

Articoli Selezionati

MBA

06/04/17	Mf	2 Nel mondo tornano le ipo: mai così tante dal 2007	Carosielli Nicola	1
07/04/17	Mf	6 Sul listino Aim l'effetto Pir può portare 1,25 miliardi in cinque anni - Sull'Aim effetto Pir di 1,25 mld	Dal Maso Elena	2

SCENARIO

02/04/17	Sole 24 Ore	3 Premi di produttività, sgravi alle imprese - Produttività, sgravi alle imprese	Tucci Claudio	4
02/04/17	Corriere della Sera	51 Esami e referti su Whatsapp Rischi e benefici - «L'esame? Ora lo mando al mio medico su WhatsApp»	Corcella Ruggiero	6
03/04/17	Messaggero	11 Ticket, revisione formato famiglia	Massi Carla	8
03/04/17	Repubblica Affari&Finanza	32 Focus lavoro - Dal bebè alla badante, le Pmi scoprono i bonus	ch. ben.	10
03/04/17	Repubblica Affari&Finanza	32 Focus lavoro - Welfare 2.0, insieme alla busta paga c'è il biglietto per volare in vacanza	Benna Christian	11
03/04/17	Repubblica Affari&Finanza	33 Focus lavoro - "Un click per scegliere i benefit da un supermarket online questo è il modello del futuro"	ch. ben.	13
03/04/17	Repubblica Affari&Finanza	45 Rapporto imprese - L'infelicità si diffonde tra i lavoratori "Rischia di aumentare l'assenteismo"	Aoi Stefania	15
04/04/17	Corriere della Sera	38 Sanità, addio ai ticket? Si pagherà per reddito - Addio ai ticket?	Sensini Mario	16
04/04/17	La Verita'	21 Dai Merovingi al welfare aziendale Quel che resta del maggiordomo	Sciandivasci Simonetta	18
05/04/17	Giornale	8 Il governo annuncia l'abolizione dei ticket Ma taglia le detrazioni sulle spese sanitarie	...	20
05/04/17	Avvenire	20 Assolombarda. Arriva l'Osservatorio per aiutare il welfare aziendale	Di Turi Andrea	21
05/04/17	Manifesto	1 Renzi e il cavallo di Troia delle mutue contro il diritto alla salute - Renzi e il cavallo di Troia delle 360 mutue	Cavicchi Ivan	22
05/04/17	Sole 24 Ore - Focus	1 L'analisi - Con regole adeguate si riducono i conflitti - L'obiettivo è arginare la medicina «difensiva»	Stefanelli Silvia	23
05/04/17	Sole 24 Ore - Focus	4 Una gestione adeguata per garantire la sicurezza delle terapie - Una gestione adeguata per la sicurezza delle cure	Stefanelli Silvia	24
05/04/17	Sole 24 Ore - Focus	9 Causa al medico? L'onere della prova ricade sul paziente - Con il regime extracontrattuale onere della prova al paziente	Martini Filippo	26
05/04/17	Sole 24 Ore - Focus	10 Ospedali e cliniche devono provare la buona condotta	Martini Filippo	28
06/04/17	Sole 24 Ore Casa24 Plus	17 Flessibilità e wellness per l'ufficio	Casadei Marta	30
06/04/17	Corriere della Sera Innovazione	37 Masterchef? Ora lo organizza l'azienda	a.tr.	31
06/04/17	Corriere della Sera Innovazione	12 Digitale, mi hai cambiato	Cimpanelli Giulia	32

DAL WEB

06/04/17	QUOTIDIANOSANITA.IT	1 Sanità integrativa. Quanta confusione!	...	39
----------	---------------------	--	-----	----

Nel mondo tornano le ipo: mai così tante dal 2007

di Nicola Carosielli

Alivello globale i primi tre mesi del 2017 sono stati i più ricchi di ipo dal 2007. Le offerte pubbliche iniziali sono state 369 per un controvalore di 33,7 miliardi di dollari, il che significa una crescita del 92% del numero di operazioni e del 146% dei volumi rispetto a un anno prima. È questa la fotografia scattata dal report trimestrale elaborato da Ernst&Young dedicato alle ipo. A livello di proventi la borsa americana è risultata la più attiva grazie a due ipo: quella di Snap (la società madre di Snapchat), che con 3,9 miliardi di dollari raccolti è risultato il maggior collocamento in borsa dai tempi della quotazione di Alibaba, e quella di Invito Homes, sbarcata a Wall Street con una raccolta di 1,8 miliardi. L'area Asia-Pacific è risultata quella più dinamica, con il 70% di operazioni e il 48% di ammontare, seguita dall'Emeia (Europe-Middle East-India-Africa) con il 21% di operazioni. Quanto all'Italia, il primo trimestre 2017 ha mostrato un incremento del numero di quotazioni a Piazza Affari rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Nel primo trimestre 2017 sono state quattro le aziende a quotarsi sul segmento Aim, il doppio rispetto alle ipo nello stesso periodo del 2016; sul mercato dedicato alle piccole e medie imprese ad alto potenziale di crescita si sono infatti quotate Telesia (operatore del settore della Go Tv che realizza e gestisce network multimediali, trasmessi in aeroporti e aree pubbliche ad elevata frequentazione, controllato da Class Editori), [Health Italia](#) (attiva nel campo della sanità integrativa che agisce come service provider di società di mutuo soccorso, fondi sanitari e casse di assistenza), Tps (leader di servizi di ingegneria in campo aeronautico) e Orsero (leader nell'Europa mediterranea per l'importazione e la distribuzione di prodotti ortofrutticoli freschi). Se ci si sofferma a osservare le ipo verificatesi a Piazza Affari, si mantiene elevato l'interesse per i settori digitali e ad alto contenuto tecnologico. Pensiamo a Telesia. L'unica matricola sull'Mta è stata Unieuro, cui seguirà Banca Framfactoring, il cui esordio è previsto proprio per oggi. «Tra i driver da considerare nell'aumento delle quotazioni del periodo, oltre che nell'aumento della pipeline di aziende che fanno richiesta di ammissione alla quotazione sui segmenti Mta e Aim», commenta Marco Mazzucchelli, Transaction Advisory Services Leader per l'area mediterranea di EY, «c'è anche la strategia di exit dei fondi di private equity, che potrebbero considerare la quotazione come alternativa alla vendita diretta». (riproduzione riservata)



Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

SMALL CAP

Sul listino Aim l'effetto Pir può portare 1,25 miliardi in cinque anni

(Dal Maso a pagina 6)

È LA STIMA DEI POSSIBILI INVESTIMENTI NEI PROSSIMI CINQUE ANNI CALCOLATA DA IR TOP

Sull'Aim effetto Pir di 1,25 mld

Il mercato sta crescendo. Nei prossimi mesi le nuove quotazioni potrebbero rallentare ma cresce la vivacità sul secondario, colpi di emissioni obbligazionarie e passaggi di società sul telematico

DI ELENA DAL MASO

Dall'inizio dell'anno, quando è partita la normativa sui Pir, i Piani individuali di risparmio, che prevedono la detassazione delle plusvalenze per chi investe a medio termine (cinque anni) nelle piccole e medie imprese, il segmento Aim di Borsa Italiana è cresciuto dell'11,1% (alla chiusura del 3 aprile). L'indice principale di Piazza Affari, il Ftse Mib, è salito nello stesso arco di tempo del 5,2%. Resta ancora lontana la performance dello Star (+22,4%), l'indice che raccoglie le società con particolari caratteristiche di trasparenza, comunicazione e corporate governance. Se ne è parlato ieri durante l'Aim Investor Day a Piazza Affari organizzato da Ir Top consulting, secondo cui l'impatto generato dai Pir sul segmento Aim Italia potrebbe arrivare a 1,25 miliardi di euro nei prossimi cinque anni, come ha spiegato Anna Lambiase, amministratore delegato di Ir Top. «Il peso attribuito alle variabili dinamiche nella nostra valutazione si basa sull'ipotesi di un incremento del numero di ipo», ha detto Lambiase, «ma anche dell'operatività sul secondario con nuovi ricorsi al mercato da parte delle società quotate, in particolare attraverso aumenti di capitale senza diritto di opzione finalizzati a consentire l'ingresso di nuovi investitori e l'aumento del flottante, con effetti positivi sulla liquidità del titolo». L'iniziativa ha visto la presenza di oltre 100 investitori qualificati e l'organizzazione di

oltre 50 meeting. Ampio anche il pubblico di investitori retail, che ha seguito la diretta streaming.

Sono quattro le quotazioni sull'Aim quest'anno, si va da Tps, azienda di servizi per l'elicotteristica (lavora per circa il 70% per il gruppo Leonardo ma sta diversificando rapidamente il suo raggio d'azione e il parco clienti), alla spac Crescita, in cerca della sua business combination, da Telesia (go tv presente negli aeroporti, sugli autobus, nelle metropolitane) a Health Italia, attiva nel settore assicurativo come service provider di società di mutuo soccorso, fondi sanitari e casse di assistenza. Da quanto emerso ieri a Piazza Affari fra gli operatori di settore è possibile che per vedere nuove matricole su Aim Italia (oggi il segmento conta un'ottantina di società) bisognerà attendere il secondo semestre, in particolare l'ultimo trimestre dell'anno, periodo più prolifico anche perché consente una maggiore visibilità sui conti dell'intero anno. Quest'anno poi c'è un motivo in più per attendere, ossia l'effetto Pir che - già evidente sullo Star - dovrebbe aver modo di manifestarsi in maniera più concreta anche sul segmento delle società di piccole dimensioni. tanto più che i dossier che girano in queste settimane tra gli esperti riguardano società che non brillano di particolare carattere innovativo.

Ad ogni modo l'Aim sta crescendo. E se le ipo non sono così frequenti come all'inizio del 2017, c'è più vivacità sul mercato secondario, il post-ipo,

come l'emissione di obbligazioni per sviluppare i progetti di crescita e come il passaggio di qualche società sul mercato telematico (Mta), una volta maturati i requisiti necessari. In estate lo dovrebbe fare Giglio group, attiva nella produzione di contenuti multimediali, mentre Italia Independent, settore fashion, che lo aveva annunciato lo scorso anno, oggi deve affrontare problemi di mancata crescita. E anche Gala, che aveva annunciato l'acquisizione di Eems (già quotata sull'Mta) per effettuare il passaggio, non è più in condizione avendo appena dovuto fare richiesta di concordato preventivo. Si tratta però di pochi casi negativi, perché finora i bilanci 2016 pubblicati da una ventina di società dell'Aim hanno evidenziato un trend di crescita dei ricavi.

Ir Top, nella sua indagine aggiornata sull'Aim, ricorda che le regole relative alla composizione del portafoglio dei Pir prevedono che almeno il 21% del valore complessivo degli investimenti del Pir sia investito in strumenti finanziari emessi da società che non appartengono al Ftse Mib. «A fine marzo l'universo investibile dei Pir in Italia», ha aggiunto Lambiase,



«relativamente al 21% del valore complessivo dell'investimento è formato da 274 titoli che rappresentano una capitalizzazione complessiva di 123 miliardi di euro». In particolare, secondo Ir Top, «è possibile investire in 62 mid cap per una capitalizzazione complessiva di 102 miliardi e in 212 small cap per una capitalizzazione di 21 miliardi». Il mercato Aim Italia è costituito da 79 società che rappresentano il 37% dell'universo delle small investibile (17% in termini di capitalizzazione). Sempre secondo la ricerca, la capitalizzazione del mercato Aim Italia (3,6 miliardi) è circa la metà della capitalizzazione delle small cap dello Star (8 miliardi) e delle small cap del segmento Mta/Miv (7,1 miliardi). Nel triennio 2015-2017 sul listino principale Mta sono approdate 11 nuove società, nello stesso periodo su Aim Italia le quotazioni sono state molte di più, 33, chiaramente di proporzioni più contenute.

Infine i top manager delle principali società che hanno partecipato all'Aim Investor Day 2017 hanno sostenuto, attraverso un sondaggio, l'ipotesi che Milano possa candidarsi a diventare la nuova capitale finanziaria europea post Brexit. Per esempio Fabio Massimo Bombacci, presidente e ad di Elettra, ha detto che sarebbe «un'occasione per rendere onore a Milano. Venendo da Roma sono consapevole della differenza che c'è tra questa città e il resto del Paese». (riproduzione riservata)

I PRINCIPALI INVESTITORI ISTITUZIONALI SULL'AIM ITALIA

Investitore		N° Società Partecipate
◆ Banca Mediolanum	27,5	26
Mediolanum Gestione Fondi Sgr	27,5	26
◆ Efg International	24,6	19
Patrimony 1873	24,6	19
◆ Azimut Holding	19,4	19
Azimut Capital Management Sgr	19,2	18
Compagnie de Gestion Privee Monegasque Sam	0,2	2
◆ Julius Bar Gruppe AG	19,0	17
Kairos Partners Sgr	16,9	15
Kairos Investment Management	2,1	5
◆ Arca Sgr	17,8	18
◆ Momentum Alternative Investments	16,7	12
◆ First Capital	12,0	5
◆ Anima Holding	9,6	7
Anima Sgr	9,6	7
◆ Government of Norway	8,6	5
Norges Bank Investment Management	8,6	5
◆ Banca Ifigest	7,1	13
◆ Amaranto Investment Sim	7,0	24
◆ Pfm Finanziaria	6,5	24
Zenit Sgr	6,5	24
◆ AcomeA Sgr	5,8	26
◆ Assicurazioni Generali	5,5	9
BG Fund Management Luxembourg	4,0	8
Generali Investments Europe Sgr (Francia)	1,5	1

Fonte: elaborazioni IR Top su dati Factset e Società al 31 marzo 2017

GRAFICA MF-MILANO FINANZA

I vincitori del Best ipo innovative project award

Ieri nell'ambito dell'Aim investor day sono stati assegnati i Best ipo innovative project award, ideati da Ir Top e Dit (Department of international trade), alle società quotate sull'Aim che si sono distinte per caratteristiche di eccellenza e innovazione del progetto di quotazione. Ecco i vincitori.

Categoria Best ipo innovative project: Gpi (soluzioni informatiche e tecnologiche nel settore sanitario), Casta Diva (branded content, video virali, contenuti digitali, film ed eventi aziendali) 4Aim sicaf (prima iniziativa di investimento focalizzata sul mercato Aim Italia).

Categoria Aim Pmi Innovativa: Fope (gioielli) e Clabo (vetrine professionali per gelaterie, bar, ristorazione)

Categoria Aim m&a: Elettra (acquisizione di Tholos che ha permesso di ampliare il proprio modello di business nel settore dell'efficienza energetica) ed Enertronica (acquisizione di Elettronica Santerno nel settore degli inverter).

Categoria Aim Fondo Pir: Mediolanum gestione fondi sgr (con oltre 27 milioni di euro di investimento e 26 partecipate è il primo investitore su Aim Italia).



Anna Lambiase



Palazzo Mezzanotte, dove si è tenuto l'Aim investor day
Da inizio anno il mercato Aim è cresciuto dell'11%

Nella manovrina o nel Def fino a mille euro di bonus per ogni lavoratore in caso di accordi di secondo livello

Premi di produttività, sgravi alle imprese

Gentiloni: il governo abbasserà il costo del lavoro

Prende forma la proposta del governo per migliorare la normativa sui premi di produttività, valorizzando la contrattazione di secondo livello. L'idea è fissare un tetto a 3mila euro per le somme incentivanti, tassate, e una decontribuzione a favore delle imprese fino a 800-mille euro. **Servizi e analisi ► pagina 3**

Produttività, sgravi alle imprese

In manovrina o nel Def decontribuzione per Pmi che fanno partecipazione e accordi di secondo livello

Il taglio del costo del lavoro

Nel Piano nazionale riforme previste misure strutturali di decontribuzione

Lavoro femminile

Allo studio incentivi per rendere più vantaggioso il secondo reddito in famiglia

L'INCENTIVO

Per ora l'incentivo sarebbe limitato a 800-1.000 euro annui. Resta l'aliquota fissa al 10% per i redditi dei lavoratori fino a un tetto di 3mila euro

Claudio Tucci

ROMA

Passo dopo passo inizia a prender forma la proposta del governo per migliorare la normativa sui premi di produttività, valorizzando la contrattazione di secondo livello (non solo aziendale, ma anche territoriale) e "incentivando" il coinvolgimento paritetico dei dipendenti nell'organizzazione del lavoro, specie nelle Pmi.

L'idea allo studio dei tecnici di palazzo Chigi e dei ministeri competenti (Mef e Lavoro) è quella di fissare un tetto unico a 3mila euro per le erogazioni delle somme incentivanti, tassate, a vantaggio dei lavoratori, con la cedolare secca al 10%; e contestualmente re-introdurre una sorta di decontribuzione

a favore delle imprese fino a 800-mille euro (della somma elargita), collegata a forme di partecipazione.

Oggi, in base alle regole introdotte dalla scorsa legge di Bilancio, i premi di produttività possono salire da 3mila a 4mila euro in caso di presenza di comitati paritetici; ebbene, secondo i primi dati raccolti dal ministero guidato da Giuliano Poletti, sono state pochissime le imprese (essenzialmente quelle medio-grandi) che hanno elargito premi ai lavoratori di importo superiore ai 3mila euro; e anche gli accordi che hanno previsto un piano di partecipazione sono stati 2.147 (a fronte delle oltre 20mila intese depositate al 13 marzo).

