

Articoli Selezionati

SCENARIO

01/02/18	Sole 24 Ore	3 Sanità, imprese pronte al nuovo modello Usa - Sanità, le imprese guardano al modello Usa	Magnano Rosanna	1
01/02/18	Sole 24 Ore	3 Italiani senza polizze, un terzo rinuncia alle cure	Galvagni Laura	3
01/02/18	L'Impresa	24 Intervista a Nino Cartabellotta - Il futuro del servizio sanitario	Guercilena Giovanna	5
03/02/18	Sole 24 Ore Plus	9 Il punto - Se il sistema privato è una risorsa	Platero Mario	8
04/02/18	Sole 24 Ore	2 Sanità, parte il mercato per il nuovo welfare - Sanità, spesa sempre più privata	Gobbi Barbara - Magnano Rosanna	9
04/02/18	Sole 24 Ore	3 I fondi di categoria Ormai le categorie prevedono quasi tutte strumenti di supporto	Casadei Cristina	13
04/02/18	Sole 24 Ore	3 Gli aiuti dei fondi Le prestazioni orientate tra servizi e rimborsi medici	Io Conte Marco	14
04/02/18	Sole 24 Ore	3 Intervista a Nino Cartabellotta - Sistema integrativo, regole da rifare	Ro. M.	15
05/02/18	Gazzetta del Mezzogiorno	6 Sanità, in crescita il sistema innovativo - Sanità, in Puglia il 12% delle imprese innovative	...	16
06/02/18	Sole 24 Ore Sanita'	5 Intervista a Beatrice Lorenzin - Lorenzin: «Spesa Ssn al 7%» - «La spesa cresce al 7% del Pil»	Gobbi Barbara	18

DAL WEB

05/02/18	QUIFINANZA.IT	1 Health Italia apre primo Health Point Store a Milano	...	21
05/02/18	ECONOMIA.ILMESSAGGERO.IT	1 Health Italia apre primo Health Point Store a Milano	...	22
09/02/18	FINANZA-24H.COM	1 Health I.: Alfieri, H.Point importanti per rispettare target piano	...	23

L'accordo tra Amazon, Jp Morgan e Buffet suscita interesse anche in Italia

Sanità, imprese pronte al nuovo modello Usa

Boccia: la società invecchia, trasformare costi in opportunità

■ L'accordo sul welfare sanitario aziendale annunciato martedì da Jp Morgan, Amazon e Buffett negli Usa è guardato con attenzione dall'industria italiana della salute. Per assicurare l'universalità delle cure, in un paese come l'Italia in cui è alta percentuale di cittadini senza polizze

sanitarie e che rinunciano a curarsi, sarà utile un patto tra imprese e lavoratori. «In una società che invecchia - ha detto il presidente di Confindustria, Vincenzo Boccia - il costo deve diventare un investimento, un'opportunità, un'idea di società del futuro».

Servizi ▶ pagina 3

Sanità, le imprese guardano al modello Usa

Il welfare aziendale apripista tra prevenzione e check-up - Spazio ai fondi negoziali

Risorse pubbliche stabili da 10 anni

Lo Stato finanzia con 114 miliardi il sistema nazionale ma la domanda di cure aumenta

Ruolo crescente dei privati

Le principali compagnie di assicurazioni studiano partnership con il pubblico

FARMINDUSTRIA

Scaccabarozzi: «Nuovi partner stanno entrando nel settore salute, primi fra tutti i giganti dell'Ict e nulla sarà più come prima»

Rosanna Magnano

■ L'accordo Jp Morgan, Amazon, Buffett sul welfare sanitario negli Usa è un modello che l'industria italiana della filiera salute osserva con attenzione consapevole che il sistema delle cure è a un momento di svolta. «Il Sistema sanitario italiano - spiega Rosario Bifulco, presidente del gruppo Scienze per la vita di Confindustria - viene finanziato dallo Stato sempre con la stessa cifra da dieci anni (nel 2018 il Fsn è di 114 mld ndr), che non basta a soddisfare una domanda di salute in crescita da parte di una popolazione sempre più anziana. E lo dimostrano - aggiunge - gli squilibri che si sono creati, le liste d'attesa e il livello di comparteci-

pazione dei cittadini, che ormai ha toccato quota 50 miliardi di spese per la salute non coperte dal pubblico. Solo 5 di questi passano da sistemi organizzati, come assicurazioni o fondi. In questo quadro, Confindustria - spiega Bifulco - immagina un modello in cui il Sistema sanitario pubblico garantisca le cure ai meno abbienti e ai casi più gravi e complessi, ma chi ha la possibilità deve contribuire alla copertura dei costi sanitari. Ad esempio attraverso i fondi negoziali, come accade in Francia e Germania. Che andrebbero però defiscalizzati anche dal lato delle imprese. L'obiettivo è quello di efficientare la spesa sanitaria out of pocket e premiare gli erogatori pubblici o privati più virtuosi». Il modello Usa insomma va guardato ma non necessariamente imitato. «È un segnale che nella sanità c'è bisogno di qualcosa di nuovo e che la salute dei cittadini è una priorità ineludibile», spiega Massimo Scaccabarozzi, pre-

sidente di Farminindustria. «Da tempo diciamo che nuovi partner stanno entrando nel mondo della salute, primi fra tutti i giganti dell'Ict. E nulla sarà come prima se si vuole garantire la sostenibilità del sistema. Mal'Italia ha una sua specificità. Abbiamo la fortuna di avere un sistema sanitario universalistico, che però ha bisogno di un tagliando e le nuove proposte dovranno arrivare». Uno spazio aperto è il welfare aziendale. E l'industria farmaceutica ha da tempo scelto questa via. «Sono anni - continua Scaccabarozzi - che abbiamo inserito nella contrattazione la sanità in-



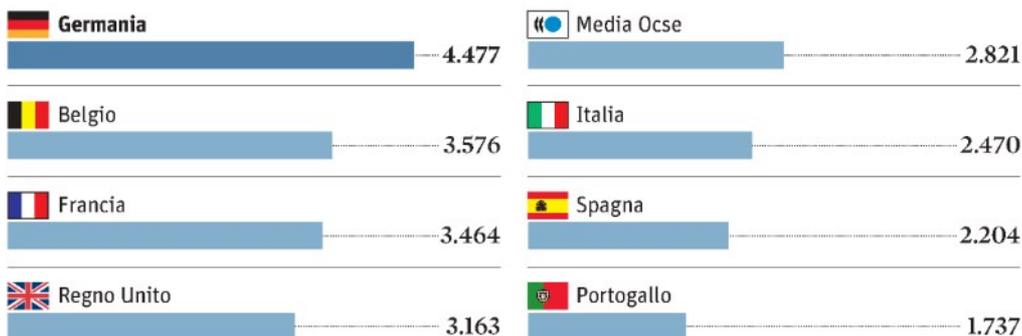
tegrativa per tutti i dipendenti. Abbiamo pacchetti di screening oncologici per le donne, che sono oltre il 40% dei nostri addetti. E poi c'è la compartecipazione alla spesa per le cure, compreso il rimborso dei ticket». Tra le industrie all'avanguardia c'è anche Roche, che in Italia ha tre divisioni e 1.240 dipendenti. La ricetta è tutta centrata sulla prevenzione, con piani sanitari integrativi, equipe salute presente in azienda, palestre con personal trainer e massaggiatori tre giorni alla settimana. Anche per Assobio-medica, il welfare aziendale è un grande tema. «Creare un clima in cui si può lavorare meglio - sottolinea il presidente Massimiliano Boggetti - consente un recupero di efficienza e qualità di vita. E ora l'industria è sempre più chiamata a occuparsi del benessere dei propri dipendenti, soprattutto in un quadro di definanziamento della sanità pubblica». Insomma l'operazione realizzata negli Stati Uniti è vistosa ma in Italia il cambiamento è già in atto. «Lo Stato italiano - spiega Gabriele Pelissero, presidente dell'Associazione italiana degli ospedali privati - si è assunto interamente l'onere assicurativo per i cittadini. Se la finanza pubblica riuscirà nel tempo a garantire il finanziamento necessario il sistema continuerà in questo modo. Se le condizioni economiche nazionali e internazionali porranno dei problemi, dovremo interrogarci su come continuare ad assicurare l'universalità delle cure. E questa potrà trovare un aiuto in un grande patto del mondo del lavoro, imprese e lavoratori. È il mondo del secondo pilastro a cui sta pensando Confindustria. Un mondo che si articola in fondi e assicurazioni. Bisogna però tutelare la libertà di scelta del cittadino, all'interno di un sistema di garanzie complessive soprattutto per i più deboli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri di un settore in crescita

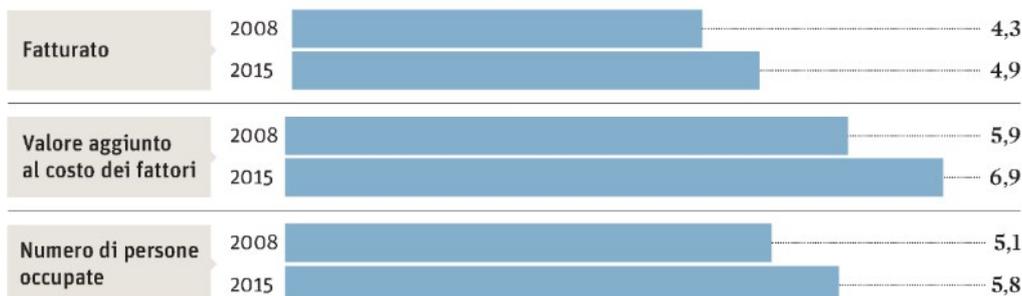
LA SPESA IN EUROPA

Spesa sanitaria pubblica pro capite per Paese. Anno 2016. Importi in dollari



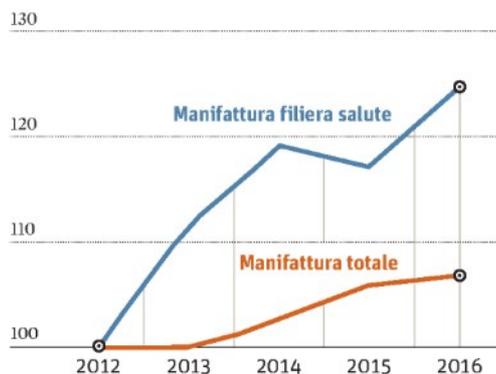
IL PESO DELLA FILIERA SALUTE SULL'ECONOMIA ITALIANA

Anni 2008-2015. Valori %



L'ANDAMENTO DELL'EXPORT

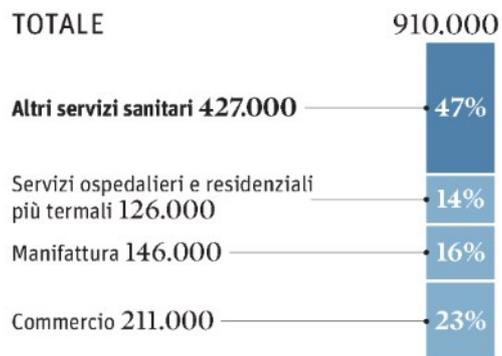
Numeri Indice anno 2008=100



Fonte: Ocse, Istat e Confindustria-Rapporto 2018 Filiera della salute

GLI OCCUPATI

Filiera della salute privata, anno 2015, valori assoluti e %



LA MAXI INTESA USA



La rivoluzione del welfare

■ Maxi intesa nel welfare Usa. Sul Sole 24 Ore di ieri la notizia dell'alleanza Jp Morgan, Amazon e Berkshire Hathaway per abbattere gli oneri assistenziali a carico di 1,2 milioni di dipendenti e bypassare le polizze

