

Articoli Selezionati

SCENARIO

01/06/18	Mf	13	Assicurazioni, il welfare aziendale sveglia le polizze malattia Premi raddoppiati - Il welfare sveglia le polizze malattia	Messia Anna	1
03/06/18	Famiglia Cristiana	109	Ubi, la banca apripista del welfare aziendale	Pasta Stefano	3
04/06/18	Repubblica Affari&Finanza	38	Intervista a Filippo Anelli - "Per la facoltà di Medicina nuovi corsi a pagamento oltre il numero chiuso"	Bonafede Adriano	4
04/06/18	Repubblica Affari&Finanza	44	Focus impresa Italia - Lavoratori felici, aziende produttive così lo smart working conviene a tutti	Frojo Marco	8
04/06/18	Repubblica Affari&Finanza	44	Focus impresa Italia - E dietro cresce anche il business degli uffici intelligenti e "green"	m.fr.	10
04/06/18	Giorno-Carlino-Nazione Economia&Lavoro	14	Buoni benzina, scuola, visite mediche Così l'azienda che punta sulle donne semplifica la vita alle dipendenti	Catapano Giuseppe	11
05/06/18	Stampa Tuttosalute	29	L'ospedale 2.0 arriva fino a casa	Rigatelli Francesco	13
05/06/18	Messaggero	9	Liste d'attesa e fondi per il personale la Sanità riparte con il piano-pazienti - Risorse e liste d'attesa primi nodi per la salute	Evangelisti Mauro	14
07/06/18	Giornale	17	Rapporto Censis. Sette milioni di italiani si indebitano per curarsi	...	16
07/06/18	Mf	10	Salite del 10% le spese mediche pagate di tasca propria	Messia Anna	17
07/06/18	Sole 24 Ore	11	Spesa sanitaria privata a quota 40 miliardi	Gobbi Barbara	18
07/06/18	Libero Quotidiano	12	Sette milioni di italiani si indebitano per curarsi	Bardesono Marco	19
07/06/18	Sole 24 Ore	30	Il sistema sanitario tra equità ed equilibrio	...	21
07/06/18	Stampa	19	Sette milioni di italiani si indebitano per cure mediche	Russo Paolo	22
07/06/18	Corriere della Sera	31	Sanità, 7 milioni di italiani indebitati per pagare le cure	Borrillo Michelangelo	23
07/06/18	Giorno - Carlino - Nazione	2	Sanità, spesa da record Sette milioni di italiani fanno debiti per curarsi - In 7 milioni indebitati per curarsi E c'è chi vende anche la casa	Rossi Giovanni - Colombo Ettore_Maria	24
07/06/18	Giorno - Carlino - Nazione	2	Rancore all'italiana	Buticchi Marco	28
07/06/18	Prealpina	5	Quando la salute costa cara In 7 milioni si sono indebitati	...	29
07/06/18	Corriere Adriatico Fermo	35	"Sport senza età" Tutti in cammino	Morini Chiara	30
08/06/18	Mf	21	Rapporto Welfare - Sanità integrativa, quasi un must	Giuro Carlo	31
08/06/18	Italia Oggi	11	Fulmicotone - Sanità: uno spreco da 24 miliardi	Valentini Carlo	33
09/06/18	Avvenire	23	Benessere della persona l'evoluzione di servizi 2.0	F.Ricc.	34
10/06/18	Corriere della Sera	51	Anziani in (lunga) attesa per i ricoveri in Rsa al Sud	Faiella Maria_G.	35

DATI ANIA**Assicurazioni,
il welfare
aziendale sveglia
le polizze malattia
Premi raddoppiati**

(Messia a pagina 13)

ASSICURAZIONI EMERGE DAI DATI SULLA RACCOLTA PREMI APPENA PUBBLICATI DALL'ANIA

Il welfare sveglia le polizze malattia

L'anno scorso i prodotti collettivi che prevedono il rimborso delle spese mediche hanno registrato una crescita della nuova produzione del 101% a 240 mln. Salgono Unipol e Generali. Lievita Rbm

I NUMERI DELLE POLIZZE COLLETTIVE NEL 2016-17

Dati in migliaia di euro	Premi contabilizzati 2016	Premi contabilizzati 2017	Crescita % annua	di cui nuova produzione 2016	di cui nuova produzione 2017	Crescita % annua
● Rimborso spese mediche	1.446.544	1.594.569	10,2%	119.424	240.658	101,5%
● Invalidità permanente	210.529	237.721	12,9%	157.770	163.947	3,9%
● Diaria	85.908	57.557	-33,0%	7.363	8.893	20,8%
● Long term care	25.047	28.003	11,8%	2.305	3.790	64,5%
● Altro	65.792	75.378	14,6%	46.927	42.635	-9,1%
● TOTALE	1.833.822	1.993.228	8,7%	333.789	459.924	37,8%

Fonte: Ania

GRAFICA MF-MILANO FINANZA

DI ANNA MESSIA

Lo sviluppo del welfare aziendale, sostenuto anche dalla legge di Bilancio 2018, l'anno scorso ha fatto lievitare la raccolta delle polizze malattia. Gli italiani continuano a utilizzare enormi risorse per curarsi privatamente, con una spesa di tasca propria che ha superato i 35 miliardi e che non sembra arrestarsi, mentre i flussi di spesa veicolati tramite fondi sanitari o polizze sono ancora limitati. Ma scorrendo i dati sulla raccolta premi delle polizze infortuni e malattia, appena pubblicati da Ania, emerge che l'anno scorso le polizze collettive, in particolare quelle che prevedono il rimborso delle spese mediche, hanno registrato una nuova produzione in crescita del 101,5% rispetto all'anno prima superando 240 milioni. Qualcosa insomma si sta muovendo. Va sottolineato che si tratta di nuova raccolta, ovvero di nuova produzione, mentre se si guarda ai premi complessivi del settore malattia, ovvero allo stock, pari a fine 2017 a 2,7 miliardi, la

crescita è solo del 9,4%. Mentre i 2,7 miliardi di premi del ramo malattia sono ancora meno di un quinto dei 13,8 miliardi che gli italiani spendono per assicurare l'auto. In ogni caso si tratta di un segnale significativo e di un raddoppio importante per il settore e, come detto, ha riguardato in particolare le polizze collettive che prevedono il rimborso delle spese mediche, che rappresentano oltre tre quarti (77%) della raccolta malattia. Una spinta cui ha contribuito «in modo significativo la copertura offerta da casse sanitarie privatistiche o da aziende in favore dei propri dipendenti», sottolineano dall'Ania. Di tale spinta hanno beneficiato un po' tutte le compagnie di assicurazione che operano nel settore. Il gruppo assicurativo Unipol, leader nel ramo malattia con 631,9 milioni di euro di premi, che rappresentano il 23,37% del mercato, lo scorso anno ha registrato per esempio una crescita dei premi del 7,7%, mentre Generali, seconda in classifica con 575,4 milioni di premi, ha registrato uno sviluppo del 4,3%. Il bal-

zo in avanti più evidente è stato però registrato da Rbm Assicurazione Salute, compagnia specializzata nel settore, che ha visto i premi malattia crescere l'anno scorso del 21,7% a 430,1 milioni. Subito dopo si è collocato il gruppo Allianz, che l'anno scorso ha registrato un aumento dei premi malattia decisamente importante: +17,6% a 262,1 milioni. Insomma, sono molte le società che nel 2017 in questo comparto hanno registrato crescita a doppia cifra percentuale (Cattolica +20,8% e Aviva +10,5%). Tra le prime dieci l'unica compagnia che non ha avuto sviluppi nel ramo malattia è stata Reale Mutua, ferma a 138,7 milioni (-3,5%). Ma ce poi un'altra assicurazione, che



non rientra tra le top ten, ma che balza agli occhi perché ha fatto segnare addirittura una crescita del 40,8%: si tratta di Poste Vita, tredicesima compagnia nella classifica Ania del ramo malattia con 24,6 milioni. In questo caso i volumi sono più contenuti ma l'impennata della raccolta è il segnale dell'attenzione che anche il gruppo postale guidato da Matteo Del Fante ha posto sul comparto malattia, come annunciato del resto nel nuovo piano industriale presentato al mercato a fine febbraio scorso. (riproduzione riservata)

AZIENDE DI VALORE

UBI, LA BANCA APRIPISTA
DEL WELFARE AZIENDALE

Dai buoni pasto al tempo libero, si diffonde la scelta delle imprese di erogare servizi ai dipendenti

di Stefano Pasta

Spinta dagli incentivi delle ultime due finanziarie, l'industria italiana ha intrapreso la direzione del welfare aziendale. **Nel 18% dei casi il premio di risultato è stato convertito in servizi;** secondo il Censis, oltre la metà degli occupati (58,7%) preferisce l'aumento del welfare aziendale rispetto a un incremento dello stipendio. Dalle polizze sanitarie alle pensioni private, fino alle rette degli asili nido. Un anno fa Ubi è stata la prima banca, seguita dagli altri giganti del credito, a creare una sezione dedicata alle imprese per i servizi che possono proporre ai dipendenti. L'Osservatorio della banca ha presentato il **rapporto "Welfare for people", redatto insieme ad Adapt**, la scuola di relazioni industriali e di lavoro fondata da Marco Biagi, ucciso dalle Brigate rosse nel 2002. Lo scopo è mappare le forme di Stato sociale aziendale, analizzando

i principali contratti collettivi nazionali e oltre duemila di secondo livello. Emergono tanti "frammenti di welfare", ma anche un'interpretazione opposta a quella dominante. Spiega il docente di Diritto del lavoro **Michele Tiraboschi**, coordinatore di Adapt e dell'Osservatorio: «Il welfare aziendale risulta non tanto una soluzione all'arretramento del pubblico, quanto piuttosto come un processo spontaneo di **risposta degli attori del sistema industriale alle trasformazioni del mondo del lavoro**, causa e non conseguenza della crisi del nostro modello sociale».

Per l'Osservatorio questa tendenza è «uno dei sintomi della Quarta Rivoluzione industriale in atto». Le sezioni della mappatura: previdenza complementare, sanità, assistenza ai familiari e cura, assicurazioni, educazione, tempo libero, buoni acquisto, mensa e buoni pasto, trasporto collettivo, formazione, flessibilità per conciliare vita e lavoro. ●

IL LAVORO CHE CAMBIA

Sotto: la presentazione del rapporto "Welfare for people" di Ubi insieme ad Adapt.



“Per la facoltà di Medicina nuovi corsi a pagamento oltre il numero chiuso”

INTERVISTA A FILIPPO ANELLI, PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE ORDINI DEI MEDICI (FNOMCEO): “LA PROPOSTA DAREBBE AD ALTRI CANDIDATI LA POSSIBILITÀ DI TROVARE UN'OCCUPAZIONE AL DI FUORI DELLE ASL”. PER ELIMINARE LE FILE PER LE VISITE “SI POTREBBE CAMBIARE IL SISTEMA DELL'INTRA MOENIA”
Adriano Bonafede

Roma

«No, non è vero che i medici siano stati i meno colpiti, fra i vari professionisti, dalle varie norme sulla concorrenza entrate in vigore negli ultimi anni. Anche noi abbiamo subito una maggiore pressione concorrenziale». Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la potentissima federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri che conta oltre 400 mila iscritti, respinge ogni accusa.

Scusi dottor Anelli, ma le lenzuolate di Bersani e quelle successive sembrano avervi solo sfiorato...

«Intanto c'è da dire che in effetti la Bersani ha cancellato anche per noi le tariffe minime, non ci sono più. Però la vera liberalizzazione per noi viene dall'Unione europea».

Perché?

«In Europa sta passando l'idea di considerare i professionisti come imprese, mentre finora la legislazione italiana ha considerato i due settori come assolutamente diversi. Le conseguenze per i medici sono molto forti».

Per quale motivo?

«Le imprese, in generale, hanno una minore regolamentazione rispetto alle professioni. Ma c'è dell'altro».

Cosa?

«Sul versante dell'odontoiatria, soprattutto, c'è una spinta verso una maggiore liberalizzazione: ci sono ormai società che fanno una sempre più spietata concorrenza ai liberi professionisti. Nel mercato stanno entrando grandi società, anche internazionali, che hanno capacità impressionanti di investimenti e di penetrazione».

Lei ha parlato prima di tariffe libere. Ma quasi tutti i medi-

ci lavorano nelle Asl e svolgono poi un'attività professionale privata in collaborazione con le stesse Asl: è la cosiddetta attività intra moenia, che peraltro viene svolta anche in strutture private con l'autorizzazione della stessa azienda sanitaria. In questo caso le tariffe minime sono fissate dalle stesse Asl e a volte, per i primari, possono arrivare anche a 250 euro per una visita. E il professionista non può, anche volendo abbassare la tariffa. Non sembra proprio una liberalizzazione.

«In effetti è vero che per le attività professionali private intra moenia i prezzi sono determinati e controllati dalla struttura sanitaria pubblica».

Quale parte del ricavo va alla Asl?

«In media un 30-40 per cento».

Ma le sembra normale che per il restante 60 o 70 per cento venga fatto divieto al medico di abbassare la propria tariffa? Si ha la sensazione di una presa in giro ed è strano che finora non sia mai intervenuto l'Antitrust su questo tema. E poi, scusi, viene anche il sospetto che dietro lo schermo della tariffa pubblica, i medici riescano a ottenere quello che, se fossero dei veri privati, non otterrebbero.

«In effetti lei coglie una contraddizione. Il fatto che le Asl stabiliscano le tariffe intra moenia è in contrasto con tutta la teoria delle liberalizzazioni tariffarie. Ma soltanto con questo sistema, se lei riflette bene, il paziente può scegliere il medico, cosa che gli è preclusa se si rivolge alla struttura pubblica per ottenere un appuntamento».

Senza considerare che mettendosi in fila per una visita in regime di prestazione pubblica ci potrebbero volere mesi se non anni. Ma non varrebbe la pena di ripensare questo meccanismo?

«Si può teoricamente ripensare a questo meccanismo. Bisognerebbe garantire al cittadino la scelta del medico, ma quest'ultimo dovrebbe avere lo status non di un dipendente ma di lavoratore autonomo e indipendente».

Ha una sua proposta?

«Possiamo immaginare che il medico possa essere convenzionato con la struttura pubblica. In un rapporto, insomma, determinato da una convenzione».

E questa convenzione cosa dovrebbe stabilire?

«Un tot numero di visite annue. Ad esempio, il medico potrebbe ricevere una somma forfettaria per 100 diabetici. Questi ultimi non pagherebbero la visita».

Scusi, ma oltre questa cifra, gli altri dovrebbero pagare...

«Ma ci sarebbero sempre 100 pazienti che hanno avuto una prestazione gratuita con il medico che hanno scelto e così sarebbe superato anche il problema delle liste d'attesa. Comunque ho solo dato un'idea di massima. Io penso che si debba passare da una sistema a tempo, com'è oggi quello dell'intra moenia, a un sistema a prestazione dove il medico abbia a disposizione un budget da gestire in autonomia e una platea di pazienti».

A proposito di liberalizzazioni, vi medici, con il numero chiuso all'ingresso dell'Università, vi garantite che non ci sarà molta concorrenza. Questo sistema di selezione, basato su test di cultura generale, è stato molto criticato e si è detto che sarebbe meglio passare al modello francese, dove la selezione si fa dopo il primo anno. Il ministro della Salute, Lorenzin, ne aveva parlato ma poi non si è fatto più nulla.

«Le università non sono strutturate per offrire al primo anno aule e insegnanti di alto livello».

Sì, scusi, ma se non si comincia mai, non si farà mai.

