

Articoli Selezionati

MBA

27/02/18	Mf	14	Pillole - Health Italia	...	1
27/02/18	Italia Oggi	25	Health Italia, il flottante sale al 23,38%	...	2

SCENARIO

21/02/18	Sole 24 Ore	8	Intervista a Beatrice Lorenzin - «Niente sussidi, giù il cuneo su imprese e lavoro»	Fiammeri Barbara	3
22/02/18	Tempo	3	Nel 2017 gli italiani si sono indebitati di oltre 400 milioni per potersi curare	Laghi Marzio	4
25/02/18	Repubblica	10	Tutte le facce del voto - Assistenza e vaccini come salvare un sistema malato - Cosa propongono di fare i partiti per la sanità e la salute?	Bocci Michele	5
25/02/18	Secolo XIX	5	Sulla Sanità i partiti sono bocciati	Costante Alessandra	10
26/02/18	Sole 24 Ore - Norme e Tributi	19	Welfare aziendale, detassati gli abbonamenti ai trasporti - Così il welfare aziendale apre ai trasporti	Ferranti Gianfranco - Sepio Gabriele	12
27/02/18	Sole 24 Ore Sanita'	6	Elezioni, buonismo in salsa sanitaria - Voto, tanto politically correct	Cartabellotta Nino	14
27/02/18	Sole 24 Ore Sanita'	1	Per il Ssn una strategia contro le disuguaglianze	...	20
28/02/18	Giornale Milano	6	Welfare aziendale: il medico come bonus	Bonessa Michelangelo	28
28/02/18	Sole 24 Ore	17	Welfare strumento per creare fiducia	Casadei Cristina	29
28/02/18	Sole 24 Ore	38	Apple lancia le cliniche per i suoi dipendenti	R.Fi.	30
28/02/18	Il Fatto Quotidiano	15	Capitani di sventura - Elezioni senza sanità, partiti senza un'idea	Feltri Stefano	31
28/02/18	Avvenire	22	Orienta. Il welfare aziendale si trasforma: ai dipendenti viene offerto un corso per aiutare i figli a cercare lavoro	Merico Chiara	32

PILLOLE**HEALTH ITALIA**

■ Health Italia, società quotata sull'Aim Italia della sanità integrativa, ha aumentato il flottante al 23,38% in seguito alla sottoscrizione dell'aumento di capitale da 2,54 milioni (emesse 1.953.426 azioni). Obiettivo della società è trasferirsi al segmento Star dei titoli ad alti requisiti. Ora il capitale di Health è controllato al 39,4% da Sorgiva holding seguita da alcuni soci con lock up inferiore al 5% con una quota complessiva del 14,48%, Nssf Malta 1 al 13,03% e il mercato al 23,38%. La società è impegnata con il suo piano di aperture di Health Point, strutture dedicate alla sanità leggera.



Health Italia, il flottante sale al 23,38%

Health Italia, società quotata su Aim che opera nella sanità integrativa, prosegue la marcia di avvicinamento verso lo Star. Il flottante è salito al 23,38% in seguito alla sottoscrizione dell'aumento di capitale da 2,543 milioni di euro, con la contestuale emissione di 1,953 mln di azioni ordinarie. L'operazione si inserisce nella strategia che ha come fine ultimo l'ammissione al segmento dei titoli ad alti requisiti. Il capitale di Health I. è controllato al 39,4% da Sorgiva Holding, seguita da una serie di azionisti con un lock-up inferiore al 5% e una quota complessiva del 14,48%, da Nssf Malta 1 al 13,03% e, appunto, dal mercato.

Nel frattempo la società è impegnata con il piano di aperture di Health Point, le strutture dedicate alla sanità leggera. Due settimane fa è stato inaugurato il Primo Health Point Store di Milano, portando a quattro il numero totale di strutture, in linea con il piano industriale 2018-2020 che prevede un fatturato superiore a 60 milioni e 20 aperture.

