

IN BREVE n. 41 - 2024  
a cura di  
Marco Perelli Ercolini

*riproduzione con citazione  
della fonte e dell'autore*

## **SCUOLA - VIA LIBERA AI PENSIONAMENTI CON EFFETTO 1° SETTEMBRE**

**2025** in Pensioni Oggi a cura di Valerio Damiani

<https://www.pensioniooggi.it/notizie/previdenza/scuola-via-libera-ai-pensionamenti-con-effetto-1-settembre-2025>

<b>Cessazioni Volontarie al 1.9.2025</b>			
Tipo di pensione	Requisiti	se raggiunti entro il	Destinatari (Sesso)
Pensione anticipata <sup>1</sup>	42 anni e 10 mesi di contributi	31.12.2025	M
	41 anni e 10 mesi di contributi	31.12.2025	F
Pensione vecchiaia <sup>1</sup>	67 anni e 20 anni di contributi	31.12.2025	M/F
Pensione di Vecchiaia (Gravosi)	66 anni e 7 mesi e 30 di contributi	31.12.2025 (30 anni di contributi al 31.8.2025)	M/F
Quota 100 <sup>1</sup>	62 anni e 38 di contributi	31.12.2021	M/F
Quota 102 <sup>1</sup>	64 anni e 38 di contributi	31.12.2022	M/F
Quota 103 <sup>1</sup>	62 anni e 41 di contributi	31.12.2024	M/F
Opzione donna	58 anni e 35 anni di contributi	31.12.2021	F
Opzione donna L. 197/2022	60 anni (59 con un figlio, 58 con due o +) e 35 anni di contributi e caregiver o invalida $\geq 74\%$	31.12.2022	F
Opzione donna L. 213/2023	61 anni (60 con un figlio, 59 con due o +) e 35 anni di contributi e caregiver o invalida $\geq 74\%$	31.12.2023	F
Totalizzazione (Dlgs 42/2006)	41 anni di contributi o 66 anni e 20 anni di contributi	31.12.2024	M/F

1) I requisiti contributivi possono essere raggiunti anche cumulando la contribuzione presente in diverse gestioni previdenziali obbligatorie (legge 232/2016).

### **PENSIONIOGGI.IT**

<b>Cessazioni d'Ufficio al 1.9.2025</b>			
Tipo di risoluzione	Requisito	raggiunto entro il	Destinatari
<b>Obbligatoria</b>	65 anni	31.8.2025	M/F
	Se contestualmente è stato raggiunto il diritto alla pensione anticipata (42 anni e 10 mesi di contributi, 41 anni e 10 mesi le donne)		
	67 anni	31.8.2025	M/F
	Se perfezionati contestualmente almeno 20 anni di contributi		
<b>Facoltativa</b>	42 anni e 10 mesi di contributi	31.8.2025	M
	41 anni e 10 mesi di contributi	31.8.2025	F

Ex Art. 1, DI 90/2014

I chiarimenti nella consueta circolare del M.I.M. condivisa con l'Inps. Tutte le domande, che valgono, per gli effetti, dal 1° settembre 2025, possono essere presentate a partire da oggi (27 settembre) sino al 21 ottobre 2024.

Al via le domande per il pensionamento nella scuola con effetto dal 1° settembre 2025. Da oggi e sino al 21 ottobre 2024 il personale scolastico può presentare domanda di dimissioni per l'accesso alla pensione di vecchiaia o anticipata o ad un prepensionamento (quota 100, quota 102, quota 103 opzione donna) in base alla normativa attualmente vigente.

Per i dirigenti scolastici il termine per la presentazione delle istanze spira il 28 febbraio. Lo rende noto il Miur nella circolare prot. n. 150796/2024, condivisa con l'Inps, nella quale illustra, come di consueto, le casistiche possibili.

**ALLEGATI A PARTE – M.I.M. Circolare prot. N.150796 del 25.09.2024 (documento 197)**

**XXIII RAPPORTO ANNUALE INPS** Pubblicazione:23 settembre 2024 – Ultimo aggiornamento:27 settembre 2024

Martedì 24 settembre 2024, presso la Direzione Generale INPS, alla presenza del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, dei Ministri vigilanti dell'Istituto e delle più alte cariche dello Stato, il Presidente Gabriele Fava ha presentato il XXIII Rapporto annuale dell'Istituto.