«Le vorrei ricordare che il vecchio sistema, quando non c'era il numero chiuso, comportava il fatto che all'università si doveva arrivare molte ore prima per prendere un posto da seduti. No, penso che il numero chiuso non si possa eliminare. Tuttavia si possono introdurre elementi di liberalizzazione».

In che modo?

«Oggi la formazione medica avviene soltanto in relazione alle esigenze del servizio sanitario nazionale: questo spiega il numero chiuso. Ma, accanto al



fabbisogno dello Stato, si potrebbe realizzare una formazione al di fuori del numero chiuso, a costi superiori. Questo aprirebbe a una competizione tra le università che potrebbe elevare il livello dell'insegnamento ed attrarre anche giovani dall'estero».

Sembra di capire che lei vorrebbe fare in Italia quello che già avviene all'estero, dove molti nostri giovani vanno a studiare se non passano il test iniziale: in Albania, in Romania, ecc.

«Certo, perché non lo facciamo noi qui in Italia? E questo, ripeto, potrebbe inserire il nostro sistema formativo in un contesto internazionale, con positive ricadute su occupazione e produzione».

Scusi ma i giovani usciti da questi corsi, diciamo così, non collegati al fabbisogno del servizio sanitario pubblico, sarebbero poi esclusi da quest'ultimo?

«No, magari potrebbero avere un punteggio di partenza più basso. Però c'è tanta occupazione aggiuntiva che si sta creando in settori attigui alla sanità, ad esempio nelle assicurazioni per le loro polizze sanitarie, nei tribunali per le perizie, nei centri di guardie mediche. E poi ci sono i giovani che vanno all'estero»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Filippo Anelli,
presidente della
Fnomceo

(LA SCHEDA)

La Federazione riunisce 106 ordini professionali



La Fnomceo è un ente pubblico non economico nazionale, sussidiario dello Stato, dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare che riunisce e coordina i 106 Ordini professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri provinciali italiani e collabora con le Istituzioni pubbliche competenti in materia sanitaria. La Federazione è stata istituita con legge 29 ottobre 1954, n. 1049, ed è regolamentata dal D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e s.m.i., dai regolamenti statali di esecuzione, e dalle norme

regolamentari emanate nell'esercizio della propria autonomia. La Fnomceo ha lo scopo di promuovere e assicurare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni medica e odontoiatrica e del relativo esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva. (a.bon.)

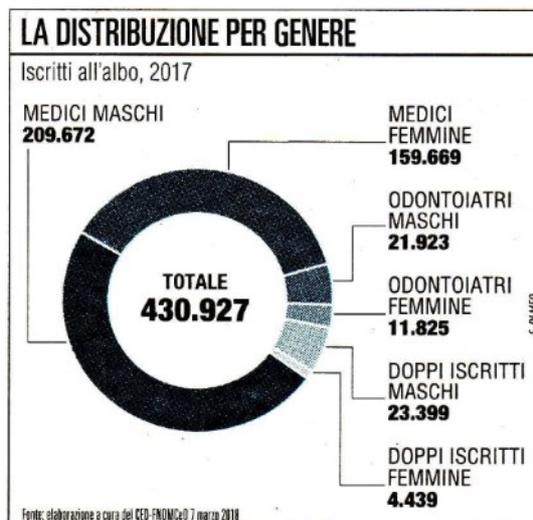
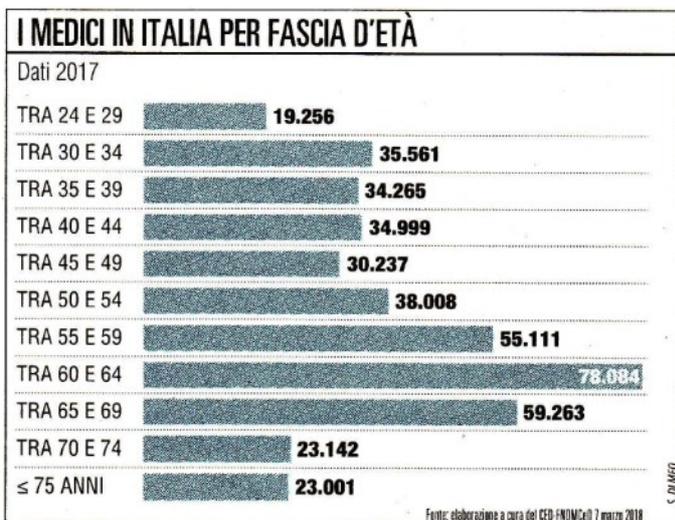
© RIPRODUZIONE RISERVATA

[L'OSSERVATORIO]

Il monitoraggio contro la violenza negli ambulatori

Del 4.000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1.200 riguardano operatori della sanità: all'interno di questo 30 per cento del totale, il 70 per cento è contro professioniste donne, soprattutto medici della guardia medica. Sono dati pesanti quelli elaborati dall'Inail, portati dalla Fnomceco all'attenzione dell'"Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari" istituito nei giorni scorsi e presieduto dal ministro della Salute. L'organismo è composto dal comandante dei Carabinieri del Nas, dal coordinatore degli assessori alla sanità regionali, dai presidenti delle Federazioni degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, degli infermieri, dei veterinari, dei farmacisti, dal presidente della Federazione nazionale degli Ordini della professione di Ostetricia, dal direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dai direttori generali della Prevenzione, della Programmazione, della Sanità animale e dei Farmaci veterinari e delle Professioni sanitarie del ministero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



363

MILA MEDICI

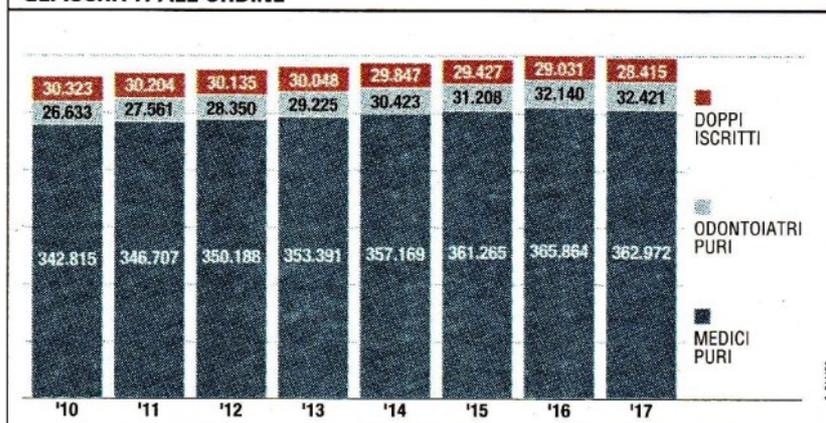
Nel 2017 per la prima volta diminuisce il numero degli iscritti che svolgono la professione "pura"

160

MILA DONNE

Anche in questo campo la professione si è femminilizzata ma i maschi sono ancora la maggioranza (210 mila)

GLI ISCRITTI ALL'ORDINE





Il ministro della
Salute uscente,
**Beatrice
Lorenzin** (1)
e l'ex ministro
delle Attività
produttive,
**Pierluigi
Bersani** (2)

Il ministro
uscente
della Pubblica
istruzione,
Valeria Fedeli
(1) e il
presidente
dell'Antitrust,
**Giovanni
Pitruzzella** (2)

focus **impresa italia**

Lavoratori felici, aziende produttive così lo smart working conviene a tutti

I GRANDI GRUPPI CHE COINVOLGONO OCCUPATI DA REMOTO STANNO DIVENTANDO SEMPRE PIÙ NUMEROSI. LE PICCOLE E MEDIE IMPRESE, INVECE, OSSATURA DELLA NOSTRA ECONOMIA, SI MUOVONO A UNA VELOCITÀ RIDOTTA

Marco Frojo

Milano

Gli sviluppatori di Google e Facebook che scrivono codici sdraiati sui divani dei campus o che si incontrano per una riunione nei giardini che circondano la struttura sono scene che non è possibile vedere in nessuna azienda italiana ma qualcosa si sta finalmente muovendo anche in Italia. Lo smart working sta infatti diventando un concetto sempre più diffuso anche da noi e il numero delle società che decidono di farvi ricorso è in lenta ma costante crescita. Secondo l'Osservatorio Smart Working del Politecnico di Milano, nel 2017 i «lavoratori agili», così come sono definiti dalla legge, sono cresciuti del 14% rispetto al 2016 e del 60% rispetto al 2013.

La crescita

Questa crescita è stata favorita soprattutto dall'impulso dato dalle grandi aziende - ben il 36% ha già lanciato progetti strutturati (erano il 30% nel 2016) e una su due ha avviato o sta per avviare un progetto; non sempre si tratta di iniziative che comportano un ripensamento complessivo dell'organizzazione del lavoro, cosa avvenuta solo nel 9% dei casi.

Realtà minori

Le piccole e medie imprese, che rappresentano la vera ossatura dell'economia italiana, viaggiano a ritmi decisamente più lenti: il 22% ha progetti di smart working, ma di queste so-

lo il 7% lo ha fatto con iniziative strutturate; un altro 7% non conosce il fenomeno e ben il 40% si dichiara «non interessato» in particolare per la limitata applicabilità nella propria realtà aziendale. Non sorprende infine che nella pubblica amministrazione solo il 5% degli enti abbia attivi progetti strutturati e un altro 4% pratici lo smart working informalmente.

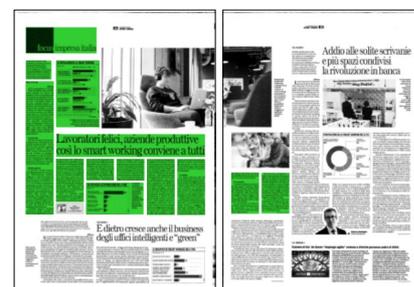
I benefici. Eppure i benefici economico-sociali potrebbero essere molto significativi: secondo gli studiosi del Politecnico, l'adozione di un modello «maturo» di smart working può infatti produrre un incremento di produttività pari a circa il 15% per lavoratore, che a livello di sistema Paese si traduce in 13,7 miliardi di euro di benefici complessivi. Per i lavoratori, anche una sola giornata a settimana di remote working può far risparmiare in media 40 ore all'anno di spostamenti; per l'ambiente, invece, determina una riduzione di emissioni pari a 135 kg di anidride carbonica all'anno.

«Sotto la superficie dello smart working così come oggi lo conosciamo c'è una grande opportunità di contribuire a ripensare il lavoro del futuro per rendere imprese e pubbliche amministrazioni più produttive e intelligenti, lavoratori più motivati e capaci di sviluppare talento e passioni, una società più giusta, sostenibile e inclusiva - afferma Mariano Corso, Responsabile scientifico dell'Osservatorio Smart Working - I benefici dello smart working per imprese, lavoratori e società sono troppo importanti per potersi permettere di non sviluppare immediatamente un piano di interventi volto ad accompagnare e incentivare un fenomeno in grado di dare nuovo slancio al sistema Paese». Non mancano però gli svantaggi, che consistono soprattutto

in un eccessivo prolungamento degli orari di lavoro, in confini più sfumati tra la sfera privata e quella lavorativa ed il rischio di un isolamento dai colleghi. Alcuni di questi aspetti sono stati messi in evidenza da uno studio realizzato dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (Ilo) in collaborazione con Eurofound e intitolato «Working anytime, anywhere: the effects on the world of work». In cima alla lista degli svantaggi ci sono gli orari di lavoro: gli smart worker lavorano più a lungo di coloro che operano sempre nella sede dell'impresa e questo accade spesso anche di sera e nei weekend. L'altra aspetto delicato è l'equilibrio vita-lavoro ma su questo fronte ci sono sia vantaggi che svantaggi: grazie alla riduzione dei tempi e alla possibilità di organizzare meglio il tempo in base alle preferenze individuali aumenta il tempo disponibile per se stessi o per la famiglia ma questo avviene a fronte di un rischio legato alla sovrapposizione tra lavoro e vita privata o familiare.

La salute

Lo stesso discorso vale sul fronte della salute e del benessere: da un lato la maggior autonomia e il minor controllo durante il lavoro sono fonte di minore stress, dall'altro c'è il rischio di una eccessiva intensificazione del lavoro e altri potenziali rischi per la salute legati all'utilizzo degli strumenti informatici.



Sostanzialmente positivo è invece il bilancio delle prestazioni lavorative: la produttività degli smart worker è maggiore di quella dei colleghi in ufficio in virtù della riduzione dei tempi di pendolarismo, dei risparmi su spazi per uffici e per l'utilizzo più efficace del tempo di lavoro (possibilità di lavorare più a lungo e con meno interruzioni).

Lo scenario

Lo studio analizza la situazione dello smart working in dieci Paesi dell'Unione Europea (Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito) e cinque fuori dall'Europa (Argentina, Brasile, India, Giappone e Stati Uniti).

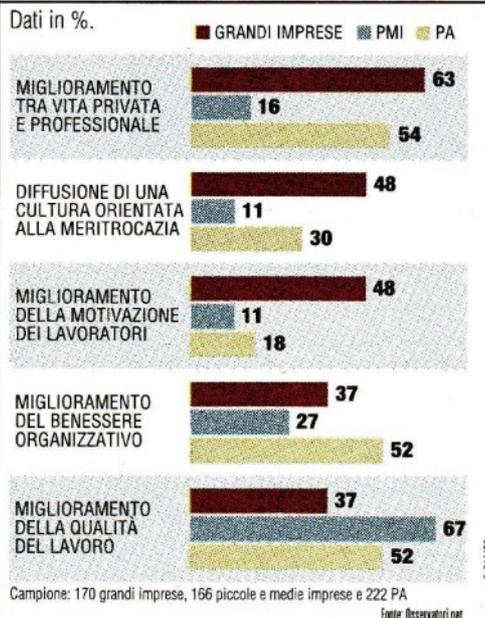
Le percentuali di diffusione dello smart working variano moltissimo in un range che va da 2% al 40% dei lavoratori dipendenti.

Nel Vecchio Continente si tratta di una pratica abbastanza diffusa, che riguarda in media il 18% dei lavoratori. A guidare la classifica degli Stati con la più alta percentuale di smart worker c'è la Danimarca, seguita da Svezia. Si collocano sopra la media europea anche Belgio, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito, mentre restano al di sotto Germania, Ungheria, Spagna e Italia.

Le percentuali nei Paesi extraeuropei considerati dal rapporto variano dal 2% dell'Argentina al 20% degli Stati Uniti, passando per il 16% del Giappone e il 19% dell'India.

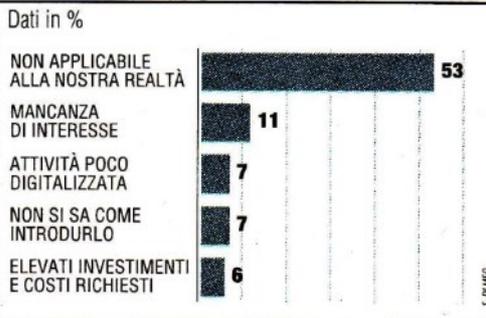
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE MOTIVAZIONI DELLO SMART WORKING



Il miglioramento del rapporto tra vita privata e vita lavorativa è al primo posto tra le motivazioni che portano alla scelta dello smart working

GLI OSTACOLI ALL'INTRODUZIONE NELLA PMI



Le tabelle mostrano le motivazioni e le resistenze sulle scelte dello smart working. A guidare la classifica degli Stati c'è la Danimarca, seguita dalla Svezia



focus impresa italia

(LE SEDI)

E dietro cresce anche il business degli uffici intelligenti e "green"

UN MERCATO STIMATO IN 45 MILIARDI DI DOLLARI A LIVELLO GLOBALE ENTRO IL 2023 PER LE STARTUP CHE PREDISPONGONO LE BASI: DALLE TECNOLOGIE ABILITANTI ALLE SOLUZIONI DI INTERNET OF THINGS, FINO ALL'ARCHITETTURA E AL DESIGN

Milano

Secondo alcune stime il mercato degli smart office potrebbe raggiungere un valore pari a 45 miliardi di dollari a livello globale entro il 2023, raddoppiando il giro d'affari in poco più di cinque anni. Questa potenzialità di crescita ha attirato non solo i grandi produttori di tecnologie ma anche molte startup che, grazie alla loro giovane mentalità, riescono a interpretare al meglio le necessità delle aziende. Gli ambiti di intervento, inoltre, sono molteplici: si va dai software, le cosiddette tecnologie abilitanti, all'hardware, passando per le soluzioni dell'Internet of Things, l'architettura e il design.