—© Riproduzione riservata—



«Niente sussidi, giù il cuneo su imprese e lavoro»

«Barra dritta sul debito: la crescita degli ultimi anni ha consentito di stabilizzare quella voce dei conti pubblici»

di **Barbara Fiammeri**

«**S**iamo appena usciti da anni durissimi di austerità che sono costati agli italiani sacrifici enormi, non rendiamoli inutili...». Beatrice Lorenzin, ministro della Salute e leader di Civica popolare, una delle liste del centrosinistra guidato dal Pd, lo ripete più volte. Per un partito appena nato questa campagna elettorale è un battesimo di fuoco: «Non ci interessa accodarci al coro delle promesse, il nostro programma economico lo abbiamo scritto ascoltando le imprese, gli artigiani, i commercianti, chi in questi anni ha combattuto per restare a galla e che è pronto a scommettere sul futuro e non a caso, leggendo il piano di rilancio per l'Italia presentato da Confindustria alle assise di Verona, mi sono resa conto che non avrei dovuto cambiare neppure una virgola di quanto come Civica popolare ci eravamo impegnati a portare avanti».

Dopo cinque anni di governo qual è il suo bilancio?

Decisamente positivo. Il Paese è tornato a crescere, abbiamo contenuto il deficit riconquistando credibilità, attaccando la spesa improduttiva. Ora dobbiamo proseguire su questa strada.

Altri tagli?

Ridurre la spesa non significa necessariamente tagliare. Al contrario di quanto fatto precedentemente, abbiamo abbandonato la strada dei tagli lineari e fatto delle scelte. Come sulla Sanità dove in questi cinque anni siamo riusciti contemporaneamente ad aumentare le risorse del Fondo sanitario ma anche a produrre risparmi. Questo perché le risorse risparmiate, al contrario di quanto avveniva precedentemente, non sono state riallocate altrove ma sono rimaste all'interno dello stesso comparto. È ancora poco, troppo poco se si pensa che le risorse destinate alla Sanità in Italia rappresentano appena il 6,3% del Pil contro il 10-11% di Francia, Germania, ma anche della Spagna. Nonostante questo, il nostro sistema sanitario è considerato eccellente. Ci sono ancora ampi margi-

ni di recupero perché in una società che diventa sempre più anziana, e quindi più bisognosa di assistenza, investire sulla prevenzione, potenziare le cure significa, in prospettiva, non solo migliorare la vita delle persone ma anche realizzare un risparmio significativo nel medio-lungo termine.

Per fare prevenzione a potenziare le cure però servono risorse aggiuntive, altro che risparmi!

Lo sa che l'Italia è uno dei Paesi in cui le sigarette, il tabacco costano meno? E che con un solo centesimo in più per sigaretta venduta potremmo coprire interamente - sottolineo interamente - tutti i farmaci oncologici? Si tratta di fare delle scelte e questa è una responsabilità della politica. Io sono pronta a scegliere, non a fare promesse. Per questo, sono contro forme di sussidio come i redditi di cittadinanza o di dignità proposti un po' da tutti. È una forma di assistenzialismo che non aiuta a uscire dalla marginalizzazione ma anzi in molti casi la rafforza, come è emerso in Inghilterra e Australia. Mettiamo quelle risorse a disposizione del sostegno all'occupazione, riducendo significativamente il cuneo fiscale non solo per alleggerire il costo del lavoro a carico delle imprese ma anche per rendere più pesanti le retribuzioni nette che finiscono nelle tasche dei lavoratori. In questo modo incentiviamo contemporaneamente l'occupazione e i consumi, ovvero le principali leve per far crescere il Pil.

L'Italia però deve anche fare i conti con il debito...

Come è stato evidenziato da Confindustria a Verona, con una crescita del Pil oltre il 2%, si ottiene una riduzione del debito in linea con quanto previsto dai trattati che abbiamo sottoscritto. Ecco perché è importante mantenere la barra dritta. La crescita degli ultimi anni ha consentito una stabilizzazione del debito, bisogna continuare su questa strada.

Con Gentiloni ancora premier?

Sono orgogliosa del lavoro fatto da questo Governo. Cinque anni fa eravamo tecnicamente falliti, noi abbiamo lavorato per far restare a galla l'Italia e ci siamo riusciti. Quindi rispondo con un sì convinto per un governo guidato ancora dall'attuale premier.