Di qui l'idea di scendere, per tutti, a 3mila euro, e premiare, in un modo nuovo, lo sviluppo della partecipazione, allargando i premi ai lavoratori che oggi non ne godono: «Vogliamo valorizzare la contrattazione collettiva, an-

che quella territoriale, in accordo con il sindacato, perché è l'unico modo di coinvolgere le imprese più piccole - spiega Marco Leonardini, a capo del team economico di palazzo Chigi -. Del resto, il rilancio dei premi di produttività fatto dal governo Renzi ha funzionato, grazie proprio al gradimento delle parti sociali. Si tratta di una leva importante per spingere crescita e competitività, come ci chiede da tempo l'Europa».

Da quanto si apprende, la nuova ipotesi di intervento (3mila euro tassati al 10% per i lavoratori, e decontribuzione fino a 800-mille



euro per l'impresa) sarà discussa con le parti sociali per arrivare a un testo condiviso: già la prossima settimana potrebbero iniziare i primi incontri tecnici per definire le nuove norme, che molto probabilmente saranno inserite nella manovra d'autunno.

In quella sede, potrebbero esserci sviluppi anche sul capitolo "taglio del cuneo". Qui, in vista della presentazione di Defe Pnr, si ipotizzano «misure strutturali» di decontribuzione del costo del lavoro: l'ipotesi principale allo studio dell'esecutivo, caldeggiata dal Pd, è partire con uno sgravio pieno, stile Jobs act, per tre anni a favore del primo impiego, da affiancare, per gli under 35, a una dote di formazione portabile per agevolare nuovi inserimenti occupazionali nei casi di carriere discontinue. Resta da vedere se, in prospettiva, e risorse permettendo, si potrà arrivare a un taglio strutturale del cuneo, per tutti, vecchi e nuovi assunti, da ripartire o in parti uguali imprese-lavoratori, oppure due terzi imprese, un terzo lavoratori.

Sempre sul fronte lavoro, si parla poi da giorni di rafforzare la conciliazione vita-lavoro; e di interventi mirati sui redditi familiari più bassi, con l'obiettivo di rendere "vantaggioso" il lavoro del secondo percettore di reddito (di solito, la donna).

Per il 2017-2018, l'obiettivo è l'effettivo decollo delle politiche attive, con la piena operatività della nuova Agenzia nazionale (Anpal), guidata da Maurizio Del Conte; e dell'assegnazione di Naspi da almeno 4 mesi). Fari puntati, inoltre, sulla transizione scuola-lavoro, con il monitoraggio di alternanza e apprendistato (e il rilancio di Garanzia giovani, l'iniziativa è stata rifinanziata con oltre 700 milioni di fondi Ue, ma i risultati fino adesso sono alquanto modesti).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure allo studio

DEF E PIANO NAZIONALE RIFORME

 PRODUTTIVITÀ	 COSTO DEL LAVORO	 DONNE
Sgravi anche alle imprese L'idea allo studio del governo, da discutere con i sindacati, è quella di fissare un tetto unico a 3 mila euro per le erogazioni delle somme incentivanti, tassate, a vantaggio dei lavoratori, con la cedolare secca al 10%; e contestualmente re-introdurre una sorta di decontribuzione a favore delle imprese fino a 800-mille euro (della somma elargita), collegata a forme di partecipazione, specie nelle pmi	Si parte dal primo impiego In vista della presentazione di Defe Pnr a metà aprile, si ipotizzano «misure strutturali» di decontribuzione del costo del lavoro: qui l'ipotesi dell'esecutivo, caldeggiata dal Pd, è partire con uno sgravio stile Jobs act a favore del primo impiego, da affiancare, per gli under 35, a una dote di formazione portabile per agevolare nuovi inserimenti occupazionali nei casi di carriere discontinue	Incentivi sul secondo reddito Sempre sul fronte occupazione, si sta ragionando sulla necessità di rafforzare la conciliazione vita-lavoro; e di realizzare interventi mirati sui redditi familiari più bassi, con l'obiettivo di rendere «vantaggioso» il lavoro del secondo percettore di reddito (di solito, la donna). Per il 2017-2018 si punta inoltre all'effettivo decollo delle politiche attive

«MANOVRINA»

 ACCISE E EVASIONE IVA	 PACCHETTO CRESCITA	 FONDO POST TERREMOTO
Split payment e tabacchi Il grosso delle risorse per la correzione dei conti dovrà arrivare dall'estensione dello split payment Iva nella Pa alle società controllate, che dal miliardo previsto dovrebbero salire a 1,3-1,4 miliardi. Le sole accise oggetto di ritocchi dovrebbero essere quelle su tabacchi (circa 200 milioni) e, forse, alcolici. Tra le varie opzioni, anche un mini-intervento sul settore dei giochi.	Iperammortamento e fondi Il pacchetto crescita dovrebbe prevedere il prolungamento a tutto il 2018 per la consegna dei beni che beneficiano dell'iperammortamento. C'è poi una regola "acchiappa-fondi", per portare in Italia attività finanziarie dopo la Brexit. Si punta infine al rilancio del direct lending per l'erogazione diretta del credito da parte di assicurazioni, società di cartolarizzazione, Oic e fondi alternativi di investimento.	Risorse per 3 anni La terza gamba su cui poggerà la manovrina, oltre la correzione dei conti e le misure per la crescita, è l'attivazione del fondo triennale per il "post-terremoto" da oltre 1 miliardo l'anno. Sul tema la riunione degli ambasciatori presso la Ue, svoltasi in settimana, ha deciso di puntare a un cofinanziamento al 90%, e non integrale, degli interventi per la ricostruzione.



LA PAROLA CHIAVE

Premi di produttività

● I premi di produttività sono elementi integrativi della retribuzione di base e consistono in pratica in veri e propri compensi aggiuntivi cui, in linea generale, è attribuita natura retributiva. Sono

stati introdotti come incentivi per far partecipare i lavoratori alla crescita della produttività aziendale. Il governo sta studiando una misura per migliorare la normativa sui premi di produttività, valorizzando la contrattazione di secondo livello e "incentivando" il coinvolgimento paritetico dei dipendenti nell'organizzazione del lavoro, specie nelle Pmi.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

Medicina/2

Esami e referti
su Whatsapp
Rischi e benefici

di **Ruggiero Corcella**

«L'esame? Ora lo mando al mio medico su **WhatsApp**»

Pazienti e camici bianchi, anche ospedalieri, comunicano sempre di più attraverso le applicazioni per smartphone. Una scelta che comporta opportunità ma anche rischi

La domanda ricorre non solo negli ambulatori dei medici di famiglia, ma ormai anche nelle stanze dei reparti: «Dottore, posso spedirle l'esito degli esami su WhatsApp?». La trasmissione di informazioni sulla propria salute da parte dei pazienti, infatti, si sta diffondendo anche in ospedale. La conferma del fenomeno arriva dalla ricerca «L'innovazione digitale per i Medici di Medicina Interna», condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, in collaborazione con la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (Fadoi) e Digital Sit, su un campione di 229 Medici di Medicina Interna rappresentativo della situazione nazionale in termini di area geografica, fascia di età e tipologia delle strutture di appartenenza (si veda grafico a fianco). I risultati dell'indagine? «Più di quattro internisti su dieci utilizzano applicazioni come WhatsApp per comunicare con i propri pazienti, anche se non si tratta di programmi strutturati in modo specifico per rispondere alle particolari esigenze della professione, mentre il 29 per cento di quanti ancora non se ne serve manifesta l'intenzione di farlo in futuro».

Insomma, la comunicazione medico-paziente sta ormai diventando a doppio binario, come ammette Antonino Mazzone, responsabile per l'innovazione in Medicina interna di Fadoi. «Lo studio ci dice che circa il 42 per cento dei pazienti interagisce con il proprio medico attraverso WhatsApp — sottolinea Mazzone —. Spesso i malati chiedono l'autorizzazione, altre volte si tratta di una decisione spontanea, lo scopo è quello di inoltrare immagini, comunicare i risultati di esami biologici e strumentali e di terapie. Tutto questo determina un cambiamento sostanziale nel rapporto medico-paziente, che non è regolamentato e può comportare problemi anche di tipo medico legale. Nonostante il rischio insito in tale interazione, i dati dimostrano che questa modalità si sta ulteriormente consolidando, per la facilità, l'immediatezza, il risparmio di tempo, la gratuità della consultazione che comporta e anche perché è in grado di far crescere il rapporto di fiducia».

Ma quali sono i possibili rischi? Da un lato, la possibilità che i dati trasmessi, o comunque presenti su un dispositivo mobile, e siano rubati oppure «criptati» dai cyber criminali (in questo ultimo caso per poi chiedere un riscatto): nel 2016, la sanità è stato il settore che a livello mondiale ha fatto registrare l'aumento più ele-

vato del numero di attacchi informatici. Dall'altro, un parere medico fornito a distanza e sulla base di immagini in qualche modo «non certificate», o addirittura le prescrizione di un farmaco, potrebbero implicare responsabilità di ordine giuridico ancora tutte da studiare.

Si tratta insomma di una «zona grigia» destinata ad allargarsi con la diffusione dell'*information technology*. L'indagine del Politecnico ribadisce che una buona fetta dei professionisti che non utilizza ancora strumenti digitali è interessata a farlo, ma vede ancora barriere di tipo economico (pochi investimenti) e culturale (scarsa conoscenza). «Gli strumenti digitali sono entrati nella quotidianità professionale dei medici internisti, ma il fenomeno deve maturare in termini di convergenza degli strumenti digitali del singolo professionista con quelli messi a disposizione dalle Aziende sanitarie in cui tale professionista opera», afferma Paolo Locatelli, responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità.

«Anche nei temi più di frontiera, come la telemedicina, dove il numero dei professionisti che utilizza questi applicativi è ancora molto basso — aggiunge Gianfranco Gensini, presidente di Digital SIT —, la percentuale di medici che vorrebbero farne uso è elevata, lasciando intravedere potenzialità di crescita enormi».

Secondo il campione intervistato, però, il digitale stenta a decollare a causa di una bassa conoscenza e cultura rispetto a questi temi, e la scarsità di risorse economiche pesa molto di più delle difficoltà legate all'uso della tecnologia. Infatti: ben il 73 per cento vede nell'insufficienza di fondi il limite maggiore all'uso di queste applicazioni. Seguono la limitata conoscenza delle loro potenzialità (47 per cento) e la scarsa cultura digitale indicata dal 43 per cento dei medici internisti.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Formazione

53%

È la quota dei medici di Medicina interna che considera le competenze digitali importanti per la professione. Tutti d'accordo sulla necessità di investire di più nella formazione. Il 32% individua però nel ciclo di studi pre-universitario il periodo migliore per apprendere queste competenze, il

17% ritiene sia invece quello universitario, il 10% preferisce imparare sul campo e il 37% è orientato alla formazione continua. I risultati finali della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità saranno presentati in occasione del convegno che si terrà giovedì 4 Maggio al campus Bovisa, di Milano.

I medici internisti e il dialogo digitale con i pazienti



Il **42%** utilizza applicazioni come Whatsapp per comunicare con i propri pazienti

Il **29%** non se ne serve ma ha intenzione di farlo in futuro

A quale scopo i medici utilizzano gli strumenti digitali (risposta multipla)



consultare referti e immagini

76%



gestire le informazioni di riepilogo sul paziente

47%



diario medico

27%

Quali benefici i medici pensano di ottenere dall'uso degli strumenti digitali (risposta multipla)



una migliore integrazione fra i diversi operatori e le strutture sanitarie

57%



un migliore supporto alle decisioni cliniche

37%

Fonte: L'innovazione digitale per i Medici di Medicina Interna, a cura di Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, del Politecnico di Milano; FADOI e DigitalSIT (2017)

CdS

L'indagine

Ha coinvolto un campione di 229 medici di Medicina interna

Emergenze

L'app (da dottori) che dà risposte immediate

Adesso anche le emergenze si possono affrontare con l'aiuto di una app. La Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (Fadoi) ne ha creata una dedicata alla gestione immediata delle 10 principali emergenze in medicina interna. «Il medico così ha la possibilità di trovare sul suo smartphone le risposte immediate — spiega Antonino Mazzone, responsabile per l'innovazione in Medicina interna della società scientifica — ,

eventuali esami da fare, terapie con farmaci alle dosi corrette, con le scale per valutare e calcolare il giusto dosaggio e con i diagrammi di flusso diagnostico terapeutici. Così è possibile abbattere il rischio di scelte inappropriate o di errori». «Grazie al tempo risparmiato con la tecnologia, medici e infermieri ne avranno di più da dedicare al letto del malato, cioè a quello che è il cuore dell'attività».

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa dello Stato

Ticket, revisione formato famiglia

► Via alla trattativa tra governo e Regioni per riformare la compartecipazione dei cittadini alla sanità pubblica ► Tra le ipotesi allo studio nuovi criteri che tengano conto del numero dei componenti di un nucleo

L'OBIETTIVO È CANCELLARE GLI ATTUALI SQUILIBRI TERRITORIALI SALVAGUARDANDO LE FASCE DEBOLI

NEL 2015 I CITTADINI HANNO SPESO 1,4 MILIARDI ALTRI 1,1 SE NE VANNO PER LE PRESTAZIONI INTRAMOENIA

L'INCONTRO

ROMA Ticket sanitari, primi passi verso la revisione. Per arrivare, come ha annunciato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ad una possibile abolizione. In arrivo, dunque, l'ennesima riforma per la tassa su esami, analisi e visite mediche introdotta nel 1982.

LA TRATTATIVA

Mercoledì, dopodomani, appuntamento tra il ministro e le Regioni. Avvio delle trattative. Obiettivo: tutela delle fasce deboli della popolazione. Quei 12 milioni di italiani che, secondo l'ultimo rapporto del Banco Farmaceutico (ente assistenziale che dà medicine a chi non se lo può permettere) nel 2016 hanno dovuto limitare il numero degli accertamenti per motivi economici. In un anno le richieste di aiuto per le cure al Banco sono aumentate dell'8,6%. Le visite specialistiche ambulatori Asl e ospedali hanno subito un calo del 10% negli ultimi due anni.

LE RISORSE

Tre le ipotesi sul tavolo: la revisione della compartecipazione in base ai componenti della famiglia o alla condizione lavorativa (disoccupazione), il recupero di sprechi, senza tagli, accompagnato da una migliore applicazione della spending review oppure vincolare le risorse per le famiglie numerose, gli anziani fragili, gli invalidi.

La settimana scorsa è stata avviata, in tutta Italia, la petizione popolare per l'abolizione del ticket. Che incidono per tre miliardi di

euro sui 113 del fondo sanitario. Una cifra considerata bassa dalla casse dello Stato ma importante come l'ossigeno nelle Regioni dove la compartecipazione permette di organizzare i servizi base. Senza la tassa, dicono gli amministratori in difficoltà, potrebbero essere necessari dei tagli. Lo squilibrio tra le diverse realtà regionali ha sicuramente portato ad un forte gettito da parte di alcune come la Valle d'Aosta e un magro gettito da altre come la Sicilia. Cifre che, per le famiglie, vogliono dire 50 euro a persona in Valle d'Aosta, 40 nel Lazio, 36 in Toscana 10 in Campania e 9 in Sicilia. La media nazionale è di 23 euro a testa. Come documenta il rapporto Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari.

LE ESENZIONI

Circa 1,4 i miliardi di euro sborsati dagli italiani nel 2015 per i ticket. Cifra alla quale vanno aggiunti gli 1,1 miliardi pagati per l'intramoenia.

Qualunque strada decidano di seguire durante l'incontro di mercoledì certo è che le esenzioni dovranno essere messe sotto la lente. Proprio in questi giorni, nella maggior parte delle Regioni, stanno scadendo le autocertificazioni per reddito. Questo significa che coloro che nel 2016 avevano presentato l'autocerti-

ficazione ora sono invitati a verificare la correttezza della nuova posizione economica, che è stata assegnata, invece, in base all'incrocio dei dati con l'Agenzia delle entrate.

L'ipotesi è che le regioni del Sud si trovino zavorrate dalle esenzioni che sono per patologia, invalidità o reddito-età. Riguardano chi ha meno di 6 anni o più di 65 e un reddito familiare sotto i 36mila euro all'anno. In alcune zone del Sud circa l'80% di coloro che si rivolgono al servizio sanitario hanno un certificato di esenzione.

I PREZZI

La Campania incassa circa 56 milioni di euro l'anno dalla piccola tassa su visite ed analisi mentre l'Emilia Romagna, che ha un milione di abitanti in meno, conta su un ticket di 159 milioni annui.

