

Articoli Selezionati

SCENARIO

16/03/17	Mf	55	Intervista a Pier Paolo Baretta - Il nuovo modello è più benefit e servizi in busta-paga	...	1
16/03/17	Mf	62	Intervista ad Andrea Mencattini - Sanità integrativa è la frontiera	...	5
16/03/17	Mf	58	Più concorrenza in un business che cresce	...	6
16/03/17	Mf	62	UniSalute spinge sull'acceleratore	...	9
16/03/17	Mf	63	Unisalute: non solo polizze sanitarie, ma anche flexible benefit con la nuova società Sisalute	...	10
17/03/17	Sole 24 Ore	21	Alimentaristi, sanità integrativa per tutti	Prisco Francesco	13
17/03/17	Sole 24 Ore	52	Responsabilità dei medici con attuazione a tappe	Gobbi Barbara	14
18/03/17	Sole 24 Ore Plus	24	Arriva l'esposto sulle società di mutuo soccorso	Fe.Pe.	15
19/03/17	Mattino	11	Responsabilità dei medici e nuovi Lea: così si cambia	Mautone Ettore	16
19/03/17	Sole 24 Ore	5	Sanità, la nuova lista delle cure gratuite - Più vaccini e protesi, meno ricoveri	Gobbi Barbara	18
20/03/17	L'Economia del Corriere della Sera	60	Così il welfare si fa strada	Adani Luisa	22
20/03/17	Corriere Imprese Bologna	9	Con Aiwa anche l'Emilia promuove il welfare	F.C.	23

Il nuovo modello è più benefit e servizi in busta-paga

Dai grandi gruppi alle pmi è gara per offrire ai dipendenti nuovi incentivi alla fedeltà aziendale con prestazioni che migliorino la qualità del rapporto vita-lavoro. Per lo più in esenzione fiscale

«L'instabilità economica crea maggiori preoccupazioni nei lavoratori, non solo nelle imprese. Quindi l'obiettivo è conquistare nuove prestazioni sociali, senza erodere la retribuzione base»

La domanda di welfare aziendale è destinata a crescere in maniera irreversibile». Pier Paolo Baretta, 68 anni, già dirigente sindacale e profondo conoscitore del mondo del lavoro, sottosegretario al Ministero dell'Economia e delle Finanze negli ultimi tre governi, Letta, Renzi e Gentiloni, rappresenta il fil rouge dell'impegno dell'amministrazione nel seguire e appoggiare un settore con una forte valenza sociale. «Si vive di più, e il prolungamento dell'attesa di vita sollecita il welfare pubblico già sotto pressione. Lo Stato da solo non ce la fa più; la risposta pubblica ai bisogni di welfare non basta. Ecco perché credo che la strada imboccata con le ultime norme sul welfare aziendale sia senza ritorno», ha argomentato con MF.

Domanda. La crisi ha aggiunto urgenza a una dinamica che era già in corso. Qual è l'elemento di novità in campo?

Risposta. C'è una diffusione massiccia di iniziative diversamente riconducibili al welfare aziendale perché l'instabilità economica crea maggiori preoccupazioni nei lavoratori, non solo nelle imprese, circa la più opportuna allocazione delle proprie risorse economiche. Quindi l'obiettivo sempre più focalizzato è conquistare nuove prestazioni sociali, senza erodere la retribuzione base.

D. In che modo?

R. La nuova stagione del welfare integrativo ha favorito la conversione dei premi di risultato aziendali in flexible benefit, in prestazioni destinate a sostenere il lavoratore, la sua fami-

glia in un nuovo work-life balance.

D. In questa chiave quali novità hanno portato la legge di Stabilità 2016 e la legge di Bilancio 2017?

R. Si è dato un nuovo sistema alla struttura di welfare aziendale, favorito e incentivato anche fiscalmente. In questa scelta di Governo vedo un pezzo di nuova democrazia economica. L'idea di un più adeguato servizio c'è, ma c'è la scommessa di favorire relazioni sociali e industriali più moderne.



D. Che cosa intende esattamente?

R. Il premio di risultato convertibile in benefit è uno dei modi per assicurare un sempre più forte coinvolgimento dei lavoratori nella vita dell'azienda. Le opzioni e le scelte personalizzate favoriscono la costruzione di percorsi di soddisfazione più aderente alla propria propensione di benessere in azienda. È un modo per segnalare le nuove esigenze nel mondo del lavoro. Il welfare aziendale nel suo complesso diventa anche strumento di aggiornamenti dei nuovi bisogni, un paniere dei nuovi consumi di benessere personale e familiare.

D. Per esempio?

R. La previdenza complementare ma anche l'asilo nido pagato dall'azienda, la palestra, i libri scolastici per i figli, senza dimenticare il ruolo fondamentale svolto dai servizi di sanità integrativa. Negli ultimi anni i fondi di sanità integrativa sono ormai diventati più di 300, poco meno di quelli nati nel segmento della previdenza.

D. Ponendo forse anche un problema di vigilanza e controllo...

R. L'esperienza fatta nel mondo della previdenza va utilizzata per mettere mano alla regolazione del sistema della sanità integrativa. La Covip ha fatto molto e bene nel vigilare lo sviluppo e la vita dei fondi pensione. Nel mondo della salute devono essere introdotte regole e comportamenti certi nella gestione dei fondi, a maggior tutela dei cittadini. Oggi c'è solo l'obbligo di

isciversi all'Anagrafe tenuta presso il Ministero della Salute".

D. Quindi?

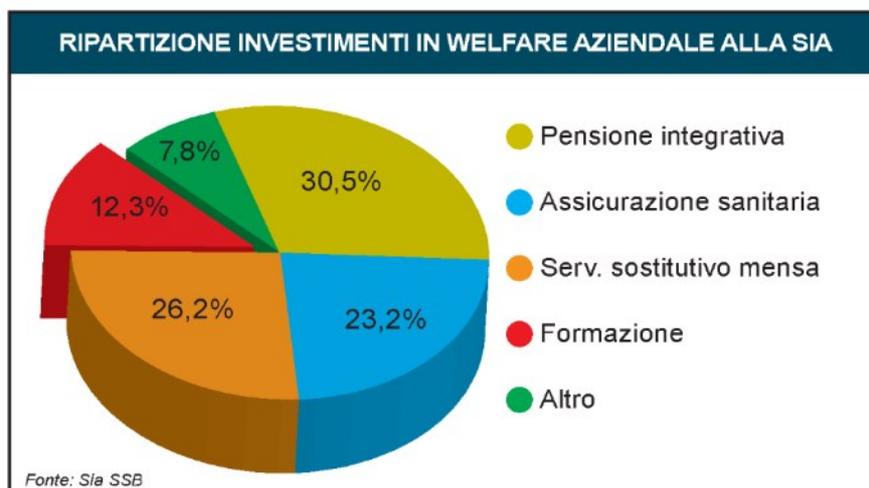
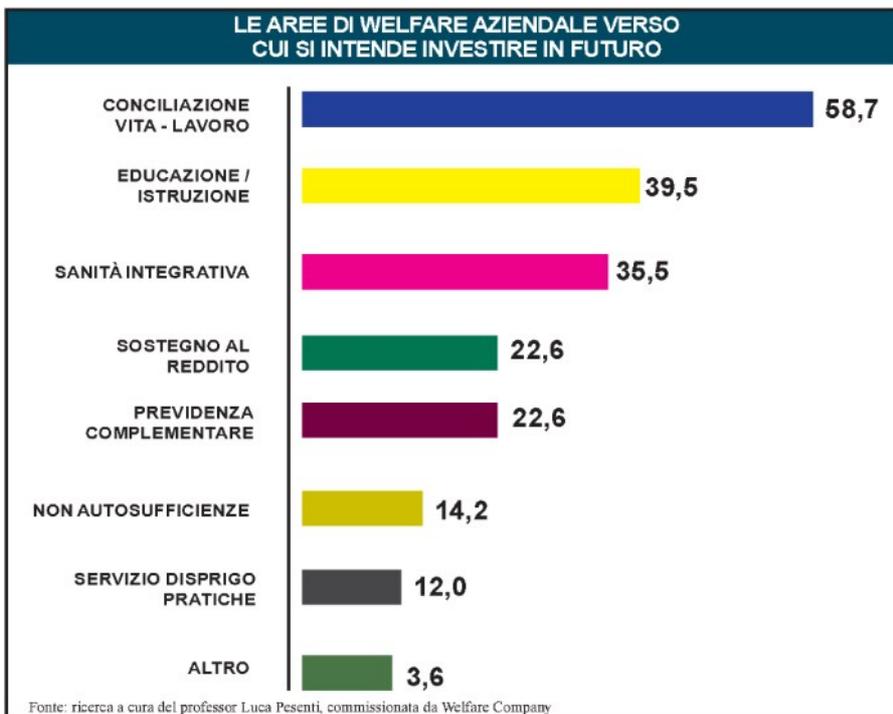
R. Ci vuole un'authority, che sia la Covip, lo stesso Ministero della Salute o un nuovo soggetto, che tenga conto delle caratteristiche specifiche e peculiari delle prestazioni sanitarie.

