto di quanto lo stesso esecutivo prevedeva in aprile: 16 anziché 4 miliardi. Nei prossimi venti giorni Palazzo Chigi darà la caccia ad altre risorse. Non sarà facile, perché le strade rimaste sono due: tagliare le spese o alzare le tasse. Complicato farlo senza scontentare alleati e contribuenti. E mantenendo la promessa, esplicitata dal ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, di non aggiungere condoni, come lavoluntary disclosure .

Anche perché il quadro non è dei più sereni. Lo ammette la stessa Nedef, la Nota sui conti pubblici approvata giovedì dal Cdm. In un focus si simulano quattro scenari avversi, pesando l'effetto di una frenata del commercio mondiale, del rialzo dei tassi, del prezzo del petrolio e dell'euro forte. Se ci fossero impennate, la crescita dell'Italia, prevista all'1,2% l'anno prossimo, potrebbe accusare cali dallo 0,1 allo 0,4%. Non poco.

Motivo in più per cercare coperture solide. Il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti ha detto che dai ministeri si aspetta non un miliardo e mezzo, ma due miliardi di tagli. Solo due o tre dicasteri hanno già risposto. «Il lavoro che non hanno fatto lo farà il ministro dell'Economia», promette Giorgetti, novello "mister Forbici". Se quindi sappiamo chi giocherà il ruolo del "cattivo", sappiamo pure chi si intesterà il ruolo di guastatore, a partire dal Ponte sullo Stretto che il vicepremier leghista Matteo Salvini vuole a tutti i costi veder finanziato, anche con una "fiche" simbolica, in manovra.

"Fiche" tutt'altro che indolore, se come pare attorno ai due miliardi. I tecnici del ministero dell'Economia e i collaboratori del ministro della Coesione Raffaele Fitto valutano di coprirli con le risorse nazionali del Fondo di sviluppo e coesione, visto che si tratta di un'opera al Sud e per il Sud. Tutto si tiene. Accontentato sul Ponte, sarà forse più facile indurre Salvini a più miti consigli sul condono edilizio, la sanatoria per le piccole infrazioni che però piace tanto pure a Forza Italia che la chiama «rigenerazione urbanistica».

Se dunque sarà una manovra da 25-26 miliardi e 15,7 sono garantiti dal maggior deficit, bisogna come detto trovarne almeno altri dieci. La spending dei ministeri non basta, perché di quei 2 miliardi evocati da Giorgetti l'anno prossimo in bilancio ne sono segnati 800 milioni, il resto si riferisce a precedenti annualità. Da gennaio entra in vigore la Global minimum tax al 15% sui giganti del tech: il viceministro all'Economia Maurizio Leo potrebbe cifrare un primo introito, ci conta: almeno 1-2 miliardi. Come pure spetterà a Leo mettere nero su bianco quanto pensa di cominciare ad ottenere dal concordato preventivo biennale, l'accordo con le partite Iva sulle tasse da pagare in base a una stima del loro fatturato. Sempre nel "portafoglio" di Leo ci sono le tax expenditures, la selva di bonus fiscali e detrazioni che sarà appena potata di un miliardo, assicura Leo, per non dare e poi togliere, vanificando il doppio taglio di cuneo e Irpef a favore di lavoratori e ceto medio.

Il bacino delle pensioni rimane ancora tentatore per il ministro Giorgetti. Dal taglio dell'indicizzazione l'anno scorso si è garantito 10 miliardi netti in tre anni. Le nuove simulazioni Inps non entusiasmano perché, colpendo un po' più su dei 2.100 euro lordi al mese e tenuto conto che l'inflazione da coprire è più bassa, il gettito non è eccezionale. Ma non si sa mai.

Un'altra fonte di risorse potrebbe venire dai giochi. Tre strade: le nuove concessioni sul gioco online, le vecchie sul gioco fisico da prorogare fino al 2026, la tassa sulle vincite. Fuori dai radar sia la sugar tax che la plastic tax. Il governo non vuole farle scattare il primo gennaio. C'è poi la tassa sugli extraprofiti delle banche, ma pare già molto sgonfia.

©RIPRODUZIONERISERVATA

La premier

Giorgia Meloni guida l'esecutivo dall'ottobre 2022 dopo la vittoria alle politiche del 25 settembre

I punti La spending non basta ecco le mosse possibili

Bonus fiscali

Sono le detrazioni e i crediti di imposta di cui si avvantaggiano famiglie e imprese. Negli anni si sono stratificati. Ora se ne contano 740 e valgono 126 miliardi.

Il governo Meloni le taglierà, ma per un miliardo appena

Tagli ai ministeri

Il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti ha alzato l'asticella della spending review. E ora si aspetta due miliardi di tagli dalla spesa dei ministeri dal miliardo e mezzo preventivato. La stretta vale 800 milioni nel 2024

Le pensioni rivalutate

L'anno scorso il governo Meloni cambiò il metodo di indicizzazione delle pensioni, adeguandole all'inflazione non tutte al 100%, ma con percentuali decrescenti e per fasce. Un taglio da 10 miliardi in 3 anni. Potrebbe ripetersi

Global minimum tax

Nel mese di gennaio entrerà in vigore la Global minimum tax, la tassa globale del 15% sulle multinazionali. Una parte del gettito potrebbe essere già contabilizzata per coprire la prossima legge di Bilancio

Concessioni dei giochi

Un capitolo delle coperture a cui guarda con molto interesse il governo è quello dei giochi. Tre strade per fare gettito: nuove concessioni per i giochi online, proroga delle vecchie per il gioco fisico, tassa sulle vincite

Concordato preventivo

La misura della delega fiscale non costa, anzi in teoria dovrebbe garantire maggiori incassi. Lo Stato si accorda con partite Iva e imprese sulla tasse da pagare nel biennio successivo su un certo livello di fatturato immaginato a priori

L'intervista al sottosegretario al Lavoro

Durigon

“Col quoziente familiare meno tasse per chi ha più figli”

.....
– V.CO.

ROMA — Non è ve ro, come dice il leader della Cgil Landini, che la manovra non ha «né coraggio né visione». Per Claudio Durigon, sottosegretario leghista al Lavoro, la seconda legge di Bilancio del governo Meloni «è difficile, ma sostenibile», aiuta «il lavoro povero e le pensioni basse». E introduce una misura innovativa: «Il quoziente familiare: meno tasse per chi ha più figli».

Landini dice che vi state vendendo due volte la stessa cosa, il taglio del cuneo. Lo confermate in modo strutturale?

«Landini fa demagogia. Sa che non possiamo renderlo strutturale per non far alzare troppo la curva del debito. Ma si tratta di una misura che vale 10-11 miliardi. Non andava bene quando l'abbiamo introdotta perché era il Primo Maggio. Non va bene neanche ora? Il nostro obiettivo è aiutare il lavoro povero».

Anche con il salario minimo?

«Con noi non si farà. Non serve perché abbiamo il 94% dei lavoratoricoperti dai contratti collettivi nazionali. E sarebbe devastante per il salario mediano, abbassandolo.

Piuttosto mettiamo un limite temporale al rinnovo dei contratti: ce ne sono alcuni scaduti da 8 anni. E impediamo il dumping contrattuale».

Farete quindi una legge sulla rappresentanza?

«La nostra Costituzione prevede la libertà sindacale. Dobbiamo consentire anche ad altri sindacati di espandersi. Piuttosto diamo valore a quei contratti che si applicano a più lavoratori».

La manovra è quasi tutta in deficit. Non teme spread e agenzie di rating?

«Stiamo agendo in modo prudente, intelligente e sostenibile, cercando spazi giusti per dare risposte in una fase critica che certo non ci permette di mettere tasse. Non mi aspetto una bocciatura né dall'Europa, né dai mercati, né dalle agenzie di rating.

Non siamo un governo spregiudicato. E infatti lo spread è già sceso».

Taglierete ancora l'indicizzazione delle pensioni?

«L'intervento fatto l'anno scorso vale due anni. In questo momento escludiamo di tornarci e pensiamo ai giovani, alle donne e ad alzare le pensioni minime».

Opzione Donna scompare?

«Non è detto, ma così com'è non funziona. La stretta ha ridotto le adesioni, poco sopra il migliaio.

Stiamo valutando l'Ape rosa, di inserire cioè una speciale categoria dell'Ape sociale che comunque vogliamo ampliare. Valutiamo anche altre strade. A 62 anni le donne in media hanno solo 28 di contributi. Il problema esiste».

Pensione più bassa a chi vive più a lungo e più alta a chi fa mestieri pesanti e vive meno?

«Mai stata un'ipotesi sul tavolo».

Il nodo dei Millennials esiste: o hanno un reddito alto o escono dopo i 70 anni.

«Nella nostra riforma, quella che supererà definitivamente la legge Fornero, cambieremo quel requisito che impedisce a chi è totalmente contributivo di uscire a 64 anni con 20 di contributi perché deve avere una pensione 2,8 volte l'assegno sociale.

Cambieremo il 2,8».

Lei parla di abolire la legge Fornero. Per ora è ancora lì.

«Confermiamo Quota 103 per un altro anno, una misura tutt'altro che flop: a settembre 25 mila domande, di cui 15 mila accolte. Siamo quasi al 70% di tiraggio, molto alto. Poi faremo Quota 41. E infine arriverà la nostra flessibilità sostenibile».

In cosa consiste?

«Puntare ad uscire prima, ad esempio a 64 con 20 di contributi. Potendo conteggiare nella contribuzione più cose: riscatto della laurea, agevolazioni delle aziende, rendita da pensione integrativa».

Soddisfatto della stretta al Reddito?

«Se solo in 40 mila su 250 mila accettano di formarsi per trovare un lavoro, significa che qualcosa non funzionava. Ci abbiamo visto giusto».