Beatrice Lorenzin. Ministro della Salute

IMAGO ECONOMICA

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'indagine dei portali «Facile.it» e «Prestiti.it» sulle cifre erogate nel corso dell'anno appena trascorso

Nel 2017 gli italiani si sono indebitati di oltre 400 milioni per potersi curare

La classifica regionale

Il Lazio è al terzo posto dopo Friuli e Trentino

Lo studio

Sono state analizzate circa 50 mila richieste



Una scelta che serve a dilazionare nel tempo le spese mediche

Marzio Laghi

■ La crisi sembra ormai alle spalle, ma i soldi ancora non bastano. E allora ci indebitiamo per curarci. Nel 2017, ha stabilito uno studio dei portali di Facile.it e Prestiti.it, sono moltissimi gli italiani che, per evitare di rimandare spese legate alla propria salute, sono ricorsi a un prestito personale per un valore complessivo stimato di oltre 400 milioni di euro erogati. I due «portali» hanno analizzato un campione di oltre 50.000 richieste presentate attraverso i siti da gennaio a dicembre dello scorso anno. «La richiesta di prestiti personali per sostenere spese sanitarie - ha dichiarato Andrea Bordigone, responsabile business unit prestiti di Facile.it - in alcuni casi è una soluzione efficace per non dover rinunciare completamente ad adeguate cure assistenziali o mediche, mentre in altri è una scelta fatta per dilazionare nel tempo e far pesare il meno possibile sul bilancio familiare i costi legati a interventi non sempre necessari come quelli estetici».

La richiesta media presentata nel corso dei 12 mesi è stata pari a 6.898 euro, da restituire nell'arco di quasi 4 anni e mezzo (in 53 rate). L'età media di chi richiede

un prestito per sostenere spese sanitarie è di 46 anni, notevolmente più alta se confrontata con quella di chi richiede finanziamenti per scopi diversi e supera di ben 5 anni l'età media di chi si rivolge, in generale, a una finanziaria (41 anni). Altro dato interessante: nel 40,47% dei casi a presentare domanda di finanziamento è stata una donna. Il valore è estremamente alto se lo si considera rispetto alle richieste di prestito totali, dove la percentuale femminile di richiedenti si ferma al 28,74%. Queste percentuali, però, si possono capire meglio se si considera che, tra le spese sanitarie sostenute vi sono, impianti di ortodonzia e occhiali da vista, per sé o per i figli, ma anche operazioni di chirurgia estetica e trattamenti di bellezza, che spesso hanno un impatto economico importante. La categoria professionale che fa più ricorso al credito al consumo per le cure sanitarie è quella dei dipendenti privati a tempo indeterminato (66,48%), ma è notevole anche il dato relativo ai pensionati, cui fa capo oltre una richiesta su dieci (12,84%). Lo stipendio medio dichiarato in fase di presentazione della domanda è di 1.589 euro. Le regioni in cui le domande di finanziamento per spese mediche hanno raggiunto le percentuali maggiori sono il Friuli Venezia Giulia, dove il 5,08% delle richieste di prestito tra quelle per le quali è stata indicata la finalità è destinato alle spese sanitarie, il Trentino Alto Adige (4,73%) e il Lazio (4,46%). Di contro, Sardegna e Campania sono le aree con i valori percentuali più bassi, rispettivamente il 2,14% e il 2,54%.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



**TUTTE LE FACCE
DEL VOTO**

I programmi *La sanità*

Assistenza e vaccini
come salvare
un sistema malato

BOCCI e MINERVA

pagine 10 e 11

Cosa propongono di fare i partiti per la **sanità** e la **salute**?