«Togliere tre miliardi al fondo sanitario - sono le parole di Antonio Saitta coordinatore degli assessori regionali alla Sanità - potrebbe rappresentare un problema. Vorrebbe dire dover ridurre l'attività nell'ambito dello stesso fondo per la sanità. Importante è arrivare ad una omogenizzazione del sistema su tutto il territorio nazionale. I ticket sugli esami diagnostici sono alti e questo porta ad una concorrenza del privato che offre prezzi sempre più bassi. E un punto sul quale dobbiamo intervenire presto».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

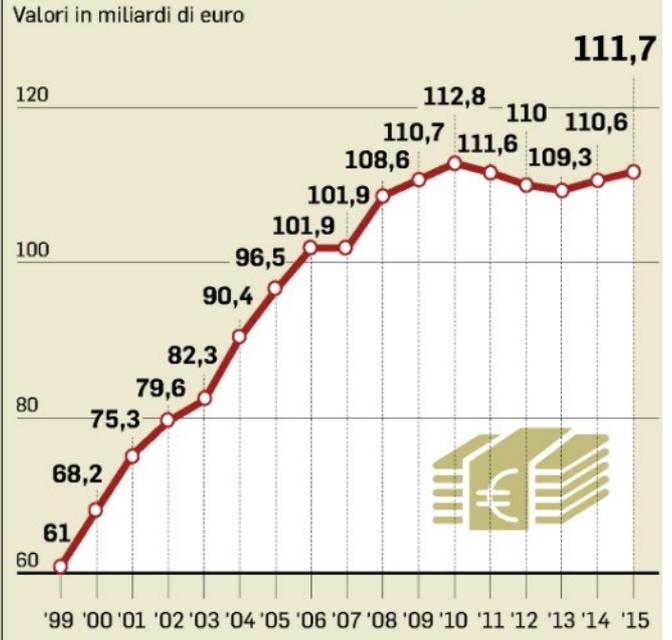


QUANTO SPENDONO GLI ITALIANI

Valori in migliaia di euro	Ticket	Prestazioni intramoenia
■ Piemonte	120.766	112.582
■ Valle d'Aosta	6.138	2.788
■ Lombardia	227.982	236.175
■ Provincia aut. Bolzano	19.471	2.706
■ Provincia aut. Trento	19.465	10.893
■ Veneto	177.851	115.669
■ Friuli Venezia Giulia	45.343	26.550
■ Liguria	42.544	38.033
■ Emilia Romagna	159.785	133.736
■ Toscana	137.463	109.977
■ Umbria	28.168	14.046
■ Marche	42.680	37.341
■ Lazio	118.597	113.527
■ Abruzzo	35.235	15.626
■ Molise	5.091	4.429
■ Campania	56.730	45.269
■ Puglia	50.657	34.727
■ Basilicata	10.514	4.403
■ Calabria	26.707	9.616
■ Sicilia	44.358	36.482
■ Sardegna	28.381	13.820
ITALIA	1.403.626	1.118.395

Fonte: Agenas

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN ITALIA



ANSA centimetri



Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin

focus lavoro

(IL TREND)

Dal bebè alla badante, le Pmi scoprono i bonus

SECONDO IL RAPPORTO PROMOSSO DA GENERALI E PRESENTATO LA SCORSA SETTIMANA ALLA LUISS, SU 8MILA CONTRATTI CON PREMI DI RISULTATO SIGLATI NEL 2016, OLTRE LA METÀ (4.100) PREVEDE MISURE DI WELFARE AZIENDALE

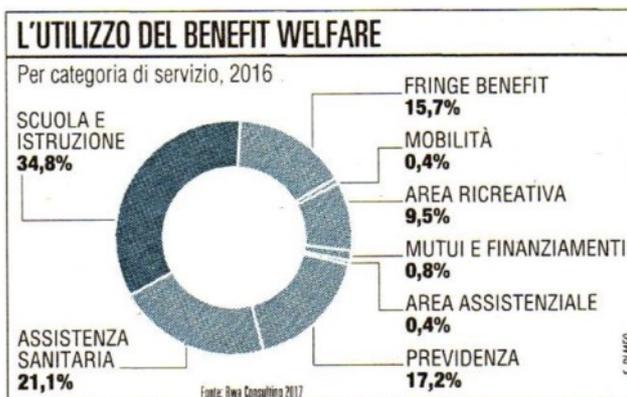
La buona scuola secondo Berto's comincia in fabbrica. Nell'accordo integrativo dell'azienda di Padova, specializzata in attrezzature professionali per la cucina, sono previsti i rimborsi per l'acquisto dei libri scolastici dei figli dei dipendenti così come contributi all'istruzione, dalle spese per l'iscrizione all'asilo fino all'università. La società fondata nel 1973 da Giorgio Berto, che oggi fattura circa 21 milioni di euro, è tra i pionieri del welfare aziendale in Italia, ma non è l'unica tra le Pmi ad aver lanciato programmi del genere. Basti pensare al bonus bebè di Brazzale, dal 1784 produttore di formaggi, che ha deciso di sostenere la natalità dei 500 dipendenti concedendo uno stipendio più, circa 1.500 euro, a chi fa figli. C'è poi il caso del Colorificio San Marco che ha adottato una piattaforma informatica per gestire un'ampia gamma di benefit, dalle spese per la salute fino ai campus estivi e ai corsi di lingue, offerti ai 230 dipendenti. Ecco il secondo welfare in formato più piccolo e a portata di Pmi, dove la ricerca della produttività si coniuga con salari aggiuntivi convertiti in benefit. Secondo il nuovo rapporto Welfare Index Pmi, promosso da Generali e presentato la scorsa settimana all'Università Luiss di Roma, su 8mila contratti con premi di risultato siglati nel 2016, oltre la metà (4.100) prevede misure di welfare aziendale.

Per le Pmi il welfare aziendale non è più uno sconosciuto. E la sua diffusione territoriale è a macchia di leopardo, senza troppe distinzioni geografiche: la sanità integrativa, ad esempio, è stata adottata da almeno un'azienda nel 35,6% dei casi da Pmi del Nord; nel 34,3% al Centro e nel 33,5% al Sud. La dimensione aziendale, invece, all'interno del mondo delle Pmi, conta eccome. Nella sanità integrativa il tasso di attività delle imprese con numero di addetti fra 100 e 250 è tre volte superiore a quello delle imprese con meno di 10 addetti, sottolineando così il gap che separa le medie dalle piccole. Il

che si spiega facilmente: le più piccole non fanno contratti di secondo livello, dove interviene la defiscalizzazione prevista dalla legge. Tuttavia, anche grazie alle iniziative delle reti di impresa, le cose stanno cambiando. Attraverso il monitoraggio di 3400 imprese su 600 mila Pmi presenti sul territorio, il Welfare Index di Generali rivela che la percentuale di quelle che hanno allargato lo spettro di intervento sul welfare è quasi raddoppiata passando dal 9,8% del 2016 al 18,3% del 2017. Viaggia forte la sanità integrativa, scelta dal 46% delle imprese monitorate rispetto al 39% dello scorso anno. In crescita anche la conciliazione vita-lavoro, soluzione adottata dal 31% delle imprese mentre il 22% ha puntato su iniziative di flessibilità di orario e organizzazione del lavoro (lavoro a distanza, estensione congedi maternità e paternità).

Anche le imprese più piccole che non hanno accordi di secondo livello, provano a fare sinergia per accedere a servizi di welfare aziendali condivisi. Almeno questo è il senso dell'intesa raggiunta da Unindustria Treviso con i sindacati territoriali del settore metalmeccanico Fim, Fiom e Uilm. L'accordo prevede di poter introdurre forme di retribuzione legate ai risultati e agli obiettivi delle imprese. A Brescia e in Trentino la strada imboccata è quella delle reti di impresa per rendere più agevole e meno oneroso l'accesso ai piani di welfare. Welstep, promossa dall'associazione industriale bresciana, è la prima rete di impresa, a cui aderiscono 13 aziende come Cromodora Wheels, Rubinetterie bresciane Bonomi, Traflerie Carlo Gnutti, per un totale di 2.100 addetti coinvolti, che si pone l'obiettivo di portare il welfare aziendale nelle piccole e medie aziende. L'idea di fondo è quello di fare massa critica per organizzare, in modo coordinato, piani aziendali con economie di scala, per portare i benefit anche nelle Pmi. Confindustria Trento ha lanciato #WelfareTrentino: una rete d'impresa che prova a mettere a sistema esperienze di welfare aziendale per favorire una più diffusione sul territorio. Hanno sottoscritto il contratto di rete: Arcese Trasporti, Dalmec, Edizioni Centro Studi Erickson Spa, Gpi Group, Lizard, Vetri Speciali, Zobe Group. (*ch.ben.*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La maggior parte dei benefit viene impiegata per **scuola e istruzione**



focus lavoro

Welfare 2.0, insieme alla busta paga c'è il biglietto per volare in vacanza

NON SOLTANTO PREVIDENZA E SPESE MEDICHE. IL SALARIO ACCESSORIO SI RIEMPIE DI BENEFIT PER LA FAMIGLIA, DI CONCILIAZIONE DEI TEMPI VITA-LAVORO E DI SERVIZI PER MOMENTI RICREATIVI E DI SVAGO. IL 2017 ANNO DELLA SVOLTA. IL TREND È PERSONALIZZARE L'OFFERTA
Christian Benna

Milano

Edesso l'azienda riempie la busta paga di biglietti del cinema, ingressi alle terme e soggiorni estivi per tutta la famiglia. Ecco il salario accessorio del lavoratore 2.0 ai tempi dei "flexible benefits", dove i premi di produttività e di risultato si convertono in un ampio ventaglio di servizi che vanno ben oltre la conciliazione vita — lavoro comprendendo contributi anche per i momenti di svago.

Fino a qualche anno fa il Welfare aziendale era una "gentile concessione" dell'azienda, una scelta spesso unilaterale, dai tratti quasi paternalistici sul modello olivettiano o di mamma Fiat degli anni cinquanta, e che riguardava soprattutto la previdenza e le spese mediche o quei benefit complementari alla vita lavorativa, dall'auto aziendale ai buoni pasto. Oggi lo scenario è completamente cambiato. E il welfare aziendale è diventato uno strumento di competitività, un elemento distintivo di *brand reputation* e decisivo per attrarre e trattenere i migliori talenti. E quindi il carrello della spesa dei servizi a disposizione del lavoratore si riempie di soluzioni creative e tagliate su misura del lavoratore.

Tant'è che il 2017, concordano gli esperti, sarà l'anno di svolta per il settore, che entrerà a pieno titolo nelle dinamiche di mercato. Il perché appare chiaro leggendo i dispositivi di legge inseriti nella finanziaria 2017, in cui il welfare aziendale amplia la sua platea di beneficiari (a tutti i dipendenti fino a 80 mila euro di stipendio annuale), aumenta il tetto di sgravi (fino a 4.000 mila euro), ed estende il numero di servizi detassabili. In sostanza l'azienda si trova in mano un tesoretto da poter

inserire nella contrattazione di secondo livello, sotto forma di premi produttività, senza incidere sul costo del lavoro.

Fin qui tutto bene. Il problema scaturisce nella scelta dei servizi da offrire ai dipendenti, a seconda delle loro esigenze. Secondo le stime dell'Adp, l'Associazione italiana per la direzione del personale, la maggior parte delle aziende, circa l'81%, preferisce ancora oggi gestire in proprio l'offerta di servizi, mentre solo il 18% si affida a provider di servizi. La gestione *in house* non sempre si rivela vincente. Lo dimostra il caso dei dipendenti dell'Electrolux di Susegana che non hanno accettato il welfare aziendale sotto forma di buoni pasto e piccoli doni in elettrodomestici come sostitutivo della liquidità.

Insomma se gestito in modo approssimativo il welfare aziendale rischia di diventare un boomerang che scontenta tutti. L'allargamento della base detassabile dovrebbe però convincere molte imprese a farsi aiutare da professionisti del settore.

Un'indagine di Rwa consulting — realizzata su un campione di 128 aziende che hanno attivo un piano welfare nel 2016 — ha messo in luce la tendenza alla personalizzazione di questi servizi. E infatti uno degli elementi chiave dell'analisi è che stanno crescendo a doppia cifra le richieste di benefit nell'area ricreativa e nella conciliazione vita-lavoro. Certo, il 70% dei benefit erogati riguarda ancora sanità, istruzione e previdenza, tutte quelle aree in cui lo stato sociale fatica a mantenere servizi adeguati. Ma il quadro è molto dinamico e cambia a seconda della componente anagrafica della popolazione aziendale. Nella fascia di età compresa tra 18 e 25, parte ricreativa e fringe benefits valgono il 79% del totale dei servizi erogati, in quella 26 e 30 anni il 64%. Godono di successo anche i servizi dedicati alla famiglia soprattutto ai figli.

Secondo un'inchiesta realizzata da Doxa-Endered, tra i servizi più interessanti per i lavoratori ci sono le agevolazioni commerciali (90%), la flessibilità dell'orario

(84%), servizi per i figli dei dipendenti (81%). In particolare viaggiano a ritmi sostenuti l'acquisto dei libri scolastici e il rimborso delle spese universitarie

Al di là degli elementi di tendenza generazionale o legati alla congiuntura economica, emerge in modo netto l'esigenza per i lavoratori di godere di un'ampia tipologia di benefit, per poi selezionarli a seconda dei vari momenti della vita. Il welfare aziendale, grazie ai suoi sgravi, sta prendendo piede soprattutto nei settori che hanno bisogno di aumentare la produttività ma dispongono di poca liquidità come contropartita nella negoziazione salariale.

Nell'ambito delle classi di impresa è la manifattura che fa il maggiore utilizzo (il 30%) di flexible benefits, davanti ai servizi finanziari (16%), media e telco (13%), consulenza (10%), commercio (6%). La diffusione del welfare aziendale in Italia è tuttavia trasversale e riguarda tre aziende su quattro. Lo stima l'indagine "Il futuro del welfare aziendale dopo la legge di stabilità 2016", promossa da QUI! Group e realizzata in collaborazione l'Associazione Italiana per la direzione del personale. Il report rivela che il 71,4% delle aziende del campione analizzato presenta al proprio interno uno o più servizi di welfare. Le imprese del Nord Ovest risultano quelle più dinamiche nell'abbracciare piani di welfare aziendale.

Le categorie che beneficiano maggiormente di questi servizi sono quadri e impiegati (oltre il 65% dei casi), mentre gli operai sono all'ultimo posto (46,7%). Se si escludono le mense e buoni pasto e gli orari flessibili, le categorie di benefit più diffuse sono: l'assistenza sanitaria (42,5%), le convenzioni e agevolazioni al consumo (35,2%), i



permessi di paternità (25%), i benefit per lo studio dei figli (23,2%) e lo Smart working (22,9%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Viaggi e vacanze per tutta la famiglia. I piani di **flexible benefit** si riempiono di offerte per migliorare la qualità del tempo libero

Istruzione e cultura, offerte per conciliare i tempi di lavoro con quelli del tempo libero, **il welfare** non è più solo assistenza medica integrativa e poco altro. Per gli esperti "maggiore è l'offerta, maggiore il successo dei piani"

focus lavoro

[L'OPINIONE]

“Un click per scegliere i benefit da un supermarket online questo è il modello del futuro”

PARLA FEDERICO ISENBURG, CEO DI EASY WELFARE. PRIMI A DOVER ESSERE FLESSIBILI I PROVIDER DELLE AZIENDE CHE METTONO A PUNTO LE PROPOSTE ATTRAVERSO UN'ESTESA PLATEA DI FORNITORI DI FIDUCIA IL SISTEMA FUNZIONA SE OFFRE TANTI PRODOTTI ED È DI FACILE FRUIZIONE

Milano

«Il welfare aziendale? Lo immagino come una grande piattaforma di e-commerce, dove il lavoratore scorre agevolmente i prodotti in vetrina e poi “acquista” quei beni e servizi che desidera con un semplice click». Non ha dubbi Federico Isenburg, Ceo di Easy Welfare: nel campo dell'erogazione dei “flexible benefits”, i primi a dover essere flessibili sono i provider di servizi, coloro che, come Easy Welfare, mettono a punto l'offerta attraverso un'amplia platea di fornitori di fiducia. Per funzionare l'e-commerce ha bisogno di due condizioni: grande disponibilità di prodotti in vetrina, e facilità di fruizione, quindi di consegna. Il welfare aziendale non è poi così diverso. Anzi, per essere efficace deve muoversi con le stesse logiche di Amazon o Zalando.

Se lo scaffale virtuale dei benefit è esiguo o concentrato in poche categorie di beni o servizi, ad esempio solo nella salute o nell'istruzione, molti dipendenti — magari i più giovani — potrebbero sentirsi esclusi, ritenersi insoddisfatti e perciò non comprare niente. Tutti i vantaggi del welfare aziendale, da quello fiscale fino all'aumento del poter di acquisto e della produttività, verrebbero meno per colpa di una comunicazione sbagliata e di una gestione dello scaffale poco accorta.

Secondo Isenburg è in gio-

co lo sviluppo stesso del welfare come forma alternativa di retribuzione. «L'azienda sbaglia se intende erogare servizi standard a persone particolari. I benefit vanno tagliati su misura. E tutto ciò richiede un grande sforzo organizzativo. In caso contrario si rischia di ritrovarsi con dipendenti che rifiutano il welfare e che vogliono di tornare ai premi di produzione in liquidità».