©RIPRODUZIONERISERVATAf Con noi non ci sarà mai il salario minimo Landini demagogico il taglio del cuneo aiuta il lavoro poverog

Leghista Claudio Durigon

Rivalutazione delle pensioni 2023. Ecco la tabella Inps GUIDA

02 OTTOBRE 2023



L'Istituto, con la [circolare INPS 22 dicembre 2022, n. 135](#), comunica la conclusione di tutte le attività di **rivalutazione delle pensioni** e delle prestazioni assistenziali, propedeutiche al **pagamento delle prestazioni previdenziali e assistenziali nel 2023** e indica nel dettaglio tutte le operazioni effettuate.

Secondo quanto previsto dalla Legge di bilancio, si dovrebbero avere pensioni minime non inferiori a 600 euro per tutti gli over 75 (rispetto ai 525 euro del 2022). Chi ha meno di 75 anni, invece, non raggiungerà 600 euro: spetterà in quel caso un'altra rivalutazione (1,5%) sull'inflazione con un assegno pari a 570 euro.

Non tutti i pensionati potranno beneficiare degli stessi aumenti: l'importo dipenderà, infatti, dal "peso" complessivo dell'assegno.

Ad essere interessati dall'adeguamento al 100% sono solo gli assegni non superiori a quattro volte il trattamento minimo, cioè quelli fino a 2.101,52. Per chi riceve mensilmente cifre più elevate è invece previsto un aumento progressivamente inferiore, sulla base dei sei nuovi scaglioni.

Purtroppo, numerosi utenti ci hanno scritto per notificare l'**assenza di alcun aumento pensionistico nel loro cedolino di febbraio**. Nonostante l'**aumento delle pensioni fosse stato promesso per gennaio**, a causa di questioni riguardanti i tempi dell'INPS, esso non si è concretizzato. Tuttavia, i pensionati si aspettavano di ricevere questi aumenti nel mese successivo. Ma, come segnalato da molti dei nostri lettori, questo non sta avvenendo.

Le novità dal 1° marzo 2023

L'articolo 1, comma 309, della Legge 29 dicembre 2022, n. 197, ha rivisto il meccanismo della rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici, per il **biennio 2023-2024**. Per i trattamenti pari o inferiori a quattro volte il minimo (2.101,52 € al mese ai valori lordi del dicembre 2022) la rivalutazione, pari al 100% dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo, è stata applicata dall'INPS a partire dal 1° gennaio 2023, determinando un incremento delle pensioni pari al 7,3%.

Dal 1° marzo 2023 sono rivalutati, secondo il meccanismo stabilito dall'articolo 34, comma 1, della Legge 23 dicembre 1998, n. 448, **anche i trattamenti superiori a quattro volte il minimo INPS**, come di seguito specificato:

- * nella misura dell'85% per i trattamenti pensionistici complessivamente pari o inferiori a cinque volte il trattamento minimo INPS, determinando un aumento del 6,205%;
- * nella misura del 53% per i trattamenti pensionistici complessivamente superiori a cinque volte il trattamento minimo INPS e pari o inferiori a sei volte il trattamento minimo INPS, determinando un aumento del 3,869%;
- * nella misura del 47% per i trattamenti pensionistici complessivamente superiori a sei volte il trattamento minimo INPS e pari o inferiori a otto volte il trattamento minimo INPS, determinando un aumento del 3,431%;
- * nella misura del 37% per i trattamenti pensionistici complessivamente superiori a otto volte il trattamento minimo INPS e pari o inferiori a dieci volte il trattamento minimo INPS, determinando un aumento del 2,701%;
- * nella misura del 32% per i trattamenti pensionistici complessivamente superiori a dieci volte il trattamento minimo INPS, determinando un aumento del 2,336%.

Cosa è cambiato nel 2023

Dal 1° gennaio 2023 la percentuale di variazione per il calcolo della perequazione delle pensioni per il 2022 è determinata in misura pari al 7,3%.

Il disegno di legge di bilancio 2023 prevede interventi volti a rimodulare le modalità di attribuzione della **rivalutazione automatica** per le fasce di importo dei trattamenti pensionistici superiori a quattro volte il trattamento minimo. Per evitare la corresponsione di somme potenzialmente indebite, pertanto, la rivalutazione è stata attribuita in misura pari al 100% a tutti i beneficiari il cui importo cumulato di pensione sia compreso nel limite di quattro volte il trattamento minimo in pagamento nel 2022 (pari a 2.101,52 euro). Per i pensionati il cui trattamento pensionistico cumulato è superiore a questo limite, la rivalutazione sarà attribuita sulla prima rata utile dopo l'approvazione della legge di bilancio 2023.

La circolare descrive gli **indici definitivi dei trattamenti minimi di pensioni** per i lavoratori dipendenti e gli assegni vitalizi per il 2022, riporta l'indice di

rivalutazione provvisorio per il 2023 e la modalità di attribuzione della rivalutazione provvisoria 2023, ricordando che l'importo del trattamento minimo viene preso a base anche per l'individuazione dei limiti di riconoscimento delle **prestazioni collegate al reddito**.

Sono fornite, inoltre, le tabelle con gli importi del trattamento minimo, delle prestazioni assistenziali e i limiti di reddito per il diritto alle diverse prestazioni collegate al reddito, costruiti come multipli dell'importo del trattamento minimo dell'anno 2023. **Per il 2023**, l'età di accesso alla **pensione di vecchiaia** e all'**assegno sociale** è pari a **67 anni**. Questo limite è stato applicato in sede di rinnovo alle fattispecie interessate.

I pagamenti dei **trattamenti pensionistici**, gli **assegni**, le **pensioni e indennità di accompagnamento** erogate agli **invalidi civili** e anche le **rendite vitalizie dell'INAIL** vengono effettuati il primo giorno bancario di ciascun mese o il giorno successivo se si tratta di giornata festiva o non bancario, con un unico mandato di pagamento, fatta eccezione per il mese di gennaio nel quale l'erogazione viene eseguita il secondo giorno bancario. Il pagamento del mese di gennaio 2023 sarà disposto il **3 gennaio**.

Per le prestazioni previdenziali e assistenziali, il **certificato di pensione** per il 2023 sarà pubblicato tra i **servizi online** disponibili sul sito istituzionale.

La Circolare Inps n° 135 del 22-12-2022

L'Istituto ha concluso le attività di rivalutazione delle pensioni e delle prestazioni assistenziali, propedeutiche al pagamento delle prestazioni previdenziali e assistenziali nel 2023.

Con la presente circolare si descrivono in dettaglio le operazioni effettuate.

1. RIVALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI

Nella Gazzetta Ufficiale n. 271 del 19 novembre 2022 è stato pubblicato il decreto 10 novembre 2022, emanato dal Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, recante "Perequazione automatica delle pensioni con decorrenza dal 1° gennaio 2023.

Valore della percentuale di variazione - anno 2022. Valore definitivo della percentuale di variazione - anno 2021" (Allegato n. 1), che ha previsto, all'articolo 2, che la percentuale di variazione per il calcolo della perequazione delle pensioni per l'anno 2022 è determinata in misura pari a +7,3% dal 1° gennaio 2023, salvo conguaglio da effettuarsi in sede di perequazione per l'anno successivo.

Si rammenta che la rivalutazione viene attribuita sulla base del cosiddetto cumulo perequativo, considerando come un unico trattamento tutte le pensioni di cui il soggetto è titolare, erogate dall'INPS e dagli altri Enti, presenti nel Casellario Centrale (art. 34 della legge 23 dicembre 1998, n. 448).

Per la determinazione dell'importo complessivo da prendere a base della perequazione vengono considerate le prestazioni memorizzate nel Casellario Centrale delle Pensioni, erogate da Enti diversi dall'INPS e per le quali è indicata l'assoggettabilità al regime della perequazione cumulata, e le prestazioni erogate dall'INPS a esclusione delle seguenti:

- * prestazioni a carico delle assicurazioni facoltative (VOBIS, IOBIS, VMP, IMP), delle pensioni a carico del fondo clero ed ex ENPAO (CL, VOST), dell'indennizzo per la cessazione dell'attività commerciale (INDCOM), che vengono perequate singolarmente;
- * prestazioni a carattere assistenziale (AS, PS, INVCIV) e delle pensioni che usufruiscono dei benefici previsti per le vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice, di cui alla legge 3 agosto 2004, n. 206, e successive modificazioni, che vengono rivalutate singolarmente e con criteri propri;
- * prestazioni di accompagnamento a pensione (027-VOCRED, 028-VOCOOP, 029-VOESO, 127-CRED27; 128-COOP28; 129-VESO29; 143-APESOCIAL; 198-VESO33, 199-VESO92; 200-ESPA), che non vengono rivalutate per tutta la loro durata;
- * pensioni di vecchiaia in cumulo a formazione progressiva, per le quali non siano state liquidate le quote relative ad enti e casse per mancato perfezionamento del requisito anagrafico-contributivo più elevato (*articolo 1, comma 239, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, come modificata dall'articolo 1, comma 195, della legge 11 dicembre 2016, n. 232*).

Per i trattamenti degli Enti diversi dall'INPS, l'informazione relativa al cumulo della pensione ai fini della perequazione viene memorizzata nel Casellario Centrale delle Pensioni, nel campo "GP1AV35N" di ciascuna prestazione e assume valore 2 (SI PEREQUAZIONE) ovvero 1 (NO PEREQUAZIONE).

L'importo di perequazione eventualmente spettante sul trattamento complessivo viene ripartito sulle pensioni in misura proporzionale, con le modalità illustrate nella circolare n. 102 del 6 luglio 2004.

Per le pensioni in totalizzazione e in cumulo la perequazione viene ripartita sulle singole quote nella misura percentuale di apporto di ciascuna quota all'intera pensione.