Assicurazioni. Da Unipol a Generali, compagnie in campo per soluzioni miste pubblico-privato

Italiani senza polizze, un terzo rinuncia alle cure

INUMERI

La capacità assistenziale dello Stato si è fortemente contratta passando in dieci anni dal 92% al 77% ed è esplosa la spesa out of the pocket

Laura Galvagni

■ Il sistema sanitario italiano è profondamente diverso da quello americano. Qui la maggior parte delle prestazioni sono garantite dallo Stato. Uno Stato, però, che rispetto al passato risulta assai meno presente con il risultato che negli ultimi dieci anni la capacità assistenziale si è fortemente contratta, passando dal 92% al 77% della popolazione. Contemporaneamente, dunque, è esplosa la spesa out of the pocket. Tanto che nel 2016, stando a uno studio di Ernst & Young, ben 13,5 milioni di persone hanno fatto ricorso a cure private (+2%) e tra il 2005 e il 2015, la spesa sanitaria privata è aumentata di quasi 10 miliardi di euro, passando da 25 a 34,5 miliardi. In altre parole le prestazioni pagate direttamente dalle famiglie valgono circa un quarto del volume complessivo che è di 130 miliardi. Un'incidenza rilevante tanto più se si considera che appena il 13% di questa spesa è intermediata, il resto viene pagato di tasca propria. In un contesto però che vede le famiglie sempre meno capaci di farsi carico di costi straordinari. Secondo una ricerca dell'Ania il 16,5% delle famiglie non sarebbe in grado di far fronte a una spesa imprevista importante, nell'ordine convenzionale di

700 euro. Tanto che la rinuncia a un'eventuale visita medica per ragioni economiche cresce dal 34,4% della precedente rilevazione (2013) all'attuale 37,2%. Se a ciò si somma il generale invecchiamento della popolazione e le difficoltà dei sistemi pensionistici tradizionali, ben si comprende perché l'esigenza di un patto allargato che coinvolga pubblico e privato sia vista dai più come la ricetta più plausibile per far fronte a questo scenario emergente. Scenario rispetto al quale le compagnie assicurative si sono già attrezzate ma che richiede evidentemente un approccio diverso rispetto a quello americano proprio per la natura del territorio italiano. Un dato può aiutare a interpretare meglio il quadro: il 13% di spesa intermediata è rappresentato fondamentalmente da "polizze" legate al welfare aziendale. Che di fatto rappresenta solo una delle tre potenziali direttrici di sviluppo. Certamente quella più rilevante in termini di volumi ma che copre solo una fascia marginale della popolazione. «Va collettivizzata la domanda, per rendere realmente efficiente la sanità integrativa il concetto di mutualità è chiave», ha commentato Carlo Cimbri ceo del Gruppo Unipol. In quest'ottica, sono sostanzialmente tre gli ambiti di applicazione. «Per chi ha accesso al mercato del lavoro, quello relativo ai grandi gruppi, la risposta è certamente nel welfare aziendale, tanto più alla luce dei recenti sgravi fiscali. Una ricerca di qualche mese fa indica che

sette italiani su dieci considerano prioritario nella scelta del lavoro un'adeguata copertura sanitaria», ha aggiunto Cimbri. Diverso è il caso di un potenziale dipendente di una pmi: «Qui bisogna ragionare per categorie, con le casse, secondo modelli e schemi che già esistono». In ultimo, per tutti coloro che «non hanno accesso al mondo del lavoro la soluzione può essere nella costituzione di fondi territoriali, che possono nascere su iniziativa pubblica e gestiti da privati», ha concluso Cimbri. In ragione di ciò, le compagnie individuano nella modifica della normativa, in una maggiore sensibilità per la prevenzione e infine in un sistema che, più in generale, preveda una maggiore integrazione tra pubblico e privato, i driver futuri. Generali stessa si è mossa per tempo in materia di welfare e salute con un occhio di riguardo in particolare al ramo "aziendale", tanto che un paio di anni fa ha promosso il Welfare Index Pmi, che nel 2017 ha censito oltre 4 mila imprese.

«È chiaro che il bisogno di una copertura sanitaria sta aumentando e in virtù di questo sono due i trend cruciali», ha spiegato Marco Sesana, amministratore delegato di Generali Italia. «Da un lato - ha aggiunto - c'è un atteggiamento proattivo rispetto alle possibilità di prevenzione delle grandi patologie e dall'altro, invece, c'è la volontà di individuare un welfare su misura per l'azienda che copra pensioni, disabilità e sanità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE RISPOSTE DELLE COMPAGNIE**Carlo Cimbri***Ceo Gruppo Unipol*

In un contesto in cui la spesa sanitaria privata vale un quarto della spesa complessiva e solo il 13% viene intermediato il ceo del Gruppo Unipol ritiene che vada «collettivizzata la domanda, il concetto di mutualità è cruciale e va sviluppato secondo tre direttrici: welfare aziendale, associazioni di categoria e fondi territoriali con patto tra pubblico e privato per chi è fuori dal mondo del lavoro»

**Marco Sesana***Ad Generali Italia*

«È chiaro che il bisogno di una copertura sanitaria sta aumentando e in virtù di questo sono due i trend cruciali», ha spiegato Marco Sesana, amministratore delegato di Generali Italia. «Da un lato c'è un atteggiamento proattivo rispetto alle possibilità di prevenzione delle grandi patologie e dall'altro c'è la volontà di individuare un welfare su misura per l'azienda che copra pensioni, disabilità e sanità».

SANITÀ/1. Come ripensare l'intero settore attraverso un approccio sempre basato

Il futuro del servizio sanitario



Oggi la spesa sostenuta dalle famiglie rappresenta il 90% di tutta la spesa sanitaria privata. Va rivisto l'intero sistema, compreso quello della sanità integrativa, che cresce in maniera disordinata con il rischio di duplicazione di prestazioni e spese

di Giovanna Guercilena

Sono anni che in Italia si gira attorno alla questione di come tenere in piedi un sistema sanitario a matrice pubblica e universalistica, che a fronte di una domanda che cresce, costa sempre di più e riesce a dare sempre di meno. Il tema non è solo italiano, ma per rimanere a casa nostra diciamo che attualmente un buon 50% della spesa pubblica primaria se ne va tra sanità e pensioni e, visto che siamo un paese già super tassato, è difficile sostenere che si possano trovare altre risorse agendo sulla leva fiscale. Serve, invece, un ripensamento complessivo sul fronte dei costi, per ottimizzare la spesa e il servizio. Parliamo di questi temi con **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione Gimbe, Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze, un movimento culturale che si sforza di utilizzare i modelli statistici e il calcolo del rapporto costo-beneficio per poi basare su di essi il processo decisionale in ambito clinico.

Come Fondazione avete rivolto un appello affinché nella campagna eletto-

rale i partiti dicano cosa vogliono fare del sistema sanitario nazionale. Perché?

Perché stiamo perdendo terreno in termini di qualità, le disuguaglianze fra le regioni sono inesorabili e il fenomeno della migrazione sanitaria lo dimostra, perché l'intero settore ha il contratto bloccato da dieci anni e difatti i medici scioperano, infine perché non abbiamo rinnovo generazionale. Nel mentre, le nostre proiezioni, molto prudenziali, dicono che nel 2025 la spesa complessiva, sia pubblica sia privata, arriverà a 210 miliardi di euro, dai 115 del 2015. È proprio necessario decidere che cosa si vuole fare, sempre si voglia tenere in piedi un sistema sanitario nazionale.

Ne sta facendo un problema di finanziamento? Altra spesa pubblica?

Non solo, per quanto sia innegabile che dall'epoca del Governo Monti a oggi abbiamo registrato un progressivo definanziamento del sistema, tant'è che se nel settembre 2017 la quota destinata

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe



alla sanità valeva il 6,6% del Pil, nel 2020 scenderà al 6,3%. Dunque, i tagli ci sono stati e nemmeno leggeri ma, come dicevo, se vogliamo dare un futuro al servizio sanitario serve intervenire su altri fronti.

Che sono?

Per cominciare, i nuovi Lea, cioè i livelli essenziali di assistenza che sono stati rivisti a marzo dell'anno scorso, quando il Ministero ha ampliato il numero delle prestazioni esigibili, senza tuttavia preoccuparsi di finanziarle. Sulla carta abbiamo il paniere Lea più ricco d'Europa, però poi ci si blocca davanti al muro dei numeri. Difatti, si creano lunghe liste d'attesa (spesso dovute al fatto che il budget di spesa è già stato sfiorato, ndr) e i pazienti sono indotti a spostarsi verso il privato. Serve rimodulare il perimetro dei Lea, alzando il valore delle prestazioni erogate e, per contro, eliminando tutto ciò che è a basso valore o quasi superfluo. Bisogna intervenire sulla domanda inappropriata di assistenza. Se per un mal di schiena si vuole fare una risonanza magnetica, magari si può aspettare anche un mese e mezzo, arrivando alla data dell'appuntamento con il problema che nel frattempo si è già risolto da solo, come quasi sempre avviene. A quel punto, la risonanza non serve più e se proprio la si vuole fare, bisogna essere disposti a pagarsela di tasca propria.