I settori più vivaci sono quelli che si occupano della sicurezza dei dati, un aspetto che diventa fondamentale quando il lavoratore è spesso fuori ufficio e deve poter lavorare in remoto come se fosse seduto alla scrivania, e l'automatizzazione delle attività operative. Nel primo caso i rischi sono non da poco, visto che secondo il più recente rapporto di Clusit, la principale associazione italiana nel campo della sicurezza informatica nata nel 2000 presso il Dipartimento di Informatica dell'Università degli Studi di Milano, sono in forte crescita gli attacchi informatici diretti contro le aziende.

«Sottostima dei rischi e investimenti insufficienti in sicurezza cyber sono le principali cause della curva ascendente dei crimini informatici - si legge nell'ultimo Rapporto Clusit - Contestualmente, si assiste all'inarrestabile espansione della superficie di attacco esposta dalla nostra società digitale: la rapida diffusione di smart working, che si avvale di strumenti quali mobile, cloud e social, spesso utilizzati in maniera indiscriminata mescolando profili personali e lavorativi, e dell'Internet of Things, con apparecchiature per lo più prive delle più elementari misure di sicurezza, costituiscono punti di accesso sempre più immediati verso i sistemi informativi delle

organizzazioni».

Per quel che riguarda invece l'automatizzazione delle attività operative si tratta soluzioni che permettono alle persone di essere più efficienti, automatizzando attività operative legate alla comunicazione o al coordinamento.

Ci sono strumenti che supportano la categorizzazione delle mail, o propongono sistemi di task e project management per il miglioramento del teamwork, oppure permettono di aumentare l'efficacia delle riunioni definendo automaticamente lo scheduling sulla base delle disponibilità dei partecipanti, o disponendo di strumenti che aiutano a gestire e verbalizzare automaticamente i contenuti dei meeting.

Diverse startup poi offrono soluzioni che permettono di migliorare il processo di ricerca e prenotazione di spazi fisici di lavoro dell'azienda, o la fruibilità degli stessi. In altri casi, rispondendo a un'esigenza di maggiore flessibilità nell'utilizzo di ambienti lavorativi in una logica «on demand» e utilizzando sistemi per la geolocalizzazione, alcune soluzioni permettono di individuare e prenotare spazi di lavoro disponibili esterni alle sedi aziendali, come ad esempio gli spazi di coworking.

Il contributo delle startup allo Smart Working non riguarda però solo il supporto alle attività lavorative delle persone; in alcuni casi è volto a supportare la crescita nella motivazione delle persone e la work-life integration. In particolare si vanno diffondendo soluzioni che usando App, sensori e wearable device mirano a favorire comportamenti delle persone più orientati alla sicurezza, al benessere e alla salute anche nel contesto lavorativo.

Non va infine dimenticato l'ampissimo campo dell'efficientamento energetico e dell'impatto ambientale che negli smart office rappresentano due fattori chiave: su questo fronte i risparmi che le aziende possono conseguire sono enormi. Non è un caso dunque che sia in Europa che negli Stati Uniti proprio degli smart office siano fra gli edifici più green. (m.fr.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono ormai numerose le startup che forniscono come servizio le soluzioni per migliorare ricerca e prenotazione di spazi fisici



DOSSIER WELFARE

ACCORDI CHE MIGLIORANO LA VITA

Buoni benzina, scuola, visite mediche Così l'azienda che punta sulle donne semplifica la vita alle dipendenti

Tutti i 60 dipendenti di Fpe, realtà romagnola leader nel marketing, hanno aderito alla convenzione sul Welfare Hub di Intesa Sanpaolo.

Giuseppe Catapano

■ FORLIMPOPOLI (Forlì-Cesena)

«**S**IAMO sempre stati sensibili all'importanza del buon vivere, che si trasforma in buon lavoro». Dalle parole ai fatti concreti: la Fusco packing engineering (Fpe), realtà romagnola leader nei servizi di *marketing*, ha sviluppato un piano di welfare aziendale in cui si manifesta «l'attenzione ai valori del benessere delle risorse umane», spiega la presidente Sara Fusco.

Un'attenzione che, però, non è maturata solo in periodi recenti: già dal 2000 l'azienda – 60 fra dipendenti e collaboratori, 4.200 metri quadri di sede a Forlimpopoli, una sede commerciale a Milano e 5 milioni di fatturato – è ricorsa alla contrattazione di secondo livello per l'erogazione di premi monetari di risultato definiti sulla base di redditività, produttività e presenza.

Premi che, in quanto monetari ed erogati in busta paga, sono penalizzati dalle trattenute. Costi alti e resa non direttamente proporzionale. Da qui la scelta di punta-

re sul welfare aziendale come «strumento per premiare il sacrificio dei dipendenti». Fpe ha scelto la piattaforma Welfare Hub di Intesa Sanpaolo «perché – osserva Fusco – è quella che risponde meglio alle nostre esigenze».

L'accordo di secondo livello in vigore dà al dipendente la possibilità di scegliere fra due opzioni: la prima è quella che consente di monetizzare il premio in busta paga, la seconda prevede proprio l'adesione al piano di welfare aziendale. Nessuno ha avuto dubbi.

«**TUTTI HANNO ADERITO** al piano, un successo al 100% che mi riempie d'orgoglio». Con una particolarità: il 70% dei circa 60 tra lavoratori diretti e collaboratori è costituito da donne. Oltre a proprietà e vertici (Patrizia Bernardi, direttore generale e direttore finanziario, ha avuto un ruolo chiave nello sviluppo del progetto), sono al femminile diversi ruoli chiave in Fpe. E allora accordi di *home working*, *part time* e flessibilità caratterizzano la gestione del personale. Assieme al welfare

aziendale.

A ogni dipendente è concessa la possibilità di connettersi alla piattaforma digitale Welfare Hub di Intesa Sanpaolo, sempre attiva, e utilizzare la propria quota *benefit* per richiedere beni e servizi, scegliendo tra le aree di maggiore interesse: casa e famiglia, salute e benessere, risparmio e tempo libero, viaggi e mobilità (buoni benzina, buoni spesa o acquisto), buoni pasto, sport, rimborso delle spese sostenute per l'istruzione, i familiari e la salute. «Fpe – chiude la presidente – ha sempre messo al centro la persona, fin dalla sua fondazione. Per il progetto di welfare aziendale abbiamo anche organizzato un help desk interno dedicato all'utilizzo della piattaforma per mostrarne i vantaggi e le diverse opportunità».

GRAZIE AI PRINCIPI che ne ispirano l'attività, nel 2017, Fpe ha partecipato al concorso nazionale Woman Value Capital, promosso da Intesa e Fondazione Bellisario. Sara Fusco è stata premiata fra le finaliste proprio grazie alle politiche di supporto della parità di genere e alla visione legata al miglioramento e all'evoluzione sociale.





L'innovazione e il nodo credito

Oggi è il PMI Day a Milano. Al centro credito, crescita e innovazione nell'era 4.0. È prevista una tavola rotonda in Camera di Commercio promossa con *QN Il Giorno* e Ubi Banca a Palazzo Giureconsulti. Partecipano: Marco Accomero, segretario generale dell'Unione Artigiani; Riccardo Tramezzani di Ubi Banca; Silvano Mantovani, ad di Aerea; Lorenzo Pugassi, Presidente di Inoxfucine; Valerio Momoni di Cerved. Modera Sandro Neri, direttore de *Il Giorno*.



PRESIDENTE CHE GUARDA AVANTI

In alto
Sara Fusco,
presidente
della Fusco
packing
engineering
(Fpe)

L'ospedale 2.0 arriva fino a casa

Controlli a distanza e cure sempre più digitalizzate

Il processamento dei dati, l'Intelligenza Artificiale e le macchine per la chirurgia soft rendono più veloci ed efficienti le terapie.

“E si abbreviano anche i tempi di guarigione”

FRANCESCO RIGATELLI

Da un lato l'ospedale del futuro sarà sempre più a casa nostra, grazie alle tecnologie per monitorare da remoto la salute, dall'altro lato, anche quando ci andremo per esigenze davvero gravi e urgenti, nuove macchine, robot e tecniche consentiranno cure e dimissioni in tempi sempre più abbreviati. Insomma, il processo della cosiddetta «de-ospedalizzazione» sembra essere il punto di arrivo dell'innovazione nel campo della Sanità.

«Tutto nasce dalla trasmissione dei dati e dalla loro interpretazione con l'Intelligenza Artificiale - ricorda Arturo Chiti, professore e responsabile di Medicina nucleare all'Istituto Humanitas di Milano -. Questo renderà possibile monitorare i pazienti e gestire il dosaggio delle cure anche a distanza. Una nuova generazione di dispositivi portatili, dalla misurazione della pressione a quella della glicemia, sta per cambiare l'assistenza ai malati. Si potrà dire loro se e quando venire in ospedale in base ai dati trasmessi».

Misurazioni a video

La telemedicina è già una realtà, secondo Giuseppe Banfi, professore di Biochimica clinica, direttore generale della Fondazione San Raffaele per la ricerca e prorettore dell'Università: «La riabilitazione e lo stato cognitivo dei pazienti dopo alcune operazioni - racconta - si può valutare a distanza grazie a connessioni di tipo informatico: queste permettono le visite a distanza con misurazioni a video». La sfida delle strutture sanitarie diventa, così, combinare i co-

sti con gli esiti delle cure. «Il concetto di “valore completo” - spiega Banfi - arriva dall'Harvard Business School e ci spinge a seguire sempre di più il paziente per sapere se il trattamento è stato efficace e quanto. Ecco un esempio: l'esame Pet, associato alla risonanza magnetica, è innovativo, ma va valutato quanto incide e se offre una reale equità d'accesso».

Altro fattore è la velocizzazione delle prestazioni, spesso grazie a tecnologie meno invasive, le quali permettono una dimissione celere del paziente e tempi di recupero abbreviati. «L'80% degli interventi viene fatto senza “aprire” il corpo - rivela Giorgio Guazzoni, professore e responsabile di Urologia all'Humanitas -. I robot made in Usa diventano sempre più sofisticati». Per lo sviluppo di questi interventi «soft» si rivelano fondamentali l'aumento della qualità dell'immagine, spesso 3D, e la raffinatezza raggiunta. «La chirurgia robotica correlata a patologie oncologiche, come i tumori della prostata, del rene, del surrene e del testicolo, avviene senza l'apertura della parete addominale proprio grazie alla visione 3D e a immagini di qualità senza precedenti - continua Guazzoni -. E i robot non utilizzano più “bacchette” standard, ma vere e proprie manine con la mobilità pari a quella del polso umano, permettendo operazioni un tempo impossibili per precisione e stabilità dei movimenti. Si tratta di macchine nate per i bypass cardiaci della ditta americana Intuitive».

Risonanze e coloranti

E non solo. «Ora si possono inserire le risonanze magneti-

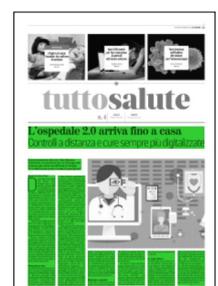
che all'interno dello schermo e combinare i dati, mentre i coloranti verdi, immessi nelle arterie, garantiscono alti livelli di contrasto».

Se bisturi e laser risultano troppo sanguinolenti, sta per arrivare in commercio un sistema di taglio a getti d'acqua: «Avrà il vantaggio di essere meno violento e più preciso, mentre si affermano i sistemi di puntura robotizzata, per esempio del rene: si entra dal fianco in modo non invasivo per rimuovere i calcoli».

A «corpo chiuso»

La chirurgia, così, evolve verso interventi endoscopici a corpo chiuso. «Per operare al cuore - spiega Alessandro Castiglioni, professore e primario di Cardiocirurgia al San Raffaele - le tecniche sono percutanee. E sperimentiamo la sostituzione delle valvole senza fermare il cuore. Per ora la tecnica si applica sui pazienti che non possono essere operati con tecniche tradizionali, ma è una realtà che soppianderà la chirurgia a cuore fermo. Grazie alle nuove tecnologie, come valvole miniaturizzate e impianti percutanei sofisticati, l'accesso non sarà più dal cuore, ma da vasi periferici come l'arteria femorale. Questo tipo di operazione meno invasiva consentirà al paziente una ripresa molto più veloce». —

© BY NC ND ALGUNI DIRITTI RISERVATI



Le prime mosse della neo-ministra Liste d'attesa e fondi per il personale la Sanità riparte con il piano-pazienti

Mauro Evangelisti

Giulia Grillo, nuovo ministro della Salute, confessa: «Non dormo la notte se penso a quando dovrò parlare con il ministro dell'Econo-

mia». Servono soldi per combattere il grande male delle liste d'attesa e rafforzare gli organici degli ospedali come ha promesso. Ed è al Mef che dovrà chiedere più risorse.

A pag. 9

Sanità Risorse e liste d'attesa primi nodi per la salute

► Il neoministro Grillo: «Con il Mef invertire la rotta degli investimenti»

► Servizio nazionale, servono 2 miliardi «Vaccini? Sono scritti nel contratto»

**TRA GLI OBIETTIVI
IL RAFFORZAMENTO
DEGLI ORGANICI
OSPEDALIERI
E LA GOVERNANCE
DELLA FARMACEUTICA**

IL FOCUS

ROMA Giulia Grillo, nuovo ministro della Salute, confessa: «Non dormo la notte se penso a quando dovrò parlare con il ministro dell'Economia». Servono soldi per combattere il grande male delle liste d'attesa e rafforzare gli organici degli ospedali come ha promesso. Ed è al Mef che dovrà chiedere più risorse nella nuova legge di bilancio. Beatrice Lorenzin l'ha preceduta nell'ufficio più importante del palazzo del Ministero, a Trastevere. Attorno alle 15 c'è l'incontro per il passaggio di consegne. Quando esce, la Lorenzin è un fiore: «Per un po' ora io penso a fare squat», scherza perché dopo cinque anni nella trincea di uno dei Ministeri più complicati può tirare il fiato. La Grillo, medico-legale e siciliana, pentastellata militan-

te, riflette sulle prime mosse al Ministero. Tutti - giornalisti ma anche ultrà no-vax - le chiedono se cambierà la legge sui vaccini, ma lei sa benissimo che le priorità sono altre.

PERCORSO

Sull'obbligo vaccinale ripete quanto aveva già spiegato al Messaggero subito dopo il giuramento, venerdì scorso: «I vaccini sono parte del contratto di governo. C'è una parte del contratto che ne parla, piccola, ma c'è. E su questo agiremo in sinergia con il resto del Governo. Quando lo faremo, vi comunicheremo modi e tempi». Si agirà con prudenza, senza correre e senza iniziare guerre sante, ma modifiche ci saranno, perché il contratto dice: «Garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute». «Non bisogna disorientare le famiglie e compromettere il lavoro di questi mesi», chiede dalla Regione Lazio, l'assessore alla Sanità, Alessio D'Amato.