Si rammenta, inoltre, che la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di Bilancio 2022), all'articolo 1, commi da 103 a 118, ha disposto il trasferimento all'INPS della funzione previdenziale svolta dall'Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani «Giovanni Amendola» (INPGI) in regime sostitutivo delle corrispondenti forme di previdenza obbligatoria, limitatamente alla gestione sostitutiva. Sono, pertanto, state istituite le categorie di pensione 243 (VOPGI), 244 (IOPGI) e 245 (SOPGI), relative ai trattamenti pensionistici erogati a favore dei giornalisti dipendenti. Tali trattamenti sono stati rivalutati secondo le regole generali di cui alla presente circolare.

La nuova misura dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa che l'Istituto eroga ai pensionati per inabilità, ai sensi dell'articolo 5 della legge 12 giugno 1984, n. 222, è pari ad euro 585,51.

Con riferimento a quest'ultima prestazione, tramite successiva ricostituzione d'ufficio, verrà riconosciuto l'incremento spettante per il biennio 2021-2022.

1.1 INDICE DI RIVALUTAZIONE DEFINITIVO PER L'ANNO 2022

L'articolo 1 del citato decreto interministeriale 10 novembre 2022 ha stabilito in via definitiva che la percentuale di variazione per il calcolo della perequazione delle pensioni per l'anno 2021 è determinata in misura pari a + 1,9% dal 1° gennaio 2022.

Si rammenta che l'articolo 21, comma 1, lettera a), del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 settembre 2022, n. 142, ha previsto che:

“Al fine di contrastare gli effetti negativi dell'inflazione per l'anno 2022 e sostenere il potere di acquisto delle prestazioni pensionistiche, in via eccezionale:

a) il conguaglio per il calcolo della perequazione delle pensioni, di cui all'articolo 24, comma 5, della legge 28 febbraio 1986, n. 41, per l'anno 2021 è anticipato al 1° novembre 2022”.

Si rinvia alla circolare n. 120 del 26 ottobre 2022 per la descrizione delle operazioni effettuate.

Si riportano di seguito i valori definitivi per l'anno 2022 e si rammenta che l'importo del trattamento minimo viene preso a base anche per l'individuazione dei limiti di riconoscimento delle prestazioni collegate al reddito.

Decorrenza	Trattamenti minimi pensioni lavoratori dipendenti e autonomi	Assegni vitalizi
1° gennaio 2022	525,38 €	299,49 €
IMPORTI ANNUI	6.829,94 €	3.893,37 €

1.2 INDICE DI RIVALUTAZIONE PROVVISORIO PER L'ANNO 2023

Come riportato al paragrafo 1, si è proceduto alla rivalutazione provvisoria delle pensioni nella misura del + 7,3%.

Si riportano di seguito i valori provvisori del 2023 e si rammenta che l'importo del trattamento minimo viene preso a base anche per l'individuazione dei limiti di riconoscimento delle prestazioni collegate al reddito.

Decorrenza	Trattamenti minimi pensioni lavoratori dipendenti e autonomi	Assegni vitalizi
1° gennaio 2023	563,74 €	321,36 €
IMPORTI ANNUI	7.328,62 €	4.177,68 €

1.3 Modalità di attribuzione della rivalutazione provvisoria 2023

Il disegno di legge di Bilancio 2023 prevede interventi volti a rimodulare le modalità di attribuzione della rivalutazione automatica per le fasce di importo dei trattamenti pensionistici superiori a quattro volte il trattamento minimo.

Al fine di evitare la corresponsione di somme potenzialmente indebite, pertanto, la rivalutazione è stata attribuita in misura pari al 100% a tutti i beneficiari il cui importo cumulato di pensione sia compreso nel limite di quattro volte il trattamento minimo in pagamento nell'anno 2022 (pari a 2.101,52 euro). Per i pensionati il cui trattamento pensionistico cumulato è superiore al predetto limite, la rivalutazione sarà attribuita sulla prima rata utile al momento di approvazione della norma indicata.

2. RIVALUTAZIONE DELLE PENSIONI SULLE QUALI SONO ATTRIBUITI I BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE N. 206/2004, E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI (VITTIME DEL TERRORISMO E DELLE STRAGI DI TALE MATRICE)

L'articolo 3, comma 4-quater, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96, ha stabilito che, dal 1° gennaio 2018, ai trattamenti diretti dei pensionati vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice, dei loro superstiti, nonché dei familiari di cui all'articolo 3 della citata legge n. 206/2004 è assicurata, ogni anno, la rivalutazione automatica:

a) in misura pari alla variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati;

ovvero, in alternativa

b) un incremento annuale in misura pari, nel massimo, all'1,25% calcolato sull'ammontare dello stesso trattamento per l'anno precedente, secondo l'articolazione indicata dall'articolo 69 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, da riferire alla misura dell'incremento medesimo.

Si rammenta che le pensioni sulle quali sono attribuiti i benefici di vittima del terrorismo non sono assoggettate alla disciplina del cumulo perequativo e vengono pertanto rivalutate sempre singolarmente.

Poiché l'indice ordinario per il 2023 è risultato superiore all'1,25%, la rivalutazione è stata riconosciuta nella misura indicata alla lettera a) sull'intero importo.

3. PRESTAZIONI ASSISTENZIALI E A CARATTERE RISARCITORIO

3.1 PENSIONI SOCIALI E ASSEGNI SOCIALI

Gli indici di rivalutazione definitivo per il 2022 e provvisorio per il 2023, rispettivamente riportati ai precedenti paragrafi 1.1 e 1.2, si applicano anche alle prestazioni a carattere assistenziale.

Si riportano di seguito i valori, definitivo per il 2022 e provvisorio per il 2023, e i relativi limiti di reddito personali e coniugali.

	Pensione sociale		Assegno sociale	
Decorrenza	Importi			
	mensile	annuo	mensile	annuo
1° gennaio 2022	386,54 €	5.025,02 €	469,03 €	6.097,39 €
1° gennaio 2023	414,76 €	5.391,88 €	503,27 €	6.542,51 €
	Limiti reddituali massimi *			
	personale	coniugale	personale	coniugale
1° gennaio 2022	5.025,02 €	17.313,33 €	6.097,39 €	12.194,78 €
1° gennaio 2023	5.391,88 €	18.577,24 €	6.542,51 €	13.085,02 €

**Se il titolare e/o il coniuge possiedono redditi, l'importo della prestazione viene corrispondentemente ridotto.*

3.2 PRESTAZIONI A FAVORE DEI MUTILATI, INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDOMUTI (CATEGORIA 044-INVCIV)

La misura della perequazione, definitiva per l'anno 2022 e previsionale per l'anno 2023, è stata applicata anche alle pensioni e agli assegni a favore dei mutilati, invalidi civili, ciechi civili e sordomuti.

I limiti di reddito per il diritto alle pensioni in favore dei mutilati, invalidi civili totali, ciechi civili e sordomuti, sono aumentati del 5,1%.

Il limite di reddito per il diritto all'assegno mensile degli invalidi parziali e delle indennità di frequenza è quello stabilito per la pensione sociale (art. 12 della legge 30 dicembre 1991, n. 412).

Tali limiti si applicano anche agli assegni sociali sostitutivi dell'invalidità civile.

dal	limite di reddito annuo personale		importo mensile		
	Invalidi totali, ciechi civili, sordomuti	Invalidi parziali, minori	Invalidi, sordomuti	Ciechi parziali	Ciechi assoluti
1.1.2022	17.050,42 €	5.025,02 €	292,55 €	215,35 €	316,38 €
1.1.2023	17.920,00 €	5.391,88 €	313,91 €	217,64 €	339,48 €

3.3 RIVALUTAZIONE DELLE INDENNITÀ E DEGLI ASSEGNI ACCESSORI ANNESSI ALLE PENSIONI PRIVILEGIATE DI PRIMA CATEGORIA CONCESSE AGLI EX DIPENDENTI CIVILI E MILITARI DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

La variazione percentuale dell'indice delle retribuzioni contrattuali degli operai dell'industria, esclusi gli assegni familiari, calcolati al netto delle variazioni del volume di lavoro (come disposto dalla legge 3 giugno 1975, n. 160) tra il periodo agosto 2021 - luglio 2022 e il periodo precedente agosto 2020 – luglio 2021 è risultata del + 1,31%.

Pertanto, la quota perequabile delle indennità a favore dei mutilati, invalidi civili, ciechi civili e sordomuti è stata aumentata del + 1,31%. Si rammenta che la

rivalutazione delle indennità viene attribuita sulla sola quota individuata dall'articolo 2, comma 1, della legge 21 novembre 1988, n. 508, e successive modificazioni.

L'indice dell'1,31% si applica anche alle indennità e agli assegni accessori annessi alle pensioni privilegiate di prima categoria concesse agli ex dipendenti civili e militari delle Amministrazioni pubbliche. Le relative tabelle saranno pubblicate dal Ministero dell'Economia e delle finanze.

4. TABELLE

Nell'Allegato n. 2 si forniscono le tabelle con gli importi del trattamento minimo, delle prestazioni assistenziali e i limiti di reddito per il diritto alle diverse prestazioni collegate al reddito, costruiti come multipli dell'importo del trattamento minimo dell'anno 2023.

Si fornisce, inoltre, la tabella utile al calcolo della "trattenuta teorica massima" applicabile su pensione in caso di recupero per indebiti "propri".

5. REQUISITI ANAGRAFICI

Si rammenta che per l'anno 2023 l'età di accesso alla pensione di vecchiaia e all'assegno sociale è pari a 67 anni. Tale limite è stato applicato in sede di rinnovo alle fattispecie interessate.

6. GESTIONE FISCALE

Come noto, la tassazione opera con riferimento al "soggetto". La ritenuta IRPEF viene, quindi, determinata sull'ammontare complessivo delle pensioni, erogate dall'INPS o da altri Enti, registrate nel Casellario Centrale delle Pensioni e assoggettate alla tassazione ordinaria, e di altre prestazioni eventualmente corrisposte dall'INPS al soggetto.

Analogamente, le detrazioni di imposta operano sull'imponibile complessivo e sono ripartite sulle diverse prestazioni con il criterio della proporzionalità.