D. Il welfare aziendale non rischia di oscurare i bisogni di welfare dei lavoratori autonomi, per le partite Iva, per coloro che non sono dipendenti nelle aziende?

R. Il problema c'è e rischia di dividere i lavoratori. Io preferisco guardare con ottimismo: lo sviluppo del welfare in azienda costringe a vedere questa sperequazione, questa divaricazione che non è giusta, ma che non può frenare verso il basso. Bisogna alzare l'asticella, anche per chi oggi è meno tutelato. C'è un problema di struttura dei diritti. Quello che definisco la necessità di definire la portabilità dei diritti.

D. Che cosa significa in pratica?

R. In una congiuntura in cui i lavoratori, soprattutto quelli più giovani, vivono in un mercato del lavoro frammentato ed elastico, si debba immaginare, anche per il welfare aziendale, una sorta di ticket associabile al lavoratore, indipendentemente dal luogo in cui il lavoro viene concretamente svolto. È tempo di compiere una riflessione complessiva sui sistemi di relazioni industriali: non si può che immaginare un maggiore coinvolgimento dei lavoratori nei destini dell'impresa.





Sanità integrativa è la frontiera

Ad Andrea Mencattini, responsabile Controllate assicurative e Rapporti istituzionali di Generali Italia, MF ha chiesto di spiegare come e dove opera il maggiore assicuratore italiano nel welfare aziendale.

Domanda. Generali dove punta le sue carte?

Risposta. Sul segmento più cospicuo delle imprese italiane, in termini di fatturato, occupazione e impatto sociale, le pmi, attraverso l'iniziativa Welfare Index Pmi. L'obiettivo è rafforzare il rapporto con un target fondamentale per Generali Italia. Il mondo dei lavoratori delle pmi è al centro della nostra proposta.

D. Come vede lo sviluppo del welfare integrativo e come viene interpretato dalla vostra offerta?

R. I nostri agenti devono diventare capaci di offrire un ventaglio di servizi che li possa accreditare come interlocutori a 360 gradi per le problematiche delle pmi. Il Rapporto Welfare Index Pmi fa emergere i campioni ma registra anche una realtà ancora a basso coinvolgimento sui temi del welfare aziendale.

D. Quindi la vostra proposta?

R. C'è molto da fare per accompagnare le aziende alla scoperta delle opportunità, c'è una consapevolezza ancora bassa e una facile attrazione ai buoni spesa che pagano benefit per i dipendenti al posto del premio cash in busta paga. E che garantiscono all'azienda un significativo risparmio fiscale e contributivo nell'erogazione dei premi di risultato.

D. Dove vedete le maggiori novità?

R. Sul fronte della sanità integrativa, perché una volta la polizza sanitaria integrativa era individuale e prerogativa di un cliente affluent: oggi con la contrattazione aziendale di secondo livello e la nascita dei fondi sanitari integrativi, la copertura collettiva sta trasformando la percezione e l'uso della polizza, non più a rimborso, ma a protezione. E poter contare sulla professionalità dell'assicuratore in rapporto con l'azienda, consente di negoziare con i centri che garantiscono le migliori prestazioni socio-sanitarie.



Andrea Mencattini



Più concorrenza in un business che cresce

Oltre 60 gare bandite negli ultimi 6 mesi segnano lo sviluppo del nuovo campo di gioco su cui si affrontano società specializzate, broker, compagnie assicurative e consulenti strategici

Trenta gare nell'ultimo semestre 2016 per selezionare fornitori di servizi di welfare aziendale, in particolare per l'erogazione dei cosiddetti flexible benefit. Altre 30 gare sono state indette nei primi due mesi e mezzo di quest'anno: sono i numeri di un nuovo mercato che sta crescendo vorticosamente. Stimarne il valore è ancora difficile perché sui capitolati di gara ci sono troppe variabili e molta riservatezza. «Eni, che da sempre investe nel welfare, ha deciso di arricchire l'offerta ai propri dipendenti anche con la messa a disposizione di un piano di flexible benefit gestibile attraverso una piattaforma informatica. Per questa ragione ha indetto una gara finalizzata all'individuazione di un partner qualificato e specializzato in tale ambito», hanno raccontato dal quartier generale del gruppo petrolifero, senza però scendere nei dettagli di prestazioni e cifre.

Secondo **Giovanni Scansani**, ceo di Valore Welfare, una società di consulenza specializzata, si potrebbe trattare di una gara da 40 milioni di euro, calcolando un premio di risultato di circa 2.100 euro per ciascuno dei quasi 20 mila dipendenti. «Le grandi aziende hanno avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo del welfare aziendale e lo avranno anche nello sviluppo del mercato dei servizi di supporto». I cosiddetti flexible benefit, i servizi di supporto al welfare aziendale, sono l'argomento centrale nelle richieste delle aziende e nell'offerta dei consulenti.

«Costituiscono una parte di quello che le aziende ricomprendono nel mondo del Welfare aziendale. Per questo stiamo arricchendo la nostra offerta attraverso partnership con altri fornitori specialisti di servizi particolari», ha spiegato **Chiara Fogliani**, ceo di Welfare Company, uno dei principali fornitori italiani. «Studiamo progetti ad hoc, personalizzati sulle esigenze delle nostre aziende clienti nel campo della sanità, dei servizi alla persona, della consulenza».

Per vincere le gare, o comunque per candidarsi a diventare il provider migliore dei servizi di welfare, occorrono almeno cinque caratteristiche fondamentali, secondo **Nelly Bonfiglio**, sales director di Easy Welfare, una delle società leader di questo nuovo mercato. Innanzitutto è richiesta la consulenza sull'organizzazione del lavoro, che vuol dire capacità di analisi della popolazione dei lavoratori, ascolto e fo-

cus group dei dipendenti, mappatura dei benefit; poi è necessaria una specifica attrezzatura nella consulenza fiscale. Il terzo fattore di successo è la disponibilità di una piattaforma informatica, facile da usare, efficiente, tecnologicamente avanzata, in grado di mostrare ai dipendenti dell'azienda il catalogo dei servizi fruibili. Poi occorre la capacità di cercare e trovare sul territorio servizi eccellenti da fornire come benefit e infine un'esperienza nella comunicazione interna per lanciare i servizi offerti e monitorare il loro gradimento.