C'è da intervenire anche sul sempreverde capitolo degli sprechi?

Parliamo di venti miliardi l'anno che riportano tutti a beni e servizi, tra sovrautilizzo di prestazioni, parte corruttiva e acquisti a costi eccessivi. Un anno fa, l'Ocse ha confermato come per ogni dieci euro spesi in sanità, due vanno sprecati. Bisogna essere molto precisi nel definire gli sprechi. Non è solo o necessariamente ciò che riguarda ruberie o frodi, si tratta anche semplicemente di tutto quello

che non aggiunge alcun valore alla prestazione sanitaria. Ciò che è inutile per il paziente è dannoso per i conti pubblici e, spesso, per lo stesso paziente, perché l'eccesso di prestazioni diagnostiche e terapeutiche peggiora gli esiti clinici del paziente, è un fenomeno reale. Dove invece si produce un sottoutilizzo delle prestazioni è sul fronte della prevenzione, che invece dovrebbe essere anch'esso un modo per abbassare la spesa. Pensiamo ai programmi di screening oncologico. Ci sono regioni che hanno soglie di copertura bassissime, al 10-15%. Poi non stupiamoci quando fra dieci o quindici anni in Puglia avremo un boom di tumori al colon e alla mammella.

Negli sprechi contiamo anche la scarsa efficienza della nostra macchina burocratica?

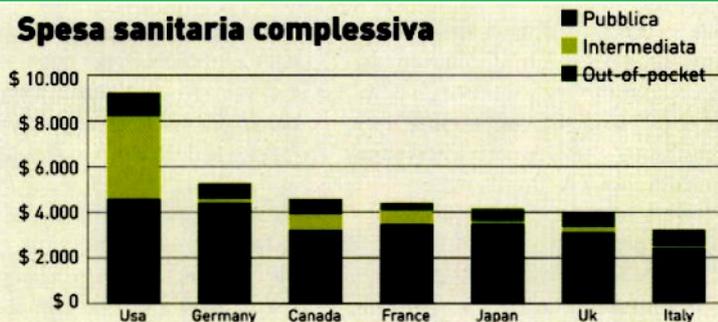
Certamente sì, abbiamo un problema di eccesso di complessità amministrativa e di scarsa informatizzazione. Il Patto per la sanità digitale, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell'estate del 2016 con l'obiettivo di far risparmiare 8-10 miliardi a regime, non è mai partito, anzi per dirla tutta siamo alla preistoria. C'è poi il tema dell'inadeguato coordinamento fra ospedali e territorio, dialogano poco o nulla, ottenendo solo che da un lato il paziente viene sbalottato tra i vari specialisti e spesso ne deriva una ridondanza di visite e prestazioni. I grandi ospedali, come il Niguarda di Milano o il San Camillo di Roma, non sempre riescono ad avere un buon coordinamento neppure al proprio interno.

Per fortuna, verrebbe da dire, sta crescendo la sanità integrativa sostenuta dal welfare aziendale. È d'accordo?

Sta crescendo, ma disordinatamente. Il capitolo sanità integrativa è un altro punto su cui servirebbe intervenire in modo rigoroso, con un Testo Unico che la riformi

a tutto campo, perché se l'aggettivo integrativo ha un senso, allora prima di tutto bisogna decidere quali siano i livelli coperti dal pubblico e poi definire gli interventi di completamento, di integrazione appunto. Altrimenti il rischio è la duplicazione di prestazioni e spese. Se l'obiettivo è calibrare un sistema che nell'insieme funzioni e sia economicamente sostenibile, è necessario dividere i compiti, stabilire chi fa cosa, nella piena consapevolezza che il sistema sanitario nazionale pubblico non ce la fa a coprire tutto. Anzi, per tornare all'appello che abbiamo mosso verso le forze politiche, direi che trovare il modo adeguato per gestire i capitali privati, fondi e assicurazioni, nella sanità è il tema centrale che la politica si deve porre oggi in tema di salute. Anche perché, al momento ciò che davvero cresce è la spesa sostenuta per visite, esami e medicinali direttamente dalle famiglie italiane senza alcuna intermediazione, quella che si chiama out of pocket e che rappresenta il 90% di tutta la spesa sanitaria privata.

Spesa sanitaria complessiva



Fonte: elaborazione Gimbe da Oecd Health Statistic 2016

Stima degli sprechi in sanità

	CATEGORIA	%	Mld €*	± 20%
1	Sovra-utilizzo	30	6,75	5,40 - 8,10
2	Frodi e abusi	22	4,95	3,96 - 5,94
3	Acquisti a costi eccessivi	10	2,25	1,80 - 2,70
4	Sotto-utilizzo	15	3,38	2,70 - 4,05
5	Complessità amministrative	11	2,48	1,98 - 2,97
6	Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,70	2,16 - 3,24

*€ 22,51 miliardi calcolati proiettando la stima Ocse (20%) sui € 112,408 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2016

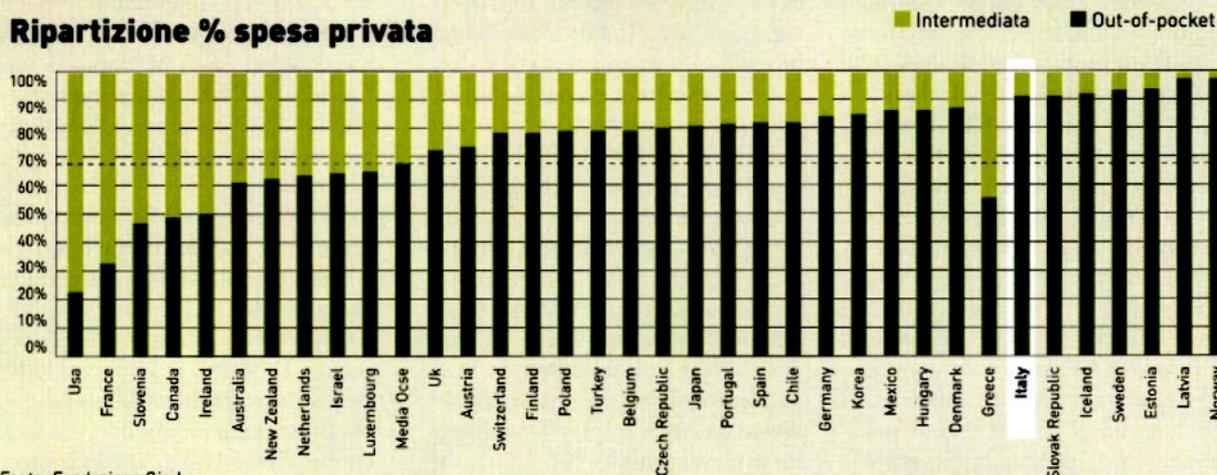
Fonte: Fondazione Gimbe

LA SPESA SANITARIA - Anno di riferimento 2016

149.000 milioni € la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata • **2.466 €** la spesa pro capite
 • **75%** la quota sostenuta dal pubblico • **90,9%** la quota di spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie, quindi senza assicurazioni o fondi integrativi • **82.032 milioni €** la spesa per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione • **54,9%** l'incidenza sul totale della spesa sanitaria • **4,9%** l'incidenza sul Pil • **31.106 milioni €** la spesa per prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici • **20,8%** l'incidenza sul totale • **45,5%** l'assistenza erogata dagli ospedali • **22,4%** i servizi sanitari ambulatoriali

(Fonte: Istat, Il sistema dei conti della sanità, luglio 2017)

Ripartizione % spesa privata



Fonte: Fondazione Gimbe

IL PUNTO

Se il sistema privato è una risorsa

di **Mario Platero**

Abbiamo già versato fiumi d'inchiostro in America e in Italia sulla nuova struttura per la gestione dei servizi di assistenza sanitaria dei dipendenti di Amazon, Warren Buffet e JP Morgan. Ma un punto non è stato esplorato: la forza del settore privato Usa rispetto alla politica. Partiamo dall'inizio. Il giorno della notizia Wall Street ha penalizzato i titoli del settore. Aziende come Walgreen Boots Alliance e Cvs, grandi catene farmaceutiche, hanno perso il 6,4% e il 5,2% in pochi secondi. Reazione eccessiva visto che l'accordo prevede la copertura di 1,2 milioni di lavoratori, una piccolissima parte dei 250 milioni di americani assicurati. Ma il dibattito riguarda il futuro: sta per cambiare un modello? Il mercato gioca d'anticipo anche perché il quadrilatero assicurazioni, ospedali, case di produzione farmaceutiche e catene al dettaglio per la distribuzione costa davvero troppo. Pensate che nel decennio che si è chiuso nel 2016 il costo delle medicine che hanno bisogno di ricetta è aumentato del 39%, costo totale:

328,6 miliardi \$. L'intera spesa sanitaria è aumentata del 45% a 3.300 miliardi \$. E questo in un periodo in cui l'inflazione era in teoria inesistente! Il costo totale del settore? Il 18% del Pil, senza assicurazione universale! Da noi siamo al 10%. E perché le stesse medicine in Canada costano la metà di quanto costano in Usa? Il problema insomma è esplosivo da tempo ma neppure la riforma sanitaria di Obama è riuscita a far nulla. Le lobby farmaceutiche a Washington hanno imbrigliato i politici. Ma ecco che arriva come le giubbe blu nel Far West, una grande risorsa americana, la forza del settore privato. Il messaggio è chiaro: nessuna lobby farmaceutica potrà bloccare il progetto di un gruppo privato forte che rappresenta il drappello iniziale di questa possibile rivoluzione. La battaglia avviene sul mercato, non in Parlamento. L'aggiustamento potenziale sarà immediato. E si potrà eliminare la vera piaga del sistema: gli intermediari che a ogni passaggio incassano percentuali e aumentano i costi. Potranno fare lo stesso i nostri privati in Italia? Ho qualche dubbio.

mario@calvoplatero.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La copertura del sistema pubblico diminuisce - Spesa privata a quota 37 miliardi

Sanità, parte il mercato per il nuovo welfare

Fondi, polizze, patti aziendali: le strade da seguire

■ Tra tagli alla spesa, invecchiamento della popolazione ed evoluzione della domanda di benessere, il Sistema sanitario nazionale negli ultimi anni ha perso terreno mentre la spesa a carico delle famiglie è cresciuta fino a 37 miliardi. Nei fatti sta nascen-

do un nuovo mercato per diversi attori. Dai fondi integrativi alle polizze assicurative, fino agli accordi di welfare aziendale ecco le opzioni per rimettere ordine nel "secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria.