Per l'anno 2023 sono state attribuite le stesse detrazioni per familiari a carico in essere nel mese di dicembre 2022.

La richiesta di tassazione a maggiore aliquota (aliquota fissa), così come quella di non usufruire delle detrazioni personali, deve essere rinnovata ogni anno, come rammentato con il messaggio n. 3783 del 19 ottobre 2022. Le relative procedure sono disponibili *on line*, accedendo al servizio dedicato “Detrazioni fiscali – domanda e gestione”, disponibile sul portale www.inps.it.

Inoltre, anche la dichiarazione dei pensionati residenti all'estero che intendono fruire delle detrazioni spettanti per carichi di famiglia (art. 12 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, c.d. TUIR), in base alla normativa vigente, deve essere presentata annualmente; la dichiarazione contenente anche l'atto sostitutivo notorio relativo alla sussistenza dei requisiti previsti per poter fruire delle suddette detrazioni può essere resa direttamente dai pensionati accedendo al servizio *on line* dedicato presente nel Fascicolo Previdenziale del cittadino (Detr. Fiscale pens residenti estero), disponibile sul portale www.inps.it, oppure, in alternativa, per il tramite degli Enti di Patronato (che offrono assistenza gratuita) o le Strutture territoriali dell'Istituto.

Per i soggetti per i quali nel 2022 era applicata la tassazione a maggiore aliquota (aliquota fissa) ovvero tassazione lorda senza alcuna detrazione per redditi da pensione:

- * se alla data di lavorazione della pensione per le operazioni di rinnovo era stata effettuata la richiesta per l'anno 2023, è stata applicata anche da gennaio 2023 la tassazione a maggiore aliquota (aliquota fissa) ovvero tassazione lorda senza alcuna detrazione per redditi da pensione;
- * se alla data di lavorazione della pensione per le operazioni di rinnovo non era stata effettuata la richiesta per l'anno 2023, è stata, invece, impostata la tassazione ordinaria, con applicazione della detrazione per redditi da pensione.

6.1 CONGUAGLI FISCALI A CONSUNTIVO

Ove le ritenute erariali relative all'anno 2022 (IRPEF) siano state effettuate in misura inferiore rispetto a quanto dovuto su base annua, le differenze a debito saranno recuperate, come di consueto, sulle rate di pensione di gennaio e febbraio 2023.

Per i pensionati con importo annuo complessivo dei trattamenti pensionistici fino a 18.000 euro e conguagli a debito di importo superiore a 100 euro è stata applicata la rateazione di legge fino a novembre 2023 (art. 38, comma 7, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122).

Le somme conguagliate vengono certificate ai fini fiscali nella CU2023.

6.2 ADDIZIONALI ALL'IRPEF

Le addizionali all'IRPEF vengono trattenute in rate del medesimo importo, con le consuete modalità che si riepilogano di seguito:

- * addizionale regionale a saldo 2022: da gennaio a novembre 2023;
- * addizionale comunale a saldo 2022: da gennaio a novembre 2023;
- * addizionale comunale in acconto 2023: da marzo a novembre 2023.

L'importo delle addizionali è determinato in funzione delle aliquote stabilite dalle Regioni e dai Comuni e comunicate entro la data in cui è stata effettuata la lavorazione di rinnovo. Qualora gli Enti territoriali deliberino modifiche alle aliquote, gli importi delle addizionali a saldo saranno rideterminati a partire dal mese di marzo 2023.

6.3 ESENZIONE DI 1.000 EURO PER I SUPERSTITI ORFANI

L'articolo 1, comma 249, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di Stabilità 2017), ha previsto che le pensioni corrisposte ai superstiti orfani di assicurato e pensionato, nell'ambito del regime dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme esclusive o sostitutive di tale regime, nonché della Gestione separata,

concorrono alla formazione del reddito complessivo di cui all'articolo 8 del D.P.R. 917/1986, per l'importo eccedente 1.000 euro.

Il conguaglio fiscale a credito eventualmente spettante agli interessati sarà corrisposto dalla mensilità di marzo.

7. PENSIONI DELLA GESTIONE PRIVATA

Si illustrano le ulteriori attività effettuate per le pensioni della Gestione privata contestualmente alle operazioni di rivalutazione.

7.1 RIVALUTAZIONE DELLE QUOTE DI PENSIONE DOVUTE AD ALTRO BENEFICIARIO

In considerazione di quanto riportato nel paragrafo 1.2, è stato attribuito un tasso di rivalutazione pari al + 7,3% anche alle quote di pensione dovute al beneficiario diverso dal pensionato, in presenza di un piano di "Pagamenti ridotti o disgiunti" individuato da uno dei seguenti codici:

- * M4 Assegno divorzile per ex coniuge superstite;
- * M5 Assegno alimentare per figli;
- * M6 Assegno alimentare per ex coniuge.

Analogamente, è stato perequato l'importo "Altra pensione" memorizzato dalle Sedi per i piani di recupero N1 - Trattenuta Fondo Clero.

Si rinvia in proposito al messaggio n. 382 del 14 novembre 2003.

7.2 GESTIONE DELLE PENSIONI AI SUPERSTITI CON CONTITOLARI IN SCADENZA O GIÀ SCADUTI

7.2.1 SCADENZA DEL PENULTIMO CONTITOLARE NEL 2023

Dal mese di scadenza dell'ultimo contitolare è stato impostato il pagamento della sola quota del contitolare in essere.

Come noto, dal momento in cui resta in essere un solo contitolare, è necessario disporre dei redditi per verificare la spettanza delle prestazioni collegate al reddito.

Nel caso in cui tali redditi non risultino dichiarati, la posizione viene evidenziata con il valore **997** nel campo "CIDEMIN".

È stato, comunque, considerato, ai fini della concessione delle eventuali prestazioni collegate al reddito sulla pensione, l'eventuale reddito da Casellario delle Pensioni dell'anno in corso.

7.2.2 PENSIONI CON TUTTI I CONTITOLARI SCADUTI

Per le pensioni ancora vigenti, ma con tutti i contitolari scaduti in data anteriore al 2023 (GP3CK02Z < 202302), il campo "CIDEMIN" è stato valorizzato con il codice **998** sia per le pensioni dell'AGO sia dei Fondi speciali ed ex ENPALS.

7.3 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA

I trattamenti di famiglia non rientrano nel campo di applicazione dell'articolo 35, comma 10-bis, del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 14/2009. Per evitare il pagamento di trattamenti non dovuti, qualora sulla pensione del richiedente siano assenti redditi successivi al 2018, il pagamento viene sospeso da gennaio 2023.

Per le posizioni in questione, il reddito presunto del 2022 è stato registrato con il valore 6 al quarto byte nel campo "GP2KF11" e il campo "CIDEMIN" è stato valorizzato con il codice **907**.

7.4 AZZERAMENTO DEGLI ASSEGNI ORDINARI DI INVALIDITÀ IN SCADENZA PER REVISIONE SANITARIA

Gli assegni ordinari di invalidità delle Gestioni AGO, dei Fondi Speciali Telefonici, Elettrici ed Autoferrotranvieri ed ex ENPALS con data revisione sanitaria nel corso del 2023(GP1AF06), nonché con scadenza del triennio nel 2023, sono stati azzerati dal mese successivo alla data indicata.

Per il Fondo volo (categoria 045), il pagamento è stato localizzato presso la Cassa Sede da gennaio 2023.

7.5 IMPOSTAZIONE DEL CODICE DI RICOSTITUZIONE D'UFFICIO

Come di consueto, le pensioni per le quali in sede di rinnovo le procedure hanno individuato variazioni d'importo da una data anteriore a gennaio 2023 sono state poste in pagamento per l'anno 2023 con l'importo aggiornato e sono state contraddistinte con il codice **4** (da ricostituire a credito) ovvero **7** (da ricostituire a debito) nell'ultimo carattere del campo "GP1AF05R".

Tali posizioni verranno trattate a livello centrale, come previsto al paragrafo 1.2 del messaggio n. 870 del 14 gennaio 2011.

Le pensioni non rivalutate poste in pagamento con lo stesso importo del 2022 sono state contraddistinte con il codice **5** nell'ultimo carattere del campo "GP1AF05R".

Per i Fondi Speciali, le posizioni con GP1AF05R = 4/5/7 saranno elencate in apposita lista pensioni da verificare (PENS0052) per la gestione da parte delle Strutture territoriali.

Sono state altresì rinnovate con lo stesso importo del 2022 le pensioni contraddistinte con il codice **0** nell'ultimo carattere del campo "GP1AF05R" e il valore **004** in GP1CIDEMIN. Si tratta in particolare di pensioni per le quali i dati reddituali presenti in archivio non hanno consentito il calcolo ai sensi della normativa in materia.

L'informazione relativa al tipo rinnovo presente in "GP1AF05R" viene riportata anche nel campo "CPRD" della riga di movimentazione relativa al rinnovo.

7.6 PENSIONI RINNOVATE CON IMPORTO PARI A ZERO

L'elenco delle pensioni rinnovate per l'anno 2023 con importo pari a "zero" è disponibile nella intranet fra le liste parametriche, dal percorso: "Processi" >

“Assicurato pensionato” > “Servizi al pensionato” > “Procedure di gestione della pensione” > “Reporting operativo - Liste parametriche”.

Per queste posizioni, le Strutture territoriali avranno cura di disporre le necessarie verifiche e provvedere alla ricostituzione, se del caso, o alla eliminazione.

8. PENSIONI DELLA GESTIONE PUBBLICA

8.1 MODALITÀ DI ATTRIBUZIONE DELL'INDENNITÀ INTEGRATIVA SPECIALE

Per effetto dell'applicazione delle percentuali di variazione della perequazione automatica, la misura mensile dell'indennità integrativa speciale dal 1° gennaio 2023 è pari a 863,30 euro; l'importo della stessa indennità sulla tredicesima mensilità è determinato in 843,30 euro.