Insomma per far girare la giostra del welfare aziendale, i provider di servizi devono diventare supermarket di welfare. «Dentro ci deve essere di tutto: dalle cure odontoiatriche ai biglietti per il teatro o al soggiorno alle terme. La popolazione che compone l'organigramma di ogni azienda, anche la più piccola, è molto variegata. Se l'impresa vuole offrire premi di produttività sotto forma di servizi deve venire incontro alle singole esigenze». Attraverso queste coordinate Easy Welfare sta strutturando la sua offerta che oggi abbraccia oltre 3.500 fornitori di servizi. «Sono davvero tantissimi — dice il Ceo di Easy Welfare — Ma intendiamo aumentare ulteriormente l'offerta perché ci rendiamo conto che l'innovazione dei servizi offerti è il vero driver del Welfare aziendale».

Nell'ultima legge di stabilità ci sono le premesse normative e le agevolazioni che puntano a far decollare il welfare aziendale nel nostro Paese. Che così diventerà un elemento competitivo per le aziende come già accade nel Regno Unito, dove i benefit offerti definiscono spesso il grado di attrattività di un'impresa rispetto a un'altra. «Adesso — continua Federico Isenburg — sta a noi provider di servizi e alle aziende costruire un mercato competitivo. E sarà il grado di apprezzamento

dei dipendenti a dire chi sta operando bene o male».

Andare incontro ai lavoratori è l'idea alla base del “Welfare sotto l'albero”, l'iniziativa della società milanese dedicata alle aziende clienti e ai loro dipendenti. Per le festività 2016, il piano Easy Welfare edizione Natale, ha lanciato un panel di servizi divisi in quattro categorie: tempo libero, viaggi, shopping, salute e benessere. Il singolo dipendente ha avuto la possibilità di scegliere il proprio regalo tra brand diversi brand e piattaforme: Amazon, Boscolo, Volagratis, Emozioni Esclusive, Zalando, Decathlon. Il welfare aziendale segue anche le stagionalità. Per farlo Easy Welfare ha puntato sullo sviluppo di una piattaforma “user friendly” che funziona alla stregua di una piattaforma di e-commerce. «La semplicità di fruizione dei servizi è centrale. Se il meccanismo è complicato il lavoratore lascia perdere».

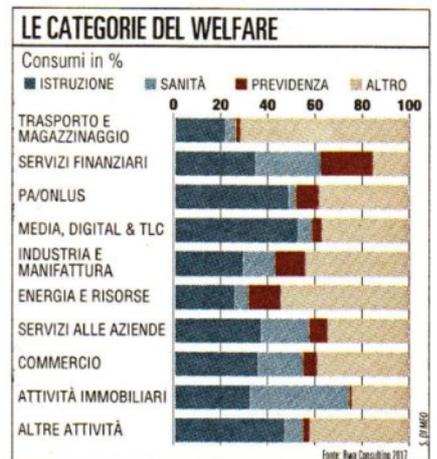
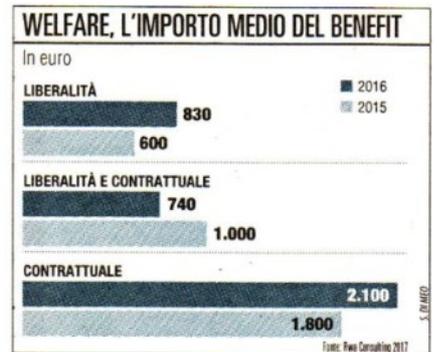
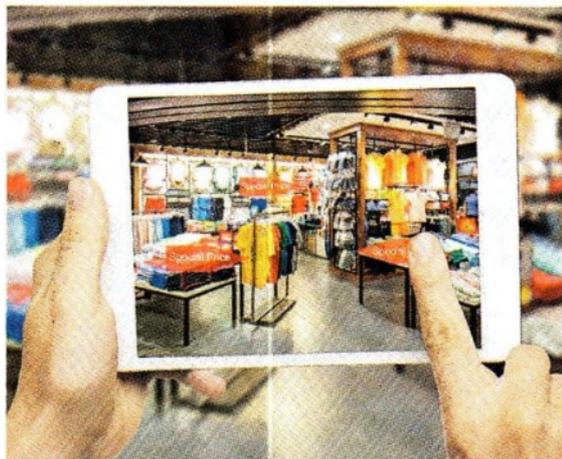
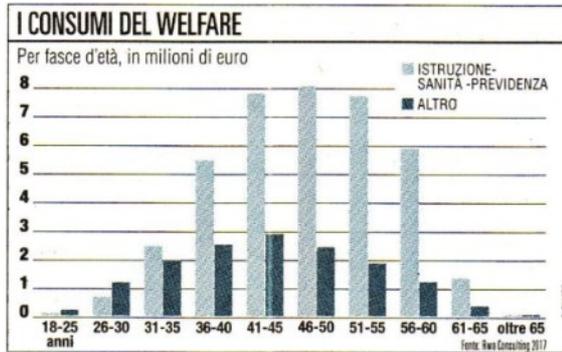
Nel 2016 Easy Welfare ha chiuso il bilancio con 5 milioni di fatturato per una crescita del 50% rispetto all'anno precedente. E il 2017 dovrebbe proseguire con tassi di sviluppo a doppia cifra. Per sostenere le strategie di espansione dei prossimi anni la società milanese sta pensando di ampliare ulteriormente l'offerta, non solo dal punto di vista dei contenuti e dei servizi, ma anche in quello tecnologico. In agenda c'è anche l'ipotesi di qualche acquisi-



zione mirata. «Siamo partiti nel 2007 con 5 dipendenti. Oggi siamo 120 e contiamo di assumere altre 20 persone nel corso del 2017. Perciò cresceremo soprattutto per linee interne pur valutando l'ipotesi di svilupparci per linee esterne».

I piani di Easy Welfare sono ambiziosi e si intrecciano anche con la volontà di diventare punto di riferimento e cartina tornasole del Welfare aziendale. La società milanese ha lanciato il Welfare Awards, un riconoscimento che verrà assegnato a giugno ai migliori piani Easy Welfare adottati dai clienti. «Oltre al premio in sé — conclude Isenburg — l'iniziativa intende scandagliare a fondo il mercato per raccontare le tendenze e le richieste che arrivano da parte delle aziende e dei lavoratori». (ch.ben.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Federico Isenburg, ceo di Easy Welfare. Nel 2016 l'azienda ha chiuso il bilancio con 5 milioni di fatturato in crescita del 50 per cento sul 2015

[LA NOTIZIA]

Gli operatori del settore fanno squadra, nasce l'associazione Aiwa



Il welfare aziendale prova a fare squadra. I primi nove operatori del settore hanno costituito Aiwa, l'associazione italiana welfare aziendale per promuovere la cultura dei flexible benefits e del wellness delle persone in azienda. Sono Aon Hewitt, Cir-Food, Day, Easy Welfare, Endered, Eudaimon, Mercer, Sodexo, Willis Towers Watson, realtà che messe insieme rappresentano il 90% del mercato del provider di servizi di Welfare aziendale. Alla presidenza di Aiwa è stato eletto Emmanuele Massagli, già alla guida di Adapt, l'associazione fondata

da Marco Biagi che si occupa di studiare il lavoro e le relazioni industriali, e docente di pedagogia del lavoro e di Welfare della persona all'Università degli studi di Bergamo. Aiwa — spiega in una nota l'associazione — si candida a ad essere "l'interlocutore privilegiato di istituzioni, politica e parti sociali per l'individuazione delle soluzioni legislative, amministrative e pattizie favorevoli alla maturazione condivisa delle politiche di welfare attivabili in ogni luogo di lavoro". (ch.ben.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

RAPPORTO IMPRESE

L'infelicità si diffonde tra i lavoratori "Rischia di aumentare l'assenteismo"

L'INSODDISFAZIONE IN AZIENDA È PER LA PRIMA VOLTA IN CRESCITA DAL 2012 A LIVELLO GLOBALE. E IN ITALIA LE COSE VANNO ANCHE PEGGIO. TALVOLTA I DIPENDENTI SI SENTONO TRATTATI IN MODO INGIUSTO. MA IN CIMA ALLE PAURE C'È QUELLA DI PERDERE IL POSTO CAUSA PROGRESSO TECNOLOGICO

Stefania Aoi

Milano

C'è una certa insoddisfazione in giro per il mondo. E colpisce anche chi un lavoro ce l'ha e ha paura di perderlo, magari per colpa del progresso tecnologico. O chi si sente trattato in modo ingiusto e attorno a sé vede sorgere nuove barriere che rendono difficile andare a cercar fortuna altrove, in un altro paese. Questa 'infelicità', che poi si traduce in disimpegno del lavoratore in azienda, è stata misurata e, per la prima volta dal 2012, è in aumento a livello globale. Solo sei lavoratori dipendenti su dieci sono soddisfatti della propria condizione (il 63 per cento contro il 65 del 2015). E in Italia questa percentuale è ancora più bassa. Siamo sotto la media con appena poco più della metà della forza lavoro che mostra di farsi in quattro per l'impresa in cui presta servizio (il 57 per cento, in calo di 6 punti dal 2015). A dirlo è la 'Global Trends on Employees Engagement', un'indagine condotta dalla Aon Hewitt, società del Gruppo Aon specializzato nella consulenza dei rischi e delle risorse umane. Questa multinazionale si è rivolta a un campione di 5 milioni di lavoratori, ascoltando la loro opinione sulle mille

impresse nelle quali erano impiegati, misurando la volontà di restare o di trovare di meglio e il livello di sforzi fatti per rendersi utili all'azienda.

L'impressione, un po' come in un vecchio film di Charlie Chaplin, è che la maggior parte dei dipendenti si veda sempre più spesso sacrificata sull'altare del progresso e del profitto. In un mondo sempre meno umano che non lascia via di fuga, anche alla luce della vittoria dei populistici in paesi come gli Stati Uniti e il Regno Unito (che ha votato per la Brexit). E questo 'sentire' non è un bene per nessuno. «L'insoddisfazione in azienda può procurare effetti negativi come un maggiore turnover dei lavoratori, un aumento dell'assenteismo e una minore soddisfazione dei clienti», ha commentato Enrico Vanin, amministratore delegato di Aon Hewitt Risk & Consulting. Al contrario, se i dipendenti sono soddisfatti, «migliorano le performance finanziarie, la capacità di attrarre talenti e di fidelizzare nuovi clienti». Proprio uno studio di Aon del 2013 dimostra che l'aumento di 5 punti percentuale della soddisfazione del lavoratore porta ad un aumento del fatturato di 3 punti percentuali per l'anno successivo.

Certezza nell'impiego o quanto meno sicurezza economica è ciò che tutti cercano. Anche qui in Europa. Proprio il Vecchio Continente è all'ultimo posto nel mondo per soddisfazione percepita. Con qualche eccezione. Il Paese europeo con i dipendenti più felici è la Danimarca (il 67 per cento in crescita di 18 punti rispetto al 2015), seguita dalla Finlandia (il 57 per cento in aumento di 17 punti). La Norvegia invece registra le

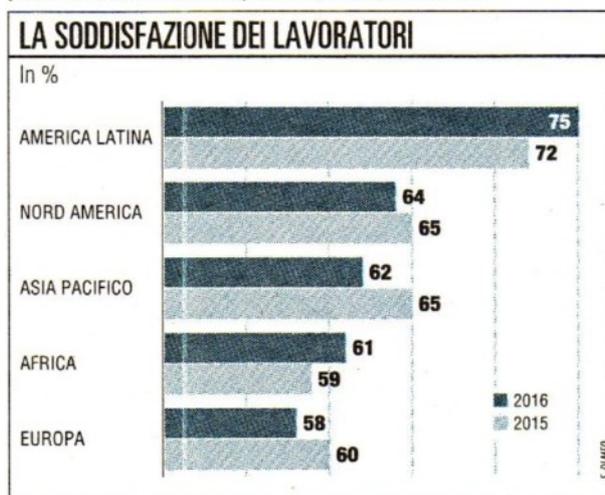
performance peggiori (il 54 per cento in calo dell'11).

Secondo il Financial Times del 7 marzo scorso, persino in un'Olanda che si apprestava ad andare al voto, il clima era quello di un'insoddisfazione diffusa. Nonostante in quel paese lo stipendio medio sia di "circa 53mila dollari, ovvero del 38 per cento più alto che in Spagna e in Italia". E nonostante un welfare che altri paesi possono solo sognare. Eppure a causa della grande crisi economica "la qualità del lavoro è in declino", "e un giovane su quattro ha un'occupazione temporanea". Inoltre anche se la disoccupazione è passata a gennaio scorso "dal 5 per cento al 3 per cento", è più alta di quanto non fosse prima del 2008.

I dipendenti sembrano invece più felici nei paesi dove le condizioni di vita erano peggiori in passato. In America Latina, secondo Aon, la soddisfazione è passata dal 72 per cento del 2015 al 75 per cento del 2016. L'indagine mette inoltre in luce come questa rimanga al di sopra della media globale. In Asia, malgrado il calo di engagement dei dipendenti, passato dal 65 per cento nel 2015 al 62 nel 2016, il livello di attaccamento all'azienda resta superiore a quello europeo. Il Nord America vede invece soddisfatto il 64 per cento dei lavoratori (-1 per cento). Dietro questi macro numeri si nascondono poi i dettagli. Se è vero che sei dipendenti su dieci al mondo sono contenti di ciò che hanno. Di questi appena due (un 24 per cento del campione) affermano di esserlo in modo pieno. Quattro (39 per cento) si definiscono moderatamente soddisfatti. E niente di più.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'insoddisfazione sul posto di lavoro rischia di alimentare il **disimpegno** degli impiegati. Fenomeno più accentuato in Italia rispetto alla media mondiale



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Tassa sulla salute Piano della ministra Lorenzin

Sanità, addio ai ticket? Si pagherà per reddito

di **Mario Sensini**

La ministra Lorenzin torna all'attacco con il piano per scardinare il sistema dei ticket sanitari. L'idea di fondo è: bisogna far pagare un po' di più i ricchi per garantire l'assistenza sanitaria ai più poveri. Per questo motivo una delle ipotesi allo studio prevede proprio l'addio ai ticket: si pagherà dunque per fasce di reddito.

a pagina 38

Addio ai ticket?

Allo studio detrazioni legate al reddito e nuove soglie di esenzione. Domani Lorenzin incontra le Regioni

Il ministro

«I ticket valgono tre miliardi sui 113 miliardi del Fondo sanitario nazionale»

ROMA Far pagare un po' di più i ricchi per garantire l'assistenza sanitaria a tutti i più poveri. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è pronta a tornare alla carica per scardinare il sistema dei ticket sanitari. Un meccanismo introdotto alla fine degli anni 80 dal governo De Mita per assicurare la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica che in quegli anni stava esplodendo, ma che oggi, tornato il sistema in equilibrio economico, secondo il ministro sta diventando un ostacolo insormontabile per l'accesso alle cure delle categorie più deboli della popolazione.

«I ticket valgono tre miliardi sui 113 del Fondo sanitario nazionale, c'è il margine per eliminare la tassa sulla salute» ripete la Lorenzin ai suoi collaboratori. Domani il ministro

vedrà i governatori delle Regioni, che appoggiano senza riserve il suo piano. Purché, ovviamente, non si traduca in un aggravio della spesa a loro carico. Sul tavolo del ministero domani ci saranno dunque alcune ipotesi concrete di intervento, tutte in qualche modo "compensative".

Nuove detrazioni

La prima, che rischia però di essere difficile da percorrere, sta a monte dei ticket, e riguarda la riforma delle detrazioni fiscali per i farmaci e le spese mediche. Oggi tutti i contribuenti possono detrarre dalle imposte versate il 19% di queste spese. Si potrebbe pensare di scalettare le aliquote in funzione del reddito personale, fino ad annullare la detrazione per i redditi oltre una certa soglia. Il risparmio che ne deriverebbe servirebbe per eliminare i ticket. Ma la detrazione ha anche un altro problema, perché taglia fuori gli incipienti, cioè chi non paga tasse o ne paga talmente poche da non poter

beneficiare dello sconto fiscale. A meno di non trovare una forma per monetizzarle, la revisione delle detrazioni sembra complessa. L'altra strada, sempre a monte dei ticket, è quella di individuare una franchigia in base al reddito. Superata la franchigia (che sarebbe più alta per i redditi bassi e ridotta o annullata per quelli più alti) le prestazioni eccedenti sarebbero a pagamento.

Le soglie di esenzione

Altra ipotesi sul tavolo è quella di rivedere le soglie di esenzione, che valgono circa 8 miliardi di euro, spostandole verso le fasce più deboli, i poveri e gli anziani. Oggi sono esenti dai ticket su pronto soc-



corso e prestazioni specialistiche gli anziani con oltre 65 anni e un reddito non superiore a 35 mila euro (che potrebbe essere ridotto), i disoccupati e i loro familiari a carico con un reddito non superiore a 8.500 euro (che potrebbe essere aumentato), i titolari di pensione sociale e i pensionati al minimo oltre i 60 anni.

Tagli di spesa

Per finanziare l'eliminazione del ticket si considera infine l'ipotesi di avviare una nuova tornata, finalizzata, di revisione della spesa sanitaria. La responsabilità di manovra sarebbe delle singole regioni, che del resto amministrano autonomamente il ticket sulla spesa farmaceutica (quello statale non esiste più), sulle prestazioni specialistiche e sugli accessi al pronto soccorso, utilizzato per far quadrare i conti dei singoli sistemi regionali.