<https://www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale.html>

- **Relazione del Presidente**
- **XXIII Rapporto annuale**
- **Valutare con i dati amministrativi: progetti Visitinps Scholars**
- **Appendice statistica**
- **I numeri INPS - Infografica**

**15,6 milioni PENSIONATI INPS**

**845 mila ASSEGNI E PENSIONI SOCIALI**

**3,7 milioni PRESTAZIONI PER INVALIDITÀ**

**21 milioni PENSIONI EROGATE**

**26,6 milioni LAVORATORI ASSICURATI**

**439 miliardi di € ENTRATE CORRENTI di cui 269 miliardi di € di entrate contributivi**

**432 miliardi di € USCITE CORRENTI**

**165 miliardi di € TRASFERIMENTI STATALI di cui 398 miliardi di € di uscite per prestazioni**

**MEF - PIANO STRUTTURALE DI BILANCIO, GIORGETTI: NON LASCIAMO INDIETRO NESSUNO, IMPEGNO PER CRESCITA SOSTENIBILE E COMPETITIVITÀ ECONOMIA**

**Il documento trasmesso alle Camere**

Roma, 28 settembre 2024 - Il Ministro dell'Economia e delle Finanze Giancarlo Giorgetti ha illustrato ieri in Consiglio dei ministri il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (<https://www.mef.gov.it/inevidenza/Piano-strutturale-di-medio-termine-nuove-regole-e->

[modifiche-delle-procedure-di-bilancio/](#)) adottato, con i dati aggiornati alla luce delle revisioni di contabilità nazionale rilasciate dall'Istat lo scorso 23 settembre e dopo il confronto con le parti sociali avvenuto mercoledì scorso.

In particolare, il Piano conferma la traiettoria della spesa primaria netta (nuovo indicatore univoco sottoposto alla sorveglianza della Commissione) che avrà, nei prossimi 7 anni (orizzonte temporale di riferimento), un tasso di crescita medio vicino all'1,5%, compatibile con il profilo stimato dalla Commissione.

Nel dettaglio, i tassi di crescita della spesa primaria netta previsti sono: 1,3% nel 2025; 1,6% nel 2026; 1,9% nel 2027; 1,7% nel 2028; 1,5% nel 2029; 1,1% nel 2030 e 1,2% nel 2031.

Il Piano si ispira a una linea seria, prudente e responsabile e coerente con l'azione che il governo porta avanti fin dall'inizio. Partendo da una stima del 3,8% del PIL per l'anno in corso (più bassa del 4,3% stimato lo scorso aprile), il Governo si pone l'obiettivo di portare il rapporto deficit/Pil al 3,3% nel 2025 e al 2,8% nel 2026, che consentirà di uscire dalla procedura per deficit eccessivo.

Tenendo anche conto della revisione del PIL nominale operato dall'Istat e dei dati sul debito elaborati dalla Banca d'Italia, il **rapporto debito/PIL** a fine 2023 scende al 134,8% (133,6% a meno delle compensazioni relative ai bonus edilizi) rispetto al 137,3% precedentemente stimato. Come già rilevato nel **DEF dello scorso aprile** ([https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti\\_it/analisi\\_progammazione/documenti\\_programmatici/def\\_2024/DEF-2024\\_PDS.pdf](https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/def_2024/DEF-2024_PDS.pdf)) l'andamento del rapporto tra debito e PIL nei prossimi anni, soprattutto nel periodo 2024-2026, continuerà a essere fortemente condizionato dall'impatto sul fabbisogno di cassa delle compensazioni d'imposta legate ai Superbonus edilizi introdotti a partire dal 2020. Il rapporto debito/Pil, dunque, solo dal 2027 inizierà un percorso di discesa, in linea con le nuove regole che prevedono che si riduca, in media, di 1 punto percentuale di PIL successivamente all'uscita dalla procedura per deficit eccessivi.