Due miliardi. Questo è il primo dato che agita il sonno alla Grillo. Presto andrà ridiscusso il conteg-

gio del fondo sanitario nazionale, le risorse che vengono distribuite dallo Stato alle regioni. Attualmente è di 114 miliardi, ma nel 2018 per adeguarlo sulla base del rapporto con il Pil, servono altri 2 miliardi di euro. Problema: anche quell'aumento non sarà sufficiente a dare la svolta promessa in campagna elettorale. Racconta il ministro: «Questo sarà un periodo di gestazione necessario per avviare un lavoro finalizzato a trovare una sinergia in particolare col Mef, che è la mia grande preoccupazione perché voglio difendere il sistema pubblico, invertendo la rotta dei finanziamenti di questi ultimi anni». Ecco, già nei giorni scorsi la Grillo aveva fissato i punti da cui partire: «La piaga delle liste di attesa, i Lea (livelli essenziali d'assistenza), le assunzioni del persona-



le medico e infermieristico, la governance della farmaceutica». Non esistono pasti gratis, dicono gli economisti: combattere le liste d'attesa e varare una stagione di assunzioni richiede fondi e tutto questo rischia di scontrarsi con altre promesse, dal reddito di cittadinanza alla flat tax (sia pure dal 2020). Le ricerche più recenti sulle liste di attesa, pubblicate dal Crea (Consorzio per la ricerca economica applicata in sanità) dicono che la media su scala nazionale, nel 2017, è di 65 giorni su per una visita medica specialistica, mentre nel privato è di 7. Ci sono dei picchi ancora più preoccupanti, come il dato di 88,3 giorni per la visita oculistica, di 70,3 per una ecocardiografia, di 96,2 per una colonscopia. Sono la fotografia di una verità amara: se puoi pagare, anche in regime di intra moenia, i tempi per una visita o per un esame sono molto rapidi, se non te lo puoi permettere sei condannato ad aspettare.

NOMINE

Per questo quando la tirano per la giacca chiedendole se cambierà la legge sull'obbligatorietà dei vaccini, Giulia Grillo ripete che la sanità è anche molto altro: «La Lorenzin mi ha illustrato le misure intraprese e quelle che transitano per essere completate nella nuova legislatura, come alcuni decreti attuativi sulla responsabilità medica, l'intervento sul nomenclatore tariffario e le relative coperture economiche. Ci sono poi dossier su nomine in scadenza con una certa urgenza. Mi trovo subito a prendere atto di quello che c'è da fare e inizieremo ad attuare il contratto di governo, cercando di capire come calare la parte nuova con quello che c'è da completare».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giorni d'attesa

Media nazionale

		Pubblico	In tra-moenia	Privato conven.	Privato solventi
	Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
	Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
	Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
	Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
	Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
	Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
	Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
	Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
	Gastrosopia	88,9	6,3	42,3	10,2
	Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017

centimetri



L'INSEDIAMENTO
Primo giorno e prima foto sui social: ecco la ministra Giulia Grillo alla scrivania ministeriale dopo lo scambio di consegne con Beatrice Lorenzin

RAPPORTO CENSIS

Sette milioni di italiani si indebitano per curarsi

■ Un Paese che si affida sempre di più al privato quando si tratta di cure mediche, che arriva a indebitarsi per la salute e che ritiene inadeguato il sistema sanitario-pubblico. Questo è il quadro che emerge dall'ultimo rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute, pubblicato ieri.

Il dato da cui partire è quello della spesa sanitaria privata degli italiani, che arriverà entro la fine dell'anno alla cifra record di 40 miliardi di euro. Nel 2017 si era fermata a 37,3 miliardi, già segnando un +9,6% rispetto a quattro anni prima. Mentre i consumi stentano a decollare, dunque, i cittadini pagano sempre di più per curarsi, in particolare per farmaci, visite specialistiche, prestazioni odontoiatriche, diagnosi e analisi di laboratorio. Una spesa che, nel 2017, si sono trovati ad affrontare 44 miliardi di italiani, anche se a sopportarla con più difficoltà sono stati i nuclei a basso reddito: nel periodo 2014-2016 i consumi delle famiglie operaie sono rimasti sostanzialmente fermi (+0,1%), mentre le spese sanitarie private sono aumentate del 6,4%, che equivale in media a 86 euro in più all'anno per famiglia. Per gli imprenditori, invece, c'è stato un incremento dei consumi significativo (+6%) e una crescita inferiore della spesa sanitaria privata (+4,5%, pari a 80 euro in più all'anno). Dal rapporto

emerge che per gli operai l'intera tredicesima se ne va in cure per la famiglia: quasi 1.100 euro all'anno.

La conseguenza, spiega il Censis, è che sempre più italiani si indebitano: nell'ultimo anno 7 milioni sono stati costretti a chiedere prestiti per curarsi, 2,8 hanno venduto casa o svincolato risparmi. Meno della metà della popolazione, il 41%, riesce a coprire le spese sanitarie solo con il proprio reddito e un italiano su due taglia le altre spese per farvi fronte. E proprio il fatto di dover ricorrere al privato è uno dei motivi che fa crescere la rabbia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario nazionale, sentimento che registra picchi tra le persone con redditi bassi e i residenti al sud. In cima alle cause di scontento ci sono però le liste d'attesa troppo lunghe e i casi di malasanità. E quasi due intervistati su tre (63%) non credono che la politica possa fare nulla per migliorare la situazione.

«In questi anni abbiamo assistito a una crescita delle disuguaglianze socioeconomiche in tema di sanità - è intervenuta ieri sull'argomento la neo ministra Giulia Grillo, M5s -. Invertire questa tendenza è una priorità ineludibile e il ministero che rappresento nei prossimi mesi elaborerà soluzioni che garantiscano su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza».



Salite del 10% le spese mediche pagate di tasca propria

di Anna Messia

Mentre i consumi arrancano, la spesa sanitaria privata decolla e l'anno scorso ha sfiorato il valore record di 40 miliardi, in netta crescita rispetto ai 37,3 miliardi del 2016. I dati emersi dal Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentato ieri all'ottava edizione del Welfare Day 2018, mostrano che nel periodo 2013-2017 la spesa sanitaria dei privati (cosiddetta *out of pocket*) è aumentata del 9,6% in termini reali, molto più dei consumi complessivi (+5,3%). Nell'ultimo anno sono stati 44 milioni gli italiani che pagato di tasca propria le prestazioni sanitarie, per intero o in parte con il ticket. Nella top five delle cure ci sono i farmaci, acquistati l'anno scorso da sette italiani su dieci, per una spesa complessiva di 17 miliardi, seguiti da visite specialistiche (7,5 miliardi), cure odontoiatriche (8 miliardi), diagnosi e analisi (3,8 miliardi) e protesi e presidi (1 miliardo). L'esborso medio per cittadino è 655 euro rispetto ai 616 del 2016, tra l'altro con evidenti squilibri sociali: la spesa sanitaria privata pesa infatti di più sui budget delle famiglie più deboli. Mentre nel periodo 2014-2016 i consumi delle famiglie operaie sono rimasti fermi (+0,1%), le spese sanitarie private sono aumentate invece del 6,4% (in media 86 euro in più nell'ultimo anno per famiglia). Per gli imprenditori c'è stato invece un forte aumento dei consumi (6%) e una crescita inferiore della spesa sanitaria privata (4,5%: in media 80 euro in più nell'ultimo anno). Per gli operai l'intera tredicesima se ne è andata in cure sanitarie familiari: quasi 1.100 euro l'anno.

La spesa privata per la salute incide pesantemente sulle risorse di sette famiglie su dieci. Nell'ultimo anno, per pagare le cure 7 milioni di italiani si sono indebitati e 2,8 milioni hanno dovuto vendere una casa o svincolare risparmi. Squilibri che il governo sembra avere ben in mente visto che nelle sue dichiarazioni programmatiche al Senato

il neo premier Giuseppe Conte ha sottolineato il fatto che le differenze socioeconomiche non possono risultare discriminanti ai fini della tutela della salute, annunciando un'inversione di tendenza rispetto alla contrazione della spesa pubblica sanitaria prevista dal documento di economia e finanza già deliberato. I problemi di copertura però restano e la soluzione al problema, suggeriscono da Rbm Assicurazione Salute, è aumentare l'incidenza del secondo pilastro in Italia, «con polizze e fondi sanitari aperti a tutti» facendo di conseguenza scendere i costi, dice Marco Vecchietti, ad di Rbm Assicurazione Salute. Altrimenti, senza questi correttivi «gli italiani, nel 2025, vedranno salire le spese per cure mediche a una media di 1.000 euro», aggiunge. In realtà la diffusione delle polizze malattia è già in aumento, come mostrano i dati 2017 dell'Ania, che vedono una crescita annua dei premi poco inferiore al 10%, a 2,7 miliardi. «Lo sviluppo continuerà anche quest'anno, grazie soprattutto alla contrattazione collettiva», dice Vecchietti. Il mercato è stato spinto dall'avvio dell'obbligatorietà del fondo sanitario dei metalmeccanici (Metasalute) che coinvolge 1,5 milioni di persone. «L'anno scorso gli aderenti a fondi e polizze sono saliti in Italia a 13,9 milioni da 11,9 nel 2016», conclude Vecchietti, «ma bisogna guardare anche alla percentuale di spesa privata intermediata da fondi e polizze, salita l'anno scorso dal 13,8 al 14,5%, meno della metà di Paesi come la Germania». (riproduzione riservata)



Spesa sanitaria privata a quota 40 miliardi

FONDI INTEGRATIVI

La ricetta proposta da Rbm Assicurazione Salute al nuovo Governo

Barbara Gobbi

Sfiora i 40 miliardi (+10% dal 2013 a oggi) la spesa sanitaria privata dei cittadini. Sette milioni gli italiani che si indebitano per pagare le cure, mentre 44 milioni di persone nel complesso pagano di tasca propria prestazioni sanitarie. Un esborso medio pro capite di 655 euro, che arriverà a mille euro nel 2025, se non si interverrà. A tracciare il quadro è l'VIII Rapporto Rbm Assicurazione Salute-Censis, presentato ieri a Roma. Ed è Rbm a fornire la possibile ricetta al nuovo Governo: «La nostra proposta – spiega Marco Vecchietti, ad di Rbm Assicurazione Salute Spa – parte dalla considerazione che, mentre l'attuale sistema di detrazioni pesa sullo Stato per circa 3,5

miliardi di euro e in termini di redistribuzione non garantisce un ritorno ottimale ai cittadini, diversamente il meccanismo di incentivo fiscale previsto per la sanità integrativa ha un costo di 1,3 miliardi, favorisce i redditi tra i 15mila e i 60mila euro ed è molto più inclusivo». Il modello d'elezione per Rbm sarebbe un «secondo pilastro istituzionale»: una forma di sanità integrativa fatta di polizze e fondi, che impiegherebbe meglio le risorse statali già in campo, finanziata attraverso un incentivo fiscale e accessibile a tutti i cittadini. Il beneficio atteso? Il taglio della spesa sanitaria privata di oltre 20 miliardi di euro, 340 euro di risparmio pro capite.

In alternativa, un «piano B» prevede un secondo pilastro «occupazionale», finanziato dalle aziende con la defiscalizzazione piena degli oneri a loro carico. «In questo caso il trade-off – avvisa Vecchietti – è un abbattimento di circa il 30% della spesa sanitaria privata e un risparmio di 200 euro pro capite».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il rapporto Censis-Rbm

Sette milioni di italiani si indebitano per curarsi

La scarsa fiducia nella sanità pubblica (appena il 17,3% si dice soddisfatto) spinge i cittadini verso quella privata. Ma solo il 41% copre le spese con il proprio reddito

■ ■ ■ MARCO BARDESONO

■ ■ ■ Non c'è fiducia nel Servizio sanitario nazionale, la sanità privata acquisisce sempre maggior affidabilità e credibilità, ed ecco che gli italiani si indebitano per far fronte alle spese mediche rivolgendosi proprio al settore privato e per pagare esami clinici e farmaci coperti solo in parte dalla sanità pubblica. Addirittura, secondo il rapporto Censis-Rbm presentato ieri a Roma al "Welfare Day 2018", gli italiani che hanno preso soldi in prestito per curarsi sarebbero sette milioni, per una cifra stimata che sfiora i tre milioni di euro.

«La spesa sanitaria privata - si legge nel documento Censis - sta crescendo, e alla fine dell'anno toccherà i 40 miliardi, contro i 37,3 dello scorso anno. Dal 2013 al 2017 l'aumento è stato del 9,6%. L'anno scorso quasi 45 milioni di italiani hanno speso soldi di tasca propria per pagare prestazioni sanitarie per intero o col ticket.

SISTEMA INGIUSTO

Costi che pesano soprattutto sulle famiglie con i redditi più bassi. Per far fronte all'esposizione, c'è chi arriva a vendere la seconda casa o l'automobile, chi rinuncia alle vacanze, chi intacca i risparmi, ma soprattutto - come detto - chi ricorre al prestito della banca o di finanziarie che da qualche anno propongono prestiti specifici proprio per pagare le cure mediche. Gli interessi sul capitale sono grosso modo quelli di un qualunque altro prestito personale, ma la copertura assicurativa è decisamente più ca-

ra, in alcuni casi anche il doppio: si va dagli 800 ai 1500 euro.

D'altro canto, il rapporto evidenzia che solo il 41% degli italiani riesce a coprire le spese sanitarie esclusivamente con il proprio reddito: il 23,3% deve integrarlo attingendo ai risparmi, mentre il 35,6% deve per l'appunto contrarre debiti (in questo caso la percentuale sale al 41% tra le famiglie a basso reddito). Dalla ricerca emerge anche un altro fenomeno: «La percezione di un sistema sanitario pubblico ingiusto - si legge nel rapporto del centro studi fondato da Giuseppe De Rita -, che pesa soprattutto su chi ha redditi bassi, sui lavoratori che devono assentarsi dal lavoro, su chi non ha santi in paradiso». Infatti, spiega il Censis, «sono stimati in 12 milioni gli italiani che hanno saltato le liste d'attesa attraverso conoscenze o raccomandazioni». Ciò che viene definito «rancore per la sanità» porta come reazione «la volontà di limitare le risorse pubbliche agli altri». Ad esempio, a chi si cura fuori regione: «Infatti sono 13 milioni gli italiani che dicono basta alla mobilità sanitaria. E in 21 milioni ritengono giusto penalizzare con tasse aggiuntive o limitazioni nell'accesso alle cure del Servizio sanitario le persone che compromettono la propria salute a causa di stili di vita nocivi, come i fumatori, gli alcolisti, i tossicodipendenti e gli obesi».

LE PREVISIONI

Nel dettaglio, prosegue la ricerca, «il 37,8% degli italiani prova rabbia verso il Servizio sanitario nazionale a causa delle liste d'attesa troppo lunghe o

per i casi di malasanità. Il 26,8% è critico perché, oltre alle tasse, bisogna pagare di tasca propria troppe prestazioni e perché le strutture non sempre funzionano come dovrebbero. Solo il 17,3% prova un senso di protezione dal Servizio sanitario pubblico».