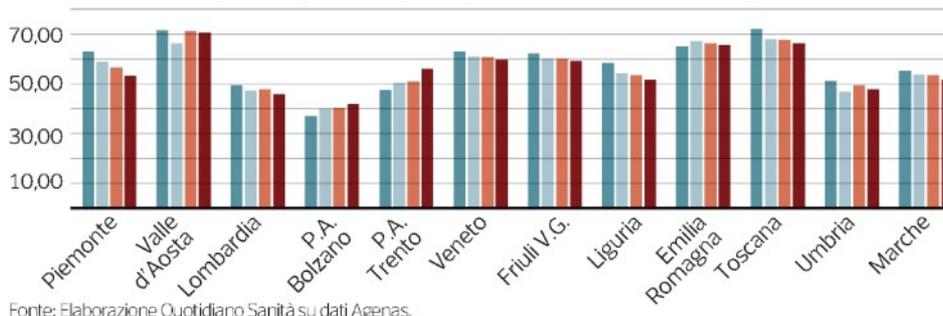
Con risultati un po' discutibili, visto che il ticket pesa molto nelle regioni più ricche (32 euro l'anno di media a testa in Veneto e appena 8,2 euro in Sicilia). «Dobbiamo arrivare ad omogeneizzare il sistema su tutto il territorio nazionale» dice il coordinatore degli assessori regionali alla sanità, il piemontese Antonio Saitta.

Secondo i dati diffusi proprio ieri da Eurostat il 6,5% degli italiani (che oltre ai 3 miliardi di ticket ne spendono altri 40, privatamente, per la sanità) non riesce più a soddisfare i bisogni sanitari a causa dei costi troppo elevati: tra i Paesi della zona euro solo in Grecia sono messi peggio.

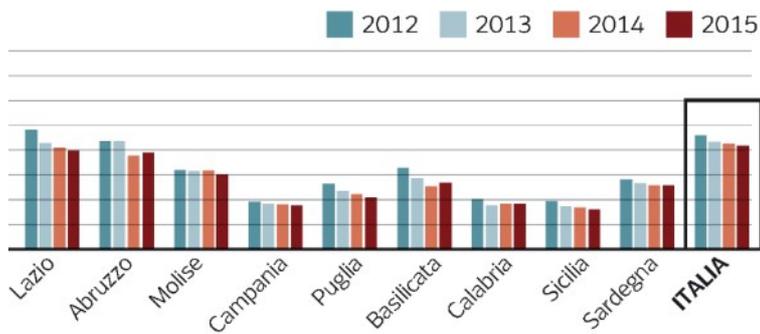
Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Media della spesa pro capite per i ticket nelle regioni



Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati Agenas.



Corriere della Sera

► MESTIERI INTRAMONTABILI

Dai Merovingi al welfare aziendale Quel che resta del maggiordomo

Nel tempo è cambiato ma non si è mai estinto. Un free lance oggi arriva a guadagnare 150 euro al giorno. La migliore e più esclusiva scuola di formazione è a Bruxelles e le maggiori richieste arrivano dall'Asia

di **SIMONETTA SCIANDIVASCI**

■ Quando il welfare aziendale non esisteva, si diceva che la classe operaia andasse in paradiso. Ora le aziende garantiscono il maggiordomo ai propri dipendenti. Il soggiorno in una Spa. La banca del tempo. Le sedute di yoga. I pacchetti variano, ma l'obiettivo è il medesimo: aumentare la produttività dei lavoratori migliorandone la vita. Svanisce il sindacato e a farne le veci, ampliandole, si candida il lavoro, che da luogo nel quale tutelarsi, si è trasformato in luogo di tutela, benefattore, persino dispensatore di lusso.

Pompadour, leader nella produzione di tisane, ha firmato di recente una convenzione con un'azienda esterna, specializzata in lavanderia, che due volte a settimana raccoglie il bucato dei dipendenti e in 48 ore lo restituisce lavato, stirato, piegato e impacchettato. La Marcolin, bellunese (si occupa di *eyewear*), prevede figure addette a versamenti, pagamenti di bollette, disbrigo delle più disparate pratiche amministrative, consegna e ritiro di abiti in tintoria, farmaci, prescrizioni e analisi mediche. Idem per i 900 dipendenti dello stabilimento Diesel di Breganze. La formazione di queste figure avviene in società già attive nella consulenza aziendale o nate proprio per soddisfare la crescente richie-

sta di strumenti di welfare d'impresa, avanzata dai manager.

Ecostilla, Pmi di *facility management* nata nel 1991, è una di queste: le aziende possono usufruire dei suoi servizi anche occasionalmente, prenotandosi tramite app. Tra le prime realtà, in Europa (in Italia nel 2006), a erogare il servizio, nato negli Stati Uniti, c'è stata la Accor Service.

NOBILE Il maggiordomo aziendale, però, conserva poco del classico *maior domus*: svolge un servizio di immediata utilità pratica, libera il tempo dei suoi clienti, li dispensa dalle beghe della burocrazia quotidiana. Il maggiordomo «Maestro di Palazzo», «nobile della servitù» (così lo definiva, in un titolo qualche anno fa, *Il Giornale*), invece, era il custode delle istituzioni e delle gerarchie domestiche, non semplicemente servitore ma pure consigliere del padrone di casa, genitore laico della famiglia di cui era alle dipendenze, nella maggior parte dei casi per tutta la vita. Svolgeva non un lavoro, ma una missione che gli richiedeva di alienare quasi completamente la sua vita privata. Le sue cure erano destinate a una cerchia ristretta di persone, legate dal sangue e dal suo abbraccio, dalla sua capacità conservatrice.

SERVIGI «Non sono mai stato un liberal e non intendo cominciare adesso», dice alla governante Charles Carson, maggiordomo di *Downton Abbey*, nell'omonima serie tv (2005-2010), una di quelle di maggior successo degli ultimi anni. Siamo nell'Inghilterra dei primi anni del Novecento, nel fiore del re-

gno di Giorgio V, il Titanic è affondato da poco, aristocrazia e borghesia cominciano a mescolarsi, il ricordo tra classi alte, medie e subalterne prende a essere l'uguaglianza. Da utopia, l'interclassismo si fa pratica. I borghesi ricchi rifiutano i signori, vogliono allacciarsi da soli la cravatta: i maggiordomi o cambiano mansioni o perdono il lavoro. I primi a disaffezionarsi ai loro servigi sono proprio i nuovi ricchi, che intendono smarcarsi dai privilegi aristocratici, ritenendoli sorretti dalla soggezione altrui.

DEVOZIONE Nell'idea sindacalizzata di lavoro che in quegli anni si fa strada, la fedeltà al padrone non trova spazio e, anzi, viene recisa con violenza giacobina. «Un uomo può considerarsi soddisfatto solo quando sa di aver servito appieno il suo padrone», dice Stevens, protagonista di *Quel che resta del giorno*, il romanzo di Kazuo Ishiguro dal quale, nel 1993, James Ivory trasse un film meraviglioso con Anthony Hopkins ed Emma Thompson. La Seconda Guerra mondiale è finita e Mr Stevens, per decenni al fianco di Lord Darlington, ripercorre con la memoria i suoi anni da maggiordomo: né il tanto tempo trascorso da allora, né la consapevolezza delle simpatie naziste del suo ex padrone hanno scalfito la sua devozione. «Ero troppo impegnato a servire per ascoltare certi discorsi», confessa a Sally Kenton, l'ex governante con la quale aveva condiviso un lungo tragitto della sua vita in quella casa.

LATTE Fedele più per codardia che per adesione alla vocazione, Tockins, il mag-



giordomo del principe prigioniero nel corpo di una bestia de *La Bella e la Bestia*, è stato anche lui - insieme a tutta la servitù del castello - travolto dall'incantesimo che ha punito la vanità arrogante del suo padrone. La favola da cui la Disney ha tratto, negli anni Novanta, il capolavoro di animazione che oggi è nelle sale rivisitato in forma di film, cominciò a circolare in Europa, probabilmente dalla Francia, alla fine del Settecento. In quell'Europa, diretta erede dei popoli che si contaminarono nell'Impero Romano, finendo col distruggerlo, la servitù di un nobile era la sua famiglia di latte.

DUX Ad affrancare il maggiordomo da semplici mansioni ordinarie, proprie degli schiavi, furono i Merovingi (la prima dinastia franca), al punto che, quando la loro stirpe prese a decadere, il maggiordomo fu richiesto nella gestione delle finanze pubbliche, nell'amministrazione della giustizia, fino a guadagnarsi l'investitura a *dux*, *princeps et subregulus Francorum*. Da allora, l'alto lignaggio del maggiordomo divenne fatto acclarato, tassello delle gerarchie.

ASSASSINO Il maggiordomo assassino, profittatore furbo e spia è una figura su cui la narrazione romanzesca ha preso a fantasticare, certamente stimolata dalla cronaca (si pensi a Paul Burrell, ex fido di Lady Diana, prima accusata di aver sottratto alla principessa beni per un valore di 5.000 ster-

line e poi assolto grazie all'intervento della regina Elisabetta), soprattutto per strappare ogni residuo di quell'antico codice cui Mr Stevens aveva dedicato la sua intera esistenza e che, a un

certo punto della storia occidentale, ha preso a rappresentare un abominio inaccettabile, un ostacolo da eliminare nella corsa verso i diritti universali e inalienabili dell'uomo.

SCUOLA Tuttavia, i maggiordomi non si sono mai estinti e certamente non grazie al welfare aziendale. Oggi, in Inghilterra, se ne contano non meno di 8.000 e nei registri della società Greycoat Placements ce ne sono 20.000 pronti a partire per l'Asia (da lì arriva la maggiore richiesta). A Bruxelles, esiste una scuola che li forma: l'ha fondata Vincent Vermeulen e accetta solo 36 studenti all'anno. La retta sfiora i 7.000 euro: un investimento ben speso, dal momento che un maggiordomo free lance, oggi, arriva a guadagnare 150 euro al giorno.

SALVEZZA «Ogni volta che si ricuce da solo, fa un pasticcio infernale», dice Alfred, inossidabile maggiordomo di Bruce Wayne, Batman, nel film del 2008 *Il cavaliere oscuro*. Alla fine è tutto lì: il maggiordomo è la salvezza, l'argine del ricco. L'intimo oppositore alla sua ingordigia. La figura che incarna l'ammissione del ricco del suo bisogno di un freno, di un amico paterno che, per punire, tira la cinghia, anziché slacciarla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CACCIA AL RICCO

Il governo annuncia l'abolizione dei ticket Ma taglia le detrazioni sulle spese sanitarie

Un piano per escludere i redditi alti dagli sgravi su farmaci e prestazioni

Roma Si scrive abolizione dei ticket su prestazioni e diagnostica sanitaria, si legge aumento delle tasse. Il governo è a caccia delle coperture per la manovra da 3,4 miliardi che arriverà a giorni. Forse un po' dopo il Def, ha annunciato il ministro dell'Economia durante l'incontro con i parlamentari del Pd.

Pier Carlo Padoan è stato molto vago sui tagli alle spese, anche perché in questo capitolo potrebbe rientrare il riordino delle Tax expenditures. Le 444 agevolazioni fiscali che si sono stratificate negli anni. Spesso micromisure settoriali, varate dai governi per motivi elettorali.

Sono anni che i governi tentano una riforma complessiva delle spese fiscali, ma non ci riescono.

Questa volta qualcosa potrebbe arrivare al consiglio dei ministri, come anticipato dal *Giornale* sabato scorso. In particolare si pensa a un taglio delle detrazioni per le spese sanitarie. Accompagnato, per renderlo più digeribile, da una riforma dei ticket. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin oggi incontrerà i rappresentanti delle regioni e illustrerà il piano. Anche perché le entrate dei ticket vanno alle autonomie locali.

L'idea di fondo è quella di fare pagare «i ricchi» e fare quel tanto di cassa che serve alla manovra (oppure al Def e alla prossima legge di Bilancio). I ticket, è il ragionamento di Lorenzin, valgono tre miliardi sui 113 del Fondo sanitario nazionale, c'è quindi il margine per eliminare la tassa sulla salute introdotta negli anni Ottanta, con una serie di misure compensative. Tra queste c'è l'ipotesi di annullare le detrazioni

del 19% per farmaci e spese mediche oltre una certa soglia di reddito oppure di individuare una franchigia in base al reddito, superata la quale le prestazioni sarebbero a pagamento. Altre ipotesi sul tavolo sono quelle di rivedere le soglie di esenzione (valore 8 miliardi di euro) spostandole verso le fasce più deboli, i poveri e gli anziani, e l'avvio di una nuova revisione della spesa sanitaria affidando la responsabilità della manovra alle singole regioni.

Misure presentate come una rimodulazione per facilitare i redditi più bassi, ma che rischiano di diventare un semplice aumento di tasse a danno dei redditi più alti.

Così come è stato ipotizzato, questo piano non può fare piacere all'ex premier Matteo Renzi, che si è opposto al riordino dei bonus fiscali. Come altre misure teoricamente a invarianza di gettito (ad esempio la riforma del catasto) rischiano di tradursi in aumenti delle tasse. Le regioni hanno presente il problema. «È evidente che non è possibile cancellare i ticket sanitari prima di capire come si finanzia il sistema. Anche perché non si può caricare tutto sul fondo sanitario. Ma credo che i tempi siano maturi per mettere mano alla questione e rimediare a situazioni paradossali legate all'attuale sistema», ha spiegato Antonio Saitta, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità. Tradotto: date altre entrate alle regioni, magari più certe dei ticket. Il taglio alle detrazioni è una risposta valida per i governatori. Molto meno per i contribuenti.



SALUTE Il ministro Beatrice Lorenzin



Assolombarda. Arriva l'Osservatorio per aiutare il welfare aziendale

Uno strumento per promuoverne la diffusione e la cultura attraverso la condivisione delle migliori pratiche

ANDREA DI TURI
MILANO

Si susseguono le iniziative collegate al welfare aziendale. Ieri è stata Assolombarda ad annunciare la nascita dell'Osservatorio sul Welfare aziendale, che ha l'obiettivo di promuoverne la diffusione e la cultura, ad esempio attraverso la condivisione di best practice, ma anche di monitorare l'evoluzione del mercato. Un mercato che, sull'onda delle agevolazioni fiscali previste dal governo con le ultime due leggi di Stabilità, sta conoscendo un notevole sviluppo. Sono sempre di più le imprese, grandi ma anche Pmi, che vedono nel welfare aziendale uno strumento efficace sia per favorire la conciliazione famiglia-lavoro per i propri dipendenti, sia per sostenere il loro potere d'acquisto in tutta una serie di ambiti quali ad esempio le prestazioni integrative per l'assistenza sanitaria, i servizi alla persona e quelli alla famiglia, l'educazione, la cultura. La costituzione dell'Osservatorio è al centro del Protocollo d'intesa siglato tra Assolombarda-Confindustria Milano Monza e Brianza con i principali operatori del settore sul territorio (società di consulenza specializzate e gestori di piattaforme web): Valore Welfare, Assiteca, EasyWelfare, Edenred, Eudaimon, DoubleYou. Il Protocollo prevede la condivisione di dati strutturali e congiunturali, che saranno elaborati dal Centro studi di Assolombarda per affermare il welfare aziendale anche dal punto di vista scientifico. La durata del Protocollo, che resta aperto ad altri operatori associati ad Assolombarda, è triennale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Renzi e il cavallo di Troia delle mutue contro il diritto alla salute

Sanità
**Renzi e il cavallo
di Troia
delle 360 mutue**

*Si taglia il salario
e l'azienda fa l'affare
di detrarre interamente
i costi delle mutue
dal costo del lavoro. Dove
aveva fallito il governo
Letta ha vinto il jobs act*

IVAN CAVICCHI

Le "mutue di Renzi" sono come le metastasi che diffondendosi faranno morire la sanità pubblica. Nel 2013 il governo Letta rese pubblica una nota al Def nel tentativo di attuare il progetto di controriforma della sanità del governo Berlusconi (2009).

La reazione della sanità fu del tutto contraria e il governo accantonò i suoi propositi. Quando Renzi subentrò a Letta ci fu un cambio di strategia: la sanità continuò ad essere de-finanziata e depotenziata ma quel progetto di contro-riforma fu spostato dentro al jobs act, al servizio di una politica economica interamente fondata sulla contrapposizione tra lavoro e diritti. La sanità andava controriformata ma non direttamente come provò a fare Letta ma indirettamente servendosi di certi particolari cavalli di Troia chiamati "mutue".

L'idea strategica del jobs act è lineare: 1) fare mutue a suon di incentivi, 2) sostituire la sanità pubblica per liberare il suo capitolo di spesa (113 mld) 3) con i soldi liberati finanziare la riduzione del costo del lavoro. Quindi lavoro contro welfare. Come? Offrendo ai lavoratori la possibilità di scegliere: o salario intero con tasse intere o salario ridotto con mutua offerta dal datore di lavoro. Il lavoratore paga meno tasse perché prende meno salario mentre l'impresa può detrarre tutte le spese accrescendo il suo profitto. Geniale, no?