Il Piano contiene un rilevante insieme di **riforme e investimenti**, di cui alcune in continuità con il PNRR. Ciò conferma la determinazione del governo a lavorare per il miglioramento della competitività dell'economia italiana, promuovendo una crescita sostenibile e il contrasto al declino demografico. Al contempo si conferma il **sostegno al potere d'acquisto delle retribuzioni e l'impegno all'attuazione della legge delega di riforma del fisco**, compresa l'intensificazione dello sforzo di recupero del gettito fiscale. Il documento è stato trasmesso al Parlamento.

## **Il Piano Strutturale di Bilancio**

**Piano Strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029**  
(<https://www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termine-Italia-2025-2029.pdf>)

**NONNI, in ITALIA sono il VERO WELFARE SOSTITUTIVO** Da Quotidiano Sanità a cura di Alberto Vannelli

*Gentile Direttore,*

secondo le stime italiane sono 12 milioni i cittadini che vestono la divisa da nonno. I dati pubblicati dalla Società italiana di gerontologia e geriatria, raccontano di quasi 4 milioni di persone anziane non autosufficienti, con un costo economico di cura che si aggira sugli 8 miliardi di euro l'anno. Eppure il significato della festa dei nonni che ricorre oggi è quello di celebrare l'importanza del loro ruolo all'interno delle famiglie e della società in generale: può

sembrare un paradosso ma in una società in continua evoluzione che vede nell'organizzazione sociale della famiglia un cambio della genitorialità con nuovi schemi familiari, il ruolo dei nonni resta un caposaldo del modello di assistenza.

Un'assistenza che si declina in diverse forme, come ad esempio quella in campo oncologico. Il rapporto "I numeri del cancro 2023", stima almeno 395.000 nuove diagnosi di tumore in Italia, circa 208.000 fra gli uomini (quasi 3.000 diagnosi in più del 2022) e almeno 187.000 fra le donne (oltre 1.000 in più rispetto al 2022). Se fino a pochi anni fa il tumore era considerato una malattia cronica e quindi età dipendente, due recenti studi, hanno dimostrato un aumento nelle fasce sotto i 55 anni, probabilmente a causa dell'invecchiamento precoce a livello biologico e molecolare legato a stili di vita non corretti: generazione X (nati tra il 1965 e il 1980) e millennials (nati tra la metà degli anni '80 e primi anni del 2000) hanno un rischio maggiore di ammalarsi per 17 tipi di tumore, rispetto alle generazioni precedenti.

Questo apre a scenari impensabili, fino a ora.

In oncologia, uno dei pilastri dell'assistenza al cittadino affetto da tumore è rappresentato dal caregiver familiare, mutuato dal mondo anglosassone, è il prestatore di cure, si riferisce a un familiare che assiste i propri cari in difficoltà, in conseguenza del percorso oncologico. Il loro contributo, si perde nelle ampie maglie della legislazione italiana: spesso infatti i caregiver rappresentano una rete di assistenza silenziosa o addirittura invisibile. Il Long-Term Care Report del 2021 stimava che in Italia i caregiver familiari fossero il 5,8% della popolazione. Secondo l'11° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, istituito dalla FAVO (federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), il valore globale dei costi diretti a carico dei pazienti e delle loro famiglie può essere stimato in 5,3 miliardi di euro, mentre ammontava a 4,8 miliardi di euro nel precedente studio del 2012; nonostante siano trascorsi oltre dieci anni, questo studio, condotto su 1.055 pazienti e 713 caregiver, aveva calcolato che il costo sociale fosse pari a 36,4 miliardi di euro annui, di cui oltre 5,8 miliardi di spese dirette e oltre 30 miliardi di costi indiretti. Di questi ultimi, il 34% (più di 12 miliardi), erano il valore monetario delle attività di sorveglianza e assistenza direttamente erogate dal caregiver. Più recentemente, leggendo il 13° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, scopriamo che nel 16% dei casi il caregiver familiare è rappresentato da un pensionato.