Servizi ► pagine 2-3

Sanità, spesa sempre più privata

Fondi integrativi, accordi aziendali e polizze per superare il caos «secondo pilastro»

I fattori di cambiamento

Riduzione della spesa pubblica, invecchiamento della popolazione e domanda di benessere che evolve fanno pressione sul Ssn

La chance detassazione

La nuova frontiera per la sanità integrativa è il welfare aziendale con agevolazioni fiscali

L'articolazione della domanda

Prevalgono i fondi aziendali mentre le polizze non hanno ancora appeal per i privati

Le esperienze all'estero

Già la Francia si è avviata verso un modello ibrido con l'intervento pubblico per le fasce più deboli

I NODI DA SCIOLGERE

Liste d'attesa, accesso disomogeneo alle prestazioni e finanziamento dei farmaci innovativi che grava sulla spesa ospedaliera

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

ROMA

■ Lagigantesca newco per il welfare sanitario aziendale annunciata negli Usa da JP Morgan, Buffet e Amazon ha lanciato il classico sassone sullo stagno del dibattito nostrano sul futuro del sistema delle cure e dell'assistenza. Riflettori accesi, quindi, sul pianeta della sanità integrativa, fino a oggi quel "secondo pilastro" del servizio sanitario nazionale, rimasto sottotraccia e cresciuto negli anni in modo a dir poco disordinato. Un caos non più ac-

ceffabile: il modello Beveridge in cui lo Stato si assume l'onere totale dell'assistenza ai cittadini è arrivato a un bivio e ogni ipotesi di integrazione sembra non poter prescindere dall'ingresso di nuovi attori. Nessuna strada può essere esclusa e, anche solo a guardare le prospettive di mercato e le varie componenti della spesa sanitaria, è probabile che la soluzione si trovi in un mix di ricette. Purché non si rinunci a una governance politica "forte", che garantisca libertà di scelta all'interno di un sistema di tutele complessive.

I dati parlano chiaro: i cittadini sono arrivati a pagare di tasca propria 37 miliardi di euro (valore in crescita), pari a un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale (150 miliardi di euro circa). Complice una serie di fattori: i tagli massicci degli ultimi anni (stimati in 10,5 mi-

liardi di euro) al finanziamento pubblico delle cure, l'invecchiamento della popolazione e la mancata riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, ma anche una domanda di benessere che continua a evolvere, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha perso terreno. L'altra faccia della medaglia sono liste d'attesa e un accesso disomogeneo alle prestazioni. Senza contare la grande chance dei farmaci



innovativi, che mette a dura prova la tenuta della spesa ospedaliera ma che nel lungo periodo riduce i costi di ricoveri e long term care e gli impatti socio-economici indiretti. In questo contesto, la pressione per ricette alternative cresce. E la sanità integrativa cerca nuovi spazi. Soprattutto, per ora, sul fronte del welfare aziendale, che anche in Italia si declina nelle principali industrie, entrando nei nuovi contratti grazie anche a politiche fiscali favorevoli. A fare il punto, nei giorni scorsi, è stata proprio Confindustria, nel suo primo rapporto sulla filiera della salute. Una presa d'atto di un settore che da solo vale l'11% del Pil e che non può più essere guardato come una mera voce di spesa, ma come un'opportunità. Anche di mercato.

A certificare lo scenario, è arrivata poche settimane fa l'indagine conoscitiva del Parlamento sulla sostenibilità del Ssn. Che dà conto di un territorio, quello del II pilastro, molto controverso. A partire dai fondi sanitari integrativi ancora nel far west e perciò da sistemizzare. Una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse ed enti eterogenei fra loro per coperture, premi, gestione delle attività e prestazioni. A prevalere sono i fondi aziendali, comunemente

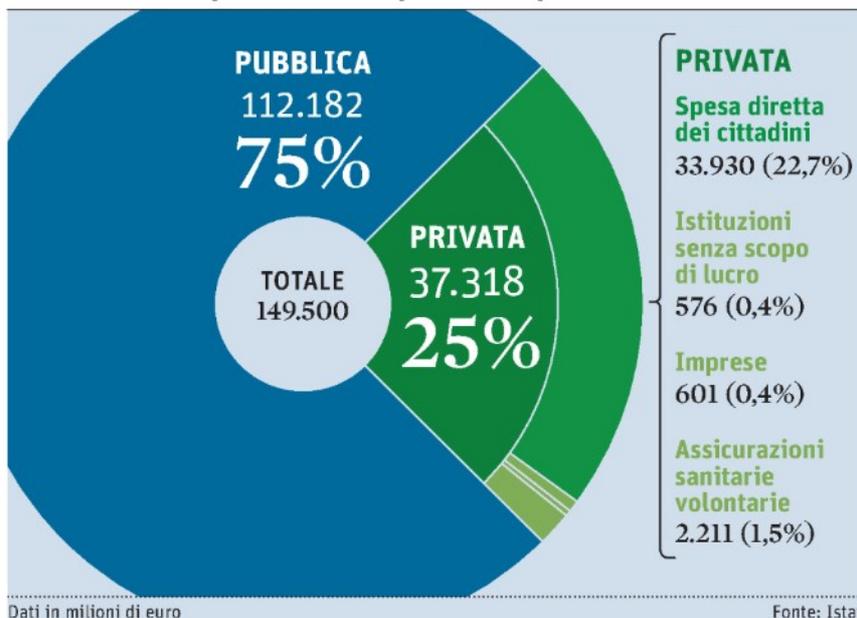
distribuiti tra nord e sud del Paese. In campo anche le compagnie assicurative con le loro polizze malattia, che presentano costi tra i più elevati in Europa: non a caso, forse, le assicurazioni sanitarie volontarie coprono ancora appena l'1,5% della spesa privata. Infine, macerato non per ordine di importanza, gli accordi di welfare integrativo che sottolineano ancora i parlamentari - avrebbero l'effetto di tutelare soltanto i ceti medi e medio-alti. O comunque, chi un lavoro già ce l'ha.

La grande scommessa è far quadrare il cerchio: garantire a tutti l'assistenza, in un quadro di finanza sostenibile. Con un debito pubblico secondo soltanto alla Grecia e con un bilancio dello Stato sotto costante osservazione dei partner Ue, l'Italia non ha grandi spazi di manovra. Del resto, anche Paesi come la Francia, che alla sanità destinano il 2% di Pil in più rispetto a noi, hanno scelto un sistema ibrido, tra Beveridge e Bismarck. Che significa riservare la sanità pubblica alle fasce deboli e ai casi più gravi e aprire gestione della cronicità, nuovi bisogni di cura e riabilitazione a forme integrative private. In definitiva, a una mutualità sostenibile. Per tracciare un quadro della potenziale domanda basta, come sempre, partire dai dati che raccontano di una spesa out of pocket

(tutta a carico delle famiglie) in cui a parte l'esborso per i ticket (3 miliardi), gli altri ingredienti - a cui il mercato potrebbe guardare - spaziano dalla diagnostica alle residenze per gli anziani, voce in forte crescita. E a queste voci tradizionali si somma tutto il mondo del wellness e della prevenzione, verso cui la popolazione è sempre più interessata. Il trend attraversa tutti i "big" europei: la fase di transizione riguarda i Paesi più avanzati, alle prese con il difficile equilibrio tra i bisogni e le richieste dei cittadini e l'esigenza di far quadrare i conti, ma coinvolgerà tutti gli Stati membri, anche alla luce degli obiettivi fissati per il 2025, anche in tema di sanità, nel cosiddetto "pilastro europeo dei diritti sociali" approvato a novembre scorso a Göteborg. L'obiettivo, anche in Italia, è trovare una strategia di governo per lo sviluppo delle varie forme di protezione, senza indebolire la qualità dell'offerta pubblica - che resta un'eccellenza mondiale - e senza rinunciare a promuovere interventi appropriati. Una sfida di sistema, che necessita di un patto tra tutti gli stakeholder e che la prossima legislatura non potrà ignorare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanto vale la spesa sanitaria pubblica e privata

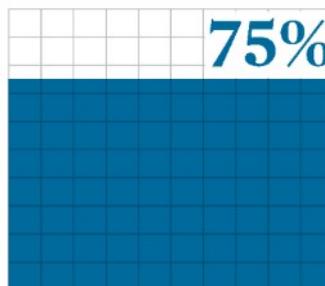


I numeri della situazione attuale

LA QUOTA

Pubblica

La spesa pubblica in materia sanitaria è finanziata dal fondo sanitario nazionale attraverso gli strumenti del bilancio statale



LA COMPOSIZIONE

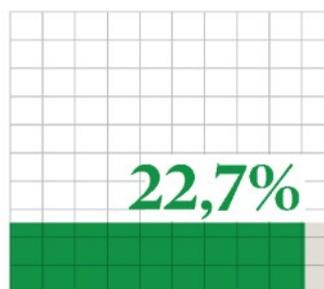


L'ANDAMENTO



Privata oop

Nella voce Oop (out of pocket) rientra la spesa diretta del cittadino e delle famiglie che non viene intermediata da alcun operatore. All'interno di questa voce rientrano anche le spese legate ai ticket sanitari

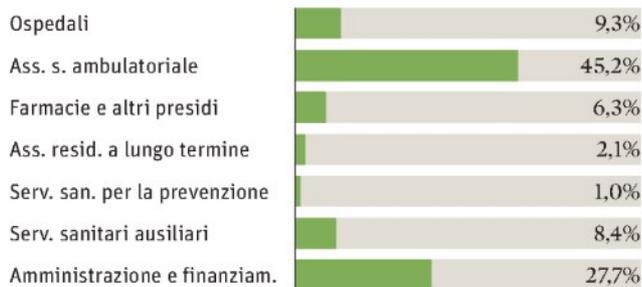


Privata non oop

Sotto questa voce vanno comprese le spese che sono intermedie da fondi integrativi o compagnie assicurative attraverso polizze. Si può trattare di polizze individuali o collettive



Fonte: Istat



LA NOTIZIA



La nuova alleanza negli Usa
 ■ Sul Sole 24 Ore del 1° febbraio l'accordo Jp Morgan, Amazon, Buffett sul welfare sanitario negli Usa visto dall'industria italiana della filiera salute. Un punto di svolta per gli operatori del settore anche in considerazione del fatto che lo Stato finanzia con 114 miliardi il sistema nazionale da circa una decina d'anni ma la domanda di cure aumenta. Considerata poi l'elevata percentuale di cittadini senza polizze sanitarie, può assumere un ruolo cruciale un patto tra imprese e lavoratori

I FONDI DI CATEGORIA

Ormai le categorie prevedono quasi tutti strumenti di supporto**Cristina Casadei**

Tra i primi a far diventare la sanità integrativa materia da contratto nazionale di lavoro con la costituzione di fondi sanitari bilaterali, ci sono i dirigenti dell'industria: negli anni '70 un accordo di Confindustria e Federmanager fece infatti nascere il Fasi. Da allora si sono avviate riflessioni in molte categorie di industria, servizi e artigianato da cui sono nati numerosi fondi negoziali. Si è mossa in modo diverso l'industria bancaria, dove predominano i fondi aziendali.