Nei casi di cumulo di due o più pensioni corrisposte dall'INPS e da altri Enti previdenziali si fa rinvio alle disposizioni impartite con la nota operativa INPDAP n. 49 del 23 dicembre 2008.

In ogni caso per tutti i cumuli intervenuti dal 1° gennaio 2022 si è provveduto a bloccare l'importo dell'indennità integrativa speciale in pagamento alla suddetta data, attribuendo la percentuale di perequazione, calcolata sulla pensione annua lorda e sull'indennità integrativa speciale, sull'importo mensile della sola voce pensione.

Tali situazioni sono state contraddistinte con il codice “E2”.

Qualora l'indennità integrativa speciale fosse già bloccata all'importo in pagamento al 31 dicembre 1997 per effetto dell'articolo 59, comma 13, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, al 31 dicembre 2007 per effetto dell'articolo 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2007, n. 247, al 31 dicembre 2011 per effetto dell'articolo 24, comma 25, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, o al 31 dicembre 2013 per effetto dell'articolo 1, comma 483, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, tali blocchi restano confermati.

Le situazioni sopra individuate sono state contraddistinte rispettivamente dai codici “B7”, “B8”, “B9”, “B0”, “B2”, “B3”, “B4”, “B5”, “B6”, “C7”, “C8”, “C9”, “C0”, “D1”, “D2”, “D3”, “D4”, “D5”, “D6”, “D7”, “D8”, “D9” e “E1”.

Si conferma che anche per l’anno 2023, in presenza di due o più pensioni corrisposte dalla Gestione pubblica, la procedura informatica sulla base dei dati relativi al codice fiscale del titolare delle prestazioni ha provveduto con modalità automatica all’abbinamento dei codici che identificano la pensione c.d. “principale” e “secondaria” attribuendo l’incremento della perequazione in misura proporzionale.

Ai fini del cumulo delle pensioni ai superstiti con i redditi del beneficiario (art. 1, comma 41, della legge 8 agosto 1995, n. 335), si precisa che per i titolari di pensioni dirette e ai superstiti a carico della Gestione pubblica, si è provveduto ad adeguare l’importo della pensione indiretta/reversibile in pagamento al 1° gennaio 2023, considerando l’importo della pensione diretta in pagamento alla stessa data a condizione che la stessa sia di importo maggiore rispetto al reddito già memorizzato in banca dati.

8.2 RIVALUTAZIONE DELLE QUOTE DI PENSIONE DOVUTE AD ALTRO BENEFICIARIO

La corresponsione degli aumenti perequativi descritti trova applicazione anche nel caso di un unico trattamento pensionistico, indiretto o di reversibilità, attribuito in quota parte al coniuge superstite e al coniuge divorziato, titolare di assegno divorzile.

Si ricorda che l’adeguamento annuale degli assegni di mantenimento riconosciuti all’ex coniuge superstite e/o ai figli di iscritto o pensionato, dovrà essere disposto, secondo le modalità stabilite dal giudice nel provvedimento di assegnazione, direttamente dagli operatori delle Sedi - Gestione Dipendenti Pubblici.

8.3 ESENZIONE FISCALE PER LE VITTIME DEL DOVERE

Per la trattazione delle domande di esenzione fiscale per vittime del dovere da applicare nell’anno 2023 si rinvia al messaggio n. 1768 del 27 aprile 2017.

Si precisa che le Strutture territoriali dovranno provvedere al rimborso dell'IRPEF e dell'eventuale acconto dell'addizionale comunale solo se di competenza dell'anno solare 2023.

Per quanto riguarda, invece, il rimborso delle somme già trattenute allo stesso titolo, di competenza dell'anno 2022:

* nel caso in cui la pensione sia già stata classificata come vittima del dovere (microqualifica T425) nel corso del 2022 (entro la rata dicembre 2022), il conguaglio a credito verrà applicato centralmente sulle rate successive a gennaio 2023;

* nel caso in cui la pensione venga, invece, classificata come vittima del dovere a partire da gennaio 2023, la rettifica fiscale dovrà essere effettuata nel sistema di piattaforma fiscale, con una rettifica CU.

8.4 DETASSAZIONE IN APPLICAZIONE DI CONVENZIONI INTERNAZIONALI CONTRO LE DOPPIE IMPOSIZIONI FISCALI

Le Strutture territoriali dovranno provvedere al rimborso dell'IRPEF e dell'eventuale acconto dell'addizionale comunale solo se di competenza dell'anno solare 2023.

Per le modalità operative di gestione si rinvia ai messaggi n. 2205 del 29 maggio 2017, n. 3830 del 5 ottobre 2017 e n. 580 del 14 febbraio 2020.

9. PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

9.1 PRESTAZIONI DI INVALIDITÀ CIVILE SOGGETTE A REVISIONE SANITARIA

L'articolo 25, comma 6-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, stabilisce che nelle more dell'effettuazione delle eventuali visite di revisione e del relativo iter di verifica, i minorati civili e le persone con handicap, in possesso di verbali in cui sia prevista

rivedibilità, conservano tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura.

Pertanto, per le prestazioni a favore di invalidi civili per le quali a decorrere dall'entrata in vigore della legge n. 114/2014 risulti memorizzata nel database una data di revisione sanitaria, il pagamento è stato confermato nelle more della visita di revisione calendarizzata dall'Istituto.

9.2 INDENNITÀ A FAVORE DEI LAVORATORI AFFETTI DA PARTICOLARI PATOLOGIE

Le indennità previste dall'articolo 39, comma 1, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, a favore dei lavoratori affetti da talassemia major (c.d. morbo di Cooley) e drepanocitosi, dall'articolo 3, comma 131, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, a favore dei lavoratori affetti da talasso-drepanocitosi e a favore dei lavoratori affetti da talassemia intermedia in trattamento trasfusionale o con idrossiurea, liquidate come prestazioni di categoria INVCIV con fascia 70, 71, 72 e 73, sono state rinnovate per l'anno 2023 adeguandone l'importo al trattamento minimo.

9.3 TRASFORMAZIONE DELLE PENSIONI DI INVALIDITÀ CIVILE IN ASSEGNO SOCIALE

L'articolo 18, comma 4, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, modificando l'articolo 12 del decreto-legge n. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122/2010, stabilisce che il requisito anagrafico minimo per il conseguimento dell'assegno sociale, nonché dell'assegno sociale sostitutivo della pensione di inabilità civile, dell'assegno mensile di assistenza agli invalidi parziali e della pensione non reversibile ai sordi, deve essere adeguato all'incremento della speranza di vita.

Il requisito anagrafico per il diritto all'assegno sociale per il periodo dal 1° gennaio 2020 al 31 dicembre 2023 è pari a 67 anni.

Conseguentemente, in occasione del rinnovo sono state ricalcolate, attribuendo l'importo dell'assegno sociale a decorrere dal mese successivo al compimento

dell'età prevista, le prestazioni spettanti ad invalidi civili e sordomuti che compiono sessantasette anni di età entro il 30 novembre 2023 e per le quali risultano memorizzati negli archivi i dati reddituali necessari all'accertamento del diritto e della misura all'assegno sociale.

In assenza di informazioni aggiornate, a partire dal mese successivo al compimento di sessantasette anni è stato attribuito l'importo dell'assegno sociale senza gli aumenti di cui all'articolo 67 della legge n. 448/1998 (già 100.000 lire), e all'articolo 52 della legge 23 dicembre 1999, n. 488 (già 18.000 lire).

Le Strutture territoriali dovranno provvedere alla ricostituzione delle pensioni per le quali non sono presenti le informazioni reddituali, segnalando i dati aggiornati del titolare e, per i soggetti coniugati, anche del coniuge.

10. PRESTAZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO A PENSIONE

Le prestazioni di accompagnamento alla pensione, corrisposte ai sensi del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148, e dell'articolo 4 della legge 28 giugno 2012, n. 92, di categoria 027-VOCRED, 028-VOCOOP, 029-VOESO, 127-CRED27; 128-COOP28; 129 - VESO29; 143 - APESOCIAL; 198-VESO33, 199-VESO92; 200-ESPA, non avendo natura pensionistica, conservano per tutta la loro durata l'importo stabilito alla decorrenza.

I dati della 21° edizione dell'osservatorio Assofin, Ipsos e Nomisma con il contributo di Crif

Pagamenti sempre più digitali

In calo le carte di credito attive, crescono quelle di debito

Pagina a cura

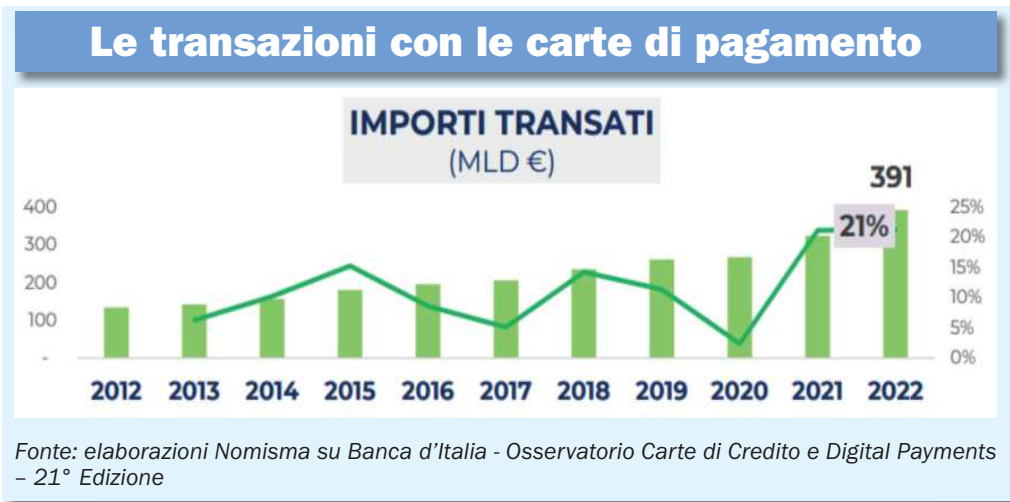
DI FABRIZIO MILAZZO

Aumentano in Italia le transazioni effettuate con strumenti diversi dal contante. Nel 2022, infatti, si è registrato un incremento del 21% del valore complessivo delle transazioni con carte di pagamento. In diminuzione le carte di credito attive; continua, invece, la diffusione esponenziale dell'utilizzo di carte di debito.