Anche i dipendenti credono nel welfare aziendale. È il dato più evidente che emerge dalla ricerca Doxa-Edenred 2016 sullo stato del welfare aziendale in Italia. Il 62% dei dipendenti, infatti, esprime un giudizio positivo sull'implementazione di programmi di welfare nella propria azienda. «La partita del welfare aziendale si gioca in due: imprese e dipendenti. È fondamentale, quindi, che a credere nelle potenzialità e nell'effettiva utilità dello strumento siano entrambe le parti», ha sottolineato **Andrea Keller**, ceo di Edenred Italia, la società francese che ha inventato i ticket restaurant, una forma originaria di un servizio di voucher, un benefit, un servizio di welfare aziendale.

Tra i nuovi operatori che si affacciano sul mercato c'è anche il leader delle soluzioni software gestionali per il personale, Zucchetti, che alla fine del 2016 ha acquisito la maggioranza di DoubleYou, uno dei primi operatori specializzato in flexible

benefit. «Il mercato che si sta sviluppando sul welfare aziendale può essere diretto o indiretto», ha spiegato **Domenico Uggeri**, vicepresidente del Gruppo Zucchetti, «quello diretto si rivolge ad acquisire l'azienda cliente finale. Quello indiretto, ed è quello che inseguiamo noi, è quello che conta sul ruolo di intermediazione svolto da associazioni di categoria o da professionisti, che sono i nostri interlocutori privilegiati». Il mercato cresce, la competizio-



ne si fa più ricca, soprattutto se si considera che la sanità integrativa sta diventando uno dei più dinamici nel volano di crescita rappresentato dal welfare aziendale e contrattuale. La legge di Bilancio 2017 ha consentito di andare oltre il plafond di 3.615 euro, attingendo quote utili alla sanità integrativa anche dai premi di risultato. Questo giustifica il dinamismo delle compagnie specializzate come Rbm Salute o come Unisalute (gruppo UnipolSai), o l'attenzione che compagnie nate per rivolgersi al mercato della previdenza complementare stanno dirigendo al segmento salute. Un nome per tutti: PosteVita, che sotto la guida di Bianca Maria Farina, che ha assunto anche la presidenza di Ania, l'associazione di categoria delle compagnie di assicurazione, ha lanciato poco meno di un anno fa PosteSalute. La crisi, con la sua lunghissima congiuntura negativa, porta lo sguardo sul breve-medio termine invece che sul lungo: quindi meno previdenza e più sanità. «In questo campo è fondamentale è l'alleanza pubblico-privato», ha precisato **Marco Vecchietti**, consigliere delegato di Rbm Salute, una delle prime compagnie specializzate sui temi della salute. «La specializzazione è uno dei fattori che possono fare la differenza a fronte di un'abitudine delle compagnie generaliste, per lo più Rc-auto centriche». Rbm Salute ha raccolto nel 2015 oltre 300 milioni di premi.

Chiara
FoglianiGiovanni
Scansani



UniSalute spinge sull'acceleratore

«Sono più di 20 anni che ci occupiamo di polizze sanitarie integrative stipulate all'interno di contratti collettivi del lavoro. La nostra cifra è la specializzazione». Fiammetta Fabris, direttore generale di UniSalute, gruppo UnipolSai, nel 2016 ha realizzato una raccolta premi di 370 milioni di euro, intercettando 6 milioni di clienti, qualificandosi come la prima compagnia a livello nazionale per numero di clienti gestiti. UniSalute ha puntato da subito su questo mercato sviluppando un canale diretto con le aziende di ogni dimensione e tipo, attraverso cui proporre servizi rivolti a tutti i dipendenti, personalizzati anche in base alle necessità del settore di appartenenza. «Gestiamo la sanità integrativa per 33 Fondi sanitari nazionali, Casse Professionali e centinaia di aziende, come Luxottica, Ferrovie dello Stato, Gucci e molti altri gruppi primari», ha aggiunto Fabris. Grazie alle nuove norme introdotte nel 2016, UniSalute si è trovata nella posizione ideale per spingere l'acceleratore nel suo settore d'elezione. Fabris ha creato all'inizio di quest'anno una nuova struttura, UniSalute Servizi, divisione SiSalute, che gestisce e commercializza servizi sanitari non assicurativi. «Abbiamo colto le nuove opportunità derivanti dalle ultime due leggi di bilancio, 2016 e 2017, che hanno segnato lo sviluppo del mercato dei flexible benefit,» ha spiegato a MF. SiSalute offre alle aziende pacchetti di flexible benefit in ambito sanitario che prevedono il pagamento di quanto non rimborsato dalle polizze sanitarie (franchigie, superamento limiti, prestazioni non previste per chi ha una copertura sanitaria) e la possibilità di effettuare prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate con SiSalute, anche per familiari. Inoltre SiSalute mette a disposizione delle aziende un portale dedicato per l'utilizzo dei flexible benefit, in grado di riconoscere i dipendenti già assicurati con UniSalute: un unico ambiente di riferimento e maggiore semplicità ed efficacia del processo.



Fiammetta Fabris



UNISALUTE: NON SOLO POLIZZE SANITARIE, MA ANCHE FLEXIBLE BENEFIT CON LA NUOVA SOCIETÀ SISALUTE

Oggi le aziende rivestono un ruolo sempre più attivo nei confronti di politiche di welfare aziendale a sostegno del reddito dei propri dipendenti. Alle nuove domande di protezione generate dai cambiamenti in atto nella nostra società, si affiancano infatti le novità introdotte dalla Legge di Stabilità 2016 e dalla Legge di Bilancio 2017 che danno nuovo impulso al settore. In questo nuovo contesto normativo, le aziende hanno compreso che **il welfare sussidiario è fonte di numerose opportunità: riduce i costi per l'azienda, aumenta il potere d'acquisto dei dipendenti e incide positivamente su produttività e fidelizzazione.**

“UniSalute, prima assicurazione in Italia per numero di clienti gestiti, ha sempre avuto un ruolo di primo piano nell’area della sanità integrativa per le aziende. Sono ormai più di 20 anni che ci occupiamo di polizze sanitarie integrative stipulate all’interno di contratti collettivi del lavoro” - afferma Fiammetta Fabris, Direttore Generale di UniSalute. A differenza di altre compagnie assicurative generaliste, che hanno sempre considerato la sanità come elemento di perdita, UniSalute ha dimostrato fin da subito di credere che questo settore potesse rappresentare un elemento di crescita. Da qui la creazione di un canale diretto con le aziende di ogni dimensione e tipo, a cui vengono proposti servizi rivolti a tutti i dipendenti personalizzati anche in base alle necessità del settore di appartenenza. “Oggi gestiamo la sanità integrativa per 33 Fondi sanitari nazionali, Casse Professionali e centinaia di aziende, come Luxottica, Ferrovie dello Stato, Gucci e molte altre.”

La nuova normativa rappresenta un passo importante per favorire la costruzione di un sistema di servizi più efficiente, di qualità e con costi sostenibili in grado di facilitare la conciliazione vita-lavoro e contribuire ad un sistema di welfare sempre più aderente ai bisogni dei cittadini. **Proprio per intercettare i nuovi bisogni emergenti e completare la propria offerta, UniSalute ha da poco creato una nuova società, UniSalute Servizi – divisione SiSalute,** che gestisce e commercializza nuovi servizi sanitari non assicurativi.

SiSalute offre alle aziende pacchetti di flexible benefit in ambito sanitario che prevedono il pagamento di quanto non rimborsato dalle polizze sanitarie (franchigie, superamento limiti, prestazioni non previste per chi ha una copertura sanitaria) e la possibilità di effettuare prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate con SiSalute, anche per familiari. Inoltre **SiSalute mette a disposizione delle aziende un portale dedicato per l'utilizzo dei flexible benefit**, in grado di riconoscere i dipendenti già assicurati con UniSalute: un unico ambiente di riferimento e maggiore semplicità ed efficacia del processo.