La platea

Oggi è forse più difficile trovare i contratti nazionali che non abbiano previsto un Fondo sanitario, rispetto a quelli che ne hanno istituito uno. Secondo una ricognizione del dipartimento contrattazione della Cisl, sono 7 milioni i lavoratori coperti dalla sanità integrativa dei circa 50 fondi di origine contrattuale, nei diversi com-

parti.

La bilateralità

I fondi sanitari integrativi sono una delle espressioni della bilateralità, allo stesso modo in cui lo sono stati, in precedenza, i fondi previdenziali, il primo pilastro del welfare negoziale. Sono costituiti da associazioni datoriali e sindacati. Ognuno ha uno statuto che ne regola l'iscrizione, la contribuzione e le prestazioni e propri amministratori: questo garantisce autonomia a categorie e sindacati, ma la frammentazione è anche un elemento di debolezza, perché dirotta risorse ed energie in molti più rivoli di un fondo plurisettoriale. Proprio per questo gli artigiani hanno scelto la via di un unico fondo, Sanarti, in cui confluiscono diverse categorie e che prevede, tra l'altro, anche l'iscrizione del datore di lavoro.

Industria

Storicamente un caso molto significativo è quello del Faschim, istituito da Federchim-

ica e Filctem, Femca e Uiltec, che hanno tracciato la strada della costituzione dei fondi sanitari nella contrattazione nazionale nell'industria. L'iscrizione è volontaria e avviene con un contributo annuo ripartito tra azienda (252 euro) e lavoratore (36). Alcuni fondi prevedono anche la possibilità di estendere la copertura ai familiari. I meccanici, in questo caso, rappresentano l'esempio più importante. Con l'ultimo rinnovo, Federmecanica e Fiom, Fim e Uilm, con Metasalute, hanno previsto l'iscrizione al fondo a totale carico dell'azienda, con la possibilità, per il lavoratore, di chiedere gratuitamente l'estensione della copertura ai familiari fiscalmente a carico. A crearsi un fondo ha pensato anche la Federazione Gommaoplastica che ha istituito con Filctem, Femca e Uiltec il FasG&P che prevede, per l'iscrizione, un uguale contributo di azienda e lavoratore. Tra gli ultimi arrivati va senza dubbio citato Sani-

moda, istituito nell'ultimo rinnovo da Smi Federazione tessile moda, Assocalzaturifici, Aimpes (pelli), Anfao (ottica), Assospazzole, Assoscrittura e Assogiocattoli: l'iscrizione dei lavoratori, qui, è obbligatoria e automatica, finanziata con un contributo base a carico delle aziende.

L'evoluzione del portafoglio

Il portafoglio dei servizi offerti è in continua evoluzione per tutti i fondi. Prendiamo a titolo di esempio, uno dei maggiori, il Fondo Est, istituito da Confindustria, Fipe e Fiavet e Filcams, Fisascat e Uiltucs. Nel piano sanitario vi sono cure e protesi odontoiatriche, visite specialistiche, ricoveri, interventi chirurgici che rappresentano, mediamente servizi offerti da tutti, con ovvie differenze per convenzioni e coperture. Fondo Est, tra le prestazioni ha inserito anche il Pacchetto maternità e il rimborso totale di lenti e occhiali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I VANTAGGI**LA DIFFUSIONE****Fondi ad ampio raggio**

Dopo le prime esperienze innovative degli anni Settanta, i fondi sono ormai diffusi ad ampio raggio. Sono circa 7 milioni i lavoratori che hanno una forma di sanità integrativa attraverso un numero molto significativo di fondi

LA COPERTURA**L'evoluzione**

Il pacchetto di prestazioni che sono garantite dai fondi è in continua evoluzione e comprende ormai molte tipologie di cura con la possibilità di estensione delle prestazioni anche ai familiari dei lavoratori che sono coinvolti

I LIMITI**LA FRAMMENTAZIONE****Il nodo-costi**

Uno degli scogli alla funzionalità dei fondi contrattuali può essere, talvolta, la frammentazione fra categorie che può accrescere i costi di gestione e creare debolezza nell'offerta delle prestazioni che vengono garantite agli iscritti

L'ESTENSIONE**Il perimetro**

In tutti i fondi è possibile l'iscrizione dei familiari fiscalmente a carico, ma questa opzione ha un costo per motivi di bilancio. Il fondo dei metalmeccanici, invece, prevede l'estensione gratuita delle coperture ai familiari



GLI AIUTI DEI FONDI

Le prestazioni orientate tra servizi e rimborsi medici

Marco Lo Conte

Fondi sanitari, casse, società di mutuo soccorso, enti assistenziali: l'universo della sanità integrativa italiana è formato da una pluralità di soggetti differenti, che operano secondo regole, criteri e una vigilanza non uniformi.

La strategia

L'obiettivo comune è di offrire una copertura sanitaria complementare rispetto al sistema sanitario nazionale, ma con il risultato di offrire non di rado prestazioni a tutti gli effetti sostitutive rispetto a quelle del Ssn. In particolare per i lavoratori autonomi o per l'ampia platea di professionisti, in cerca di tutele per quanto riguarda la propria salute. La via negoziale che negli ultimi anni è stata seguita da molti soggetti ha consentito economie di scala, ossia costi ridotti in capo agli iscritti e prestazioni calmierate. Ma soprattutto ha permesso di avviare attività di prevenzione e di educazione

alla salute, indispensabili in un paese che vede innalzarsi l'età media e aumentare le esigenze di assistenza sanitaria.

Le tipologie

I fondi sanitari negoziali o contrattuali nascono dall'accordo tra le rappresentanze sindacali e datoriali (vedi articolo a fianco); si tratta di associazioni senza scopo di lucro, che talvolta assumono la forma di fondazioni, e che nascono e governati nell'ambito dei contratti nazionali di categoria. A questi strumenti possono aderire solamente i lavoratori cui si applica lo specifico contratto nazionale. Le casse e le società di mutuo soccorso nascono ancor prima, affondando in taluni casi le loro radici nell'Ottocento. Le "mutue" possono prevedere sia adesioni in forma collettiva che individuali, secondo il principio della "porta aperta". La terza tipologia riguarda i cosiddetti fondi sanitari doc, avviati con la riforma Bindi, che fatica però a

partire: si tratta di soli sette fondi sanitari che per statuto offrono solo prestazioni non offerte dal Ssn (es. prestazioni dentistiche). Sono aperti a tutti i cittadini senza distinzione.

Le agevolazioni fiscali

Chi aderisce a un fondo sanitario, a una cassa o a una società di mutuo soccorso può usufruire di una serie di vantaggi fiscali, differenti a seconda della tipologia sottoscritta e dalla condizione lavorativa. Nel caso del fondo sanitario chiuso, l'agevolazione fiscale è prevista per i soli lavoratori dipendenti iscritti per via collettiva ossia negoziale; la normativa prevede una deduzione fiscale fino a 3.615,20 euro l'anno. Anche chi s'iscrive ai fondi sanitari doc, a prescindere dalla tipologia professionale, può usufruire del medesimo massimale deducibile. Per chi aderisce a enti, casse e società di mutuo soccorso che abbiano esclusivo scopo assistenziale, i contributi versati sono deduci-

bili fino a 3.615,20 euro, ma solo nel caso in cui l'ente sia iscritto all'anagrafe dei fondi presso il ministero del Welfare e che l'aderente sia un lavoratore dipendente privato iscritto in via collettiva (per effetto di un contratto o di un regolamento aziendale).

Le erogazioni

Ciascun fondo sanitario o mutua offre il ventaglio di prestazioni più coerente con le esigenze della platea coperta. Possono essere riassunte in due differenti tipologie: da una parte le prestazioni in servizi, attraverso l'assistenza diretta in strutture sanitarie convenzionate, dove è prevista la copertura economica direttamente da parte del fondo sanitario; dall'altra il fondo offre il rimborso delle spese mediche sostenute dall'iscritto, in tutto o in parte, ossia considerando per ciascun tipo di prestazione massimali di spesa e limitazioni (es.: un paio di occhiali ogni due o tre anni).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I VANTAGGI**LA DEDUCIBILITÀ****L'iscrizione ai fondi**

Deduzione fiscale fino a 3.615,20 euro l'anno per i soli lavoratori dipendenti iscritti per via collettiva ossia negoziale ai fondi sanitari chiusi. Anche chi si iscrive ai fondi sanitari doc, a prescindere dalla tipologia professionale, può usufruire dello stesso bonus

SCONTO «CONDIZIONATO»**Casse, enti e mutuo soccorso**

I contributi a enti, casse e società di mutuo soccorso a solo scopo assistenziale sono deducibili fino a 3.615,20 euro, ma l'ente deve essere iscritto all'anagrafe presso il ministero del Welfare e l'aderente deve essere un dipendente privato iscritto in via collettiva

I LIMITI**I MASSIMALI DI SPESA****Il rimborso**

Bisogna prestare attenzione perché non tutte le spese mediche possono essere rimborsate in via integrale. A seconda di ciascun tipo di prestazione, infatti, sono fissati massimali e limitazioni anche di tipo temporale

CONTRATTI O REGOLAMENTI**Le condizioni di accesso**

L'iscrizione del dipendente privato in via collettiva a enti, casse e società di mutuo soccorso (che dà poi accesso alla deducibilità dei contributi) avviene per effetto di un contratto o di un regolamento aziendale



INTERVISTA | Nino Cartabellotta | Gimbe

Sistema integrativo, regole da rifare

ROMA

■ «Il prossimo governo dovrà avviare una riforma della sanità integrativa, perché la normativa è frammentata e non più in linea con le esigenze del servizio sanitario. E questo rende il sistema più iniquo». A parlare è Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, think tank indipendente della sanità di respiro internazionale che cura il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn è a corto di ossigeno e la spesa privata, intermediata e non, cresce. Perché?