Ecco i passaggi previsti dalla legge di stabilità 2016 (L208) ispirata dal jobs act: 1) detassare i redditi delle imprese agendo sul cuneo fiscale (modifica l'art 51 del testo unico delle imposte sui redditi); 2) detassare i premi di produttività attraverso i contratti collettivi di lavoro di 2° livello; 3) erogare mutue a favore dei lavoratori in esenzione da contribuzione e imposizioni fiscali; 4) escludere dalla base imponibile i costi delle mutue offerte dal datore di lavoro sulla base di accordi collettivi; 5) dare il via libera alle mutue senza alcun limite di prestazioni non per integrare ma sostituire nel tempo la sanità pubblica.

Quindi le "mutue di Renzi" non sono ciò che appaiono dal momento che non servono a tutelare la salute dei lavoratori ma sono uno stratagemma del jobs act per accrescere il reddito di impresa.

Le conseguenze sul piano sociale sono disastrose perché i diritti come quello della salute diventano una derivazione dell'economia, il reddito di impresa si sostituisce all'art 32 della costituzione, il diritto sotto forma di mutua diventa funzione del lavoro, e chi non ha lavoro al massimo può ambire alla carità pubblica cioè ad un welfare residuale. Addio welfare.

Qualche numero sulle mutue ridicolmente definite "integrative": nel 2014 erano 290, nel 2016 erano 305 e ad oggi, dopo la legge di stabilità 2016 e gli ultimi rinnovi contrattuali (metalmecanici compresi), la prima impennata cioè 360. Una stima ragionevole aggiornando i dati ufficiali disponibili con quelli relativi al prossimo rinnovo dei contratti del pubblico impiego (3 milioni di persone) calcolando lavoratori e familiari è che siamo oltre i 15 milioni di persone con una doppia tutela quella pubblica e quella mutualistica. Ed è solo l'inizio.

Naturalmente questa diabolica operazione ha bisogno di una

ideologia di sostegno che troviamo bella e pronta nella mozione congressuale di Renzi: «Il welfare non deve risarcire, deve sostenere la persona e proteggerla». E' il linguaggio trendy del mondo delle imprese, è il "welfare on demand". Perché è da lì che Renzi la prende a prestito. Oggi dicono le imprese, soprattutto assicuratrici, con la contrattazione aziendale di secondo livello e la nascita delle mutue la copertura collettiva cambia l'uso della polizza, che non è più a rimborso, ma a protezione. Ecco perché Renzi nella sua mozione parla di "nuovo diritto alla protezione".

Il welfare on demand non c'entra niente con la salute di chi lavora ma è un nuovo modello di remunerazione che sostituisce il salario con benefit e perquisite. Ipotizzando un costo aziendale di 100 euro di salario per il singolo lavoratore, il lavoratore, a causa del cuneo fiscale si metterà in tasca all'incirca 50 euro netti. Se invece i 100 euro di salario vengono commutati in una mutua il lavoratore avrà 100 euro in meno e pagherà meno tasse ma in compenso avrà una mutua che però paradossalmente distruggerà il suo diritto alla salute. Il vero affare lo fa l'azienda. Essa finanziata con la fine del welfare pubblico potrà detrarre interamente i costi delle mutue dal costo del lavoro.

Una follia che solo un apprendista stregone come Renzi poteva immaginare. Da respingere senza se e senza ma.



L'analisi. Gli effetti di una migliore organizzazione

Con regole adeguate si riducono i conflitti

LA GUIDA

L'obiettivo è arginare la medicina «difensiva»

CICLO VIRTUOSO

Il passaggio della responsabilità dal personale al presidio obbligherà a un migliore assetto che impatterà su costi e qualità delle prestazioni

di **Silvia Stefanelli**

La legge 24/2017 (in vigore da sabato 1° aprile) segna una svolta storica in una materia - quella della responsabilità sanitaria - che da anni si dibatte in un'altalena di natura solo giurisprudenziale. Dibattito che non ha fatto bene a nessuno: né ai pazienti che qualche volta hanno usato (ed abusato) della leva della causa per finalità diverse, né ai medici che si sono sentiti sempre "sotto attacco" e hanno sviluppato un'ansia professionale che li ha portati alla cosiddetta "medicina difensiva", né ai giudici chiamati a svolgere un ruolo di supplenza legislativa, causata dalla incapacità del legislatore di prendere posizione in questa materia, così delicata ed impopolare.

Perché, in effetti, trasformare un danno alla salute in soldi (e, soprattutto, il quantum di quel risarcimento) è un mestiere ingrato, che nessuno vorrebbe mai fare: non vi è infatti risarcimento che possa compensare un bene così prezioso come la salute.

Ciò non toglie che siamo chiamati a darci degli strumenti per regolare la materia, che da una parte soddisfa il danneggiato e, dall'altra, salvaguarda la sostenibilità del sistema economico e sociale. In questo senso la legge 24 appare una legge equilibrata.

Senza dubbio occorrerà verificarne l'applicazione pratica, ma ad una prima lettura sembra che molti tasselli siano stati sistemati su una scacchiera nella quale ognuno può giocare la propria partita.

Il medico (che è e rimane il cardine della cura) vede alleggerita la sua posizione processuale (da

cui dovrebbe discendere una maggiore serenità nella curastessa), la struttura sanitaria viene chiamata in prima persona a rispondere dei danni al paziente (ma è già così da ormai 15 anni, quindi si è solo scritto quello che è ormai giurisprudenza pacifica), le Linee guida scientifiche hanno acquisito valenza e rilevanza giuridica (sulla scia di meccanismi di soft law che ormai pervadono il nostro ordinamento e che riescono, meglio di altri strumenti, a essere punto di equilibrio tra libertà del singolo e buone pratiche collettive, articolo 7), lo strumento processuale dell'Atp conciliativa è diventato il cardine attorno al quale ruotano i risarcimenti (dando atto che tale meccanismo, molto meglio della mediazione, può rappresentare una strada di depotenziamento del contenzioso in questa materia, articolo 8).

Poi ci sono, certamente, zone d'ombra, quali la previsione (ex articolo 10) di una assicurazione obbligatoria in un settore dal quale le assicurazioni fuggono ormai da anni (e che quindi di assicurazioni disponibili ne vede ben poche); dando peraltro come alternativa il meccanismo dell'autoassicurazione regionale (senza spiegare come una Regione, che di mestiere governa la cosa pubblica, dovrebbe essere in grado di gestire un meccanismo assicurativo in un settore considerato in perdita anche da chi quel lavoro lo fa di mestiere).

Infine, vi è un argomento che trova in questa legge il suo pieno e indiscusso riconoscimento: quello del risk management e della sicurezza alle cure (articolo 1), nella sua ampia accezione di gestione appropriata delle risorse di natura strutturale, di natura tecnologica ed, altresì, di natura organizzativa. Tale tema appare in tutta la sua rilevanza se si considera poi il momento storico che stiamo vivendo. È, infatti, sotto gli occhi di tutti l'aumento della popolazione anziana (secondo il di-

partimento Affari sociali delle Nazioni unite nel 2050 la quota degli ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con una attesa di vita media pari a 82,5 anni); ciò sta comportando un inevitabile incremento delle malattie cronico-degenerative, con conseguente complessità di cura, di presa in carico, e di costi.

Situazione oggettivamente difficile specie se si considera che, il finanziamento del Fondo sanitario - peraltro inferiore di circa il 30% di quello dei più ricchi tra i paesi Ue - rischia di essere proprio insufficiente a garantire le cure.

In tale contesto le strutture sanitarie sono dunque chiamate a uno sforzo di natura organizzativa e gestionale (incrementando anche gli strumenti di sanità digitale), che da una parte dovrebbe aumentare la garanzia della corretta erogazione, e dall'altro permettere anche di erogare di più con sempre meno soldi.

Non vi è dubbio che - al di là della riconosciuta valenza costituzionale - si tratti di una sfida complessa (in presenza peraltro dell'ormai ripetitivo refrain dell'invarianza della clausola finanziaria).

Ma nello stesso tempo rappresenta l'occasione, anche attraverso i nuovi strumenti di trasparenza della pubblica amministrazione, per ristabilire un'alleanza e un patto con il cittadino, che sembra essersi incrinato da tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Guido Gentili

L'ORGANIZZAZIONE

Una gestione adeguata
per garantire
la sicurezza delle terapie

Silvia Stefanelli ▶ pagina 4

Una gestione adeguata per la sicurezza delle cure

Prevenzione rischi e uso corretto delle risorse affiancano la terapia

PAGINA A CURA DI

Silvia Stefanelli

■ Dopo anni di giurisprudenza con la quale si era cercato di designare le linee cardine della responsabilità in area sanitaria, il legislatore con la legge 24/2017 è finalmente arrivato a scrivere una nuova pagina. Con una ambizione molto alta: trovare punto di equilibrio tra diritti del paziente e sostenibilità del sistema. E, con tale obiettivo, ha colto l'occasione per spingersi oltre alla giurisprudenza.

L'articolo 1 della legge infatti è denominato «Sicurezza delle cure in sanità» e sancisce un principio molto rilevante e cioè che «La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività». Tradotto: la sicurezza della cura è, legislativamente, attività tutelata dall'articolo 32 della Costituzione.

A una prima lettura potrebbe sembrare che nulla sia cambiato: in fin dei conti sono ormai molti anni che abbiamo acquisito la consapevolezza di una tutela costituzionale del nostro diritto alla salute. Ma se si presta attenzione, e si legge la norma fino in fondo, si coglie invece l'ampia portata del nuovo dettato legislativo.

Sancisce infatti il nostro legislatore che «La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative». Signifi-

ca che la sicurezza alle cure - cioè la tutela costituzionale dell'articolo 32 - non si ottiene solo attraverso una prestazione clinica correttamente erogata, ma anche attraverso una serie di attività che sono correlate alla prestazione stessa e che hanno due finalità:

- la prevenzione e la gestione del rischio connesso all'erogazione della prestazione;
- l'uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

L'analisi di quelle tre righe dell'articolo 1 apre un mondo.

Circa il primo punto, infatti, non si parla di «rischio clinico» ma si prevede l'obbligo (la cui violazione è tutelata oggi costituzionalmente) di prevenire e gestire quel rischio che risulta connesso all'erogazione clinica: in altre parole significa operare affinché tutto il complesso organizzato che sta a monte, e che porta come output finale all'erogazione della prestazione, presenti un rischio basso o nullo; ove poi tale rischio non sia eliminabile, porre in essere tutti gli adempimenti per gestirlo o comunque diminuirlo.

Significa gestire gli ospedali secondo un modello organizzativo di qualità che, prevenendo a monte quei rischi che possono in qualche modo incidere sull'erogazione delle prestazioni, alza a valle il livello di garanzia circa la correttezza della prestazione stessa.

È vero che quanto sopra non è una novità. Ma è però del tutto nuovo che tali obblighi ricevano oggi tutela costituzionale. Analoghe considerazioni per la seconda parte del comma, ove si parla di «uso appropriato» delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative che significa conferire un valore giuridico molto alto a una corretta gestione del personale, nonché all'uso delle apparecchiature e della tecnologia. Se si considera poi che siamo in anni in cui l'utilizzo della tecnologia in tutti i settori - e anche in sanità - sta crescendo in maniera esponenziale, ci

coglie la portata dirompente della norma. Si pensi, solo a titolo di esempio alla telemedicina, alla robotica o all'introduzione di soluzioni innovative basate su tecnologie che sfruttano i Big data, l'Internet of thing, i dispositivi wireless e l'intelligenza artificiale. Si passa dunque da un rischio clinico a un rischio di gestione e da una responsabilità medica a una responsabilità di struttura.

Tale nuovo assetto è poi rivolto non solo alle strutture pubbliche (dove con tutta probabilità vi è già una cultura su questo tema) ma anche alle strutture sanitarie private, senza distinzioni di dimensioni: quindi dalla casa di cura al piccolo laboratorio di analisi.

Per tali soggetti, abituati al massimo a rispondere a requisiti di accreditamento (per lo più statici), significa cambiare prospettiva a capire che la legislazione (ormai quasi tutta) si muove in termini di modelli organizzativi dinamici. E tale nuova prospettiva si declina poi in ulteriori e diversi adempimenti, quali l'obbligo per ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, di trasmettere i dati relativi ai rischi, eventi avversi e contenzioso al centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, istituito in ciascuna regione, il quale, a propria volta, trasmetterà dette informazioni all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, da istituirsi entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge (articoli 2 e 3). Nonché un palese ed esplicito obbligo di trasparenza dei dati (articolo 4), in forza del quale sia le struttu-



re sanitarie pubbliche sia private dovranno rendere disponibili sui propri siti internet «i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, come raccolti nell'ambito della propria attività di risk management». Un'amministrazione trasparente, dunque, chiamata non solo a garantire le cure ma anche a far vedere come le garantisce e quando sbaglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nuovi obiettivi

01 | PREVENZIONE DEI RISCHI

La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie. Essa non si ottiene solo attraverso una prestazione clinica correttamente erogata, ma anche attraverso una serie di attività che sono correlate alla prestazione stessa e che hanno la finalità di prevenire il rischio connesso all'erogazione della prestazione e

di consentire l'uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative

02 | GESTIONE DEGLI OSPEDALI

È importante gestire gli ospedali secondo un modello organizzativo di qualità che, prevenendo a monte quei rischi che possono in qualche modo incidere sull'erogazione delle prestazioni, alza a valle il livello di garanzia circa la correttezza della prestazione stessa

Dir. Resp.: Guido Gentili

LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Causa al medico? L'onere della prova ricade sul paziente

Filippo Martini ▶ pagina 9

Con il regime extracontrattuale onere della prova al paziente

Ridotti a cinque anni i termini di prescrizione dell'azione risarcitoria

PAGINA A CURA DI
Filippo Martini

■ Una delle norme di maggiore impatto della nuova legge è contenuta nell'articolo 7 dove, al comma 3, viene stabilito il passaggio definitivo della disciplina della responsabilità dell'operatore sanitario sotto il mantello della colpa aquiliana, altrimenti detta della responsabilità extracontrattuale.

Il cambio di rotta

È definitivamente stabilito che l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato, secondo quanto prescritto dall'articolo 2043 del Codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Numerose le questioni poste dalla norma. Il regime della responsabilità ex articolo 2043 del Codice civile, porta con sé alcuni elementi distintivi che sono diametralmente opposti a quelli propri della obbligazione contrattuale, che rimane invece sempre attribuita alla struttura sanitaria. Certamente è così per la prescrizione del diritto al risarcimento del danno, ridotta a cinque anni in luogo dei dieci propri della responsabilità contrattuale. Ma ancor di più, tale distinzione legata alla struttura della colpa civile inciderà sul diverso profilo di accertamento e determinazione della responsabilità e del danno nel contenzioso che sia governato dalla

colpa aquiliana.

L'onere della prova

Nel contesto della responsabilità extracontrattuale, l'onere di provare la colpa ed il danno direttamente collegato ad essa, grava sulla parte che deduca un errore dell'operatore sanitario e - in una realtà talvolta complessa di ricostruzione della dinamica clinica - il mancato accertamento di un profilo di colpa diretta e causalmente riferibile al danno lamentato, porterà così alla assoluzione del professionista in sede civile.

Una bella differenza rispetto alla preesistente disciplina della responsabilità del professionista sanitario ancora largamente ancorata alla colpa contrattuale, dove il governo della prova e del relativo onere erano per lo più posti in capo al medico risolvendosi, nei non rari casi di difficile valutazione della vicenda, in un esito negativo del giudizio, proprio per non avere assolto all'onere probatorio imposto dalla natura contrattuale del rapporto.

La legge 24 ha ripreso e migliorato la curva di una parabola già ispirata ad una visione protettiva del sanitario e contenuta nell'articolo 3 della legge Balduzzi, sfociata ora nella chiara indicazione del regime extracontrattuale che governerà la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria che non abbia (unica condizione escludente) stipulato apposito contratto con il paziente, assumendo quindi una obbligazione di prestazione sanitaria.

Questa struttura della lite civile da errore clinico, già ribattezzata «a doppio binario», porterà di fatto ad una diversificazione dei profili causali della colpa tra azienda sanitaria e singolo operatore coinvolto.

L'accertamento istruttorio e con

esso l'indagine propriamente de-

mandata al consulente medico del giudice, avrà infatti avanti a sé il doppio spettro di valutazione tra un ambito strettamente legato alla prova della assenza di ogni incidenza causale della condotta sul danno lamentato dal paziente (prova che dovrà essere assolta dalla azienda sanitaria) e quello legato all'accertamento del profilo causale diretto da riferire alla condotta del singolo medico coinvolto nella vicenda e collegato al danno lamentato (onere che sarà invece posto a carico di chi assuma di essere vittima di un errore clinico).

Il salvagente del sanitario

La novità della collocazione certa della responsabilità del medico nel contesto della colpa extracontrattuale ex articolo 2043 del Codice civile, porta dunque di fatto ad un margine protettivo maggiore per il sanitario rispetto alla struttura perché, in assenza di una prova di elevata credibilità scientifica circa la relazione causale diretta tra la sua condotta ed il danno, il medico andrà assolto nel giudizio civile.