La figura del nonno quale baluardo dell'assistenza sembra quindi esistere da tempo. Secondo i dati elaborati dal Centro Studi di Senior Italia Feder Anziani di qualche anno fa, le donne sono il 71% dei caregiver familiari e non deve quindi stupire se il 92,8 delle nonne aiuta le famiglie dei figli, con 3 su 4 che accudiscono i nipoti.

In Italia il crollo della natalità è irrefrenabile: secondo le proiezioni demografiche pubblicate da Eurostat nell'aprile scorso (Europop 2023), la popolazione nel 2100 si ridurrà circa del 15 per cento rispetto a oggi. La domanda di cure per persone parzialmente o totalmente non autosufficienti continua invece a crescere e le politiche sanitarie a supporto si dimostrano in alcuni casi inefficaci; parliamo del cosiddetto "debito demografico" nei confronti delle generazioni future, soprattutto in termini di previdenza, spesa sanitaria e assistenza.

Se confrontata con i principali Paesi nell'Unione europea (UE), l'Italia si colloca al primo posto per l'indice di dipendenza senile (numero di anziani sul totale della popolazione attiva); nell'UE ci sono 3 persone in età lavorativa per ogni over 65, rapporto che scende a 2,6 in Italia e secondo le previsioni Eurostat crollerà a 1,5 nel 2100; una ricerca condotta da Ipsos per conto della Fondazione Korian, ha dimostrato che i nonni italiani sono però i più attivi: il 44% è indipendente mentre la media UE non raggiunge il 30% e ben il 55% riesce a mettere da parte soldi per i propri familiari, sia che i figli vivano lontani e i nipoti siano ormai grandi. Da qui il paradosso dei nonni che finendo per sobbarcarsi il compito gravoso del caregiver,

diventeranno loro malgrado il vero welfare sostitutivo.

**LE LISTE DI ATTESA E IL CORTOCIRCUITO LEGISLATIVO** da Quotidiano Sanità a cura di Claudio Maria Maffei

*Gentile direttore,*

il problema delle liste di attesa è un problema di sanità pubblica prioritario che però viene trattato soprattutto come un problema politico col rischio di adottare misure che peggiorano ulteriormente la qualità della assistenza erogata. E' questo il caso della **bozza di Disegno di legge pubblicato ieri su Qs** [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=124653](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124653) dedicato proprio alle liste di attesa.

Le liste di attesa nella loro accezione più ampia e, a mio parere, più corretta sono il tempo che intercorre tra la individuazione di un problema di salute cui corrisponde una prestazione inclusa nei LEA e la effettiva erogazione di questa prestazione da parte del sistema sanitario. Così ridefinite le liste di attesa riguardano non solo le prestazioni ambulatoriali, ma tutte quelle incluse nei LEA che vanno da quelle di ricovero specie di area chirurgica a quelle residenziali passando per molte altre tipologie di prestazioni territoriali come quelle di assistenza domiciliare. In molte Regioni e in alcune aree l'attesa di queste prestazioni tende all'infinito, come nel caso della neuropsichiatria infantile, tanto per fare un esempio. Per non parlare del fatto che la lista di attesa andrebbe riferita in molti casi non solo alla erogazione della singola prestazione, ma alla presa in carico complessiva di quel problema di salute. Faccio un paio di esempi tra i tanti, quasi infiniti, possibile. Il primo riguarda un tipico problema clinico: le visite specialistiche di area chirurgica. Che senso ha accorciare solo i tempi della prima visita oculistica (che ricordiamoci sempre essere l'unica oggetto di monitoraggio da parte del "sistema liste di attesa") quando **l'intervento di cataratta sta quasi uscendo dai LEA** [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=109730](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=109730) o accorciare i tempi di attesa per le prime visite urologiche quando il trattamento chirurgico delle patologie chirurgiche di area urologica hanno tempi di attesa inaccettabili come **denunciato qui su Qs un anno fa per la Sardegna?** [https://www.quotidianosanita.it/sardegna/articolo.php?articolo\\_id=117764](https://www.quotidianosanita.it/sardegna/articolo.php?articolo_id=117764) Quanto alle liste di attesa a livello territoriale basti pensare alla assistenza residenziale agli anziani con problemi di demenza. Il **Gruppo Solidarietà nelle Marche** <https://www.grusol.it/apriSocialeN.asp?id=1078> ha stimato che nelle Marche i pazienti con demenza in attesa di entrare nelle strutture residenziali sono circa 1000, peraltro destinati ad essere assistiti nella maggioranza dei casi in un posto letto convenzionato non dedicato o non appropriato (e quindi non attrezzato), o addirittura non convenzionato.