I più arrabbiati sono coloro che dichiarano redditi bassi (43,3%) e i residenti al Sud (45,5%). Il 63% degli italiani pensa che «la politica non possa fare qualcosa di più e di buono». I più rancorosi «sono gli elettori di Lega e 5 Stelle, che sono però anche quelli che più credono nel cambiamento promesso dal nuovo governo». Tra i motivi di rabbia e polemica c'è la possibilità per gli stranieri di utilizzare i servizi sanitari in modo gratuito e alla stregua degli italiani. Peraltro, secondo le stime della Ragioneria Generale dello Stato, entro i prossimi sette anni saranno necessari da 20 a 30 miliardi di euro aggiuntivi per finanziare il sistema sanitario gravato da sfide demografiche e stretto da mutamenti economici e sociali. «Se non si avvierà un secondo pilastro anche in Italia - conclude Vecchietti -, attraverso un sistema



di polizze e fondi sanitari aperti a tutti, il costo delle cure che i cittadini dovranno pagare di tasca propria finirà per raggiungere, già nel 2025, la cifra di quasi mille euro a testa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



APROM / L'Associazione per il Progresso del Mezzogiorno è in prima linea per giungere a un Manifesto italiano per una Sanità equa

Il sistema sanitario tra equità ed equilibrio

Il tema è centrale per tutto il Paese. Missione: ridurre gli sprechi, regolarizzare e valorizzare il privato, sviluppare la sanità integrativa

"C" è un equilibrio da ricostruire, affinché il sistema sanitario italiano continui a essere equo". È il presupposto dal quale Aprom, l'Associazione per il Progresso del Mezzogiorno, è partita per un'azione di coinvolgimento a livello nazionale di tutti gli stakeholder del sistema al fine di giungere a un Manifesto italiano che ponga al centro del dibattito prima e dell'agro collettivo poi l'obiettivo di una sanità veramente equa, in un contesto in cui i costi stanno crescendo ma non la disponibilità delle risorse. Il punto della situazione italiana è stato fatto da Aprom, presieduta da Pasquale Dell'Aversana, a marzo con un convegno dal titolo "Sanità: tra equità ed equilibrio" ed ora, evidenzia il presidente, "il nostro obiettivo è di alimentare il confronto tra i diversi soggetti in campo che sono intervenuti in quel contesto per giungere a un Manifesto che sia utile a tutto il Paese". Il concetto di fondo di Aprom è chiaro e parte dai dati di fatto: "Preso atto che il Pil non cresce in termini da garantire una continua immissione di nuove risorse nel Fondo sanitario nazionale, a fronte di una crescita dei costi occorre trovare dentro lo stesso sistema sanitario la capacità di rigenerare risorse". Aprom non si ferma all'analisi e alla diagnosi dell'esistente, ma ha chiaro anche le linee strategiche che possono guidare un intervento riequilibratore per combattere le differenziazioni territoriali che si stanno creando in sanità: "Assorbire le condizioni di spreco entro il sistema sanitario pubblico, regolarizzare e valorizzare il privato, sviluppare la sanità integrativa". Ad articolare l'analisi e le prospettive possibili è il Comitato scientifico di Aprom, presieduto dal professor Giuseppe Ciccarone, ordinario di Politica Economica all'Università La Sapienza

di Roma. Oggi, dunque, come è possibile raggiungere l'equità del servizio e l'equilibrio della spesa in sanità rassicurando i cittadini che, nel bisogno, non saranno lasciati senza assistenza? Il professor Ciccarone contestualizza la risposta con alcune cifre che immediatamente descrivono la situazione. "Nel 2016 la spesa corrente dell'assistenza sanitaria - illustra - è stata di circa 149 miliardi di euro, dei quali circa 115 sostenuti dal Ssn e 34 da famiglie e spesa intermedia. In base al Documento di economia e finanza 2017, tra il 2018 e il 2020, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe arrivare a circa 118 miliardi di euro, con un incremento dell'1,3%", prosegue. "Negli ultimi dieci anni - fa presente il professor Ciccarone - quella spesa è cresciuta in Italia di circa l'1%, contro il 3,8% dei principali Paesi europei. Se ciò ha consentito di ridurre il deficit del Ssn dai circa 6 miliardi del 2006 a 1 miliardo nel 2016, il peso della sanità pubblica sul Pil è diminuito, mentre esso è aumentato nella media europea". Questi dati, continua il docente, "sollecitano una riflessione sulla necessità di rendere compatibile la ricerca di una maggiore efficienza del sistema sanitario con quella di garantire il diritto alla salute e l'uguale accesso alle cure, previsti dalla Costituzione e dalla L. 833/78. La riduzione dei costi non può impedire di offrire risposte efficaci ai nuovi bisogni, a partire da quelli generati dall'invecchiamento della popolazione. Desti particolare preoccupazione anche la disuguaglianza di alcune prestazioni tra diverse regioni del Paese. Queste esperienze vengono confermate dalla migrazione sanitaria tra regioni e da indicatori significativi, come la durata delle liste di attesa e la spesa sanitaria pro-capite. Per-

sottolinea Ciccarone, "per conseguire efficienza, equità e sostenibilità del servizio sanitario, è necessario utilizzare un approccio sistemico, stabilire obiettivi condivisi e valorizzare al massimo il ruolo del sistema pubblico, integrando con intelligenza i soggetti privati che contribuiscono alla fornitura dei servizi sanitari e sviluppando sinergie tra Ssn, ricerca scientifica e formazione universitaria". Il Comitato scientifico di Aprom ha approfondito le modifiche di carattere giuridico e organizzativo che si impongono per continuare a mantenere un servizio sanitario accessibile a tutti. "La sanità è un settore economico caratterizzato da elevata tecnologia, presenza di figure professionali qualificate e significativa interdipendenza tra pubblico e privato: i servizi offerti dai privati per conto del Ssn sono pari a circa 24 miliardi, corrispondenti al 21% della spesa sanitaria pubblica - illustra il professor Ciccarone - Se a questi si aggiungono i 18 miliardi

di servizi remunerati out-of-pocket e attraverso fondi e assicurazioni, si comprende che quasi un terzo della spesa sanitaria complessiva riguarda erogatori privati. La correlazione tra i tassi di crescita della spesa per sanità e quelli del reddito nazionale è elevata e la spesa sanitaria pubblica impatta su altri settori ad alta tecnologia e sapere specialistico, inescandando circoli virtuosi per l'intera economia". Ne consegue che "una politica efficiente richiede di organizzare le interdipendenze, mirando a minimizzare i profili di iniquità e insostenibilità del sistema e a massimizzare la tutela della salute e la creazione di valore per la comunità. Le modifiche giuridiche e organizzative da realizzare sono molteplici, ma tutte devono partire dal ruolo del soggetto pubblico quale coordinatore, oltre che attore, di un sistema composto da offerte e da domande diversificate". È con questo dossier comprendente analisi, previsioni e studio di oppor-

tuni interventi che Aprom il 21 marzo scorso ha promosso il convegno nella sede dell'Avvocatura generale dello Stato, volto a favorire un avvicendamento tra le posizioni dei diversi stakeholder del sistema sanitario. Ora, aggiunge il presidente del Comitato scientifico di Aprom, "stiamo elaborando un documento che individui proposte condivise, da sottoporre a ulteriore analisi e verifica attraverso il dialogo e il confronto tra gli studiosi, i politici e i diversi portatori di interessi, prima di trasformarsi in concrete proposte di policy. A nostro avviso, il passato tentativo dei soggetti coinvolti di tirare dalla propria parte una coperta finanziaria che non si amplia è inopportuno. E invece necessario cooperare - conclude il professor Ciccarone - per individuare terreni condivisi di intervento volti a realizzare l'efficienza, l'efficienza e l'equità del sistema, piuttosto che a incidere su singole componenti di specifico interesse individuale".

Continuità: la sfida

Il punto di vista di Rbm Assicurazione Salute



Marco Vecchietti, a.d. di Rbm Assicurazione Salute

"Creare una possibilità di intermediazione diffusa significa garantire una continuità tra sistema pubblico e privato e dare a tutti i cittadini la possibilità di accedere anche alla sanità privata, per un'adeguata risposta alla domanda di salute". L'amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, Marco Vecchietti, sintetizza così una delle sfide che si impongono oggi in Italia per continuare ad avere un sistema sanitario equo e in equilibrio. "È necessario cioè - prosegue l'esperto - costituire in forma strutturale il secondo pilastro del sistema sanitario, dove opera la sanità integrativa, come è avvenuto in diversi altri Paesi europei. In Francia, per esempio, tale pilastro ha raggiunto ormai il 60% del sistema. Se ciò non accadrà - considera Vecchietti - la conseguenza sarà che scaricheremo tutte le spese delle prestazioni sanitarie private sulle famiglie". Il ragionamento di Vecchietti si fonda su una lettura realistica della situazione: "Da qui al 2025 c'è un crescente fabbisogno del sistema sanitario, dettato dalle modifiche demografiche e dalle richieste continue che arrivano dall'innovazione scientifica e tecnologica del comparto". Oggi, "su circa 40 miliardi di spesa sanitaria privata, 5,7 miliardi sono gestiti dal comparto integrativo. È una percentuale che può crescere a tutela di tutti i cittadini - considera Vecchietti - anche perché la spesa privata è in costante aumento: in un solo anno si è passati da 616 a 655 euro pro capite". Nella visione dell'a.d. di Rbm Assicurazione Salute, quindi, "è necessario un sistema integrativo, come quello pensionistico. Viceversa, si lascia alle sole famiglie l'onere di sostenere il costo della sanità privata".

CONFINDUSTRIA CAMPANIA: I MARGINI DI AZIONE CI SONO

L'aumento della richiesta di salute e l'allungamento della vita, con la domanda di prestazioni che comporta, entrano in collisione con la disponibilità finanziaria del Fondo nazionale sanitario. A partire da questo presupposto, "per forza si impone la necessità di trovare un insieme di soluzioni che dia continuità al sistema sanitario, consentendo a tutti di accedere alle cure, ovunque e a qualsiasi età". È questo il ragionamento del presidente della Sezione Salute di Confindustria Campania, Vincenzo Schiavone, convinto che i margini di azione ci siano. "Occorre ridurre gli sprechi nel sistema sanitario pubblico, come per esempio quelli a carico degli ospedali, quantificati in una decina di miliardi". Inoltre, è "fondamentale porre in atto azioni per favorire la defiscalizzazione del welfare aziendale e dei fondi aziendali, al fine di rendere il secondo e terzo pilastro della sanità parte integrante del Fondo nazionale, e non sostitutiva". Se non si agirà in questa direzione, Schiavone ha ben chiare le conseguenze: "Il rischio è che alcune prestazioni del Lea vengano eliminate. Oppure si arriverà a un aumento considerevole dei ticket o di compartecipazioni per le fasce di reddito medio-alte".

ANISAP: SFIDE ISTITUZIONALI

La sanità è malata, ma le diagnosi delle varie patologie del sistema sanitario si moltiplicano senza fornirci ricette con cui curarla per salvare la coesione sociale delle comunità nazionali. Il presidente Anisap, Valter Ruffini, parte da questa considerazione generale per evidenziare che la cura possibile "contiene sfide non solo politiche, ma anche di ingegneria istituzionale". Per mantenere una forma di protezione della salute sostenibile occorrono alcune chiare direttrici di marcia, che il presidente di Anisap sintetizza così: "Desanitarizzare la salute; ripensare l'universalismo assistenziale in termini selettivi e di equità ed equilibrio; aprire il sistema di protezione della salute alla sussidiarietà orizzontale; ripensare l'impianto istituzionale del Servizio sanitario nazionale".

ENPAM: IL SSN? DEVE ESSERE SOSTENIBILE E FRUIBILE

"Come medico credo in un Servizio sanitario nazionale in cui tutti siano uguali di fronte alla malattia e ognuno contribuisca in base al proprio reddito. Dopo quarant'anni dall'istituzione del nostro Ssn come possiamo conservare questa importante conquista?". Parte da questo presupposto l'intervento di Alberto Olivetti, presidente di Enpam, l'Ente Nazionale di Previdenza, Assistenza e Sicurezza dei Medici e Odontoiatri. "Perché il Ssn funzioni deve essere per prima cosa sostenibile, cioè economicamente possibile. Deve poi essere fruibile da parte di tutti - sottolinea - Dobbiamo dunque ragionare su una ridefinizione corretta del Lea che siano appunto accessibili su tutto il territorio nazionale, appropriati ed essenziali, che abbiano un vero valore in termini di risultato dimostrato alla luce delle evidenze scientifiche". Accanto a queste prestazioni "si deve prevedere un sistema d'integrazione privato che invece si basi su delle prestazioni non essenziali in assoluto, ma importanti, come per esempio la riabilitazione, la prevenzione". Tuttavia, osserva il presidente, "pubblico e privato in fondo sussistono sulla base delle stesse risorse economiche: quella del Paese. E in questo senso defiscalizzare significa sottrarre alla fiscalità generale una parte di finanziamento possibile al Servizio Sanitario Nazionale. Nel ragionare su soluzioni di sanità integrativa, quindi, occorre sempre chiedersi se questo favorisca l'universalismo dell'accesso alle cure". Infine, conclude il presidente Olivetti, "credo che la Sanità non si possa fare senza i medici e che si debba invertire il percorso che sta conducendo a una polarizzazione della professione. Un veleno che porta i medici e le figure sanitarie a cercare altri sbocchi, che nel pubblico finiscono per generare liste d'attesa interminabili e altre storture".



VENTICINQUE ANNI DI ATTIVITÀ, STUDI E RICERCHE NELL'INTERESSE DEI CITTADINI

Aprom, l'Associazione per il Progresso del Mezzogiorno, è nata il 22 aprile 1993. Ha carattere scientifico e sociale; è apertica e non ha fini di lucro. La sua attività è iniziata con un Manifesto alla Nazione ed è proseguita con studi e ricerche (82 in sede Cnr), pubblicazioni. Una serie di convegni nelle città del Sud, con la collaborazione delle Università delle varie città meridionali (tra cui Roma, Napoli, Cagliari, Bari) ne ha contraddistinto il percorso votato a ridare credibilità e affidabilità all'immagine del Mezzogiorno. Molti sono stati i convegni che hanno segnato l'attività in collaborazione con le Magistrature. Aprom ha trattato tutte le tematiche: dall'ambiente all'agricoltura, dalla sanità ai diritti. Attualmente è presieduta dal professor Pasquale Dell'Aversana e ha un direttivo composto da magistrati emeriti. Aprom ritiene che il tema sanità unito a quello del cibo, sia un tema immediatamente da approfondire nell'interesse dei cittadini in un tempo di difficoltà economiche nazionali che si aggravano ulteriormente, ai fini del sostegno finanziario del Sistema sanitario nazionale.



I vertici Aprom durante il convegno del 21 marzo scorso

Un modello da replicare

È quello di ArtemisiaLab, sintesi di corretta ed efficace integrazione pubblico-privato



Mariastella Giorlandino, amministratore unico ArtemisiaLab

ArtemisiaLab, ovvero "un brand della medicina che pone al centro il paziente e il cui modello di Laboratorio di analisi cliniche e strumentali è replicabile ovunque". Mariastella Giorlandino, amministratore unico di Rete ArtemisiaLab, illustra così una realtà che ha mosso i primi passi tra il 1969 e il 1970 e oggi conta 19 strutture a Roma con standard di qualità certificati per un percorso diagnostico caratterizzato dall'immediatezza della diagnosi clinica. "Ponendo al centro il paziente - spiega Giorlandino - il nostro obiettivo è la risoluzione del suo problema. Interpretiamo così la consapevolezza che la Medicina è la salvaguardia della società". In questo contesto Giorlandino crede che "sia possibile l'integrazione del sistema pubblico con un privato sano, di qualità e controllato, che garantisce la velocizzazione della diagnosi non a un maggior costo". Un esempio per tutti: "In senologia abbiamo la diagnosi 'one day' a fronte dei 7-8 mesi di attesa nel pubblico e il costo della mammografia è di 80 euro contro le 65 del pubblico". L'appello di ArtemisiaLab è anche a "una sburocratizzazione dei processi di accreditation, con la possibilità dell'autocertificazione cui far seguire, naturalmente, il controllo".