A questi si aggiungono **servizi in outsourcing messi a disposizione di Fondi, Banche, Casse, Mutue** quali il call center telefonico, la rete di strutture sanitarie convenzionate SiSalute, la gestione dei rimborsi, altri servizi e campagne di prevenzione.

L'esperienza ultraventennale di UniSalute trova un'ulteriore conferma della professionalità con cui da sempre opera nel settore salute con la certificazione UNI EN ISO 9001:2015, recentemente ottenuta dalla compagnia bolognese. Un traguardo importante, che conferma gli elevati standard nella gestione dei processi e nell'erogazione dei servizi per clienti e partner dalla progettazione dei prodotti, all'erogazione dei servizi, dalle attività gestionali/amministrative al convenzionamento di migliaia di strutture sanitarie in Italia, ai tanti servizi innovativi a disposizione dei clienti.

Che il welfare sussidiario sia un bisogno sentito dai lavoratori è dimostrato anche da una recente indagine dell'Osservatorio sanità di UniSalute, da cui risulta che ben oltre la metà degli intervistati (65%) pensa che le aziende debbano prendersi carico delle cure sanitarie dei propri dipendenti, ma non solo: secondo i dati, infatti, risulta che le iniziative aziendali più richieste dagli intervistati in termini di welfare comprendano l'allargamento della copertura medico sanitaria a coniuge e figli (più di un italiano su tre vorrebbe che la polizza sanitaria coprisse anche il nucleo familiare) e polizze integrative create su misura, esigenza riscontrata nel 27% degli intervistati. Le richieste degli italiani non si fermano tuttavia alla sola età lavorativa. Secondo la ricerca infatti più della metà degli italiani si vorrebbe tutelare anche quando arriverà il momento di andare in pensione: il 51% vorrebbe avere una copertura sanitaria omnicomprensiva, al 41% farebbe comodo poter effettuare check-up gratuiti per la prevenzione di determinate patologie, mentre il 37% pensa all'ipotesi della non autosufficienza e vorrebbe l'assistenza domiciliare garantita in caso di necessità. D'altra parte, bisogna tenere presente che in Italia è in atto un processo di invecchiamento che ha fatto aumentare le percentuali di disabilità della popolazione, mentre si è ridotto l'intervento dello stato sociale. Secondo i dati statistici dell'Istat, la stima dell'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2016 è pari a 161,1 persone over 65 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni: questo colloca il nostro Paese tra i più vecchi del mondo, insieme a Giappone (indice di vecchiaia pari a 204,9 nel 2015) e Germania (159,9 nel 2015).

“Proprio grazie ad un attento monitoraggio delle dinamiche sociali e del mercato, **siamo in grado di strutturare un'offerta di servizi studiati ad hoc per ciascuna esigenza, offrendo alle aziende e agli enti anche consulenza fiscale e il supporto per tutte le attività organizzative e gestionali**” – conclude Fiammetta Fabris. “Le nuove possibilità emerse con la nuova legge ci hanno permesso di **arricchire l'offerta UniSalute con nuovi servizi quali ad esempio flexible benefit per una gestione della sanità integrativa davvero a 360°.**”

CHI È UNISALUTE

UniSalute è la prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti gestiti. Si prende cura ogni giorno della salute di 6 milioni di persone provenienti dalle più grandi aziende italiane, dai Fondi sanitari di categoria e dalle Casse professionali.

È l'unica compagnia in Italia che si dedica da più di 20 anni esclusivamente alla protezione della salute e offre piani sanitari personalizzati e integrati con un'ampia gamma di servizi per rispondere nel modo più efficace ai diversi bisogni di protezione per le aziende di ogni dimensione e tipo. Inoltre, per prima in Italia, ha sviluppato una gamma di polizze individuali acquistabili online. Garantisce ai propri assistiti l'accesso in tempi rapidi alle migliori strutture sanitarie in Italia e all'estero tra cui ospedali, case di cura, poliambulatori, centri diagnostici e fisioterapici, studi odontoiatrici e di psicoterapia, operatori socio assistenziali anche a domicilio e veterinari. Monitora costantemente la qualità del proprio network di migliaia di strutture: 9 clienti su 10 consigliano la struttura in cui hanno effettuato le cure.

Grazie all'esperienza e alle competenze maturate in ambito sanitario, UniSalute ha creato un Osservatorio sanità che si occupa di approfondire e indagare temi di salute e sanità nel panorama nazionale.

Nel 2016 è nata SiSalute, divisione di UniSalute Servizi, per la gestione e la commercializzazione di servizi sanitari non assicurativi per rispondere alle nuove esigenze di welfare aziendale e per offrire nuovi strumenti di protezione della salute.

Fondata dal Gruppo Unipol nel 1995, UniSalute è l'operatore di riferimento nel mercato della sanità integrativa italiana.

UniSalute

SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



Welfare. Accordo tra Federalimentare e sindacati

Alimentaristi, sanità integrativa per tutti

LA MISURA

La copertura del Fasa sarà estesa anche ai lavoratori licenziati, ottimizzando le risorse ma senza ulteriori oneri a carico delle imprese

Francesco Prisco

■ L'industria alimentare estende la copertura sanitaria integrativa anche ai lavoratori licenziati. Lo prevede l'accordo sperimentale appena sottoscritto a Roma da Federalimentare da un lato, Fai, Flai e Uila dall'altro.

Secondo il testo che, per ora, avrà vigore da luglio prossimo a giugno 2019, i benefici previsti dal Fasa, il fondo sanitario di categoria, saranno estesi a tutti i lavoratori iscritti al fondo stesso da almeno 12 mesi che vengano licenziati per motivi economici o comunque involontariamente disoccupati. Il nuovo intervento sarà realizzato ottimizzando le risorse già versate dalle imprese al Fasa, quindi senza ulteriori oneri a carico loro.

La copertura sanitaria prevista andrà da un minimo di sei mesi a un massimo di 18 mesi. L'accordo si aggiunge alle numerose forme integrative di assistenza previste dal ccnl di categoria che spaziano dal fondo di previdenza complementare Ali-fond al sostegno alla maternità, fino alla cassa per il rischio vita. «Si tratta - recita il comunicato congiunto di Federalimentare e sindacati - di un intervento concreto di sostegno che scatta in caso di perdita del lavoro.

In pratica il lavoratore, oltre alla Naspi erogata dal-

l'Inps, potrà mantenere, «senza alcun onere a suo carico, per un periodo determinato e fino a nuova rioccupazione, i vantaggi per sé e per il nucleo familiare della copertura di tutte le spese sanitarie offerta dal Fasa». Secondo il presidente di Federalimentare Luigi Scordamaglia, «si tratta di un accordo non solo fortemente innovativo ma che va verso la modernizzazione del modello contrattuale di categoria con sempre più welfare, più produttività a livello aziendale e un primo livello sempre più solo di garanzia».

Per Stefano Mantegazza, segretario generale di Uila, «ancora una volta il sistema di relazioni sindacali nel settore alimentare ha fatto goal in materia di welfare contrattuale. Siamo particolarmente orgogliosi del risultato raggiunto». Per il segretario generale di Fai Luigi Sbarra «questa firma premia l'impegno di tanti delegati, quadri e dirigenti che hanno creduto fino in fondo nella possibilità di dare un supporto aggiuntivo, e tutto contrattuale, a tante migliaia di persone che si trovano nella drammatica condizione di chi non ha più impiego».

Ivana Galli, segretario generale di Flai, parla di «risposta concreta per quanti si troveranno a vivere situazioni di crisi e che potranno, in questo modo, vedersi riconosciuto un sostegno e una tutela reale».