Mi convince poco l'assioma - sostenuto da chi vuole incrementare la spesa intermediata - che la spesa privata serva esclusivamente a coprire le minori tutele pubbliche conseguenti al definanziamento del Ssn. È vero solo in parte. La spesa out-of-pocket è molto più elevata nelle regioni più ricche e alimenta solo il consumismo sanitario.

La popolazione invecchia: su cronicità e non autosufficienza l'assistenza pubblica deve ancor trovare il giusto assetto per vincere la sfida. Fondi e assicurazioni possono rappresentare una parte della soluzione?

Sì. Ma il problema è definire cosa esce dai Lea, separando nettamente le prestazioni a carico del finanziamento pubblico da quelle sostenute dalla sanità integrativa. Oggi invece, con una certa

schizofrenia, l'ultima revisione dei Lea ha notevolmente ampliato il "paniere" senza un aumento adeguato del Fondo sanitario nazionale. Così la sanità integrativa, assicurazioni in particolare, rischia di diventare sostitutiva, aumentando le disuguaglianze.

Un nuovo mercato però c'è. Come conciliare libertà di scelta del cittadino ed equità?

La normativa è estremamente frammentata, sia dal punto di vista delle prestazioni coperte sia sotto il profilo delle agevolazioni fiscali. I fondi sanitari integrativi legati ai contratti di lavoro godono di una deducibilità dei contributi fino a 3.615,20 euro. Una quota quasi doppia al finanziamento pubblico pro capite. Tale defiscalizzazione è sostenuta con le tasse di tutti i cittadini, ma ne beneficiano solo quelli iscritti ai fondi sanitari integrativi. Agevolazioni fiscali minori ci sono per le assicurazioni, che coprono anche prestazioni incluse nei Lea. Ecco perché è indifferibile un Testo unico della sanità integrativa.

In America entrano vistosamente nuovi giganti nel mondo della sanità. Potrebbe accadere anche in Italia?

Certo che può accadere. Però questo processo va governato. Perché con la normativa attuale chiunque entri rischia di creare pericolosi cortocircuiti della sanità pubblica.

Ro. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gimbe. Nino Cartabellotta



SALUTE & SVILUPPO OGGI L'INTESA CON CONFINDUSTRIA

Sanità, in crescita il sistema innovativo

In Puglia il 12% delle nuove imprese
Bene il comparto dei dispositivi medici

Nella regione il 3% delle
nuove aziende del settore

Si rafforza il sistema
privato: 10,7% del Pil con
68mila addetti in Italia

● Mentre il servizio sanitario pubblico fa fatica a garantire l'assistenza, cresce il sistema privato: in Puglia il 3% delle aziende «start up» del settore, che in Italia fattura il 12% del Pil e dà lavoro a 68mila addetti. Oggi l'intesa Confindustria-Assobiomedica

SERVIZIO A PAGINA 6 >>

SALUTE

LO SVILUPPO ECONOMICO

INTESA CONFINDUSTRIA-ASSOBIOMEDICA

Nella regione il 3% delle nuove aziende che hanno deciso di lanciarsi nella sfida della «white economy»
Successo dei dispositivi medici per le cliniche

Sanità, in Puglia il 12% delle imprese innovative

Cresce il sistema privato: 10,7% del Pil con 68mila addetti in Italia

● **BARI.** Con il 3% di imprese e il 12% di start up innovative la Puglia è fra le prime 10 regioni italiane più attive nel settore di dispositivi medici. Si tratta di un settore che conta in tutta Italia circa 4.480 imprese con oltre 68.000 dipendenti, caratterizzato da alta intensità tecnologica e di innovazione, con rilevanti investimenti in ricerca e sviluppo e occupazione specializzata con elevato titolo di studio (Rapporto Assobiomedica 2016).

Per dar voce a questa punta avanzata dell'economia locale e nazionale, oggi verrà sottoscritto un accordo fra Confindustria Bari e Barletta-Andria-Trani e Assobiomedica, l'associazione nazionale di settore del sistema confindustriale. L'intesa sarà presen-

tata alle 10.00 presso la sede di Confindustria Bari e Barletta-Andria-Trani da **Domenico De Bartolomeo** Presidente Confindustria Bari e BAT, **Massimiliano Boggetti** Presidente Assobiomedica e **Sergio Fontana** Presidente Sezione Sanità Confindustria Bari e BAT, con saluto introduttivo di **Giovanni Gorgoni** (commissario Aress Puglia). Seguirà una tavola rotonda sulla situazione del settore con **Fernanda Gellona** (direttore generale Assobiomedica), **Laura Ressa** (direttore Affari legali Assobiomedica), **Vincenza Ricciardi** (responsabile Area Regulatory Assobiomedica) e **Giuseppina Petrarca** (direttore generale ASBM Servizi).

Il comparto dei dispositivi medici si inserisce nel più

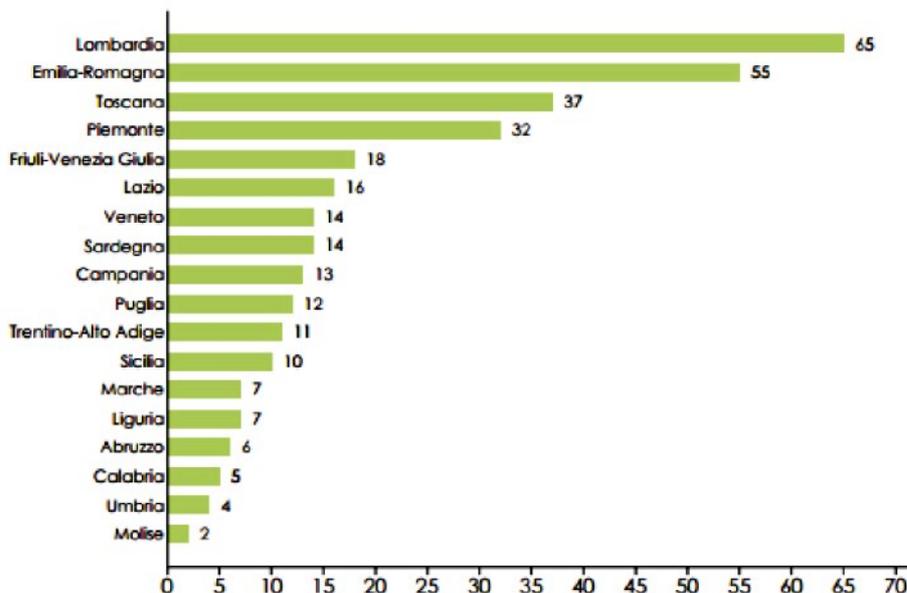
ampio contesto della cosiddetta «white economy», ovvero le imprese manifatturiere e di servizi che operano nel campo della sanità. Secondo uno studio, presentato giorni fa e realizzato da Confindustria insieme alle Associazioni confederali di categoria (Aiop, Assobiomedica, Farmindustria, Federchimica e Federterme), la «white economy» è ormai un potente driver dell'economia italiana:



contribuisce al Pil nazionale per il 10,7%, dando lavoro ad oltre 2,4 milioni di persone (circa il 10% dell'occupazione complessiva). Il perno decisivo della «white economy» è costituito dall'industria privata della salute: un settore i cui principali indicatori di performance – nonostante la crisi – registrano miglioramenti significativi sia in termini percentuali, rispetto al totale nazionale, sia in termini assoluti. La filiera della salute privata (manifattura, commercio e servizi sanitari privati) rappresenta da sola, rispetto all'economia del Paese, il 4,9% del fatturato (144 mld di euro), il 6,9% del valore aggiunto (49 mld di euro), il 5,8% dell'occupazione (circa 910.000 persone) e il 7,1% delle esportazioni (oltre 28 mld di euro), con valori tutti in crescita rispetto al 2008. Un gigante economico, ma anche un comparto industriale anticiclico: di fronte ad un valore aggiunto complessivo dell'economia italiana rimasto pressoché invariato tra il 2008 e il 2015, l'indagine rileva che quello della filiera della salute è cresciuto del 14,3%. Ancora migliore è il dato sull'occupazione (in gran parte altamente qualificata), risultata in aumento del +3,35% tra il 2008 e il 2015, contro un dato nazionale negativo (-9,2%).

Da non sottovalutare anche la crescita del «secondo pilastro» del sistema sanitario, il cosiddetto «welfare» costituito da fondi integrativi e polizze: complici i tagli al Fondo sanitario nazionale, la spesa degli italiani per questo comparto è cresciuta di 37 miliardi di euro, un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale (circa 150 mld).

GRAFICO 2 - START-UP: DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA



Fonte: elaborazioni CSA su database start-up



CONFINDUSTRIA Sergio Fontana

BILANCI

Lorenzin: «Spesa Ssn al 7%»

Riflettori su contratti, governance farmaceutica, cronici

La spesa sanitaria al 7% del Pil, il Fondo sanitario da rimpolpare tanto da portare a casa, finalmente, i «non più rinviabili» contratti, con il ringraziamento «a tutti i lavoratori del Ssn che hanno lavorato in condizioni molto difficili». Poi, l'annientamento del male storico liste d'attesa, la scommessa

cronicità, farmaci innovativi alla portata di tutti i pazienti e le terapie geniche. Non è un libro dei sogni, ma un'indicazione di rotta per il futuro inquilino di Lungotevere Ripa, quella che, agli sgoccioli del suo mandato, Beatrice Lorenzin - la ministra della Sanità più longeva della Repubblica - consegna al prossi-

mo Governo. Ammettendo implicitamente che ai tanti successi si affiancano scommesse ancora tutte o in buona parte da giocare. Del resto, la congiuntura economico-sociale era ed è tutt'ora tra le più difficili mai vissute dal Paese. E gli effetti più "dark" del federalismo sanitario hanno pesato. Così

come la deriva anti-scientifica che ha prodotto i casi Stamina e che continua ad alimentare il dibattito pre elettorale sui vaccini. E alla domanda su un possibile nuovo incarico a Lungotevere Ripa, la risposta: «I record sono fatti per essere battuti».