Sette milioni di italiani si indebitano per cure mediche

PAOLO RUSSO

La sanità pubblica arranca e 11 milioni di assistiti si sono dovuti indebitare per pagarsi le cure. Tra questi 3 milioni sono stati persino costretti a vendere casa. Del resto i numeri parlano chiaro: la spesa sanitaria privata quest'anno lambirà il muro dei 40 miliardi, proseguendo una corsa che dal 2013 al 2017 l'ha vista crescere del 9,6%. Mentre quella pubblica pro-capite in sei anni, dal 2010 al 2016, si contraeva dell'8,8%. Dato in controtendenza rispetto a Germania (+ 11,4%) e Francia (+ 6,2%).

A descrivere l'altalena della spesa sanitaria italiana è l'VIII Rapporto Censis-Rbm Assicurazione salute presentato ieri a Roma.

La spesa privata per la salute è anche fattore di nuove disegualanze. Fatta cento l'incidenza degli esborsi per le cure sulla spesa per i consumi nel caso di un operaio incidono per 106, di un imprenditore solo per 74.

Spese sanitarie essenziali per alcuni, superflue per altri. Il Rapporto dice che sette italiani su dieci hanno acquistato farmaci per 17 miliardi di euro, sei su dieci visite specialistiche (7,5 miliardi), quattro su dieci cure odontoiatriche (oltre 8 miliardi), cinque su 10 accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio (3,8 miliardi). In pratica oltre un quarto della spesa privata è generato dall'acquisto di prestazioni dove l'accesso è

ostacolato dalle liste d'attesa troppo lunghe. Quindi esborsi sopportati non per libera scelta.

Spese insostenibili

E il problema è che di questi 40 miliardi oltre il 90% è spesa privata "out of pocket", ossia non mediata da fondi integrativi o mutue. Il che significa che il costo medio per cittadino è oggi di 655 euro, ma chi deve affrontare vere emergenze sanitarie poco garantite dal pubblico, come assistenza domiciliare o riabilitazione dopo una malattia invalidante, va incontro a spese insostenibili senza il salvagente di una polizza o di un fondo. E le cose andranno peggio in futuro se sono vere le previsioni degli autori del rapporto, che nel 2025 valutano sopra la soglia dei mille euro pro-capite i costi sostenuti privatamente dagli italiani per la salute. Le assicurazioni chiedono una spinta a favore di fondi e mutue integrative. Il problema sarà capire di quale natura dovrà essere questo secondo pilastro. Fino a oggi si è assistito a un proliferare di fondi aziendali di natura contrattuale, che vista l'esiguità delle risorse sul piatto hanno offerto a sempre più lavoratori una copertura ridotta però ai minimi termini. Incassando vantaggi fiscali sulla cui efficacia la neo-ministra della salute, Giulia Grillo, ha dichiarato di voler vederci chiaro. Se a favore di una sanità integrativa più strutturata o di un pubblico meglio finanziato si vedrà. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il Rapporto Censis

Sanità, 7 milioni di italiani indebitati per pagare le cure

MILANO C'è da sperare che almeno funzioni. Perché se si analizza la sanità privata dal punto di vista dei numeri, c'è da star male, piuttosto che guarire. Quest'anno, infatti, la spesa sanitaria privata degli italiani toccherà il valore record di 40 miliardi di euro, in crescita rispetto ai 37,3 miliardi dello scorso anno, in un trend che nel periodo 2013-2017 ha evidenziato una crescita del 9,6% in termini reali, quasi il doppio dei consumi complessivi (+5,3%). E quanto si legge nel Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute sulla sanità presentato ieri al «Welfare Day 2018» da cui emerge anche che nell'ultimo anno sono stati 44 milioni gli italiani (più di 2 su 3) che hanno speso soldi di tasca propria per pagare prestazioni sanitarie per intero o in parte con il ticket. «Si tratta di 150 milioni di prestazioni sanitarie — ha spiegato Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute — con 7 cittadini su 10 che hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per 7,5 miliardi), 4 su 10 prestazioni odontoiatriche (per 8 miliardi), 5 su 10 prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per 3,8 miliardi) e 1 su 10 protesi e presidi (per quasi 1 miliardo), con un esborso medio di 655 euro per cittadino». E per queste spese, 7 milioni di italiani si sono indebitati e 2,8 milioni hanno dovuto usare il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi. E poiché meno si guadagna e più è necessario trovare risorse aggiuntive al reddito per pagare la sanità di cui si ha bisogno, la spesa sanitaria privata pesa di più sui budget delle famiglie più deboli: nel periodo 2014-2016 i consumi delle famiglie operaie sono rimasti fermi (+0,1%), ma le spese sanitarie private sono aumentate del 6,4%.

Michelangelo Borrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2,8

milioni

Gli italiani che per curarsi hanno dovuto utilizzare risparmi o vendere casa



NEL 2018 SALIRÀ A QUOTA 40 MILIARDI

Sanità, spesa da record Sette milioni di italiani fanno debiti per curarsi

G. ROSSI, COLOMBO e commento di BUTICCHI ■ Alle p. 2 e 3



In 7 milioni indebitati per curarsi E c'è chi vende anche la casa

Censis: la spesa per la sanità privata vola a 40 miliardi di euro

Giovanni Rossi

■ Roma

PRIMA la salute. Mai come in tempi di sanità imperfetta, la priorità sposa una preghiera antica che da auspicio familiare, già litania di anziani, ora diventa manifesto intergenerazionale. Gli italiani tutti hanno paura di ammalarsi. Troppo costose le cure. Troppo grande il rischio di far debiti. O di venderci la casa. Il primo rapporto Rapporto Censis-Rbm Salute mostra la profondità della ferita: con la sanità pubblica oggetto di costante revisione della spesa (e prospetticamente competitiva solo nella medicina salvavita), la spesa sanitaria privata incide sui budget familiari a ritmo doppio rispetto a tutti gli altri consumi.

IL DATO più odioso è che, per far fronte alle spese medico-farmaceutiche 2017, ben 7 milioni di italiani siano stati costretti a indebitarsi. Solo il 41% degli italiani copre infatti le spese sanitarie esclusivamente con il proprio reddito: il 23,3% deve integrarlo attingendo ai risparmi, mentre il 35,6% deve usare i risparmi o fare debiti (e in questo caso la percentuale sale al 41% tra le famiglie a basso reddito). Oppure c'è la strada dei sacrifici: per la salute il 47% degli italiani taglia le altre spese, quota che sale al 51% tra i nuclei meno abbienti.

Il Welfare Day 2018 espone un quadro allarmante. Nel periodo 2013-2017, a fronte di consumi complessivi cresciuti del 5,3%, la spesa sanitaria privata è infatti aumentata del 9,6% in termini reali. La stima 2018 è di 40 miliardi di euro (+2,7 miliardi nel raffronto con il 2017). Incremento rivelatore e preoccupante per un Paese che, nell'idea di sé, ancora custodisce il valore sociale di una sanità pubblica per tutti, senza esclusioni censuarie o reddituali. Sono 150 milioni le prestazioni pagate personalmente dagli italiani. Nella top five delle cure, «7 cittadini su 10 acquistano farmaci non coperti dal Ssn (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 cittadini su 10 pagano visite specialistiche (per 7,5 miliardi), 4 su 10 prestazioni odontoiatriche (per 8 miliardi), 5 su 10 prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per 3,8 miliardi) e 1 su 10 protesi e presidi (per quasi 1 miliardo), con un esborso medio di 655 euro a cittadino», comunica Marco Vecchiotti, ad di Rbm. A soffrire di più sono le famiglie operaie: l'intera tredicesima è devoluta alla sanità privata: in media 86 euro al mese (+6,5% nel triennio). Una cifra superiore in termini assoluti rispetto agli 80 euro spesi dagli imprenditori (+4,5%). Su scala nazionale la differenza è considerevole, anche

perché nel 2017 i consumi dei nuclei operai sono rimasti fermi (+0,1%), mentre quelli degli imprenditori sono saliti del 6%.

«**LA SPESA** sanitaria di tasca propria è la più grande forma di disuguaglianza, perché colpisce in particolar modo i redditi più bassi, le regioni con situazioni economiche più critiche, i cittadini più fragili e gli anziani», denuncia Vecchiotti, che come antidoto al debordare della spesa sanitaria privata propone «una intermediazione strutturata», giocoforza di massa, ad opera «del settore assicurativo e dei fondi integrativi».

L'obiettivo è anche sociale. Di coesione strettamente intesa, se è vero che ormai il 54,7% degli italiani è convinto della profonda disuguaglianza e ingiustizia nell'accesso a diagnosi e cure. Sentimento che scatena rancori e voglia di equità, però al ribasso: 13 milioni di italiani sono contrari al pendolarismo sanitario dalle regioni più arretrate a quelle più avanza-



te; 21 milioni ritengono inevitabile la penalizzazione (con maggiori costi o tasse aggiuntive) di chi sceglie stili di vita nocivi. Nel mirino fumatori, alcolisti, tossicodipendenti e obesi. Il *mors tua vita mea* al tempo delle Tac in liste sterminate e dei debiti in conto malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

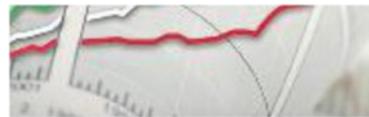
IN CIFRE (dati in euro)

40 MILIARDI La spesa sanitaria privata degli italiani nel 2018	37,3 MILIARDI La spesa sanitaria privata degli italiani nel 2017	44 MILIONI Gli italiani che quest'anno hanno pagato visite private di tasca loro
--	--	--

Fonte (Censis-Rbm Assicurazione salute)



Focus



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2018

Così nel Def

La spesa sanitaria, in base al Def approvato il 26 aprile 2018, aumenta: dai 113,599 miliardi del 2017 si passa a 115,818 miliardi nel 2018, 116,382 nel 2019, 118,572 miliardi del 2020 e, infine, a 120,894 miliardi nel 2021

Il rapporto col Pil

La spesa sanitaria aumenta (ma meno di quanto previsto in passato), ma si contrae in rapporto percentuale al Pil. Si è passati, infatti, dal 6,6% del 2017 e 2018 al 6,4% del 2019 e al 6,3% del 2020 e 2021

Salute tema decisivo alle urne per otto cittadini su dieci

■ ROMA

A PROVARE sentimenti di rabbia, dovuti a liste d'attesa o malasanita, sono quasi 4 italiani su 10. La sanità, infatti, ha giocato molto nel risultato elettorale, tanto che per l'81% dei cittadini (secondo l'analisi Censis-Rbm) è una questione decisiva nella scelta del partito per cui votare. Questi stati d'animo negativi, commenta Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), «ci preoccupano anche perché poi si ritorcono contro i professionisti della sanità, che diventano i capri espiatori del clima di conflittualità». Speriamo, prosegue, che «la rabbia diventi motore del cambiamento».

114 MILIARDI
Le risorse del Fondo sanitario nazionale nel 2017

2 MILIARDI
Le risorse aggiuntive per il Servizio sanitario nazionale per il 2018

LISTE D'ATTESA**65 GIORNI**

La media d'attesa nel pubblico per una visita specialistica

7 GIORNI

La lista d'attesa per una visita nel privato

(Fonte: Crea -2017)

GIULIA GRILLO IN CAMPO

La prima sfida della ministra? Trovare risorse

LA NEOMINISTRA della Sanità Giulia Grillo ha certamente una buona capacità di ascolto del mondo scientifico e sanitario, che conosce bene, essendosi occupata di sanità per anni, sapendo mediare rispetto alle posizioni più estreme dei 5 Stelle su temi delicati come l'obbligatorietà dei vaccini. Ma la ministra ha in testa l'idea di mettere in discussione proprio il decreto della Lorenzin. In generale, la Grillo ha intenzione di affrontare «con determinazione» la piaga delle liste d'attesa, dei Lea (i livelli minimi d'assistenza, cioè le prestazioni che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket), le assunzioni del personale medico e infermieristico e la governance della farmaceutica, che giudica temi «ineludibili». Ma per farlo servono risorse che sono poche.

Schede a cura di **ETTORE MARIA COLOMBO****IL DECRETO LORENZIN**

Modifiche sui vaccini

L'ABOLIZIONE dell'obbligatorietà dei vaccini per l'accesso alle scuole, stabilita di recente da un decreto dell'ex ministra Beatrice Lorenzin, non pare, almeno dalle prime mosse, una priorità del governo giallo-verde. La neo ministra, Giulia Grillo (M5S), prova a rassicurare: «I vaccini sono parte del contratto di governo e su questo agiremo in sinergia con il Consiglio dei ministri».

L'IDEA è di agire con prudenza, senza promuovere guerre sante, ma modifiche ci saranno. Del resto, nel contratto stipulato tra Lega e 5 Stelle, c'è scritto che «garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute».

«Su questo fronte - spiega ancora la Grillo - va trovato un giusto equilibrio tutelando i bambini in età pre-scolare e scolare passibili di essere a rischio di esclusione sociale».

In passato, Grillo ha sostenuto di credere ai vaccini, ma di essere contraria all'obbligo, se non nel caso di epidemie.

**LE PRIORITÀ GIALLO-VERDI**

Lea e assunzioni

LA MINISTRA Grillo intende affrontare «con determinazione» la piaga delle liste d'attesa, i Lea, le assunzioni del personale medico e infermieristico, la governance della farmaceutica.

«Si tratta di temi ineludibili che il governo affronterà mettendo sempre al primo posto i cittadini», è stato il suo primo messaggio. Ma per farlo servono soldi (vedi alla voce 'risorse').

QUANDO era all'opposizione, la Grillo non faceva sconti al sistema della Sanità: ha criticato aspramente i finanziamenti, resi solo da poco trasparenti, di Big Pharma ai medici e alle associazioni e ha ipotizzato norme più stringenti sulla libera professione intramoenia dei medici. In base al contratto giallo-verde, si profila di sicuro un freno per l'attività libera professionale, che non dovrebbe superare le ore rese nel servizio pubblico.

Anche su fondi e mutue integrative l'orientamento della neo ministra non sarà certo quello di strizzare l'occhio: intende vederchi chiaro sugli sconti fiscali di cui beneficiano.



TRATTATIVA COL MEF

Battaglia sui superticket

LA NEO MINISTRA dovrà aprire una paziente e sfibrante negoziazione con il Mef - come hanno, peraltro, sempre fatto tutti i suoi predecessori - per non far diminuire lo stanziamento annuale del Fondo sanitario nazionale.

Più risorse vuol dire, nelle intenzioni della Grillo, puntare soprattutto ad abolire uno dei suoi chiodi fissi, il superticket su visite e analisi, ma solo una rivoluzione sul prezzo dei farmaci può liberare i fondi necessari all'abolizione del superticket.

IN PASSATO la Grillo ha chiesto la rinegoziazione del prontuario e il libero commercio dei medicinali di fascia C (oggi a carico dei cittadini e su ricetta) anche fuori dalle farmacie che sono, attualmente, le sole a poterli vendere. Ma su questo fronte,

c'è da scommetterci, la ministra dovrà fare i conti con le associazioni, molto potenti, di medici e farmacisti, e dimostrare che è capace di scelte sgradite.