 @MrPriscus

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute. Attesa oggi la pubblicazione della legge sulla Gazzetta Ufficiale

Responsabilità dei medici con attuazione a tappe

LE SCADENZE

Novanta giorni per definire le funzioni della vigilanza su chi erogherà le polizze sanitarie e 120 per l'elenco dei requisiti minimi

Barbara Gobbi

■ Nuovi profili di **responsabilità sanitaria** e, a tutela dei pazienti, una rete a maglie strette di prevenzione degli errori in corsia. Sullo sfondo, l'obbligatorietà delle **polizze assicurative** per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, e per ogni professionista che entri in rapporto - anche via telemedicina o in intramoenia - con il paziente. Il quale potrà giocare anche la carta dell'azione diretta nei confronti dell'impresa assicurativa o, in ultima istanza nei casi di insolvenza, potrà ricorrere alla ciambella di salvataggio di un Fondo di garanzia.

Con la **pubblicazione attesa oggi in Gazzetta ufficiale** - anticipata in un tweet dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin come «un altro grande passo avanti per il servizio sanitario nazionale» - i 18 articoli delle «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», diventano legge. Ma perché il provvedimento - approvato il 28 febbraio dalla Camera dei deputati (relatore Federico Gelli, responsabile Sanità del Pd) - dispieghi gli effetti voluti, dovranno trascorrere mesi. A dir poco. Basta guardare le deadline dettate dalla legge, per una serie di passaggi cruciali. Come l'istituzione - entro 90 giorni dall'entrata in vigore - dell'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità,

che acquisirà per via telematica, dai nuovi centri regionali per la gestione del rischio clinico, tutti i dati su errori e contenzioso di ogni struttura. O come il varo, sempre entro tre mesi, del decreto ministeriale che disciplinerà l'elenco delle società scientifiche abilitate ad elaborare le raccomandazioni e le linee guida cui i medici dovranno attenersi.

Passaggio di non scarso rilievo: il nuovo profilo di responsabilità penale previsto dalla «legge Gelli» esclude infatti la punibilità per imperizia, nel caso in cui si dimostri che il medico si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida validate e pubblicate on line dall'Istituto superiore di sanità.

L'orizzonte della piena operatività sembra allontanarsi ancora, a guardare il capitolo polizze: entro 90 giorni dalla pubblicazione andranno definite le funzioni della vigilanza, assegnata all'Ivass, sulle imprese di assicurazioni intenzionate a stipulare polizze sanitarie. Mentre è fissata a 120 giorni la deadline per il decreto del ministero dello Sviluppo economico - previo accordo in conferenza Stato-Regioni - che elencherà i requisiti minimi delle polizze, con l'indicazione di classi di rischio cui far corrispondere massimali differenziati. E sempre entro quattro mesi, un decreto a firma Sviluppo economico-Salute individuerà i dati sulle polizze obbligatorie per ospedali, cliniche e professionisti, e modalità e termini per la comunicazione dei dati sugli errori all'osservatorio nazionale per le buone pratiche. Infine, spetterà a un regolamento - da adottare entro 120 giorni - definire il perimetro del Fondo di garanzia per danni da responsabilità sanitaria, alimentato dal contributo delle assicurazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arriva l'esposto sulle società di mutuo soccorso

La Uea scrive all'Ivass e al Mise per chiedere maggiori controlli

■ La Uea passa dalle parole (seppure espresse in maniera precisa e circostanziata) ai fatti. Secondo quanto è in grado di anticipare «Plus24», l'Unione Europea degli Assicuratori (un istituto internazionale che dal 1973 svolge attività di studio e ricerca a carattere scientifico nel settore) ha presentato un esposto al Mise e all'Ivass riguardante l'attività delle Società di Mutuo Soccorso (Sms): le raccomandate sono state inviate lo scorso 15 marzo.

Va ricordato che Uea, con lo stesso metodo, ha dato il via a una campagna sulla trasparenza nel settore dei comparatori di tariffe assicurative che ha contribuito a stimolare l'Ivass ad aprire un'indagine e a dettare nuove regole sulla trasparenza di questi siti. Ora il faro è puntato sulle Sms, enti nati a fini mutualistici risalenti, in alcuni casi, fin da fine '800, che in questi anni stanno raccogliendo numerose iscrizioni di consumatori che, secondo Uea, «rischiano di poggiare la loro speranza di tutela sanitaria sulle sabbie mobili».

Secondo quanto ricordato dalla Uea se una Sms supera la soglia dei 100mila euro (a livello di impegni economici e finanziari a garanzia degli assicurati) indicata dall'articolo 345, comma 1°, del Codice delle Assicurazioni, deve assumere la qualifica di impresa locale o mutua assicuratrice con tutti gli obblighi che competono ad una compagnia di assicurazioni; ove invece la Sms si limiti a stipulare contratti di assicurazione per conto dei suoi iscritti, deve comunque osservare le disposizioni sull'intermediazione assicurativa (iscrizione al Rui e connessa formazione cui sono soggetti Agenti Broker e il loro collaboratori). Visto il «proliferare di condotte illegittime - , come spiegarlo dall'associazione - abbiamo deciso di adire le autorità competenti, proprio per evitare danni ai cittadini, peraltro in un ambito di straordinaria valenza sociale». Con l'esposto Uea vuole anche fare chiarezza «sullo strano atteggiamento, quasi distaccato, da parte dei "controllori" rispetto alle condotte di questi soggetti e alle loro pratiche commerciali». A sorvegliare sulle Sms è il Ministero dello Sviluppo economico e le Associazioni nazionali del movimento cooperativo. — **F. Pe.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANCHE LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO A RISCHIO BAIL IN

Non sono solo i fondi pensione e le Casse previdenziali a vedere minacciata la propria liquidità depositata sui conti correnti dal rischio bail-in (diversamente da quanto accade per i fondi comuni che ne sono esclusi).

Secondo un recente documento di Assoprevidenza (che ha realizzato una proposta di modifica dell'articolo 49 del decreto legislativo 180/2015), il discorso coinvolge tra gli altri anche Casse e Enti di previdenza per i liberi professionisti; i Fondi sanitari integrativi del Ssn, enti, casse e proprio le Società di Mutuo soccorso aventi fine assistenziale.



Le norme

Responsabilità dei medici e nuovi Lea: così si cambia

Publicata la legge. Inseriti l'eterologa e nuovi nomenclatori

Il caso

Sparisce la colpa lieve per i dottori ma ora verranno monitorati

L'elenco

Nei livelli essenziali entrano la celiachia lo screening alla nascita e l'autismo

Ettore Mautone

Publicati in Gazzetta ufficiale (rispettivamente la n. 64 del 17 marzo e la n. 65 di ieri) i nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza) e le nuove norme in tema di responsabilità professionale dei medici. In vigore dunque il padre e la madre di tutte le riforme del governo della Salute in Italia. Il ministro Beatrice Lorenzin parla di "passaggio storico" per la sanità italiana. Dopo 15 anni di attesa in pista la nuova griglia delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale (gratuitamente o col ticket). Inoltre il governo inserisce finalmente un paletto in uno dei campi più spinosi del rapporto medico paziente, tirando il freno alla spirale di contenzioso legale e alla pletera di esami inutili che connotano la cosiddetta "medicina difensiva".