A delineare tali scenari sono i dati contenuti nella 21° edizione dell'osservatorio Carte di credito e digital payments curato da Assofin, Ipsos e Nomisma con il contributo di Crif che conferma l'evoluzione che il mercato ha già intrapreso da tempo verso l'uso di strumenti alternativi al contante, con particolare interesse verso quelli innovativi.

I nuovi scenari. Il 2022 è stato l'anno della ripresa definitiva dalla pandemia e ha confermato le tendenze che si erano già manifestate, in maniera significativa, durante il periodo precedente in tema di pagamenti con strumenti diversi dal contante. Lo scorso anno i comportamenti di spesa e le modalità di pagamento dei consumatori sono diventati strutturali, con una contrazione dell'uso del contante che prosegue in modo graduale. Anche grazie alla piena ripresa delle attività riguardanti i servizi di intrattenimento, il numero di pagamenti effettuati con strumenti diversi dal contante, a livello nazionale, è cresciuto del +16%, incremento che sale a +21% se si considerano i pagamenti con le sole carte di debito, credito e prepagate.

Aumenta l'utilizzo delle carte prepagate. Nel 2022 il numero di carte di credito attive in Italia è risultato pari a 13,4 milioni, con un valore delle transazioni effettuate che supera i 101 miliardi di euro a fronte di un tasso di crescita del +20%. Anche il numero delle transazioni cresce, seppure con un tasso inferiore rispetto al 2021. Considerando le transazioni effettuate con carta di credito, l'osservatorio rileva una crescita rispetto all'anno precedente, con la media transata che si attesta intorno ai 66 euro. Lo scorso anno si è confermata la crescita esponenziale delle carte di debito, già rilevata l'an-



no precedente. Rispetto al 2021 è notevole anche il numero di operazioni effettuate, con un aumento del 25,1%. Un trend positivo che trova conferma anche dall'analisi degli importi complessivi delle transazioni che, nel 2022, sfiorano i 225 miliardi di euro.

Le carte prepagate in circolazione in Italia crescono, invece, in modo contenuto, ad aumentare è, invece, il loro utilizzo. A trainare tale aumento è lo sviluppo dell'e-commerce che porta il numero delle operazioni a crescere del 18,7%. In un contesto in cui si registra la razionalizzazione del numero di carte di credito attive a sistema, quelle opzione/rateali raggiungono una quota di circa il 60%, anche se sono prevalentemente utilizzate in modalità saldo con l'84% dei flussi, contro il 16% che fa riferimento a utilizzi rateizzati. Nel 2022 i flussi complessivi movimentati dalle carte di credito opzione/rateali, a prescindere quindi dal tipo di rimborso, segnano un incremento del 16,1%. Nel secondo trimestre 2023, tuttavia, come rilevato nella ricerca, si registra un rallen-

Con l'ulteriore espansione dell'e-commerce, aumenta l'incidenza delle operazioni online che, nei primi sei mesi del 2023, arrivano a rappresentare il 27% delle transazioni complessivamente effettuate via carte opzione/rateali

tamento della crescita (+7,1%) che riflette anche l'indebolimento della componente servizi della spesa delle famiglie. I volumi rateizzati, dopo la ripresa del 2022, nei primi sei mesi del 2023 tornano in negativo

(-2,5%), in un quadro di debolezza anche del credito al consumo nel suo complesso (+0,2%). Continua ad evidenziare una crescita a doppia cifra (+15%) solo la componente relativa ai finanziamenti di spese più consistenti attraverso un piano di rimborso predefinito "appoggiato" sulla carta. Con l'ulteriore espansione dell'e-commerce, aumenta l'incidenza delle operazioni online che, nei primi sei mesi del 2023, arrivano a rappresentare il 27% delle transazioni complessivamente effettuate via carte opzione/rateali, 8 punti percentuali in più rispetto all'anno pre-Covid.

La rischiosità del mercato delle carte. Gli analisti rilevano una sostanziale stabilità del tasso di sofferenza delle carte a saldo, ma si osserva una riduzione per quelle rateali. Come evidenzia il rapporto, l'attuale fase di incertezza economica suggerisce agli operatori di porre un'adeguata attenzione al rischio di credito. La congiuntura non favorevole acuisce, infatti, le difficoltà incontrate da imprese e famiglie e genera tensioni sui principali indicatori di rischio che, comunque, a giudizio degli esperti si mantengono su posizioni contenute principalmente grazie all'attivazione di misure di sostegno al reddito.

Sempre più contactless. Il focus sulla domanda presente nell'osservatorio mostra un trend decrescente relativamente alla diffusione delle carte a fronte di un incremento della frequenza dei pagamenti digitali rispetto al 2022 che ha riguardato sia la carta di credito sia

quella di debito. In particolare, in costante aumento sono coloro che utilizzano frequentemente la funzionalità contactless della carta di credito, con il 33% dei titolari che la utilizza più di sei volte al mese (tale percentuale era pari al 25% nel 2022). Segno più anche per la frequenza di utilizzo me-

Il sistema del buy now pay later registra un tasso di crescita annuo a doppia cifra e secondo le recenti ricerche dovrebbe raggiungere oltre 3 miliardi di euro entro il 2026. A livello globale, il bnpl ha rappresentato nel 2022 il 5% dei pagamenti

dia, pari a 4,5 volte al mese contro le 4,2 dell'anno precedente.

Tutto ciò si colloca in un contesto in cui il timore per l'inflazione, prima preoccupazione nel mondo da 17 mesi consecutivi, si sta stemperando anche in Italia. Come rilevano gli analisti, gli scorsi mesi hanno evidenziato piuttosto un nuovo atteggiamento di parsimonia degli italiani, diverso dall'austerità che si è registrata nei periodi di crisi precedenti. Infatti, le famiglie si stanno adattando, soprattutto apportando adeguati correttivi, cercando maggiormente un bilanciamento tra quantità e qualità della spesa. Ciò in quanto i consumatori desiderano ritagliarsi, con sempre maggiore frequenza, spazi di gratificazione personale. Pertanto, si generano nuove attese che possono essere soddisfatte proponendo al mercato soluzioni innovative, accrescendo il valore dell'esperienza e dei prodotti e servizi utilizzati. In tale direzione si collocano anche i pagamenti via smart-

phone/app che costituiscono una delle soluzioni più innovative, registrano un'ulteriore crescita in termini di notorietà e utilizzo presso i consumatori e un bacino potenziale sempre molto consistente. Ad esempio, una proposta che sta registrando l'interesse dei consumatori è rappresentata dall'open banking/finance, sistema che offre al consumatore numerosi strumenti che consentono di avere maggiore controllo e consapevolezza delle proprie spese e della propria situazione finanziaria.

Compri subito, paghi dopo. Fra le innovazioni più significative introdotte negli ultimi anni, l'osservatorio dedica un focus al "buy now, pay later", sistema che consente di comprare subito ma di pagare in un secondo tempo conosciuto da oltre la metà della popolazione italiana in età 18-64 anni e dal 66% della generazione Z (ossia i nati tra la fine degli anni Novanta e il primo decennio del nuovo secolo), sebbene il metodo di pagamento online più diffuso sia ancora la carta. Tale sistema registra un tasso di crescita annuo a doppia cifra e, secondo le recenti ricerche, dovrebbe raggiungere oltre 3 miliardi di euro entro il 2026. A livello globale, il bnpl

ha rappresentato nel 2022 il 5% dei pagamenti. Ma, nonostante la veloce ascesa, gli analisti evidenziano alcuni dubbi rispetto alla proposta di tale sistema come servizio che si regge da solo. Piuttosto, come rilevato nel focus, il bnpl può essere immaginato come servizio complementare da offrire in una logica di portafoglio più ampia.

In generale, in prospettiva, malgrado un contesto che nel 2022 ha visto il tasso di insolvenza attestarsi su livelli inferiori a quelli registrati per il credito al consumo, resta elevata l'attenzione rispetto alla qualità del credito. La stretta normativa che deriverà dall'introduzione della nuova direttiva in materia di credito ai consumatori, che pone tra i suoi principali obiettivi la tutela degli stessi dal rischio di sovraindebitamento, imporrà ai player di mercato di adottare prassi più stringenti per valutare e garantire la sostenibilità finanziaria delle operazioni che propongono.