GOBBI A PAG. 5

Dalla ministra Lorenzin bilancio di fine Legislatura tra successi dichiarati e partite aperte

«La spesa cresca al 7% del Pil»

Le priorità: più risorse, contratti, governance, liste d'attesa e territorio

« È arrivato il momento di rivedere gli strumenti per garantire la sostenibilità della spesa farmaceutica, dal payback a nuovi mezzi di negoziazione dei prezzi dei medicinali »

La spesa sanitaria al 7% del Pil, il Fondo sanitario da rimpolpare tanto da portare a casa, finalmente, i «non più rinviabili» contratti, con il ringraziamento del male storico liste d'attesa, la scommessa cronicità, farmaci innovativi alla portata di tutti i pazienti e le terapie geniche. Non è un libro dei sogni, ma un'indicazione di rotta per il futuro inquilino di Lungotevere Ripa, quella che, agli sgoccioli del suo mandato, **Beatrice Lorenzin** - la ministra della Sanità più longeva della Repubblica - consegna al prossimo Governo. Ammettendo implicitamente che ai tanti «successi» si affiancano scommesse ancora tutte o in buona parte da giocare. Del resto, la congiuntura economico-sociale era ed è tutt'ora tra le più difficili mai vissute dal Paese. E gli effetti più "dark" del federalismo sanitario hanno pesato. Così come la deriva anti-scientifica che ha prodotto i casi Stamina e che continua ad alimentare il dibattito pre elettorale sui vaccini.

Accetterebbe un nuovo incarico a Lungotevere Ripa se se ne presentassero le condizioni? E se sì, con quali obiettivi prioritari?

I record sono fatti per essere battuti. L'esperienza di questi cin-

que anni ha arricchito la mia vita. Visitare gli ospedali, stare a stretto contatto con i malati e con i lavoratori che se ne prendono cura mi ha fatto scoprire un mondo come quello della sanità ricco di eccellenze, umanità e formato da professionisti e operatori che ogni giorno s'impegnano, anche tra molte difficoltà, per mantenere il nostro Ssn che rappresenta un'eccellenza. Detto ciò la priorità a breve termine è aumentare la spesa sanitaria portandola al 7% del Pil e abbattere le liste d'attesa nelle Regioni. Priorità per il futuro dev'essere anche quella di far fronte al notevole aumento della popolazione anziana. Oggi abbiamo 14 milioni di over 65 di cui 4 milioni di non autosufficienti, nei prossimi anni questi numeri sono destinati a moltiplicarsi. Ecco perché credo che occorra trovare nuovi modelli per quanto riguarda l'assistenza domiciliare che oggi è la cenerentola del settore. E in questo senso credo sia fondamentale una forte integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, che oggi sono due silos che non si parlano. Sarà poi fondamentale non disperdere tutte le riforme che abbiamo messo in campo in questi anni.

Quali provvedimenti hanno caratterizzato più il suo man-

dato e la rappresentano meglio?

Il caso Stamina e il decreto vaccini sono state certamente due battaglie che rifarei in ogni momento anche perché, oltre a essere state azioni per la tutela della salute dei cittadini e contro questo medio evo scientifico di ritorno, hanno avuto il merito di aver riportato la cultura scientifica e la sanità nell'agenda politica e nel dibattito pubblico nazionale. Ma sono state molte le riforme che abbiamo messo in campo. Il Patto per la Salute è stato l'architrave di molti provvedimenti e ha avuto il merito di tracciare una rotta riformatrice e programmatrice che vedesse lo Stato e le Regioni insieme dopo anni in cui il dialogo tra queste due Istituzioni era pressoché inesistente. E poi con il Patto per la salute, vorrei ricordare, abbiamo messo fine alla stagione dei tagli lineari introducendo il principio che ogni risorsa risparmiata fosse reinvestita nel sistema. E ciò ci ha permesso di sbloccare le risorse per i nuovi Lea e il nuovo nomenclatore che dopo 16 anni sono stati aggiornati (e finanziati). Ma non dimentico il fondo per l'epatite C con cui abbiamo guarito più di 110.000 persone, mentre in altri Paesi non ci sono riusciti, e il fondo per i

farmaci innovativi e oncologici. Da ultimo il Ddl Lorenzin, che è stato il primo provvedimento da me presentato nel 2013 e l'ultimo a essere approvato dopo un lunghissimo lavoro del Parlamento. Per me anche questa è una riforma epocale perché contiene molte misure che impattano sul Ssn e sui 2 milioni di operatori che vi lavorano.

Restano in sospeso grandi partite: come la governance farmaceutica, la revisione del sistema di compartecipazione, la riforma del territorio e il rinnovo dei contratti. Ha "pesato" anche il consueto braccio di ferro con il Mef... Qual è oggi il peso specifico del ministero della Salute?

Guardi, far capire l'importanza del tema salute è difficilissimo. In ogni Legge di Bilancio mi sono battuta affinché il Fondo au-



mentasse, non per partigianeria, ma perché sono convinta, da un lato che non si potesse più tagliare e dall'altro che la sanità oltre ad essere un collante per la società sia un comparto che produce crescita e innovazione. Certo, molte cose sono ancora da fare. Per quanto riguarda la governance farmaceutica dobbiamo guardare a due aspetti fondamentali: la velocizzazione delle procedure di approvazione dei nuovi farmaci e la sostenibilità della spesa. Quanto alla prima, abbiamo provveduto all'efficientamento di Aifa con l'ampliamento della pianta organica. Sulla sostenibilità per il contenimento della spesa abbiamo provveduto all'istituzione dei fondi per gli innovativi oncologici e per gli innovativi con il quale abbiamo cominciato il piano di eradicazione dell'epatite C. Un miliardo l'anno per tre anni, un impegno che il governo ha assunto per consentire l'accesso immediato ai farmaci. Forse è arrivato il momento di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa farmaceutica, a partire dal payback, per arrivare a nuovi strumenti di negoziazione del prezzo dei farmaci. Fermo restando i principi che devono essere rispettati: responsabilità sociale ed etica. Sulla partita dei ticket abbiamo più volte provato a riformare il sistema di compartecipazione ma credo che sia arrivato il momento di lavorare per togliere definitivamente il superticket. Un primo passo è stato fatto con l'ultima legge di Bilancio ma ho intenzione di eliminarlo e avevo già trovato le risorse per coprire i 460 milioni di euro.

L'altro grande tema è quello del rinnovo contrattuale...

Mi permetta di ringraziare tutti i lavoratori del Ssn perché in questi anni hanno operato in condizioni molto difficili, tra blocco del turnover e contratto bloccato. Sul contratto le Regioni avrebbero dovuto accantonare in questi anni risorse economiche adeguate perché sapevano che era loro dovere farlo. Con la ministra Madia abbiamo cercato trovare le risorse. Per quest'anno i fondi li avevo trovati con la tassa sul tabacco, che avrebbe liberato risorse per il settore farmaceutico-oncologico. Stiamo parlando di circa 750 milioni che avrebbero sbloccato le risorse necessarie per chiudere la partita contratto e superticket. Non ce l'abbiamo fatta ma questi non sono temi più rinviabili.

Salute e Sanità continuano a essere viste come un fardello, come una voce di spesa, più che come un investimento necessario all'economia del Paese. Come investire questo trend?

Come le dicevo, in ogni legge di Bilancio mi sono battuta per aumentare le risorse del Fondo sanitario. Purtroppo la sanità è materia ostica e complicata e la politica troppo spesso se ne occupa superficialmente o la vede solo come una mera voce di spesa. Il tema vaccini è il dibattito politico che ne è uscito è l'emblema di come la politica strumentalizzi la scienza e le sue verità. E in questo senso ho apprezzato l'appello lanciato dal mondo medicoscientifico affinché si costruisca una nuova alleanza tra scienza e politica nel tutto interesse della popolazione. Credo che in questi anni sono però riuscita riportare i temi della salute nell'agenda politica nazionale e anche internazionale, penso al semestre italiano e al recente G7 Salute di Milano dove abbiamo raggiunto un'intesa con i grandi del Pianeta su temi fondamentali come per esempio l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute e l'antibiotico resistenza. E penso anche alla Urban health Rome declaration, siglata tra ministero della Salute e Anci con cui abbiamo disegnato le 15 azioni prioritarie per migliorare la salute delle città.

In questi anni il Fondo sanitario è cresciuto, ma sempre meno di quanto preventivato. Serve una rivoluzione nel modo di allocare le risorse?

Facciamo un passo indietro. Quando sono arrivata nel 2013 volevano togliere 2 miliardi al Fondo sanitario per il mancato aumento dei ticket e ho trovato una situazione in cui metà delle Regioni era o in piano di rientro o commissariata. Insomma un sistema che era in default e la mia prima battaglia è stata quella di mettere in sicurezza il sistema. Il tutto in uno scenario economico di forte crisi e con un Pil che aveva il segno meno. In questo contesto, abbiamo messo in moto le centrali uniche d'acquisto, riorganizzato gli ospedali con l'introduzione dei nuovi standard ospedalieri, è stato redatto il Piano cronicità, abbiamo introdotto i piani di efficientamento delle aziende ospedaliere, sbloccato molti accordi nell'ambito dell'edilizia sanitaria, abbiamo fatto le nuove nomine per le nomine dei manager delle aziende sanitarie. Mi sono battuta in ogni legge di Bilancio per ottenere più risorse e nel quinquennio i conti delle Regioni sono tornati in ordine e ho aumentato il Fondo di 7 miliardi.

Queste risorse bastano?

No, come le dicevo ne servono di più perché abbiamo davanti a noi le sfide dell'aumento della popolazione anziana e delle nuove cure in arrivo, che costano molto. E su questo sono pronta a battermi anche in futuro.

È pensabile un nuovo asse Salute-Miur per programmare i fabbisogni formativi dei medici e delle professioni sanitarie?