Il documento firmato lo scorso 12 gennaio dal premier Paolo Gentiloni, mette tra le nuove prestazioni garantite dal Ssn la fecondazione assistita eterologa ed omologa compresi gli esami genetici (erogati finora erogate solo in ricovero ospedaliero), nuovi vaccini, screening alla nascita, esenzione dai ticket per l'endometriosi, le cure per la celiachia aggiornando gli elenchi delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione fino ad innovare i nomenclatori della specialistica e dell'assisten-

za protesica. Entra l'autismo con diagnosi pre-

coce, cura, trattamento individualizzato, integrazione sociale e sostegno alle famiglie. Novità anche per le malattie rare: un codice darà diritto all'esenzione a 110 nuove malattie. Inserite nell'elenco sarcoidiosi, sclerosi sistemica progressiva e miastenia grave. Rivisto l'elenco delle malattie croniche e invalidanti con l'introduzione di 6 patologie esenti da ticket, tra cui broncopneumopatia ostruttiva, sindrome da talidomide ed endometriosi moderata e grave. Alcune malattie già esenti vengono spostate in quelle croniche (celiachia e la sindrome di Down). Esce invece dal novero delle esenti l'ipertensione che ha un elevato impatto sociale. Sufficiente la certificazione di malattia redatta da uno specialista per ottenere l'attestato di esenzione. Rimborsati gli alimenti iproteici per i nefropatici.

Il testo aggiorna il nomenclatore fermo al 1996: arrivano prestazioni a elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia attualmente erogata solo in alcune regioni del Nord) o di tecnologia recente (enteroscopia con microcamera ingeribile, radioterapia stereotassica). Fari anche sulla prevenzione con il recepimento del nuovo Piano vaccinale (sì all'anti pneumococco, meningococco, varicella e l'estensione contro il papilloma virus). Previsti screening alla nascita per sordità, cataratta e malattie metaboliche ereditarie.

Cambia pelle anche il tariffario protesico fermo al 1999, che assi-

cura innovativi ausili informatici e di comunicazione (come i comunicatori oculari e le tastiere adattate), per i malati di Sla, apparecchi acustici digitali e carrozzine a tecnologia avanzata (barelle adattate per la doccia, arti artificiali, sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo). Nei nuovi Lea si affacciano anche ludopatologia e terapia del dolore.

L'investimento complessivo (tra nuovi costi e risparmi) è di 800 milioni annui (vincolati al Fondo sanitario nazionale) di cui 600 per l'assistenza distrettuale (specialistica 380 protesi 153 milioni), 220 per la prevenzione e 20 trasferiti dall'ospedale ad altri ambiti. Una Commissione nazionale aggiornerà i Lea annualmente. Da segnalare la voce critica dello Smi (Sindacato medici italiani) che individua poche vere novità destinate a ridurre i costi del Ssn col dirottamento sul versante ambulatoriale che farà crescere i ticket a carico dei cittadini.

Il nuovo impianto delle norme sulla responsabilità civile e penale dei medici (legge 8 marzo 2017, n. 24) mira a dare ai medici maggiore serenità e assicurare ai pazienti più trasparenza con la possibilità di essere risarciti in tempi



brevi e certi per eventuali danni subiti. Tra le novità gli obblighi per le strutture sanitarie pubbliche e private: quello di istituire un ufficio per monitoraggio e prevenzione del rischio clinico, di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti entro 7 giorni e di assicurazione. Per la completa attuazione si dovranno attendere alcuni mesi per rendere operativi anche l'Osservatorio nazionale sulle buone pratiche e per aggiornare l'elenco delle Società scientifiche, enti e associazioni chiamati a elaborare le linee guida. Le Regioni potranno affidare al difensore civico la funzione di Garante del diritto alla salute (da adire gratuitamente anche solo per la segnalazione anonima di disfunzioni). Nel codice penale arriva il nuovo articolo 590-sexies, che disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario e che riguarda solo la condotta negligente o imprudente del medico. In caso d'imperizia la punibilità è esclusa laddove siano rispettate linee guida e buone pratiche. Rispetto alla disciplina attuale è abolito il riferimento alla colpa lieve. In primo piano la responsabilità civile della struttura da cui il professionista sia dipendente o in rapporto (anche in intramoenia, convenzione o telemedicina) con eventuale azione di rivalsa verso il professionista. Prevista la doppia responsabilità civile: contrattuale per la struttura (onere della prova a carico della struttura e prescrizione di dieci anni) ed extra-contrattuale per l'esercente sanitario (qualora direttamente chiamato in causa, salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente) con onere della prova a carico del paziente e prescrizione in cinque anni. Prevista la conciliazione obbligatoria. I risarcimenti del danno? Faranno fede le tabelle uniche nazionali aggiornate annualmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dai vaccini alle malattie croniche: dopo 15 anni aggiornato l'elenco delle prestazioni garantite

Sanità, la nuova lista delle cure gratuite

Lorenzin: il prossimo passo sarà la revisione dei ticket

■ Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia e copertura per le malattie croniche. Sono alcune delle novità contenute nei nuovi Lea, livelli essenziali di assistenza, aggiornati dopo 15 anni. La ministra Lorenzin: il prossimo passo sarà la revisione dei ticket.

Barbara Gobbi e Roberto Turno ► pagina 5

Sanità

I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Più vaccini e protesi, meno ricoveri

In vigore la riforma dei Lea - Dopo 15 anni cambia la mappa di cure e costi

Attuazione a tappe

Ci vorranno sei mesi per l'elenco malattie rare e i criteri verranno da accordi Stato-Regioni

La dote

Già assegnati 800 milioni l'anno, più 400 in un triennio per il Piano vaccinazioni

TICKET

Riconosciuta l'esenzione anche per autismo, celiachia, sindrome di Down, broncopneumopatia ostruttiva ed endometriosi

Barbara Gobbi

ROMA

■ Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia. Più malattie rare e croniche riconosciute e curate senza costi per i malati. Ma anche la scrematura dei ricoveri con delisting a pagamento verso l'ambulatorio. Ben 15 anni dopo l'ultimo aggiornamento (che risale al 2001) i Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere garantiti a tutti i cittadini, cambiano volto. Allargando e in gran

parte migliorando e qualificando l'offerta di servizi pubblici gratuiti o dietro pagamento di un ticket.

Una scommessa anche finanziaria di tutto rispetto, quella dei nuovi Lea. Che possono contare su una dote, fissata dalla legge di Stabilità del 2016, di 800 milioni l'anno espressamente vincolata all'interno del Fondo sanitario nazionale. Ai quali però si aggiungono anche le risorse stanziare per il nuovo Piano nazionale dei vaccini, parte integrante dei Lea, ai quali la manovra 2017 ha destinato 100 mln per quest'anno e poi ancora 127 e 186 mln rispettivamente per il 2018 e per il 2019: fondi per oltre 400 milioni in tre anni.

L'attesissima riforma dei Lea è approdata ieri sulla Gazzetta Ufficiale: è il Dpcm del 12 gennaio, giorno della firma del

presidente del Consiglio, pubblicato in un megasupplemento, il n. 75 del 18 marzo. Entrerà subito in vigore.

Ma ci saranno ancora alcune tappe da rispettare per una compiuta applicazione dei Lea, chissà quanto uniforme, totale e tempestiva in tutte le Regioni: il Governo assicura che la vigilanza sarà massima. Mentre la promessa scritta per legge è che non si dovrà più attendere altri 15 anni per rivedere l'elenco delle prestazioni sanitarie in tutto o in par-



te sotto l'ombrello del Ssn: l'aggiornamento d'ora in poi dovrà infatti avvenire ogni anno. Anche su questo aspetto - compatibilità finanziarie permettendo - non mancherà il pressing da parte di tutte le categorie interessate, a partire dagli assistiti.

Intanto con i nuovi Lea ai nastri di partenza si ampliano gratuitamente le garanzie per la maternità, dall'eterologa (Pma) agli screening. Vengono inserite 110 nuove malattie rare con esenzione dai ticket e viene rivisto l'elenco delle patologie croniche con l'ingresso di sei nuove patologie esenti, dalla broncopneumopatia ostruttiva alla sindrome da talidomide fino all'endometriosi acuta e grave. Cisarà la tutela dell'autismo, della celiachia, della sindrome di Down.