Con la **bozza di Disegno di legge pubblicato ieri su Qs** [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=124653](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=124653) si conferma e rafforza la impostazione sul governo delle liste di attesa del **Decreto Legge approvato lo scorso luglio:** [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=123639](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=123639) ad essere interessate sono di fatto solo le prestazioni ambulatoriali e tra queste solo le prestazioni di primo accesso. Vengono, e questo è il punto che mi fa parlare di "follia del legislatore", previsti all'Articolo 10 premi per la riduzione della durata delle liste di attesa per queste prestazioni. I premi riguardano sia le Regioni che "garantiscono il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza" che i Direttori regionali della sanità nonché dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Il testo del Disegno di Legge prevede che "Ai medesimi fini i direttori generali assegnano gli obiettivi di cui al primo

periodo ai direttori amministrativi, ai direttori sanitari e ai direttori di struttura complessa, integrando i relativi contratti individuali. La quota dell'indennità di risultato condizionata al raggiungimento del predetto obiettivo non può essere inferiore al trenta per cento.” Fine della citazione e adesso commento io: è come dire che il 30% dei problemi di sanità pubblica oggi sono legati agli eccessivi tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di primo accesso. Se non è follia questa. Ma non è follia per la politica, che sa che il consenso oggi passa molto attraverso la “lotta” a quelle liste di attesa, e non lo è per i media che purtroppo hanno nella gran parte dei casi una sorta di analfabetismo rispetto ai temi della sanità (parere mio ovviamente).

Perseguire con azioni a breve termine la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso attraverso un aumento “whatever it takes” della loro produzione per dirla alla Draghi e un sistema di premi e punizioni dedicato e importante ha molti rischi:

- spostare sempre più la attenzione di Regioni e Aziende sulla erogazione delle prestazioni di primo accesso (con larghi margini di inappropriata) che hanno una rilevanza di sanità pubblica verosimilmente molto inferiore a quelle di approfondimento e controllo di pazienti acuti e cronici già in carico;
- distogliere attenzione e risorse da temi che rimangono sempre sullo sfondo a partire da quelli della cronicità;
- incentivare ancor più l'idea nei cittadini che solo la medicina specialistica ti può salvare.

Già che ci siamo (anche se su questo tema andrebbe fatto un intervento a parte) che c'azzecca con le liste di attesa la istituzione prevista all'Articolo 12 del Disegno di Legge la istituzione, a decorrere dall'anno 2025, presso il Ministero della salute, della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria (SNAAS)? Per l'attuazione di questa disposizione sarebbe autorizzata la spesa massima di 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026. Ricordo che tale istituzione era già contenuta nella **bozza del Decreto sulle liste di attesa** di luglio <https://www.fnob.it/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.03-dl-liste-attesa.pdf>, ma il Decreto nella sua **versione definitiva** <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1721740909.pdf> di questa istituzione non parlava più. Adesso ci si riprova, ma nel frattempo non mi pare che su questa Scuola ci sia stato alcun confronto. Messa così in fondo a un Decreto Legge con cui proprio non c'entra niente la sua istituzione sa più di regalo che di progetto. Ma magari mi è sfuggito qualcosa.

***ATTENZIONE: Nell'eventuale carenza di risorse da dedicare alle cure, non si può arrivare ad una selezione dei pazienti, sulla base di una valutazione costi/benefici ... proposta contraria sia all'etica medica che alla sostanza e allo spirito della Costituzione.***

**Feder.S.P.eV. (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove)**