In realtà esiste già un asse Salute-Miur-Regioni in materia di programmazione dei fabbisogni formativi dei medici e delle professioni sanitarie. In questi ultimi anni, peraltro, il ministero supportato da Agenas ha elaborato - attraverso la partecipazione alla "Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting" - una metodologia di determinazione dei fabbisogni formativi concordata e utilizzata da tutti gli stakeholder. Ciò ha consentito di formulare previsioni di domanda e offerta di professionisti fino al 2040. Inoltre, è stata analizzata la situazione attuale dei professionisti sanitari ed è stato identificato lo stock di professionisti attivi sul mercato del lavoro indipendentemente dal settore di impiego, andando a quantificare anche la quota di quelli già formati ma non ancora attivi sul lavoro.

Per quanto riguarda il turnover, lo abbiamo sbloccato con un fondo ad hoc autorizzando 10mila assunzioni. Ora sta alle Regioni fare i concorsi tenendo conto dei nuovi fabbisogni di personale. Sull'accesso alla professione invece si deve lavorare ancora molto e trovare soluzioni per avvicinare i giovani al lavoro. Ma non dimentico la "Piramide del ricercatore", con cui consentiremo a migliaia di ricercatori sanitari di avere una concreta prospettiva professionale che li porterà ad entrare nei ruoli del Ssn anche con qualifica dirigenziale e permetterà ai ricercatori della sanità di avere le stesse possibilità in Italia che all'estero.

Cronicità, grande sfida di domani. Ma manca un Dm 70 per il territorio e manca un contratto che riorganizzi le cure extra-ospedale...

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei Paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Ma non siamo all'anno zero. Con il Piano nazionale cronicità abbiamo definito un disegno strategico per la gestione della cronicità, che le singole Regioni potranno attuare sul proprio territorio in considerazione della propria storia, dei servizi e delle risorse disponibili. Non solo: sono state dettate linee di indirizzo su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici. Il Piano segna una svolta importante nell'approccio alla

malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di Pdta che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato; non è più utente passivo delle cure, ma collabora attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l'équipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di fare fronte alla patologia. Insomma, non sarà un Dm 70 del territorio ma la rotta da seguire è stata tracciata. E chiaro la sfida è sempre quella di rendere queste riforme uniformi in tutte le Regioni.

La verità sui nuovi Lea: a che punto è il livello di monitoraggio nazionale e a che punto sono le Regioni?

È in dattura di arrivo il decreto sulle tariffe che ha richiesto un lavoro lunghissimo, dovendo rivedere migliaia di prestazioni. Sappiamo poi che molte Regioni già hanno implementato i nuovi Lea ma un monitoraggio più preciso lo avremo solo dopo che sarà approvato in Conferenza Stato-Regioni il decreto tariffe.

L'universalismo del Ssn: ha delle chance o, in tempi di spesa "out of pocket" alle stelle, l'unica ricetta è dare spazio al Pilastro?

Sono una fautrice totale del Ssn universalistico ma lavorare per esempio sul welfare aziendale è molto importante ed è un tema anche molto sentito nel settore pubblico. La sfida del futuro sarà l'assistenza alle persone anziane e ai bambini, che sono le due categorie più fragili sulle quali dobbiamo fare un grande investimento, e lo dobbiamo fare insieme, pubblico e privato, senza frontiere ideologiche ma cercando soluzioni concrete a bisogni reali. La strada che si sta delineando non prevede un antagonismo fra pubblico e privato, ma un'integrazione tra i due sistemi, finalizzata alla realizzazione di una concreta possibilità di rispondere a tutti i bisogni di salute.

Le sfide biotech e farmaci innovativi: come velocizzare l'accesso dei pazienti all'innovazione?

Ci sono procedure adottate dall'Emma con un percorso accelerato che riguardano quei farmaci altamente innovativi e che a cascata vengono recepite dalle singole agenzie nazionali. La sfida a cui il sistema Paese e Aifa sono chiamate è sulle cosiddette terapie avanzate (terapie geniche...). È vero che sono molto costose ma sono farmaci che portano alla guarigione. A parte che una vita umana non ha prezzo, per comprendere la portata dei benefici basta calcolare il risparmio otte-

nuto rispetto al tenere un paziente in carico, con i costi sanitari e sociali.

**Il federalismo sanitario: ma-
le da estirpare o stortura da
correggere?**

Com'è noto ero favorevole alla riforma della Costituzione perché era prevista una rivisitazione del titolo V che credo ancora oggi vada messa in campo per ridare allo Stato centrale i poteri che servono per rendere uniformi le cure su tutto il territorio e rendere effettive le riforme per tutti i cittadini. Non significa abolire l'autonomia, ma valorizzare le cose che funzionano e razionalizzare quelle che non vanno. Per me, per esempio, c'è la necessità di un modello nuovo di commissariamento e di intervento dello Stato, azienda per azienda, invece di commissariare la Regione.



Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOTIZIE E MERCATI SOLDI FISCO E TASSE

DIRITTI LAVORO



ASSICURAZIONI MUTUI CALCOLATORI

FINANZA

Health Italia apre primo Health Point Store a Milano



5 febbraio 2018 - (Teleborsa) - **Sabato 10 febbraio** apre il primo Health Point Store, nel pieno centro di Milano, a pochi metri dal Castello Sforzesco e dalla stazione di Milano Cadorna.

Tale apertura segue a quella dei primi tre Health Point nei centri commerciali di Busnago (MB) e Casalecchio di Reno (BO), e all'interno del Palasalute di Formello, poco distante da Roma.

Progettati da Health Italia, attraverso Health Point S.r.l., gli Health Point rappresentano la "risposta ad una crescente domanda di prestazioni di sanità leggera e di prevenzione - spiega la società in una nota -. La facilità di accesso, la qualità clinica molto alta, grazie all'utilizzo delle tecnologie più innovative, e i costi sostenibili, compongono una proposta molto interessante per un'utenza variegata che vuole tutelare la propria salute".



Contenuti sponsorizzati

Per approfondire



[Health Italia, aperti i primi 3 Health Point](#)



[Health Italia sbarca domani all'AIM Italia](#)



[Philips acquisisce Health & Parenting](#)

Titoli Italia

A B C D E F G H I J K L
M N O P Q R S T U V W X
Y Z

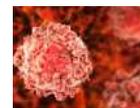
I temi caldi



Arriva Sweatcoin, l'App che ti paga per camminare



Bonus Renzi da 80 euro anche per le partite Iva



Leucemia, bimbo salvato con terapia genica a Roma. È la prima volta



Elezioni e sgravi fiscali: quel "tesoretto" da 142 miliardi nel mirino dei partiti



Dirigenti Pa, rinnovo contratto: stipendio legato per il 30% ai risultati

In Evidenza

- BORSA ITALIANA
- BORSE ESTERE
- EURIBOR
- TITOLI DI STATO
- VALUTE
- ESPERTI

I Video più visti



Flat tax, cos'è e come funziona

ECONOMIA  FINANZA
Il Messaggero.it

CERCA 

Health Italia apre primo Health Point Store a Milano



(Teleborsa) - **Sabato 10 febbraio** apre il primo Health Point Store, nel pieno centro di Milano, a pochi metri dal Castello Sforzesco e dalla stazione di Milano Cadorna.

Tale apertura segue a quella dei primi tre Health Point nei centri commerciali di Busnago (MB) e Casalecchio di Reno (BO), e all'interno del Palasalute di Formello, poco distante da Roma.

Progettati da Health Italia, attraverso Health Point S.r.l., gli Health Point rappresentano la "risposta ad una crescente domanda di prestazioni di sanità leggera e di prevenzione - spiega la società in una nota -. La facilità di accesso, la qualità clinica molto alta, grazie all'utilizzo delle tecnologie più innovative, e i costi sostenibili, compongono una proposta molto interessante per un'utenza variegata che vuole tutelare la propria salute".

2018-02-05 09:15:01
© RIPRODUZIONE RISERVATA

 CONDIVIDI NOTIZIA



LA NUOVA STAGIONE DELL'INFORMAZIONE



3 mesi a soli 15,99€

PER POTER INVIARE UN COMMENTO DEVI ESSERE REGISTRATO

Se sei già registrato inserisci username e password oppure **registrati ora**.

Username:

Password:

INVIA

0 commenti presenti

LA NUOVA STAGIONE DELL'INFORMAZIONE



3 mesi a soli 15,99€

facile.it STRUMENTI DI RISPARMIO
RISPARMIARE È FACILE

Risparmia sulle spese personali **Vai »**

accedi


[Home](#) [agenzie](#) [economia](#) [forex](#) [markets](#) [materie prime](#) [opinioni](#) [previsioni](#)


Home > Agenzie > Health I.: Alfieri, H.Point importanti per rispettare target piano

Health I.: Alfieri, H.Point importanti per rispettare target piano

Da [agenzia](#) - 9 febbraio 2018

2

“Health Point rappresenta un punto di partenza

necessario per incrementare ed integrare le attività del Gruppo e

rispettare le previsioni presentate a inizio anno che vedono [Health Italia](#)

S.p.A. crescere del 285% entro il 2020 con il raggiungimento di un Ebitda di oltre 20 milioni di euro”.

Lo ha dichiarato [Massimiliano Alfieri](#), a.d. di Health I., società

quotata sull’Aim Italia attiva nel settore della sanità integrativa, che

domani a Milano inaugurerà il primo Health Point Store.

Gli Health Point Store, in particolare, si affiancano agli Health Point

già presenti all’interno dei Centri Commerciali e, grazie all’ampia

metratura e alla creazione di spazi polifunzionali come uffici dedicati,

sale di formazione e area relax, costituiscono per il gruppo un volano di

crescita fondamentale per la distribuzione territoriale di servizi di

sanità integrativa e per garantire una maggiore presenza a nuovi e vecchi

clienti.

com/gco

giorgia.cococcioni@mfdowjones.it

Copyright (c) 2018 MF-Dow Jones News Srl

Health I.: Alfieri, H.Point importanti per rispettare target piano è stato pubblicato su Dow Jones News dove ogni giorno puoi trovare notizie di economia e mercati.

[Report Content](#)

CONDIVIDI

Mi piace 0

[tweet](#)

ultimi articoli

Italia, pareggio bilancio con congelamento spesa per 3 anni – Cottarelli

Energy Lab: titolo sospeso dagli scambi su Aim Italia, -8,87% teorico

COMMENTO WARRANT AIM: brilla Alp.I, in coda Smre

Pmi: buon momento con Pir, ma restano asset rischioso (Crif)

Italia, Moody's: per rating fondamentali politiche riduzione debito