C'è poi un'offerta decisamente più ampia di coperture vaccinali, dall'anti pneumococco all'antimeningococco alla varicella fino all'estensione del vaccino per il papillomavirus anche agli adolescenti di sesso maschile. Si allarga poi significativamente lo spettro di screening alla nascita, dalla sordità alla cataratta congenita alle patologie metaboliche ed ereditarie. E si fa largo a protesi e ausili hi-tech per i disabili gravi, dai comunicatori oculari alle tastiere adattate per le persone con gravissime disabilità, fino alle carrozzine ma anche carrozzine più moderne o ai comandi a riconoscimento vocale. Sperando naturalmente che i fondi bastino per tutti coloro che ne hanno diritto. Senza dimenticare però anche le prestazioni sani-

tarie a sempre più elevato contenuto tecnologico, come l'adroterapia contro il cancro.

Una rivoluzione, un deciso salto di qualità per l'assistenza sanitaria pubblica. Con tutte le cautele del caso, non ultima la tempistica effettiva di applicazione. Se i nuovi "Livelli" entrano infatti in vigore ufficialmente oggi, 19 marzo, non tutte le prestazioni e le novità saranno immediatamente fruibili dai cittadini. Anzi.

Intanto, lo stesso Dpcm prevede che l'elenco che include 110 malattie rare in più sarà operativo sei mesi dopo la pubblicazione in Gazzetta. E più in generale, spetterà a una serie di accordi Stato-Regioni definire criteri uniformi per individuare limiti e modalità di erogazione di una serie di prestazioni demandate alle regioni e alle province autonome.

Ancora: l'entrata in vigore delle novità per l'assistenza specialistica e protesica è subordinata all'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni. Nel frattempo, un elenco transitorio normerà le nuove malattie croniche esenti, che richiedono prestazioni specialistiche incluse in quei nomenclatori, fino a quando non saranno pronte le liste aggiornate.

Senza dimenticare che sono ancora in corso i lavori della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, che entro il 28 febbraio avrebbe dovuto formulare una prima proposta di revisione da formalizzare entro il 15 marzo. Date al momento "bucate": la

Commissione, insediata ad ottobre scorso dalla ministra Lorenzin, è nell'impasse. Tra la coperta delle risorse destinate ai nuovi Lea (gli 800 milioni annui) giudicata troppo corta dalle Regioni e i diktat lanciati dalle commissioni parlamentari nei loro pareri sul provvedimento governativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI CHIAVE

50 milioni

I risparmi

Dal passaggio di un pacchetto di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale ci si attende un risparmio di 50 milioni

186 milioni

I costi in più

Sono 186 i milioni di onere aggiuntivo per il Servizio sanitario a causa dell'introduzione di nuovi vaccini

110

Le nuove malattie

Sono 110 le nuove malattie o gruppi di patologie introdotte nell'elenco delle «rare», che sostituisce integralmente quello sinora in vigore

19

Gli anni del vecchio elenco

Risale al 1999 il vecchio nomenclatore di protesi e ausili adesso cambiato dai nuovi Lea

Le novità area per area



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Prestazioni garantite

Sono garantite le prestazioni assistenziali ospedaliere ordinarie, in caso di patologie acute, che necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata, osservazione medico-infermieristica e per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse. Tra le prestazioni garantite, rientrano la terapia del dolore e le cure palliative, ma anche la diagnosi precoce, nei neonati, sia della sordità neonatale sia della cataratta congenita e delle malattie metaboliche ereditarie, l'analgesia durante il travaglio e il parto vaginale, gli interventi di chirurgia estetica, garantiti solo in caso di incidenti, di malformazioni congenite o acquisite o di esiti di procedure medico-chirurgiche



ASSISTENZA INTEGRATIVA

Dispositivi medici e dietetici

I nuovi Lea inseriscono nell'area dell'assistenza integrativa i dispositivi medici monouso (come sacche per stomie, cateteri, ausili per incontinenza e medicazioni), che fino a oggi sono stati inseriti nell'area della protesica. Nell'ambito dei prodotti dietetici, scatta la fornitura gratuita dei prodotti aproteici a favore dei nefropatici cronici e la fornitura dei prodotti addensanti

Ausili high tech

Alla categoria ausili, sono introdotti nuovi modelli sinora non prescrivibili. Tra essi: gli apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, la barella per la doccia, lo scooter a quattro ruote, i carrelli servoscala per interni, le carrozzine con sistema di verticalizzazione e i sistemi di sostegno della persona nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli)



MATERNITÀ E GRAVIDANZA

Le visite coperte

Sono escluse dalla compartecipazione le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita e l'assistenza in puerperio. In caso di minaccia di aborto non si paga il ticket neanche per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie per monitorare l'evoluzione della gravidanza

Fecundazione, costi ripartiti

Rientra nei Lea lo screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie ereditarie. Il Servizio sanitario garantisce inoltre la selezione dei donatori di cellule riproduttive, in attuazione delle direttive europee sul tema. Le coppie che si sottopongono alla pma eterologa devono contribuire ai costi nella misura fissata dalle regioni e dalle pubbliche amministrazioni



I VACCINI

I nuovi ingressi

Vengono introdotti nuovi vaccini, come l'anti papilloma virus esteso anche ai maschi, l'anti pneumococco e l'anti meningococco. Le amministrazioni regionali dovranno garantire il raggiungimento delle coperture per le nuove vaccinazioni, con una gradualità che è stata indicata nel dettaglio dall'Intesa Stato-Regioni sui Lea

L'esenzione

Il Piano nazionale vaccini 2016-2018 prevede che nuove vaccinazioni vengano offerte gratis per fascia d'età e contiene capitoli sugli interventi per categorie a rischio: meningo B e rotavirus (primo anno di vita); varicella prima dose (secondo anno di vita); varicella seconda dose (5-6 anni); Hpv nei maschi 11enni; Ipv meningococco tetravalente (adolescenti), pneumococco e zoster (anziani)



PATOLOGIE

Cronicità

L'attuale lista delle malattie croniche viene sostituita da un nuovo elenco in cui sono inserite nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva-Bpco, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, endometriosi (stadi III e IV), malattie renali croniche, sindrome da talidomide. È stato ridotto il pacchetto di prestazioni associato alla diffusissima ipertensione, quando questa non comporta danni organici

Rarità

Sono state individuate 110 nuove malattie o gruppi, tra cui la sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva e la miastenia grave. Tutte le prestazioni che riguardano le malattie rare sono erogate in regime di esenzione dai ticket



CATEGORIE PARTICOLARI

Invalidi

Confermato il pacchetto di prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche a invalidi di guerra e vittime del terrorismo. Tra queste, ciclo di cure termali, cure climatiche e soggiorni terapeutici, piccole protesi, ma anche l'erogazione gratuita dei farmaci di classe C. Tutte le prestazioni agli invalidi e, se previsto, ai loro familiari, sono in regime di esenzione

Dipendenze patologiche

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, oltre a prestazioni di recupero nei Sert, la somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico. A carico del Servizio, inoltre, le cure palliative domiciliari e di neuropsichiatria infantile

Così il welfare si fa strada

A un anno dal decreto migliora l'intesa tra imprese e lavoratori. Oggi se ne discute al Corriere

di **Luisa Adani**

A partire dalla Finanziaria del 2016, i cui provvedimenti sono stati ampliati e potenziati nel 2017, il welfare aziendale si estende e cresce anche nella reputazione, sia delle imprese che dei lavoratori. L'89% delle realtà (campione di 800 lavoratori di aziende con almeno 15 dipendenti per un totale di 300 imprese, ndr) che operano in Italia ne dà un giudizio positivo, così come il 62% dei lavoratori.