La stessa disciplina della responsabilità contrattuale porta ad altri non marginali profili difensivi, a cominciare dal termine prescrizione, che decorrerà dalla data in cui il paziente abbia la possibilità di prendere coscienza dell'errore clinico e che avrà però durata quinquennale rispetto al termine di prescrizione più lungo della colpa di natura contrattuale, che è di dieci anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il quadro

01 | IL PROFESSIONISTA

La **responsabilità extracontrattuale** (articolo 2043 del Codice civile) riguarda l'esercente la professione sanitaria:

- dipendente della struttura;
- non dipendente della struttura;
- scelto dal paziente;
- che opera in regime libero professionale intramuraria;
- che opera nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica;
- che opera in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale;
- che opera attraverso la "telemedicina"

La **responsabilità contrattuale** (sancita dagli articoli 1218 e 1228 del Codice civile) riguarda solamente:

- l'esercente la professione sanitaria che abbia agito nell'adempimento di una obbligazione contrattualmente assunta con il paziente

02 | A CONFRONTO

La **responsabilità extracontrattuale** comporta:

- onere della prova del paziente, che deve allegare e provare l'errore ed il nesso causale con il danno lamentato;
 - onere della prova del sanitario, che deve contestare il profilo di responsabilità imputato ed il nesso eziologico col danno;
 - prescrizione, regolamentata in cinque anni dalla evidenza clinica delle conseguenze dell'errore
- La **responsabilità contrattuale** comporta:
- il paziente deve indicare l'inadempimento del sanitario idoneo a generare il danno;
 - onere della prova del sanitario, che deve dimostrare con ampio margine di certezza scientifica l'assenza di ogni condotta censurabile;
 - prescrizione, regolamentata in dieci anni dalla evidenza clinica

Ospedali e cliniche devono provare la buona condotta

Se la presunzione di inadempimento non viene ribaltata l'azienda è tenuta a risarcire il danno

PAGINA A CURA DI
Filippo Martini

■ Se la legge 24 dell'8 marzo 2017 pone la disciplina della responsabilità dell'operatore sanitario nei margini più protettivi del vincolo extracontrattuale, l'articolo 7 ribadisce e conferma la natura contrattuale della responsabilità della struttura - sia pubblica che privata - la quale, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa.

La responsabilità contrattuale

Tale responsabilità contrattuale (richiamata espressamente dagli articoli 1218 e 1228 del Codice civile), vale anche per prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria; nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica; in ipotesi di prestazione resa in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, o attraverso la telemedicina.

Il principio distributivo dell'onere della prova che regola tale tipologia di responsabilità da contratto (sociale di ospedalità) è ripartito tra paziente e struttura, nella misura che il paziente (creditore della prestazione) può limitare le proprie deduzioni in giudizio, allegando l'esistenza del rapporto (generato dal semplice "contatto" con la struttura) e l'inadempimento

qualificato dell'azienda sanitaria, idoneo a determinare il pregiudizio patrimoniale e non patrimoniale lamentato.

Di contro la struttura sanitaria, pubblica o privata, per liberarsi della presunzione di inadempimento che grava sulla stessa dovrà provare, con supporto scientifico e medico legale, che nessuna negligenza, imprudenza o imperizia sia riferibile al proprio operato (in via diretta, o per effetto dell'attività di soggetti dei quali debbarispondere) e che in ogni caso il danno lamentato dal paziente non sia in alcun modo riferibile alla propria condotta.

In ragione di tale principio distributivo dell'onere probatorio, ogni qual volta l'azienda sanitaria non riesca a fornire con elevato grado di certezza scientifica la prova di una propria estraneità al fatto, la stessa sarà tenuta, secondo la regola civilistica del vincolo contrattuale, a risarcire il danno lamentato dal paziente, perché ritenuto comunque generato dalla propria condotta professionale.

Non senza dimenticare che secondo l'articolo 1 della stessa legge, è stabilito che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività», né che l'azienda sanitaria è la prima portatrice di questo obiettivo da perseguire.

Diritto a salute e sicurezza

Tale precetto collega in modo lineare un diritto primario costituzionalmente tutelato, quello della salute (ex articolo 32 Costituzione), con un onere preciso e qualificato di sicurezza nelle cure; onere che è realizzato anche attraverso le «attività finalizzate alla prevenzione e alla gestio-

ne del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

Questo richiamo all'articolo 1 ci consente di inquadrare quella che per certi aspetti è una nuova collocazione della responsabilità tanto delle strutture, che dei medici comunque collegati alla prestazione sanitaria pubblica, ai quali la legge demanda un preciso e qualificato onere di sicurezza e qualità delle cure, da realizzarsi attraverso l'opera professionale dei soggetti coinvolti a vario titolo nella attività di prevenzione del rischio.

La norma si ricollega con la disciplina espressa all'articolo 9 («Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa»), nel momento in cui, esaurita la fase del risarcimento del danno a favore del paziente vittima di errore clinico, la stessa azienda sanitaria si determini ed abbia diritto di agire in rivalsa verso l'esercente la professione sanitaria. Infatti, la struttura propria della responsabilità dell'operatore sanitario, riaffermata definitivamente nel contesto aquiliano o extracontrattuale, varrà anche in caso di azione di rivalsa, nel senso che la domanda potrà essere accolta (per dolo e colpa grave comprovati), quando la struttura che agisca in rivalsa abbia provato anche la responsabilità diretta del professionista, secondo lo schema del principio distributivo della prova sopra rammentato.

La natura della responsabilità extracontrattuale del medico, infatti, è opponibile tanto al paziente che agisca con azione diretta, quanto alla azienda sanitaria che successivamente avvii una azione di rivalsa, con onere della prova, dunque maggiormente a carico dell'azienda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I criteri di liquidazione del danno



DANNO NON PATRIMONIALE DA LESIONE DEL BENE SALUTE

- Lesioni di lieve entità (1-9% danno biologico): tabella di legge ex articolo 139 del Codice delle assicurazioni private (Dlgs 209/2005) e Dm ministero dello Sviluppo economico 19 luglio 2016
- Lesioni di non lieve entità (10-100% danno biologico): tabella di legge ex articolo 138 del Codice delle assicurazioni private mai emanata
- Lesioni di non lieve entità (10-100% danno biologico): tabella emanata dal Tribunale di Milano (ultimo aggiornamento 2014); funzione suppletiva ex Cassazione civile 12408 del 2011 (ed altre)

DANNO PATRIMONIALE

- Pregiudizio economico documentalmente provato e connesso causalmente al fatto illecito: onere della prova a carico del danneggiato (articolo 1226 e 2056 del Codice civile)
- Danno emergente
- Lucro cessante

I risarcimenti. Ma il Codice delle assicurazioni è ancora «incompiuto»

Per i danni stessi parametri dell'Rc auto

Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o socio-sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria, è risarcito sulla base delle tabelle riportate dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private, ossia il decreto legislativo 209 del 7 settembre 2005 integrate, dove necessario, con la procedura riportata dal comma 1 dell'articolo 138 e sulla base dei criteri riportati dagli articoli citati, per tener conto delle fattispecie da essi non previste, ma afferenti alle attività riportate nell'articolo. Questa l'indicazione del comma 4 dell'articolo 7 della legge 24/2017.

Si tratta, dunque, di un rinvio a parametri risarcitori già previsti per il comparto dell'Rc auto, in deroga ai criteri elaborati altrimenti dalla magistratura giudicante, che sono applicabili a tutte le altre ipotesi di danno alla persona che non siano riconducibili a una tabella di legge obbligatoria.

Le tabelle di Milano

Il criterio di valutazione economica del danno non patrimoniale alla persona risiede da anni nelle elaborazioni pratiche contenute nelle «tabelle di Milano», così definite perché originariamente frutto di un lavoro di raccolta e di sintesi dei precedenti giurisprudenziali

del distretto meneghino, ma poi assunte a criterio nazionale diequocompenso del danno risarcibile, in forza di alcune importanti decisioni della suprema Corte di cassazione (così la numero 12408 del 2011).

Con la legge 24 dell'8 febbraio scorso, il danno da errore sanitario viene nuovamente ricondotto (già avvenne con la disciplina della legge Balduzzi) alla tabella di liquidazione del danno biologico prevista dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private (decre-

IL QUADRO

In mancanza di regole definitive il punto di riferimento restano le «tabelle di Milano» che sono state elaborate dalla giurisprudenza

to legislativo 209/2005), che porta a parametri di indennizzo sensibilmente più bassi della tabella meneghina.

Ciò, quanto meno, per il risarcimento dei danni così detti di lieve entità (menomazione per danno biologico tra l'1% ed il 9%), perché la tabella di fonte legislativa, di risarcimento dei danni di non lieve entità (dal 10 al 100%), è attesa da circa dodici anni e, spesso oggetto

di forte pressione da parte delle principali rappresentative di categorie sociali coinvolte, non è comunque ancora stata emanata.

È noto l'iter tormentato di un provvedimento già lungamente atteso dal comparto giuridico e assicurativo e, di fatto, ancora oggi relegato alla mera speranza che la cosiddetta «legge concorrenza» presentata nel 2015, sotto forma di disegno di legge, veda un difficile e insperato esito positivo. Pochi giorni, poi, fa la Camera ha approvato in prima lettura la legge che si propone di conferire proprio alla tabella milanese dignità di legge, rendendo così unico e vincolante il criterio di liquidazione del danno.

Rischio di un vuoto disciplinare

In attesa che tale testo appena approvato faccia il suo corso al Senato, va detto che, ove, come già per il settore auto, il decreto previsto dall'articolo 138 del Codice delle assicurazioni non dovesse vedere la luce nemmeno in questa legislatura, si presenterebbe anche per il danno in sanità quel vuoto disciplinare, già assimilato dal comparto della Rc auto, riempito dalle elaborazioni della magistratura di merito (le note tabelle milanesi, ma non solo).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

WORKPLACE 3.0

Flessibilità e wellness per l'ufficio

di **Marta Casadei**

● **Fattore umano e tecnologie intelligenti.** Sono questi gli elementi cardine nella progettazione degli spazi di lavoro contemporanei, sempre più lontani dagli schemi tradizionali e, di contro, più ibridi e fluidi. A questo tema è dedicata l'edizione 2017 di Workplace 3.0, manifestazione biennale che riunisce a Rho Fiera, fino al 9 aprile, 92 aziende internazionali. E che, proprio a testimonianza del processo evolutivo di cui l'ambiente lavorativo è stato protagonista, ha abbandonato la precedente denominazione di Salone Ufficio a favore di un concetto più dinamico.

A raccontare il cambiamento che l'ufficio ha vissuto e sta vivendo è Alessandro Adamo, direttore generale di Degw, realtà che opera nella progettazione integrata di ambienti per il lavoro fin dagli anni 70 e oggi è parte del gruppo Lombardini22: «Uno dei fattori che hanno inciso maggiormente sull'interior design degli ambienti di lavoro è la mobilità delle persone. Grazie alla tecnologia, i dipendenti oggi passano solo il 30-40% della giornata lavorativa alla propria postazione». Da qui l'esigenza di andare oltre la classica scrivania, per valorizzare o creare ex novo spazi di lavoro, dialogo e confronto. I recenti progetti di Degw hanno dato forma concreta a questo nuovo concept di ufficio: «Nella nuova sede di EY, in un palazzo storico di via Meravigli a Milano, - continua Adamo, che lavora in Degw dall'89 - abbiamo realizzato un "workplace of the future" molto dinamico, con 1.200 postazioni non fisse per oltre 2.500 persone, sale riunioni non convenzionali e project room. Per la Microsoft House, con sede nella nuova Fondazione

Feltrinelli, abbiamo creato una struttura fluida, giocata tra open space e Smart Platform pensate per impegni che richiedono particolare concentrazione».

Il tema dell'ufficio intelligente, in grado di seguire in modo fluido i movimenti di chi lavora, potenziandone così le performance, è dunque all'ordine del giorno. Proprio oggi, in concomitanza con la design week di Milano, Plantronics, multinazionale Usa leader negli auricolari e nelle comunicazioni audio, inaugura a Vimercate (Mi) il suo primo ufficio Smart Working in Italia: un "ufficio non ufficio" ideato all'insegna del dinamismo, della condivisione e della collaborazione. A Workplace 3.0, invece, vengono presentati arredi e dispositivi in grado di rendere l'ambiente di lavoro sempre più contemporaneo. L'azienda trentina Starpool Wellness Concept, per esempio, presenta il progetto multi piattaforma "Wellness Concept@work" che unisce benessere e neuroscienze abbinando il lettino per il dry floating Zerobody all'app Nu Relax per favorire la concentrazione.

Dieffebi, invece, arricchisce i contenitori modulari Dotbox con i "vasi smart" che grazie alla tecnologia Itair, amplificano le naturali proprietà delle piante di purificazione dell'aria. E, ancora, Laminam presenta la collezione di fogli ceramici Seta 1000x3000mm in spessore 3mm, in grado di rivestire le pareti divisorie degli open space, e le postazioni di lavoro in Laminam 12. Adatto a uno dei nuovi spazi di condivisione del lavoro, "Metamorphosis - Mutable spirit" di Margraf è un tavolo con piano in marmo personalizzato da uno speciale intarsio disegnato da Flavio Albanese. Ispirato al mito di Apollo e Dafne, può essere realizzato nella misura richiesta dal cliente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Starpool. Il Wellness Concept Work integra il lettino Zerobody con l'app Nu Relax



Welfare Masterchef? Ora lo organizza l'azienda

Alle 20, finito il turno, operai e manager tolgono tute e completi inamidati, indossano il grembiule gentilmente concesso dagli sponsor e iniziano ad affondare i coltelli nelle cipolle: tra i progetti di welfare aziendale, Copan, società biomedicale di Brescia, ha un corso di cucina a puntate. I dipendenti, divisi a squadre, si sfidano ai fornelli dietro la supervisione degli chef e le famiglie si siedono a tavola a giudicare antipasti e dessert. Un'idea innovativa che la società vorrebbe replicare. (a.tr.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Digitale, mi hai cambiato

Dal medico allo chef, dalla postina al disc-jockey, dal carabiniere alla custode: dodici lavoratori milanesi raccontano come la loro vita (nella professione, ma non solo) è cambiata con l'avvento di web, smartphone e social. Tutto va meglio? Sì, però...

Testi e foto di **Giulia Cimpanelli** (con la collaborazione di Fuj/Instax)

Il medico / Alessandro Martinelli

«La telemedicina avvicina ai pazienti dottori e infermieri»

Alessandro Martinelli
34 anni
ortopedico pediatrico
dal 2008



«Tecnologia e soluzioni digitali stanno invadendo la medicina, soprattutto all'estero. Ho lavorato all'ospedale di Toronto e lì, con alcuni colleghi, abbiamo sviluppato una app per la diagnostica del raggio di movimento del gomito a distanza. Qui in Italia, al centro medico Santagostino, dove lavoro, abbiamo iniziato a erogare video consulti medici tramite una piattaforma simile a Skype: se un paziente ha biso-

gno di un consulto veloce, o per una prima visita, può non recarsi in ambulatorio ma consultare il medico online a prezzi vantaggiosi. Un metodo molto utile perché rende più accessibile la medicina e riduce il fai da te, sempre più diffuso. Infine le cartelle cliniche e i referti sono gestiti su piattaforme digitali a cui possono accedere tutti gli operatori di riferimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fotografo / Settimio Benedusi

«Con le nuove macchine tutti s'improvvisano professionisti»

Settimio Benedusi
54 anni
fotografo professionista
dal 1990



«Il cambiamento tecnologico della fotografia è evidente e radicale e ha portato pro e contro. Un tempo il rischio di sbagliare o di perdere rullini e fotografie era altissimo, per un nonnulla ti poteva saltare un lavoro. Anche i costi erano molto più alti: per sicurezza era fondamentale moltiplicare gli scatti e poi erano tutti da stampare. Pensate: non esisteva la post produzione, che oggi è parte fondamentale della

mia professione. Al contrario il digitale ha livellato molto verso il basso la qualità: con i nuovi strumenti tutti possono realizzare scatti perfetti. Provare per credere: chi riesce a fare uno scatto sbagliato, sfocato, mosso anche con un semplice smartphone? Chiunque si può "improvvisare" fotografo ma la maggior parte delle immagini non racconta nulla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il carabiniere / Paolo Colombani

«Sul tablet controlliamo i sospetti in 5 secondi»

Paolo Colombani
44 anni
nell'Arma dei Carabinieri
dal 1997



«In passato per controllare una persona sulla strada chiedevamo ai colleghi in caserma di interrogare le nostre banche dati. Oggi il sistema denominato Odino consente all'Arma dei Carabinieri di avere tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno in cinque secondi, semplicemente accedendo a un'applicazione sul tablet. Non solo: questa app migliora la sicurezza degli operatori e consente di inviare un video,