Le uscite

- 1 **Lavoro** (pubblicate il 22 e 23 febbraio)
- 2 **Lavoro** (pubblicate il 22 e 23 febbraio)
- 3 **Salute e vaccini** (oggi)
- 4 **Scuola** (domani, 26 febbraio)

- 5 **Immigrazione e sicurezza** (27 febbraio)
- 6 **Famiglia** (28 febbraio)
- 7 **Diritti** (1 marzo)
- 8 **Ambiente** (2 marzo)

Michele Bocci

Il sistema sanitario nazionale è un baluardo italiano che tutti o quasi, in periodo elettorale, promettono di difendere e magari rinforzare. È un fatto che i problemi sul tavolo siano tanti e le soluzioni non facili. C'è prima di tutto da risolvere la distanza della qualità dell'assistenza tra le Regioni, ma anche la questione del personale che diventa sempre meno

numerose, quella delle troppe prestazioni inappropriate consumate dai cittadini, lo spaventoso aumento della spesa farmaceutica e la spina delle liste d'attesa. Che programmi hanno partiti e coalizioni? Quali soluzioni vengono prospettate per un settore che passate le elezioni diventa una delle cenerentole dell'azione parlamentare e di governo, schiacciato tra le ampie

competenze delle Regioni e i diktat del ministero dell'Economia e delle Finanze? Intanto la famiglia Pacini di Prato si augura che qualcuno metta mano al sistema dei ticket, magari eliminando il superticket. Ma al centro del dibattito sanitario restano anche i vaccini. La famiglia Ricci, di Padova, li ha prenotati, ma cosa succederà all'obbligo dopo il 4 marzo in caso di vittoria del fronte del no?



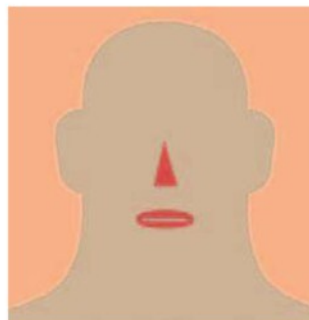


Piano nazionale contro le liste d'attesa

Un aumento progressivo del fondo sanitario nazionale e poi la realizzazione di «un piano nazionale per la gestione delle liste di attesa, al fine di garantire ai cittadini il pieno accesso ai servizi in tempi certi e ragionevoli». Sono le due proposte Pd per la sanità e la seconda si basa su quelle che vengono definite «le migliori esperienze messe in campo da alcune regioni in questi anni».

Non viene citata ma il punto di riferimento pare essere l'Emilia. L'obiettivo del partito è quello di «superare le ingiustificate differenze attualmente esistenti tra regioni». Il programma punta anche sull'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità. Si parla quindi di telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, cartelle cliniche informatizzate, consegna al paziente di esami e documentazioni cliniche per via informatica. Per farmaci e dispositivi si prospetta un ripensamento complessivo dei tetti di spesa previsti oggi per le regioni.

“Senza superticket risparmieremmo 240 euro l'anno”



**Lorenzo, 48 anni,
una moglie e due figli
adolescenti, vive con
la famiglia a Prato**

Si rincorrono le proposte di abolizione I conti per un nucleo di quattro persone

Una famiglia toscana di quattro persone con un reddito tra 36mila e 70 mila euro l'anno, come i Pacini di Prato, l'anno scorso ha speso per le prestazioni sanitarie pubbliche 620 euro, dei quali 380 di ticket e 240 di superticket. La seconda voce è quella che vorrebbe togliere Leu, mentre i 55 abolirebbero i ticket sui farmaci, che per i Pacini vuol dire circa 40 euro. «Io, mia moglie e i nostri due figli adolescenti ovviamente consumiamo una quantità variabile di sanità — spiega Lorenzo, 48 anni — Nel 2017 abbiamo preso 20 confezioni di farmaci di fascia A, quindi a carico della Asl salvo il ticket di 2 euro a scatola. Io e mia moglie abbiamo fatto due esami del sangue a 140 euro di ticket». Su questa cifra pesano 40 euro di superticket. «Poi abbiamo fatto tre ecografie, una risonanza e due lastre. E sono altri 302 euro, dei quali 120 di superticket». Infine i Pacini hanno fatto quattro visite specialistiche, da 128 euro, dei quali 40 di superticket. «Se lo abolissero? Spendere 240 euro in meno l'anno non sarebbe male», conclude Lorenzo. In fatto di superticket ogni Regione ha tariffe diverse (e il Lazio non lo applica). La Toscana è tra le poche a calcolarlo in base a fasce di reddito. Altri prevedono quote fisse per prestazioni.