È quanto emerge dall'ultima indagine Doxa per Edenred sul welfare aziendale in Italia, che sarà presentata oggi a Milano alle ore 18, in sala Buzzati al *Corriere della Sera*, al convegno «Nuove prospettive di welfare aziendale»; interverrà anche il sottosegretario del ministero dell'Economia Pier Paolo Baretta. La ricerca analizza i servizi erogati e quelli auspicati, gli obiettivi e la valutazione dei programmi.

Ecco allora che tra gli ostacoli all'implementazione delle iniziative si registrano al primo posto gli aspetti economici (58%) che impattano soprattutto sulle realtà di minore dimensione (64%); le criticità organizzative

aumentano invece con il crescere dell'azienda (dal 36% al 63%); le barriere relazionali sono più rilevanti nelle medie e grandi imprese (54 e 53%) che nelle piccole (28%).

Consumi e famiglia

Sul fronte servizi, i buoni spesa sono i più diffusi (87%), seguono le iniziative sulla flessibilità (78%, cresciute del 20% dal 2013), quelle sulla cultura e il tempo libero (55%), il welfare contrattuale e cioè la previdenza e la sanità integrativa (48%) e infine i servizi interni all'azienda (46%). Interessante osservare che i prodotti sviluppati per i figli dei dipendenti e quelli per la persona e i famigliari, rispettivamente al sesto e al settimo posto per incidenza fra quelli erogati, crescono rispetto all'indagine precedente, passando rispettivamente dal 3-5% al 28% e dal 3% al 19%.

Se si chiede agli intervistati (fronte aziendale) di riferirsi agli orientamenti futuri della propria azienda, vediamo che si punta soprattutto sulla formazione (43%) seguita dalla flessibilità oraria (40%), dalle agevolazioni

commerciali (36%), dal welfare integrativo e dai servizi per i figli.

L'altro punto di vista

Ma i lavoratori, quali servizi preferiscono? Più di tutto i buoni spesa, seguiti dagli interventi sulla flessibilità, in percentuali in linea con le strategie delle aziende. Gli scostamenti significativi fra quanto auspicato dai dipendenti e attuato dalle aziende riguardano i servizi di mobilità, i piani di welfare contrattuale, i servizi interni all'azienda e quelli per la persona e per i figli. Le maggiori potenzialità di sviluppo sembrano, quindi, riguardare, oltre a bus e navette, il welfare contrattuale (fra le voci la copertura sanitaria integrativa ai famigliari e il sostegno al reddito nel caso di perdita del lavoro) e i servizi ai figli dei dipendenti mentre sforzi maggiori devono essere fatti sul fronte della flessibilità.

Infine uno spunto sulle Pmi: il 78% ritiene che il welfare aziendale sia una opportunità: il 10% lo realizza già, il 41 conta di farlo a breve.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Così oggi...

I servizi offerti dalle aziende



... e le prospettive

Su quali ambiti si focalizzeranno i programmi di welfare



In campo

Giuliano Poletti, ministro del Lavoro. La legge di Stabilità 2017 ha confermato le linee in materia di welfare aziendale e di premi di produttività avviate con la legge di bilancio del 2016. È stata allargata la platea dei beneficiari ed è stata alzata la soglia rendendo più incisive le agevolazioni



Con Aiwa anche l'Emilia promuove il **welfare**

Day crea una piattaforma che offre pacchetti ai dipendenti delle altre aziende, Cir punta invece alla ristorazione

In principio ci fu Adriano Olivetti, fu lui il primo a parlare in Italia. Oggi il welfare system aziendale non è più un sogno per pochi imprenditori lungimiranti, ma si sta trasformando sempre di più in un business da inseguire. È anche per questo che i principali otto player del settore hanno deciso di unirsi e fondare Aiwa, l'Associazione italiana welfare aziendale: ci sono Cir Food e i bolognesi Day del Gruppo Up, con Aon Hewitt, Easy Welfare, Edenred, Eudaimon, Mercer, Sodexo, Willis Towers Watson. È nata con l'obiettivo di promuovere la cultura del welfare e del wellness al lavoro, interfacciandosi con la politica, le istituzioni e le parti sociali interessate a queste tematiche.

«In Italia il nostro core business è legato al settore dei buoni pasto, con cui fatturiamo circa 500 milioni di euro all'anno, ma nell'ultimo periodo abbiamo sviluppato una serie di pacchetti benessere da vendere alle aziende di tutti i settori — sottolinea Mariacristina Bertolini, direttrice generale di Day Group che in Italia ha più di 16 mila clienti —. Questo è un mercato ancora emergente, ma ricco di potenzialità grazie anche all'ultima finanziaria».

La legge di bilancio 2017 prevede infatti la possibilità di convertire i premi di produttività in misure di welfare totalmente detassate. Nel concreto Day ha creato una piattaforma dedicata alle imprese che possono scegliere diversi servizi da offrire ai dipendenti. Si va dai buoni regalo convenzionati con oltre 10 mila negozi, alle polizze assicurative, all'assistenza sanitaria, fino ad arrivare ai trattamenti nelle spa, ai corsi di informatica o di sport, alle babysitter per i figli e alle rette degli asili nido. Un'offerta di pacchetti a misura di lavoratore che l'anno scorso ha generato 15 milioni di ricavi, e che è destinata ad aumentare.

«Le misure di welfare che stanno andando di più in Emilia-Romagna sono quelle legate allo smartworking e alle possibilità di conciliare i tempi di vita e lavoro. Nella nostra regione, tra luglio e febbraio, le aziende hanno depositato al Ministero del Lavoro più di 3.000 contratti di produttività, ma è un numero destinato ad aumentare».

Nel 2017 anche Cir food incrementerà i suoi investimenti nella ristorazione aziendale e nel mondo del welfare, «privilegiando le imprese che condividono l'importanza di una ristorazione di qualità come benessere per i propri lavoratori». Solo in questo segmento, secondo i dati forniti dall'azienda, si stima un fatturato di 80 milioni di euro. Al suo interno, dal 2015 esiste anche un progetto, «NoixNoi», per i soci e i dipendenti che racchiude una serie di azioni concrete di conciliazione vita-lavoro, sostegno alla salute e al reddito e servizi dedicati al benessere in generale. Ai genitori sono garantiti permessi straordinari per l'inserimento scolastico dei figli; il congedo parentale dei neo-papà è retribuito al 50% rispetto al 30% previsto per legge; e i lavoratori che sono già nonni hanno due periodi di aspettativa da tre a sei mesi per accudire i nipoti. Inoltre nella sede centrale di Reggio Emilia i dipendenti stanno sperimentando «lo smart office» con una maggiore flessibilità oraria in ingresso, pausa pranzo e uscita.

«Siamo convinti che, mettendo a frutto la nostra esperienza maturata internamente attraverso il nostro piano di welfare, saremo un partner strategico per tutte le aziende che condividono l'importanza dei valori e della cultura del benessere» sottolinea Riccardo Gismondi, direttore della divisione Blतिकet di Cir Food.

F. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da sapere

- Aiwa è l'Associazione italiana welfare aziendale

- Riunisce Cir Food e i bolognesi Day del Gruppo Up, con Aon Hewitt, Easy Welfare, Edenred, Eudaimon, Mercer, Sodexo, Willis Towers Watson

- L'obiettivo di promuovere la cultura del welfare e del wellness al lavoro, interfacciandosi con la politica, le istituzioni e le parti sociali



Manager
 Mariacristina Bertolini,
 direttrice generale Day Gruppo Up