Lo scenario delineato da Asfor, Centro studi Guglielmo Tagliacarne e Cuo business school

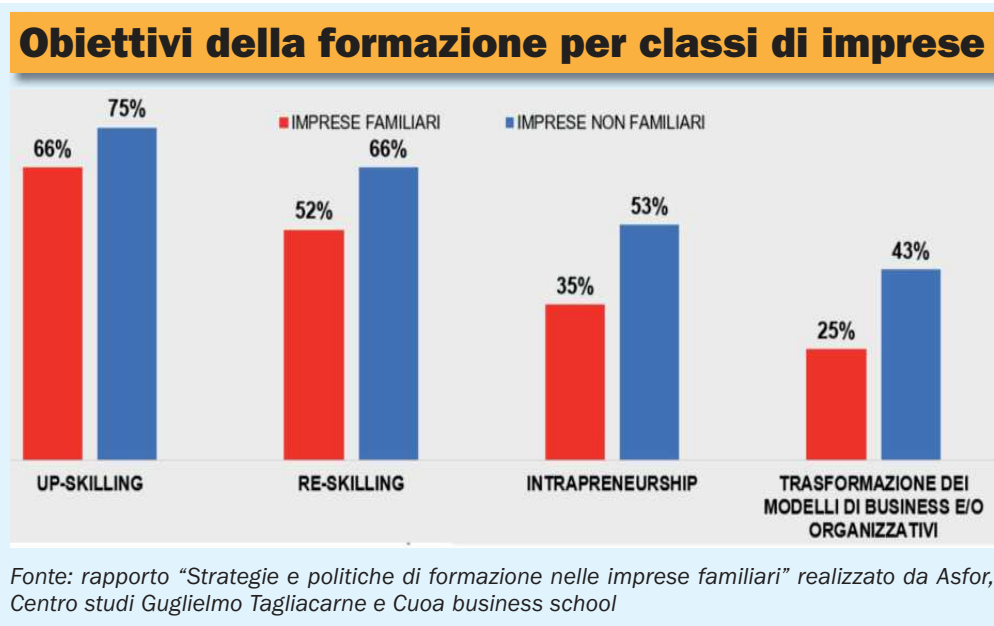
La formazione va a più velocità

Giovani imprenditori più inclini a investire. Il Pnrr è traino

Pagina a cura
di ANTONIO LONGO

La formazione? Non tutti ci credono in egual misura. Tra le imprese familiari, per esempio, che hanno già una buona propensione a far crescere le risorse umane (7 su 10 stanno investendo in formazione tra il 2022 e il 2024, e lo hanno già fatto nel triennio pre-Covid), i giovani imprenditori sono quelli che dimostrano maggiore inclinazione a puntare sulla formazione. Al contrario, le imprese di piccole dimensioni faticano di più. Ma non è finita. Un grande slancio arriva dal Pnrr. Le imprese familiari che si sono attivate o che hanno in programma di attivarsi sul fronte Pnrr manifestano una maggiore propensione a investire, nel triennio 2022-24, nella formazione a favore dei dipendenti. In particolare, gli investimenti riguardano le cosiddette attività di up-skilling, ossia il miglioramento delle competenze (85% contro il 66% nel caso delle imprese che non si attiveranno sul Pnrr); re-skilling, ovvero il conseguimento di nuove competenze (74% contro 53%); intrapreneurship, cioè il miglioramento delle competenze "imprenditoriali" dei dipendenti (54% contro 36%) e nella formazione manageriale per nuovi modelli di business (44% contro 28%). È quanto emerge dal rapporto "Strategie e politiche di formazione nelle imprese familiari", realizzato da Asfor, Centro studi Guglielmo Tagliacarne e Cuo business school (edito da Franco Angeli) presentato a Roma, insieme a Unioncamere, nel corso dell'evento "Il capitale umano e strategie nelle imprese familiari". Tale "effetto pervasivo", come evidenziano gli analisti, conferma gli obiettivi del Pnrr che riconoscono nella formazione un fattore fondamentale per supportare tanto la transizione digitale e green del sistema imprenditoriale quanto favorire l'inclusione sociale. In particolare, il Pnrr identifica l'acquisizione delle competenze digitali, tecniche e scientifiche, attraverso attività formative di up-skilling, re-skilling e riqualificazione manageriale, come strumento utile ai lavoratori per farsi trovare pronti alle sfide del mercato del lavoro e alle imprese, soprattutto alle Pmi, per aumentare la propria competitività.

«Le imprese familiari, che rappresentano l'89% del nostro tessuto produttivo, hanno già dimostrato di essere



un motore di sviluppo essenziale per il Paese», evidenzia il presidente del Centro studi Tagliacarne, **Giuseppe Molinari**. «Per favorire la crescita diventa, perciò, centrale investire nel capitale umano anche attraverso percorsi di formazione in grado di fare elevare le competenze necessarie a gestire, se non anticipare, i cambiamenti. Occorre, dunque, supportare questo processo, soprattutto in questo momento in cui osserviamo una flessione della quota delle imprese di famiglia disposte a fare investimenti nella crescita e nello sviluppo professionale del personale».

La spinta del Pnrr. Il focus individua altri tre effetti del Pnrr in tema di formazione aziendale. In riferimento al primo, quello trasformativo per l'innovazione dei modelli di business, si evidenzia come il 28% delle imprese che investiranno nella formazione manageriale lo farà per la prima volta grazie alle risorse del Pnrr, mentre la quota delle imprese che investiranno per la prima volta nelle altre tipologie di formazione grazie al Pnrr oscilla tra il 6% e il 15%. L'effetto inclusivo del Pnrr a sostegno delle piccole imprese, invece, contribuirà a colmare parte dei gap che dividono le imprese differenti dal punto di vista dimensionale. Infine, il Pnrr esercita un effetto apertura, rispetto alla sola organizzazione di corsi interni, in quanto favorisce la formazione effettuata da soggetti esterni alle imprese, come le società di formazione professionale, a cui fa ricorso il 72% delle imprese che si sono attivate o si attiveranno sul Pnrr contro il 56% di quelle che non si attiveranno, e le istituzioni territoriali/associazioni di cate-

goria (37% contro 21%).

Up-skilling l'attività formativa più gettonata. In base agli esiti della ricerca, il 66% delle imprese familiari ha investito tra il 2017-19 e investirà tra il 2022 e il 2024 in up-skilling, ovvero nella formazione del personale dipendente per fare crescere le attuali competenze tecnico-professionali (contro il 75% delle imprese non familiari). Mentre il 52% punterà sul re-skilling, cioè sullo sviluppo di nuove competenze tecnico-professionali (contro il 66%). Ma solo il 35%, come evidenziano gli analisti, sta programmando corsi per aumentare la responsabilizzazione, la capacità di iniziativa e di innovazione delle proprie risorse umane, ovvero l'intrapreneurship (contro il 53%) e il 25% per migliorare la capacità manageriale di gestire nuovi modelli di business idonei ad affrontare la duplice transizione digitale e green (contro il 43%). Nel report si sottolinea che il titolo di studio dell'imprenditore sembra incidere sulle attività formative; infatti, la quota di quelle che investono (2017-19 e 2022-24) in formazione è pari al 55% se l'imprenditore ha al massimo la licenza media e sale al 68% se ha il diploma, fino ad arrivare a toccare il 78% se è laureato. L'autofinanziamento è il principale canale al quale ricorrerà l'80% delle imprese per finanziare i percorsi formativi programmati, mentre solo il 29% usufruirà dei fondi regionali e il 23% dei fondi interprofessionali.

Al Sud crescono i corsi per cambiare il modo di fare impresa. Le imprese familiari del Mezzogiorno e gli imprenditori under 35 sembrano manifestare una maggiore consapevolezza rispet-

to ai profondi mutamenti in atto, infatti, numeri del report alla mano, investono di più nell'intrapreneurship rispetto a quelle del Centro-Nord (il 39% delle imprese del Mezzogiorno investirà nel 2022-24 e vi ha investito nel periodo 2017-19, contro il 34% di quelle del Centro-Nord) e nella formazione manageriale per nuovi modelli di business (30% contro il 24%).

«La valorizzazione del capitale umano è oggi la vera sfida competitiva per le imprese familiari», osserva **Marco Vergat**, presidente di Asfor. «La formazione deve, perciò, aiutare le persone e le aziende ad adattarsi di più e meglio a una realtà sempre più complessa, senza perdere di vista il proprio ruolo trasformativo per fare crescere l'eccellenza e l'innovazione. Ciò comporta il superamento della tradizionale idea di efficienza della prestazione lavorativa per ricomprendere anche gli importanti aspetti intangibili. Serve una formazione che consolidi il valore del fare impresa con la partecipazione attiva delle persone, generando nuova appartenenza e un positivo approccio al lavoro».

Le difficoltà delle imprese più piccole. Gli analisti pongono all'attenzione un alert in quanto le politiche di formazione del personale fanno fatica ad affermarsi tra le aziende familiari più piccole, ossia quelle con meno di 50 addetti, che più di altre avrebbero, invece, bisogno di sviluppare il bagaglio di conoscenze del proprio personale per accompagnare i processi di sviluppo. Solo il 65% di tali realtà investirà nel triennio 2022-24 e lo ha fatto nel periodo 2017-19, contro l'86% di quelle medio-grandi. Tale

trend appare più marcato per la formazione in re-skilling, segmento in cui le imprese che investiranno sono il 47% tra le piccole e il 71% nel caso delle medio-grandi, e in orientamento intra-imprenditoriale (30% contro il 54%). In generale, sette imprese familiari su dieci stanno investendo in formazione tra il 2022 e il 2024 e lo hanno già fatto nel triennio pre-Covid per fare crescere le competenze del personale impiegato ed affrontare al meglio le sfide dei cambiamenti. Nel complesso, la quota delle imprese che hanno investito nel 2017-2019 e continuerà a farlo nel 2022-2024 resta più bassa rispetto a quella delle non familiari (69% contro 77%).

La formazione piace alle imprese giovanili. Il 73% delle imprese familiari giovanili ha investito in attività formative nel periodo 2017-19 e continuerà a farlo anche nel triennio 2022-24 in almeno una delle tipologie di formazione (contro il 68% delle imprese familiari non giovanili). Invece, nelle imprese familiari guidate da donne solo il 66% ha investito nel periodo 2017-19 e proseguirà anche nel triennio 2022-24, contro il 70% delle imprese familiari non femminili. Tuttavia, sia le aziende familiari under 35 sia quelle femminili mostrano una maggiore propensione a investire nella formazione orientata a produrre cambiamento rispetto alle altre. Il 30% delle imprese giovanili che ha investito nel 2017-19 continuerà ad investire nel 2022-24 in corsi manageriali per nuovi modelli di business, contro il 24% nel caso delle imprese non giovanili, una quota che scende al 28% nelle imprese familiari femminili ma che resta più levata di 3 punti percentuali rispetto a quelle dei loro colleghi maschi (25%). «Abbiamo delle vere eccellenze imprenditoriali, molte delle quali sono a conduzione familiare che vanno preservate e tutelate, per farlo è necessario lavorare da un lato su solidi percorsi di formazione e sviluppo delle competenze interne alle imprese e dall'altro su progetti volti ad aumentare le dimensioni delle imprese stesse», afferma **Federico Visentin**, presidente di Cuo business school. «In una competizione globale, infatti, per le imprese crescere è l'unico modo per fare un salto di qualità, che veda l'Italia come sistema economico ancora più competitivo sui mercati internazionali».