Stop ai balzelli sulle cure per garantire l'accesso a tutti

Leu da tempo chiede l'abolizione del superticket (addirittura Mdp minacciò di far cadere il governo per ottenerla), che ora è un punto fondamentale del programma per la sanità insieme a un ripensamento di tutto il sistema dei ticket.

«Un numero crescente di persone non riesce ad avere accesso alle cure» perché il prezzo dei ticket è più alto del valore delle prestazioni private e perché le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Il fondo sanitario nazionale va aumentato «per riallineare progressivamente la spesa sanitaria pubblica italiana alla media dei paesi dell'Europa occidentale». Rinnovamento tecnologico e edilizia sanitaria vanno finanziati con 5 miliardi in 5 anni. Poi c'è la parte dedicata ai lavoratori del sistema pubblico. «Vogliamo mettere in campo un piano triennale di rafforzamento del personale dipendente, che passi anche per la riduzione del lavoro precario, delle collaborazioni esterne e dell'appalto di servizi».

Piccoli punti nascita da salvare e tetto all'attività intramoenia

Il M5S promette più soldi nel fondo sanitario nazionale (che andrebbe suddiviso tenendo conto delle maggiori esigenze delle regioni in difficoltà, cioè quelle del Sud), lotta a sprechi ed inefficienze e sblocco del turn over. Come quasi tutte le forze politiche i grillini si ripromettono di tagliare le liste di attesa.

Il programma ipotizza poi per il personale sanitario «l'obbligo di operare in più centri, in modo tale che il paziente resti il più vicino possibile al suo territorio». La rotazione dovrebbe permettere di tenere aperti i piccoli punti nascita in zone disagiate. L'intramoenia non dovrà portare ai medici introiti aggiuntivi superiori al 150% dello loro stipendio. Una parte del programma prevede la lotta alla corruzione, soprattutto quando si tratta di ruoli apicali. Il ticket sui farmaci va eliminato e i brevetti dei medicinali devono durare meno. I medicinali contro l'epatite C vanno dati a tutti, senza criteri di priorità legati alla gravità della malattia.

L'idea della revisione del numero chiuso a Medicina

Il centrodestra non si sbilancia molto sulla sanità nel suo programma. Il punto cardine è quello che prevede l'«incentivazione della competizione pubblico-privato a parità di standard», una frase che sembra preludere all'apertura del mercato per cliniche e ambulatori appunto privati puri, non convenzionati con il sistema sanitario. Un ingresso nel mercato della sanità in parte già realizzato soprattutto in Lombardia ma temutissimo in altre regioni.

Un altro punto è quello del rafforzamento delle autonomie regionali ed è in controtendenza rispetto alle proposte degli altri partiti, che invece pensano a una sanità dove le decisioni sono più centralizzate. Vaga l'indicazione della «centralità del rapporto medico-paziente nel circuito dell'assistenza sanitaria». Si parla poi di azzeramento progressivo del precariato e la Lega aggiunge la revisione del numero chiuso per entrare a Medicina e l'aumento dei contratti degli specializzandi.

“Vaccini prenotati ma mi chiedo se l’obbligo resterà”



Lucia, 42 anni, vive in provincia di Padova con il marito e due figli piccoli di 5 e 9 anni