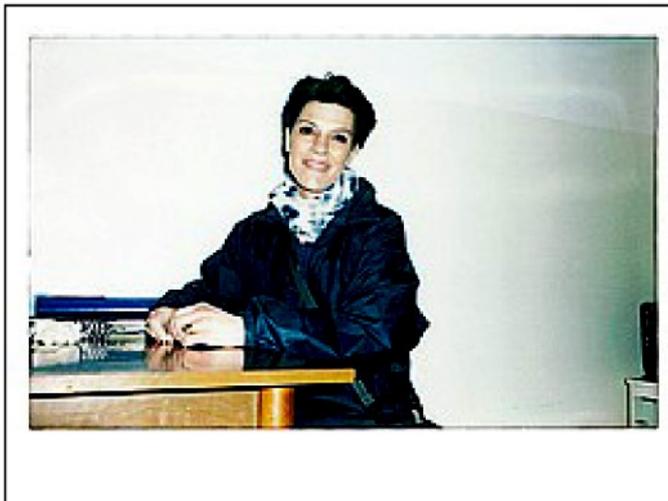
una registrazione o mandare un alert alla centrale operativa in caso di pericolo. Al contrario, stando in caserma, mi è capitato di poter aiutare l'operatore su strada a valutare l'eventuale pericolosità di pacchi e valigie sospetti, grazie a filmati in tempo reale. Insomma, il digitale ha reso il mio lavoro più sicuro e rapido».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La custode / Katia Franceschetti

«Con WhatsApp
avviso
di pacchi e lettere
i condomini»

Katia Franceschetti
49 anni
custode
dal 1994



«Incredibile ma vero la tecnologia, in particolare Internet, ha modificato anche il lavoro da custode condominiale. Oggi tutte le comunicazioni, a cominciare da quelle coi fornitori di detersivi o altri materiali, fino a quelle con professionisti — tipo fabbro, idraulico, elettricista e giardiniere — e con l'amministrazione condominiale, avvengono via email. Inoltre, con i condomini che lo

richiedono, ultimamente comunico direttamente con WhatsApp: se arriva un pacco, una raccomandata o se accade qualcosa di loro interesse scrivo un messaggio e li informo in tempo reale. Molto comodo, soprattutto per chi viaggia tanto, da casa passa raramente o vive all'estero e affitta l'appartamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il grafico / Francesco Dondina

«Gli standard
si sono ridotti
ma la qualità
si vede ancora»

Francesco Dondina
55 anni
grafico
dal 1984



«Fino alla fine degli anni 80 ho fatto il grafico senza computer: era un mestiere completamente diverso, manuale e artigianale. Si ritagliava, si incollava, si usavano i caratteri trasferibili...per concludere e consegnare un lavoro ci volevano giorni. Con gli strumenti digitali abbiamo accelerato qualsiasi processo: bastano poche ore per preparare una proposta di lavoro e si hanno infinite possibilità. Così i clienti pretendono tut-

to e subito. Non solo: prima il grafico lavorava sulla carta, con l'avvento del web sono nate nuove professioni, si sono sviluppati nuovi linguaggi di grafica e il web è diventato un "pezzo" di lavoro in più. Nei primi 15 anni l'avvento del digitale ha standardizzato molto, tutti si spacciavano grafici. Ora, con la conoscenza del mezzo, emergono le vere differenze».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La docente / Maddalena Di Lascio

«Il registro elettronico cambia la vita ai docenti»

Maddalena Di Lascio
37 anni
insegnante di inglese e spagnolo
nelle scuole superiori dal 2007



«Il registro digitale ti cambia la vita: ordinato, veloce, lo puoi compilare e consultare anche da casa, basta accendere il pc o consultare un tablet. Da qualche anno tutte le scuole stanno adattando anche i libretti personali degli alunni, che ora non sono più di carta ma in formato digitale: le famiglie sono dotate di credenziali di accesso per accedervi e consultarlo. Anche per la didattica per me il digitale

è stata la svolta positiva: uso piattaforme come Moodle ed Edmodo in cui apro classi virtuali e carico materiali, esercizi per i compiti, i PowerPoint delle lezioni e video. Gli alunni possono consultare, esercitarsi e aprire forum per confrontarsi con me o tra di loro. E io vedo anche quando si sono connessi e cosa hanno fatto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La portalettere / Lauretana Randazzo

«Margine d'errore ridotto allo zero col palmare»

Lauretana Randazzo
46 anni
portalettere di Poste Italiane
dal 2010



«Il nostro lavoro è migliorato radicalmente con le nuove tecnologie. Prima di tutto si è ridotto il margine di errore: tutte le raccomandate sono infatti schedate, abbiamo i dati salvati sul palmare e la firma del cliente che la riceve è digitale. In questo modo il sistema rileva automaticamente se è stata consegnata o meno. Con il palmare, inoltre, si ha la possibilità di stampare il tagliandino da la-

sciare in casella in caso di mancato ritiro, con tutte le informazioni dettagliate e senza rischio di errori come succede con carta e penna. Inoltre da circa un anno a questa parte ogni portalettere è dotato di un pos che consente ai clienti di pagare direttamente a noi bollette e bollettini, raccomandate e ricaricare la Postepay».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo chef / Filippo Lamantia

«Sul web tutti si credono gastronomi da tastiera»

Filippo Lamantia
56 anni
chef professionista
dal 2001



«Cosa è cambiato con la cultura digitale? La comunicazione. Curo personalmente i miei social network, primo fra tutti Instagram, sui cui ho quasi 40 mila follower. Ma attenzione, è fondamentale essere coerenti. Se sei famoso e seguito in un ambito, è su quello che devi puntare. Se pubblico foto di vita privata, auto o eventi ottengo pochissimi like. Questi si moltiplicano ogni volta che condivido immagini

dei miei piatti, degli ingredienti o della cucina. Non apprezzo invece le recensioni scritte su Tripadvisor, che elevano chiunque a "critico della tastiera". In cucina, invece, uso poche tecnologie e non di nuova generazione: le uniche per me indispensabili sono l'abbattitore di temperatura, la cottura a bassa temperatura e la macchina per il sottovuoto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'artigiano / Armando Albertini

«Un nuovo sito ha aumentato la mia clientela del 50%»

Armando Albertini
38 anni
idraulico ed elettricista dal 2001
fondatore di MaServiceSrl



«Nel 2008 un amico informatico mi ha proposto uno scambio: l'ho aiutato con dei lavori in casa e lui mi ha aperto un sito web aziendale. Per me è stata una svolta: il lavoro ha subito un'impennata, è raddoppiato. All'epoca facevo anche lavori edili che poi, con la crisi, sono calati, mentre la concorrenza sul web cresceva. Allora ho iniziato a concentrarmi su lavori idraulici e da elettricista e a usare piattaforme, da Fazland a

ProntoPro, che ti mettono in contatto con potenziali clienti. Se il lavoro ti interessa fai un'uscita di valutazione, prepari un preventivo e se il cliente lo accetta il lavoro è tuo. La piattaforma chiede una piccola fee. L'unico problema è che la concorrenza è abbastanza spietata e spesso la gara è solamente sul prezzo. Ma grazie a queste soluzioni le richieste mi sono aumentate del 50%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il disc-jockey / Maurizio Faulisi

«Vinile e cd
addio, il regista
sceglie
la musica»

Maurizio Faulisi,
il Dottor Feelgood di Virgin Radio
55 anni
Dj dal 1978



«Per 30 anni ho usato i miei vinili, che dovevo comprare, scegliere, portare con me in radio e sapere usare al meglio. Il mestiere di dj era decisamente più artigianale. Con i dischi dovevi anche essere bravo a mixare per non lasciare pause tra uno e l'altro. Era tutto più improvvisato, era fondamentale capire autonomamente quando iniziare a parlare sull'attacco della canzone. Ora programiamo tutto in an-

ticipo, dai parlati, alle canzoni, in digitale e con *countdown* e tempi super scanditi. Tra l'epoca dei vinili e quella digitale ci sono stati i cd, che già semplificavano la vita. Il nostro lavoro è cambiato completamente: pensate che ora noi dj non scegliamo più la musica. A selezionare le canzoni, su metodi scientifici, in base ai dati e al marketing, è il regista».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'architetto / Michele Brunello

«La sfida
è imparare
a pensare a tre
dimensioni»

Michele Brunello
42 anni
architetto
dal 2003



«La professione di architetto è cambiata completamente. Come tra gli anni 90 e 2000 si è passati da disegno a mano a digitale, ora si sta andando dalla progettazione bidimensionale a quella tridimensionale. Questo ha cambiato il lavoro, il prodotto e anche il rapporto tra professionisti: prima ognuno faceva la sua parte, oggi, con i progetti 3D condivisi, l'impiantista può vedere le mie modifiche in tempo reale e

se non si possono fare segnalarmelo immediatamente. Ogni progetto in studio ha un gruppo di WhatsApp. La progettazione 2D ha permesso di liberare la fantasia tecnologica, oggi il 3D è visto come un limite perché costringe a pensare tutto e subito. A mio avviso, una volta che noi architetti impareremo a padroneggiarla, penso che avrà un potenziale rivoluzionario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'avvocato / Andrea Cappio

«Processi
più rapidi
grazie agli atti
online»



Andrea Cappio
33 anni
avvocato
dal 2015

«La digitalizzazione dei processi ha velocizzato il lavoro e snellito le procedure. Da qualche anno è attivo il processo civile telematico, che ha semplificato la vita agli avvocati. Ora è sufficiente depositare l'atto online, invece di andare in tribunale. Anche per le istanze ai giudici ormai è tutto più veloce: si possono presentare utilizzando la stessa console, senza recarsi in cancelleria. Inoltre sen-

za muovermi dal mio studio, con una richiesta in cancelleria mandata tramite la "console avvocati", posso consultare gli atti che la controparte ha depositato telematicamente in tribunale. La posta elettronica certificata invece ha cambiato l'iter per quanto riguarda le notifiche degli atti giudiziari e stragiudiziali alle società».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

segui **quotidianosanità.it**
[Tweet](#)  stampa

Sanità integrativa. Quanta confusione!


06 APR - Gentile Direttore,

leggendo con estrema attenzione il dibattito in corso su questa testata sull'opportunità o meno di supportare le protezioni sanitarie garantite dal sistema pubblico con prestazioni fornite da sistemi di sanità integrativa, sembra ci sia poca conoscenza sulla realtà del sistema sanitario nel suo complesso, sul quale è necessario fornire un contributo finalizzato alla chiarezza.

In primo luogo, è essenziale comprendere che la conclusione per la quale la sanità pubblica debba orientare la propria attività sulle fasce più deboli della popolazione non è determinata o determinabile da scelte politiche, ma è una risultanza statistico matematica di semplice comprensione, determinata da tre

fattori:

- l'invecchiamento della popolazione;
- l'ampliamento della scienza medica;
- lo sviluppo della tecnologia in campo sanitario.

Questi tre elementi, che garantiscono una qualità di vita maggiore e migliore per tutti i cittadini, contemplanò l'impossibilità per il sistema sociale di sostenerne i costi, in quanto il prelievo economico a cui sottoporre i lavoratori attivi diverrebbe insostenibile, così come sarebbe insostenibile l'onere dello Stato.

Non per scelta, ma per responsabilità verso le generazioni future, è quindi indispensabile trovare formule di copertura sanitaria che consentano alle fasce economicamente meno deboli della popolazione di usufruire di soluzioni alternative.

Queste soluzioni già oggi sono di due tipi:

- la sanità integrativa gestita da enti mutualistici;
- la sanità privata gestita da società imprenditoriali.

Accomunare queste due soluzioni in un unico sistema è un grave errore di interpretazione.

Gli enti di sanità integrativa sono strutture senza scopo di lucro, basate sul principio della mutualità, che operano con regole ben definite e consentono di mediare il costo sanitario sostenuto da individui e famiglie. Proprio per

questo motivo, permettono anche a chi le sottoscrive di godere di opportuni vantaggi fiscali.

Al contrario, le aziende che forniscono coperture sanitarie private sono società imprenditoriali, che hanno come obiettivo l'utile da distribuire ai propri azionisti ed operano in funzione del principio economico fondato sul rapporto ricavi-costi.

Gli enti di sanità integrativa, rappresentati esclusivamente da Fondi Sanitari, Società Generali di Mutuo Soccorso e Casse di Assistenza Sanitaria, consentono quindi di intermediare la spesa oggi sostenuta direttamente da individui e famiglie, con un modello basato sul principio mutualistico della reciprocità: sostanzialmente i soci di questi enti si consorziano tra loro per sostenersi l'un l'altro economicamente in caso di necessità sanitarie, senza che questo rappresenti un costo aggiuntivo per lo Stato e per le fasce più deboli della popolazione, ed abbassando il costo che ciascuno dovrebbe altrimenti sostenere in proprio.

Questi enti rappresentano il secondo pilastro della sanità, sono già oggi operanti, opportunamente controllati e gestiti secondo regole precise e non vanno assolutamente confusi con forme di sanità privata.

Infatti, la sanità privata è gestita da società imprenditoriali, tipo le compagnie assicurative, che decidono aprioristicamente, tramite modelli di selezione attiva, a chi prestare le proprie coperture, per quanto a lungo mantenerle e come erogare i rimborsi agli aventi diritto ed il cui costo è aggiuntivo rispetto a tutti gli altri costi sostenuti da individui e famiglie per proteggere il proprio diritto alla salute.

Queste società richiedono un corrispettivo da coloro che sottoscrivono le proprie coperture, sul quale hanno l'obiettivo di ottenere un margine economico favorevole, e quindi sono dirette alle fasce economicamente più abbienti della popolazione che desiderino integrare ulteriormente il livello (basso) di assistenza sanitaria pubblica a loro riservata e le eventuali prestazioni sanitarie garantite loro dalle forme di sanità integrativa.

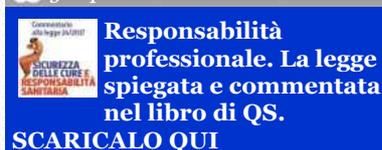
Sostenere quindi che gli enti di sanità integrativa siano una modalità di privatizzazione del sistema sanitario è un macroscopico errore di valutazione, così come sostenere che la sanità integrativa possa essere prestata da aziende non fondate sul principio mutualistico è una utopia economica.

Quando si affronta il tema della salute, che è un diritto costituzionalmente garantito, è necessario essere precisi ed opportunamente documentati per non confondere le idee dei cittadini.

Il nostro Paese ha sempre avuto un sistema di coperture sanitarie ammirato da tutti i paesi del mondo e lo ha, nel tempo, preventivamente ed opportunamente, implementato con soluzioni ottimali di sanità


**lettere
al direttore**
QS newsletter
ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER

 Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
 Quotidiano Sanità.

QS gli speciali


tutti gli speciali

i Più Letti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Alzheimer, scoperta l'origine della malattia: se manca la dopamina la memoria va via. Sbalzi d'umore e depressione possibili primi sintomi
- 2 Precari e nuove assunzioni: in Stato-Regioni il riparto dei fondi 2017-2018. In tutto 225 milioni
- 3 "L'immagine del Ssn più equo del mondo ormai è un paravento. La nostra sanità pubblica sta andando a picco". L'ultimo libro di Luca Benci
- 4 Contratti: sbloccata parte dei fondi per i rinnovi. Le quote ulteriori nei prossimi documenti di bilancio. Il

integrativa, lasciando la possibilità a chi lo desidera di integrare ulteriormente le proprie coperture con coperture sanitarie private.

Attualmente, il sistema a tre pilastri è per ragioni statistiche, sociali, economiche, costituzionali, l'unico sistema che può tutelare tutti i cittadini e bene hanno fatto i legislatori che si sono succeduti negli ultimi vent'anni a sostenerlo, regolamentarlo ed organizzarlo.

Sta solo a tutti noi usufruirne in modo corretto senza confusioni interpretative e sterili polemiche che prendano spunto da valutazioni politiche o da interessi imprenditoriali.

Luciano Dragonetti

Vice Presidente Associazione Nazionale Sanità Integrativa

06 aprile 2017

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Lettere al direttore



Insisto. Ma veramente vogliamo andare verso le mutue?



La Malattia di Menière. Il convegno nazionale a Bologna



Piano ospedaliero siciliano. Tanto peggio tanto meglio?



Riforma dei consultori abruzzesi. Preoccupazioni sindacali fuori luogo. Discussione è ancora aperta



Se una società scientifica vuole "fare" formazione in ospedale deve andare all'estero



Ospedale Forlanini: sprechi o incuria?

Dpcm in Gazzetta Ufficiale

- 5 I nuovi Lea sulla Gazzetta. Il testo, gli allegati e tutte le novità delle prestazioni offerte dal Ssn
- 6 Operatori sanitari sempre più vecchi, d'età e per anni di servizio. Colpa del blocco del turn over
- 7 Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Ecco cosa cambia per operatori, Asl e pazienti. Il nuovo libro di Quotidiano Sanità
- 8 Da qui al 2035 serviranno 100mila sanitari in più, oltre al turn over. Soprattutto infermieri e professioni sanitarie. Troppi invece i farmacisti. Mentre per i medici 'basterà' rimpiazzare chi va in pensione. I dati del tavolo al Ministero
- 9 Cancro. Scoperto in Israele il meccanismo che impedisce alle cellule tumorali di proliferare e ne innesca l'auto-distruzione
- 10 Uso abusivo contratti a termine PA. Commissione Ue demolisce sentenza Cassazione

Quotidianosanita.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

In redazione
Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodriguez

Collaboratori
Eva Antoniotti (Ordini e professioni)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Mautone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Rizzo (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti
info@qsedizioni.it

Pubblicità
Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione
Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n.
115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
[Policy privacy](#)