Imprese maggiori più pronte a tutelare la continuità aziendale. I dati alla convention Cdr

Crisi, la Cnc piace alle grandi

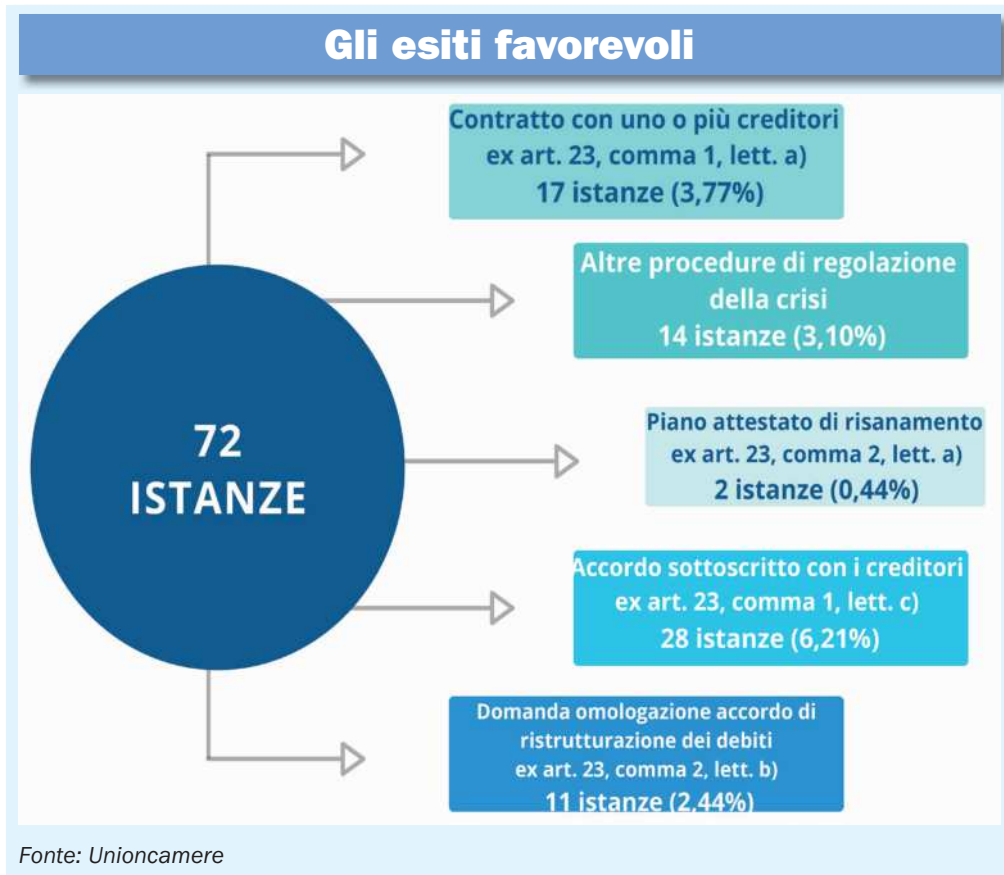
72 composizioni positive, più di 5 mila dipendenti coinvolti

Pagina a cura

DI MARCELLO POLLIO

La composizione negoziata della crisi d'impresa (Cnc, art. 12, dlgs 14/2019) piace alle aziende più grandi. Prova ne sono i nomi importanti che hanno fatto positivamente uso dello strumento introdotto dal legislatore dal 15 novembre 2021. Il dato più eclatante esce quando si esaminano gli aspetti sociali che interessano le istanze di Cnc sottoposte alle Cciao: nelle 72 Cnc che hanno avuto esito favorevole sono stati coinvolti più di 5 mila dipendenti. Il percorso della Cnc non coinvolge (automaticamente) i tribunali (salvo in caso di richiesta di misure protettive) e si svolge davanti alle Camere di commercio. Questa situazione sta quindi permettendo di fare avanzare la Cnc, anche perché gli imprenditori hanno iniziato a metabolizzare che dal 19 marzo 2019 è un obbligo di legge attivarsi senza indugio per tutelare la continuità aziendale, in ossequio al disposto dell'art. 2086 c.c. ed è obbligatorio accedere a uno strumento di composizione della crisi. Meglio dunque utilizzare la Cnc che ha come interlocutore un esperto indipendente designato dalla camera di commercio piuttosto che avere un commissario giudiziale nominato dal tribunale fallimentare.

Ne fanno uso imprese sempre più grandi. Insieme al dato incredibile dei 5 mila dipendenti coinvolti, altro elemento rilevante è che a fare ricorso alla Cnc sono sempre più imprese di caratura nazionale. Valvitalia (partecipata da Cdp), Pasta Zara e persino la società calcistica U.C. Sampdoria, militante nei campionati di Lega calcio, hanno definito i loro risanamenti attraverso gli accordi raggiunti con i creditori e investitori nell'ambito delle rispettive Cnc. Le trattative possono concludersi senza ricorso ai tribunali, ai sensi del primo comma dell'art. 23 Ccii, ma anche facendo accesso per la conclusione delle trattative a strumenti da sottoporre all'omologazione dei tribunali. E' il caso, ad esempio, di Sampdoria che attende nei prossimi giorni l'omologazione dell'accordo di ristrutturazione dei debiti ex art. 57 Ccii (Ard) da parte del tribunale di Genova. L'utilizzo dell'Ard è avvenuto per inserire e omologare la transazione fiscale conclusa con l'Agenzia delle entrate e l'Inps. L'omologazione dell'Ard avverrà anche ed in quanto il tribunale ha dato atto della mancanza di opposizioni da parte dei creditori. Elemento che denota come le trattative svolte nella Cnc e la presenza di un "negoziatore" nominato dalle Cciao sia utile a dirimere i conflitti. Anche Pasta



Zara ha concluso gli accordi dopo avere ricevuto la revoca del precedente concordato preventivo. Ciò che in tribunale sembrava impossibile si è risolto e definito con il colloquio e la gestione "amichevole" dei rapporti condotti dall'esperto della Cnc sempre nominato dalla Cciao.

I dati di Unioncamere. L'ultimo report dei risultati della Cnc è riferito al 15/9/23: se-

condo i dati Unioncamere, resi noti venerdì scorso nel corso della convention annuale di Credit data research Italia che si è svolta nei giorni scorsi sul Garda, le istanze presentate sino al 15/9 sono state 951. A fare da padrone è la Lombardia seguita dal Lazio. Dato che rispecchia il numero di imprese iscritte al registro imprese. Le istanze archiviate sono state 451, di cui 72

con esito favorevole e 372 con esito sfavorevole; 63 domande sono state rifiutate dai segretari Cciao per decorrenza dei termini.

Se da un lato gli esiti favorevoli sembrano pochi (16%), non va però sottaciuto che i risultati sono importanti e talvolta sorprendenti. Gli esiti favorevoli, infatti, si sono potuti raggiungere solo grazie al percorso di Cnc,

perché l'utilizzo di altri strumenti sarebbe stato impossibile o negativo per il business delle aziende interessate. Si pensi ad esempio al caso Sampdoria che ha concluso positivamente la ristrutturazione, rispetto alla Regina calcio che attraverso il ricorso al tribunale è stata però affossata (pur avendo ottenuto l'omologazione del proprio Ard da parte del tribunale di Reggio Calabria). Anche qui, nel caso di Sampdoria, il colloquio e le trattative condotte nell'ambito della Cnc hanno permesso un più proficuo confronto con gli interlocutori istituzionali, evitando di commettere errori nella gestione della sospensione dei debiti correnti che avrebbero vietato l'iscrizione al campionato di serie B (secondo i vincoli imposti dalle Noif, le norme dell'ordinamento sportivo).

Come si sono concluse le Cnc. La soddisfazione di Unioncamere è tangibile perché, secondo Sandro Pettinato, vice segretario generale, il trend crescente delle Cnc è dimostrato dall'aumento delle istanze presentate, passato da un valore medio quindicinale di 14 istanze di aprile 2022 a 24 istanze di settembre 2023 stabilizzatosi negli ultimi mesi. L'utilizzo della Cnc da parte delle imprese sembra essere più consapevole: l'incremento degli esiti positivi delle istanze pare confermare che le aziende utilizzino lo strumento in uno stadio della crisi non ancora troppo avanzato. Anche il tasso di successo che va via via aumentando (negli ultimi due trimestri sopra il 25%) dimostra come la Cnc abbia iniziato ad essere compresa e conosciuta anche dai consulenti. L'esperienza maturata crea maggiore confidenza da parte degli esperti nominati, i quali agli albori della Cnc erano più di matrice giudiziaria e con atteggiamento diffidente.

Analizzando le 72 istanze concluse (art. 23 ccii) con successo si nota come 17 sono le trattative che hanno concluso un contratto con uno o più creditori (co. 1, lett. a), 28 gli accordi sottoscritti con i creditori (co. 2, lett. c), 2 i piani attestati di risanamento (co. 2, lett. a), 11 gli Ard (co. 2, lett. b) e 14 le altre procedure di regolazione della crisi. Delle 379 istanze archiviate, tra quelle che hanno ottenuto un esito para positivo vanno incluse anche le 10 domande di concordato semplificato che hanno evitato il default. Ed in ultimo, va sottolineato, ancora una volta, che più del 34% delle istanze (ben 157) di Cnc con esito sfavorevole è dovuto alla mancanza di prospettive di risanamento a riprova che la Cnc deve essere attivata per tempo e non quando la crisi ha già fatto i suoi danni.