Subito dopo le elezioni scatteranno le sanzioni per chi non è in regola

La famiglia Ricci abita in provincia di Padova. Padre, madre e due figli di 5 e 9 anni. «Abbiamo prenotato le vaccinazioni per il mese prossimo, ci hanno detto che va bene», racconta Lucia, 42 anni. La legge Lorenzin impone per chi frequenta nidi, materne e scuola dell’obbligo, di essere in regola con l’esavalente (che si fa tra i 3 e i 6 mesi) e con il quadrivalente (tra i 13 e i 16 mesi). «Mio figlio piccolo però senza vaccini rischiava di restare fuori. Per il grande che è in terza elementare hanno detto che era prevista una multa», spiega Lucia. La legge dice che il 10 marzo le scuole controlleranno chi è vaccinato e chi no, per decidere esclusioni e sanzioni. È però ammessa la frequenza a chi, come appunto i Ricci, presenterà una prenotazione alla Asl. «Ammetto che abbiamo seguito le regole con un po’ di fatica. Avrei voluto essere io a scegliere cosa fare». Se passasse la proposta dei Cinquestelle di cancellare la legge Lorenzin, la famiglia veneta avrebbe l’obbligo di fare solo 4 dei vaccini oggi contenuti nell’esavalente ma non è chiaro cosa accadrebbe se rifiutasse pure quelli. Non si può dire invece cosa avverrà se vince il centrodestra: nella coalizione c’è chi è stato favorevole all’obbligo come Forza Italia e chi lo ha attaccato come la Lega.



Premi alla Regioni più attive in campagne di prevenzione

Per quanto riguarda la salute, il Pd punta sulla prevenzione, in particolare sulla cosiddetta “medicina di iniziativa”. Si tratta del sistema in base al quale le strutture sanitarie, ma anche e soprattutto i medici di famiglia, contattano i malati cronici per invitarli a visite e controlli. «La prevenzione gioca un ruolo decisivo sulla probabilità di sopravvivere e per la futura qualità della vita. Deve passare dal potenziamento e dalla riorganizzazione della medicina territoriale». L’idea è quella di ridurre le ospedalizzazioni evitabili, cosa che fa spendere meno il sistema sanitario. È previsto un meccanismo premiante per le Regioni più attive proprio nel promuovere campagne di prevenzione. Infine il Pd annuncia che porterà a «termine l’attuazione del nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale». Il partito è stato il principale sostenitore della legge voluta dalla ministra alla Salute e oggi alleata Beatrice Lorenzin.



Un freno alle polizze sanitarie nei contratti integrativi

Di vaccini non si parla nel programma di Leu, quindi la legge sull'obbligo dovrebbe andare bene così com'è. Si propone invece di creare «un piano di azione per la salute mentale» e si promette una attenzione specifica alla «promozione del diritto alla salute delle donne». Che significa anche «garanzia dei diritti sessuali e riproduttivi, attraverso il sostegno e il finanziamento della rete dei consultori; il rilancio dei programmi di educazione sessuale e contraccettiva nelle scuole; l'applicazione della legge 194 intervenendo sul problema del numero eccessivo di obiettori». Si vuole puntare sulla prevenzione «ed evitare la malattia, riducendo i fattori di rischio legati all'ambiente di vita e di lavoro». Un passaggio è dedicato alle polizze sanitarie nei contratti integrativi. «È necessario porre un freno alla loro diffusione, attraverso regole più precise, evitando di sostenerle con la fiscalità generale», indebolendo il sistema pubblico.

Via la legge Lorenzin si torna al quadrivalente

Tra le proposte per la salute del M5S, quella sui vaccini è la più nota. Si prevede di tornare a prima della legge Lorenzin, quando gli obbligatori erano 4. Andrebbero fatti in un'unica soluzione mentre gli altri, i facoltativi, dovrebbero essere monodose. Ci vogliono comunque risorse destinate «alla rimozione attiva e capillare di qualsiasi ostacolo alle vaccinazioni». L'obbligo può essere introdotto in casi di «particolari emergenze sanitarie o di specifici episodi epidemici» ma non se calano le coperture. In quel caso si faranno «programmi informativi obbligatori». Il programma prevede poi la reintroduzione della «medicina scolastica» con controlli annuali negli istituti di vista, udito e salute generale; si vogliono sviluppare «programmi di educazione alimentare» e offrire «un'alternativa vegetale in mense aziendali, scolastiche, carcerarie e ospedaliere». I medici prescriveranno ai pazienti l'esercizio fisico «come fosse un farmaco».