I FONDI NECESSARI

Servono 2 miliardi

A NON FAR dormire sonni tranquilli alla neoministra c'è, però, proprio il tema delle risorse. Presto, infatti, andrà ridiscusso il conteggio del fondo sanitario nazionale, le risorse che vengono distribuite dallo Stato alle Regioni. Attualmente, ammonta a 114 miliardi ma nel 2018, per adeguarlo sulla base del rapporto con il Pil, sarà necessario aumentarlo di almeno due miliardi di euro. Inoltre, anche quell'aumento non sarà sufficiente a segnare la svolta promessa in campagna elettorale su un tema caro all'elettorato grillino come quello delle cure mediche.

LA GRILLO sostiene che «s'inizierà un percorso di gestazione finalizzato a trovare una sinergia, in particolare con il Mef, perché la mia grande preoccupazione è difendere il sistema sanitario pubblico, invertendo la rotta dei finanziamenti di questi anni».

Nel contratto si parla di una generica riduzione degli sprechi, ma nel 2017, grazie alla spending review, sono stati ben 3,7 i miliardi destinati alla sanità e sarà difficile trovarne altri.



ESECUTIVO
Il ministro della Salute
Giulia Grillo

IL COMMENTO

di MARCO BUTICCHI



RANCORE ALL'ITALIANA

«**P**IOVE, governo ladro!». Se, invece di qualche goccia, a precipitarsi addosso è la tutela della nostra salute subentra, alla pacata rassegnazione 'governativa', un rancore sordo. Si tratta di una dose di sfiducia originata dalla supposta leggerezza con cui vengono trattati i nostri sacri malanni, dalla lentezza con cui si risponde alle nostre angosce, dall'insensibilità della struttura pachidermica al dramma del singolo. La prima reazione per evitare lungaggini e pressapochismi diagnostici è quella di scucire la borsa e intaccare persino quel gruzzoletto che si lasciava integro «casomai capitasse qualcosa». Si benedice allora la lungimiranza e ci s'imbarca in un viaggio della speranza a pagamento che, è bene dirlo, ha spesso esiti positivi. Manca però la controprova, ovvero, quale risultato avrebbe avuto seguendo la normale trafila della sanità nazionale? Peggio è se, in assenza del gruzzolo di scorta, si ricorre al debito pur di immettersi in quella carreggiata preferenziale che consente di superare le incertezze della vita di corsia ospedaliera. È vero, il sistema sanitario pubblico s'incepta in un paese

che, per cure e interventi, sembra ancor più diviso tra Nord e Sud. È anche vero che, sui giornali, ci occupiamo di malasanità e più raramente delle buone notizie. Eppure mi capita spesso di leggere trafiletti di famiglie che ringraziano un reparto ospedaliero per le cure prestate, un'équipe medica per la sua professionalità o per una semplice carica di gratuita umanità (componente essenziale per rendere meno difficile la vita a chi è assillato dalle preoccupazioni della malattia). Ma torniamo per un istante al rancore: sembra una sorta di carosello in cui il cane si morde la coda. La sanità pubblica non funziona e allora si cercano altre vie. Poco importa se quelle strade alternative ritornano frequentemente ad avvalersi della sanità pubblica che, ingolfata anche dalle richieste esterne, risponde malamente ai cittadini che s'arrabbiano. È ancora il rancore a recitare qui la sua parte da protagonista: angosciati dalla difficile situazione, ce la prendiamo con le strutture e soprattutto con le persone che ogni giorno operano all'interno di quella stessa macchina pubblica che a noi fa paura, ma che loro, il personale ospedaliero, utilizzano spesso per regalarci un miracolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



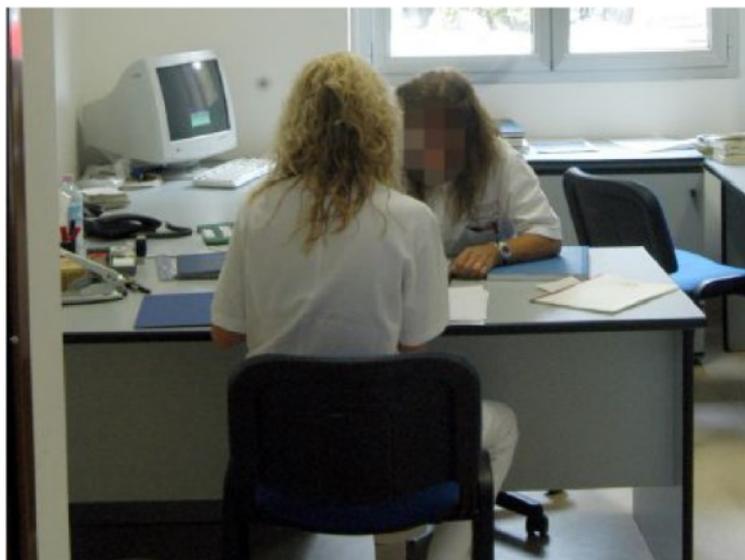
Quando la salute costa cara In 7 milioni si sono indebitati

CENSIS Tra farmaci e visite
la spesa è di 40 miliardi

ROMA - Dai farmaci alle ecografie, dagli occhiali da vista alle sedute dal dentista: in un anno, per curarsi, gli italiani spendono complessivamente 40 miliardi di euro di tasca propria. Una spesa sanitaria privata che in 4 anni, nel periodo 2013-2017, è aumentata di ben il 9,6%, praticamente il doppio rispetto a quella dei consumi. E che ha portato 7 milioni di persone a indebitarsi per pagare le cure e 2,8 milioni a svincolare i propri investimenti o, addirittura, a vendere casa. Sono alcuni dei dati emersi dal rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentato in occasione del Welfare Day. «Investire questa tendenza - commenta il ministro della Salute Giulia Grillo - è una priorità ineludibile e il ministero che rappresento nei prossimi mesi elaborerà soluzioni che garantiscano su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza». Il fenomeno della spesa sanitaria pagata di tasca propria dai cittadini, ha riguardato oltre 44 milioni di persone, più di 2 italiani su 3, con un esborso medio di circa 655 euro ciascuno. In particolare 7 cittadini su 10 hanno acquistato farmaci di tasca propria, per una spesa di 17 miliardi; 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per circa 7,5 miliardi); 4 cittadini su 10 prestazioni odontoiatriche (oltre 8 miliardi). E ancora, oltre 5 cittadini su 10 prestazioni diagnostiche e analisi (3,8 miliardi); oltre 1,5 cittadini su 10 occhiali e lenti (2 miliardi).

In questo contesto monta il rancore verso il Servizio Sanitario. A provare sentimenti di rabbia, dovuti a liste d'attesa o malasanità, sono il 38% degli italiani, quasi 4 su 10. Mentre il 26,8% è critico perchè, oltre alle tasse, bisogna pagare di tasca propria troppe prestazioni e perchè le strutture non sempre funzionano come dovrebbero. E la sanità ha giocato molto nel risultato elettorale, tanto che per l'81% dei cittadini è una questione decisiva nella scelta del partito per cui votare. Questi stati d'animo negativi, commenta Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), «ci preoccupano, anche perchè si ritorcono contro i professionisti della sanità, che diventano i capri espiatori del clima di conflittualità. Speriamo che la rabbia diventi motore del cambiamento».

«La spesa sanitaria privata - commenta Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Salute - rappresenta la più grande forma di disuguaglianza, perchè pone il cittadino di fronte alla scelta tra pagare o non curarsi. Se non si interviene continuerà ad aumentare». Per questo, prosegue, «chiediamo al governo un riordino della sanità integrativa».



“Sport senza età” Tutti in cammino

L'obiettivo è migliorare la qualità di vita degli anziani

Due passeggiate settimanali con partenza dal municipio: il martedì alle 21 e il sabato alle 8

IL PROGETTO

PORTO SAN GIORGIO Le città di Fermo e Porto San Giorgio sono insieme all'unione sportiva Acli e all'Asur delle Marche per il progetto regionale “Sport senza età”. Si tratta di uno dei 45 che l'azienda sanitaria regionale ha finanziato per il 2018 e che vedrà destinatarie principalmente le persone della terza età. Un'iniziativa sperimentale che per la prima volta vedrà il Fondo sanitario nazionale finanziare attività di prevenzione mediante lo svolgimento di attività sportiva.

La qualità della vita

«Vogliamo migliorare la qualità di vita degli anziani» commenta l'assessore ai servizi sociali di Porto San Giorgio, Francesco Gramegna, a cui fa eco il suo collega di Fermo, Mirco Giampieri, che parla invece di uno «Strumento anti invecchiamento» che permette alla persona di so-

cializzare. Uscendo di casa, poi, l'anziano può recuperare fiducia in sé stesso, e lo farebbe facendo movimento in giro nel territorio. E questo è uno degli aspetti fondamentali delle due iniziative che fanno parte del progetto. La prima, Salute in cammino, che prevede due passeggiate settimanali, entrambe con partenza dal municipio cittadino, ogni martedì dopocena, a partire dalle ore 21, e il sabato mattina, con inizio alle 8.

Saranno guidate dal professor Stefano Amici e inizieranno il prossimo martedì 19 giugno. A questo si unisce la seconda sezione delle attività, in questo caso ricreative.

Metti in moto la mente

«Un'ora settimanale – dice il presidente Acli Fermo Ermes Brandimanti – durante la quale si darà seguito a “Metti in moto la mente”, con appositi istruttori del nostro gruppo». Ovvero ci saranno giochi di burraco, dama, scacchi, bridge, ad esempio, tutte attività declinate al movimento e alla ginnastica della

mente.

«Sono ormai anni che collaboriamo con le Acli – commenta l'assessore allo sport, Valerio Vesprini – prima con le camminate della salute, poi con la Run & Smile e ora anche con Salute in cammino». L'attività sportiva fa bene sotto ogni punto di vista, e lo dice pure la medicina. Tant'è che, statistiche alla mano, il vice presidente regionale dell'US Acli, Giulio Lucidi, inquadra la situazione di coloro che non praticano attività fisica. «In Europa sono 210 milioni i cittadini completamente inattivi – spiega – e aggiungerei per questo un fardello sulle casse sanitarie dell'Unione Europea, pari a 80 miliardi di euro all'anno».

I dati

Con gli italiani secondi solo ai residenti del Regno Unito: un terzo sono quelli che non fanno alcun tipo di attività. E sempre secondo uno studio europeo, il 6% delle morti annue sono ascrivibili all'inattività fisica. Non si tratterà solo di sport, ma di salute a 360 gradi. Perché i partecipanti riceveranno dall'organizzazione un buono valido per

uno screening di colesterolo e glicemia, da farsi al laboratorio analisi Serroni. In più è lo stesso Lucidi che annuncia incontri, in collaborazione con l'Area Vasta 4, per riflettere su salute e alimentazione, con la prospettiva di poter organizzare, in futuro, anche test per studiare eventuali problemi cardiaci, respiratori, uditivi e visivi. Del resto unire lo sport alla medicina, fa parte anche della cultura antica: «Camminare è la migliore medicina» diceva Ippocrate.

Chiara Morini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'impegno

Ecco quali enti sono coinvolti

● Nel progetto “Sport senza età” sono coinvolti tutti coloro che hanno interesse all'incremento dell'attività fisica dei cittadini: vale a dire l'Asur, il Coni, i comuni di Fermo e Porto San Giorgio, il dipartimento di prevenzione dell'Area Vasta 4 ed ovviamente l'Unione Sportiva Acli Marche, ente di promozione sportiva riconosciuto dal Coni.



La presentazione del progetto nella sala consiliare



RAPPORTO WELFARE

Le polizze salute, offerte ormai dal 42% delle Pmi, sono in cima alle preferenze dei lavoratori

SANITÀ INTEGRATIVA, QUASI UN MUST

Le agevolazioni fiscali favoriscono il ruolo dei fondi sanitari

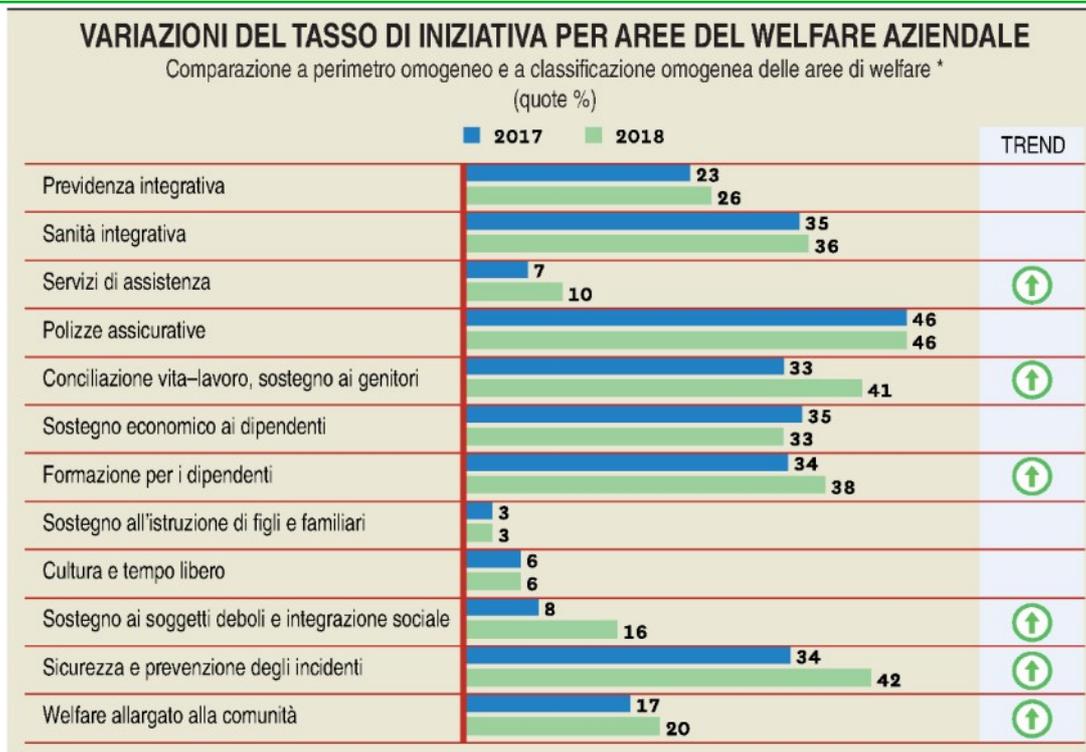
DI CARLO GIURO

La sanità integrativa trova sempre maggiore spazio nei piani di welfare aziendale. Così come viene evidenziato nella ricerca Welfare Index Pmi 2018, il 42% delle imprese attua almeno un'iniziativa nella macro area della salute e assistenza. Nei prossimi 3-5 anni, il 52,7% delle Pmi si propone come obiettivo l'ulteriore crescita del welfare aziendale, in particolare negli ambiti di salute e assistenza; conciliazione vita e lavoro; giovani, formazione e mobilità sociale. L'intenzione sembra coerente con i desiderata dei lavoratori dipendenti per far fronte alla riduzione delle prestazioni offerte dal welfare nazionale in ambito sanitario. Secondo il primo Rapporto Censis Eudaimon sul Welfare aziendale, tra le prestazioni più attese dai lavoratori prevalgono infatti proprio quelle afferenti all'area della salute e della sanità (53,8% dei lavoratori), seguite da quelle relative alla previdenza integrativa (33,3%). Come inquadramento generale, è utile ricordare come l'Italia abbia una spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil inferiore a quella di altri grandi Paesi europei (il 6,8% del Pil, in Francia è l'8,6%, in Germania il 9%). Quello che è però particolarmente consistente è la spesa sanitaria privata, pari nel 2016 a 36,2 mld di euro, quasi

tutta pagata di tasca propria dai cittadini (out of pocket 92,6%). La si sostiene, per esempio, per saltare le liste di attesa o per scegliere il professionista e la struttura di cui ci si fida (secondo una recente ricerca del Censis in collaborazione con Aiop è l'atteggiamento assunto dall'85% degli italiani). L'atteggiamento molto diffuso è quello di mantenere una consistenza notevole di risparmio in forma liquida, in ottica di autoassicurazione, strategia comportamentale non sempre ottimale soprattutto in considerazione del ridotto livello dei tassi di interesse in questo momento. È allora importantissimo il contributo che può essere fornito dalla sanità integrativa e, in particolare, dai fondi sanitari che sono indicati quali strumenti di welfare aziendale anche dalla Legge di Bilancio 2017 in virtù della quale i contributi versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in sostituzione di premi di risultato non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente anche se aggiuntivi a contributi già versati dal datore di lavoro o dal lavoratore per un importo di euro 3.615,20 che è il limite ordinario di deducibilità. Il nostro sistema sanitario evolve allora, così come già avvenuto in ambito previdenziale, sempre più verso tre pilastri: la sanità pubblica, basata sul

principio dell'universalità, dell'uguaglianza e della solidarietà, cioè il Sistema Sanitario Nazionale; la sanità collettiva integrativo-sostitutiva, che si inserisce sempre più in ambito di welfare aziendale (secondo il recente *Quaderno di Itinerari previdenziali*, la sanità integrativa nel nostro Paese è attuata per il 75% delle risorse gestite attraverso fondi di origine contrattuale o comunque aziendale, i cosiddetti *employee benefits*); e la sanità individuale, nella quale il cittadino, in particolare lavoratori autonomi e liberi professionisti, si rivolge al mercato sanitario richiedendo coperture assicurative. Un particolare supporto può essere fornito dai fondi sanitari anche per fronteggiare il rischio di non autosufficienza, particolarmente accentuato nel Belpaese per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Eloquenti sono le stime contenute nel recente Rapporto Osservasalute secondo il quale, in soli 10 anni, ovvero entro il 2028, ci sarà in Italia una popolazione anziana non autosufficiente pari a 6,3 milioni di persone. Nel 2028, tra gli over-65, le persone non in grado di svolgere le attività quotidiane per la cura di se stessi saranno circa 1,6 mln (100 mila in più rispetto a oggi), mentre quelle con problemi di autonomia arriveranno a 4,7 mln (+700 mila). (riproduzione riservata)





(*) Perimetro omogeneo: imprese fino a 250 dipendenti, target della rilevazione 2017. Classificazione omogenea: i dati sono stati uniformati mantenendo solo gli item presenti in entrambe le rilevazioni e riclassificando i dati 2017 come da classificazione 2018.
Fonte: Welfare Index PMI 2018

FULMICOTONE

Sanità: uno spreco da 24 miliardi

DI CARLO VALENTINI

Il rapporto sulla sanità realizzato dalla fondazione Gimbe (si occupa dell'organizzazione e del funzionamento della salute pubblica) stima che la spesa sanitaria sia ammontata (nel 2016) a 157,5 miliardi di euro, di cui 112,1 miliardi di spesa pubblica e 45,4 miliardi di spesa privata che a sua volta si può suddividere in 5,6 miliardi di spesa intermediata da mutue e assicurazioni e 39,8 miliardi di spesa interamente a carico delle famiglie. Insomma, la salute è la più grossa industria del Paese. Sarebbe quindi opportuno farla funzionare al meglio.

Invece Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe, afferma: «Le nostre stime indicano che il 19% della spesa pubblica e il 45% di quella privata non producono alcun ritorno in termini di salute, cioè si tratta di costi che non hanno nulla a che fare con la cura della persona».

Secondo Gimbe: «Vi sono 24 miliardi di euro di fondi pubblici persi ogni anno a causa di frodi, abusi, esami inutili, acquisti a costi eccessivi, burocrazia e scarso coordinamento dell'assistenza».

Una somma enorme di denaro dei contribuenti che si volatilizza. Neoministro **Giulia Grillo** (5stelle): il governo del cambiamento cambierà anche il sistema sanitario?



Benessere della persona l'evoluzione di servizi 2.0

**Convegno a Milano
sul «WellFeel:
benessere
organizzativo e
welfare aziendale»**

Per il welfare aziendale è già tempo di una versione 2.0, di un'evoluzione. L'introduzione, attraverso la contrattazione aziendale, di misure e servizi a favore dei lavoratori, infatti, ha conosciuto un vero e proprio boom negli ultimi anni, favorito da un lato dalla crisi e dalla minore copertura dei servizi pubblici, dall'altro dagli sconti fiscali che con la legge di stabilità del 2016 hanno reso conveniente questa forma di remunera-

zione integrativa dei dipendenti. Gli spazi per un'ulteriore espansione sono ancora ampi - si calcola che misure di welfare siano state introdotte solo da un terzo delle piccole e medie imprese - e secondo una ricerca del Censis il valore potenziale di queste attività per i lavoratori privati è di ben 21 miliardi di euro.

L'evoluzione attesa, però, è quella che il welfare aziendale passi da una "mera" fornitura di servizi integrativi a uno strumento, concordato con i lavoratori e i loro rappresentanti, per elevare davvero il

"benessere" complessivo dei collaboratori dell'azienda e incidere in maniera positiva anche sui territori sui quali insistono le imprese. Proprio di questo si parlerà il 12 e 13 giugno a Milano, all'Hotel Melia, al convegno «WellFeel: benessere organizzativo e welfare aziendale» durante il quale si confronteranno 250 tra manager aziendali ed esperti del settore, riuniti dal gruppo Este. L'obiettivo della due giorni è quello di presentare e discutere le pratiche che hanno confermato la relazione causale e virtuosa tra benessere organizzativo, maggiore produttività, migliori performance e positive ricadute sociali.

Un'evoluzione - quella verso il welfare aziendale 2.0 - favorita da uno scenario in cui la digitalizzazione ha messo a disposizione nuove possibilità e strumenti a supporto del lavoro, e insieme una più ampia e facile scelta di servizi da porre a disposizione dei collaboratori con piattaforme innovative. Ma soprattutto ispirata da una nuova coscienza del fare impresa, non più orientata solo alla massimizzazione del profitto, ma a una più ampia comprensione degli interessi di tutti gli attori coinvolti: dai collaboratori interni, al territorio, appunto, capace cioè di promuovere il benessere complessivo delle persone dentro e fuori dall'azienda, nell'attività lavorativa e nella vita sociale. **(E.Ricc.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anziani in (lunga) attesa per i ricoveri in Rsa al Sud

In alcune regioni la disponibilità di posti letto per le persone non autosufficienti è inferiore di quasi dieci volte rispetto alla soglia prevista

Gli assistiti

Nel nostro Paese sono 382.634
Il 75,2 per cento ha più di 65 anni
Il 19,3 per cento fra i 18 e i 64 anni
Il 5,5 per cento meno di 18 anni

Non autosufficienti

Gli ospiti anziani non in grado di badare alle proprie necessità primarie sono 218 mila

Per i familiari è sempre una decisione sofferta ricoverare in strutture residenziali (Residenze sanitarie assistenziali o Rsa), i loro cari non autosufficienti che hanno bisogno di cure sanitarie e di assistenza perché non riescono più a svolgere autonomamente le più semplici attività quotidiane, come lavarsi, vestirsi, fare la spesa, cucinarsi.

A volte, però, si tratta di una scelta obbligatoria. Secondo una recente indagine dell'Istat sono oltre 382 mila le persone che nel 2015 hanno trovato ospitalità assistita in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali pubblici, privati accreditati dal Servizio sanitario e privati non accreditati.

L'Istituto di statistica ha censito le «unità di servizio» che all'interno di ciascun presidio offrono diverse tipologie di assistenza.

Sono oltre ottomila quelle che svolgono funzioni socio-sanitarie e dispongono di circa 293 mila posti letto (il 75,2% di quelli complessivi). In gran parte forniscono a pazienti non autosufficienti un livello di assistenza medio-alta, cioè trattamenti medico-sanitari estensivi, per esempio cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, gestione di lesioni da decubito profondo, oppure *intensivi*, cioè essenziali per il supporto delle funzioni vitali.

Gli ospiti assistiti dalle unità socio-sanitarie sono prevalentemente anziani, cui è riservato l'81% dei posti letto, seguono le persone con disabilità (8% dei posti disponibili), adulti con disagio sociale, minori, persone affette da patologie psichiatriche o con dipendenze patologiche. L'Istat rileva che nel nostro Paese circa 21 anziani ogni mille sono ospiti in strutture residenziali sia socio-sanitarie sia socio-assistenziali, e ben 16 su mille non sono autosufficienti. Come spesso avviene i più penalizzati sono gli abitanti delle regioni meridionali. Se nelle residenze del Nord Ovest ricevono cure 31 anziani su mille residenti, superando la soglia di 42 ricoverati nelle Province autonome di Trento e Bolzano, al Sud sono solo 10 su mille, e in Campania appena 6 su mille.

La carenza di posti letto per anziani non autosufficienti e persone disabili nelle strutture residenziali, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, è stata denunciata l'anno scorso an-

che dalla Corte dei Conti nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica. In questi presidi, dicono i giudici della Corte, il numero di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza effettivamente erogate) tocca punte minime in Campania (0,63 per mille anziani) e in Molise (0,72), rispetto a un valore soglia del 9,8 per mille, che è uno degli indicatori di monitoraggio, previsti per le Regioni, per valutare il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (si veda l'articolo in basso).

«Quasi tutte le regioni meridionali in piano di rientro hanno mirato a risanare i conti senza valutare le conseguenze per chi è più fragile — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva — . In certe realtà, dove è quasi inesistente l'assistenza domiciliare, la struttura residenziale diventa una scelta obbligata per le famiglie. Tra l'altro, come spesso ci segnalano, fatta col timore che i loro cari non siano trattati in modo adeguato». L'esiguità di posti letto inevitabilmente si ripercuote sulle attese per il ricovero, come rileva il recente Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, realizzato dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva. Sono 45 su 50 le associazioni che segnalano la difficoltà delle famiglie a trovare posto nelle Rsa a causa delle lunghe liste di attesa.

Un'attesa per un'assistenza che non brilla per qualità ed economicità, secondo il CnAMC. Oltre la metà delle associazioni denuncia mancanza di equipe multiprofessionali nelle Rsa e costi eccessivi per la retta, con famiglie che arrivano a spendere fino a 36 mila euro l'anno. Alcune associazioni hanno segnalato anche casi di contenzione sia fisica sia attraverso l'uso di farmaci sedativi.

«Esistono ricognizioni quantitative sui presidi residenziali, come quella dell'Istat, ma di fatto non sappiamo quali livelli di sicurezza e di umanità siano garantiti al loro interno — fa notare Aceti — . Certo, le strutture accreditate devono rispondere a determinati criteri, che variano da Regione a Regione, ma capita anche che intervengano i Nas in seguito a denunce di maltrattamento fatte dai familiari. È necessario, quindi, nell'ambito del monitoraggio sui Lea, un sistema di valutazione e di verifica a livello nazionale sulle performance di qualità e sicurezza delle Rsa, che consenta una selezio-



ne di quelle che meritano davvero di continuare a essere accreditate. Insieme all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) — anticipa il coordinatore di Cittadinanzattiva — stiamo avviando un'esperienza pilota per valutare il livello di umanizzazione nelle Rsa, che tenga conto di requisiti quali l'accoglienza, l'attenzione alla persona, il rispetto della sua dignità».

Maria G. Faiella

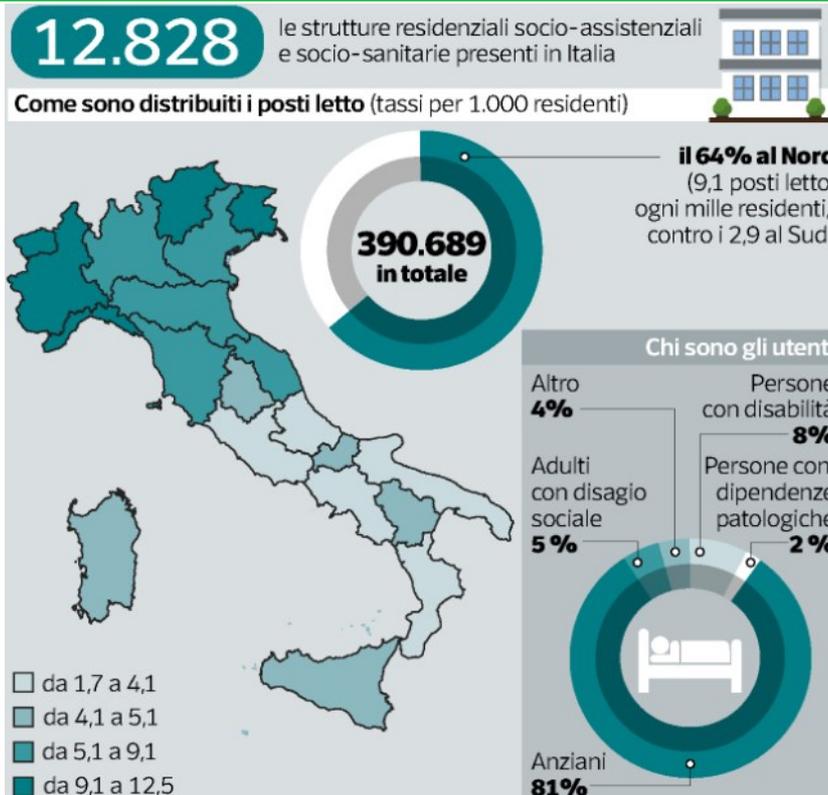
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Differenze

Il costo della retta varia a seconda delle prestazioni e del Comune

L'assistenza socio-sanitaria residenziale per persone non autosufficienti rientra nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti. Secondo il Dpcm, che l'anno scorso ha aggiornato i Lea, sono a carico del Ssn «i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale per non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore». Sono, invece, «a carico del Ssn per una quota pari al 50%, i trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti». In questo caso, quindi, resta da pagare l'altro 50%, cioè la quota "alberghiera", in genere a carico di enti locali e assistiti, cui viene richiesta la compartecipazione con percentuali e criteri che variano da Comune a Comune.

M. G. F.



Fonte: indagine Istat sulle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, 2018 (anno di riferimento 2015)

L'iniziativa
il 15 giugno
porte aperte
con il «bollino»

Il 15 giugno, in occasione della giornata mondiale di consapevolezza degli abusi sugli anziani indetta dall'OMS, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) organizza il primo open day nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) del network «Bollino RosaArgento», riconoscimento assegnato da una commissione di esperti alle strutture pubbliche o private accreditate attente al benessere e alla dignità dei propri ospiti, che son donne in tre casi

su quattro. «L'OMS stima che nel mondo un anziano su sei subisce abusi e le vittime passeranno dai 140 milioni di oggi a oltre 320 milioni nel 2050, da qui l'importanza di sensibilizzare le famiglie sulla condizione di fragilità dell'anziano - afferma Francesca Merzagora, presidente Onda - Durante la giornata a porte aperte, i familiari potranno visitare le strutture che hanno aderito (bollinorosargento.it) e conoscere i servizi offerti».

I tipi

In 4 casi su 10 i titolari delle strutture residenziali sono enti «non profit», nel 23 per cento dei casi sono enti pubblici, mentre più di un titolare su cinque è un ente privato «for profit». Riguardo alla gestione dei presidi, è affidata nel 70 per cento dei casi a organismi di natura privata, soprattutto di tipo non profit.