Sull'immunizzazione manca una posizione unitaria

Il centrodestra non si esprime sui vaccini, forse perché non c'è una posizione unitaria nella coalizione. A suo tempo Forza Italia ha votato l'approvazione della legge Lorenzin ma il leghista Salvini di recente ha più volte detto di essere contrario all'obbligo. Nel programma si dice che bisogna avviare un'«estensione delle prestazioni sanitarie», senza però spiegare in che modo e riguardo a quali attività. Altro punto è quello che prevede «più libertà di scelta per le famiglie nell'offerta educativa e sanitaria». Qui sembra rispuntare un'apertura al privato. Fratelli d'Italia prevede «incentivi anche fiscali per chi effettua una corretta e periodica prevenzione sanitaria» e chiede di mettere lo sport nella Costituzione «come strumento essenziale di benessere fisico e mentale». La Lega parla del superamento del «modello ospedale-centrico». Nel senso che bisogna essere ricoverati solo nella fase acuta della malattia e poi seguiti sul territorio.

Sulla Sanità i partiti sono bocciati

La Fondazione Gimbe ha analizzato i programmi: nessuno è sufficiente

LA SORPRESA
Non c'è lista che proponga di ridurre gli sprechi, molti vogliono aumentare la spesa

L'INCHIESTA

ALESSANDRA COSTANTE

NEI PROGRAMMI elettorali Sanità e ricerca occupano pagine e pagine, proposte e idee. Ma a bocciare lo sforzo dei partiti, nessuno escluso, ci pensa la fondazione Gimbe che si occupa promuovere e realizzare attività di formazione (con Asl e Irccs) e ricerca in ambito sanitario finalizzate e che cinque anni fa ha lanciato il programma in 12 punti #salviamoSSN (grafico a fianco). Ha preso i programmi, li ha esaminati, li ha incrociati con il "piano di salvataggio del Servizio sanitario nazionale" e li ha bocciati. «Nessun partito ha capito che stiamo perdendo la più grande conquista sociale degli ultimi quarant'anni» è la sentenza del presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta che da due anni in Senato presenta appunto il rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. «Per l'assistenza sanitaria l'Italia spende il 6,6% del Pil, siamo in media Ocse, ma la

stima tendenziale nel 2020 ci porta al 6,3: così saremo i primi degli ultimi Paesi europei», aggiunge.

Tiro incrociato

«Il fact checking dei programmi elettorali mette in luce un'attenzione molto variegata dei partiti per i temi della sanità e della ricerca biomedica, ma nessuna forza politica ha elaborato un piano di salvataggio del servizio sanitario nazionale. Grandi assenti la valutazione di impatto economico delle proposte e una visione di sistema», sostiene Gimbe. «Nessun partito ha elaborato strategie coerenti con i principali problemi della crisi di sostenibilità: definanziamento, "paniere" dei Lea troppo ampio, sprechi e inefficienze, deregulation della sanità integrativa, disuguaglianze regionali e locali» è il risultato del controllo.

La partita delle risorse

Partito Democratico, 10 Volte Meglio, +Europa e Popolo della Famiglia propongono ad esempio un rilancio del finanziamento pubblico, ma senza definirne l'entità. Liberi e Uguali accanto ad un investimento di 5 miliardi in 5 anni per rinnovamento tecnologico ed edilizia sanitaria, propone di riallineare la spesa sanitaria pubblica a quella dell'Europa occidentale. «Ma servono 90 miliardi per colmare il gap» spiega Gimbe «e 114 per il raddoppio dei fondi destinato alla

sanità proposto da Sinistra Rivoluzionaria».

Ticket e superticket

Devono sparire per Civica Popolare e LeU e a rivedere l'intera normativa della compartecipazione alla spesa; M5S propone di eliminare il ticket sui farmaci; Partito comunista, Per una Sinistra rivoluzionaria e Potere al Popolo vogliono sopprimere ogni forma di compartecipazione. «Ma nessuna forza politica identifica come recuperare le risorse necessarie», commenta il fact checking di Gimbe.

Gli sprechi

«Nessuna proposta per ridurre il sovra utilizzo di interventi sanitari inefficacie inappropriati» spiega Gimbe. E tra i partiti solo il M5S propone di recuperare risorse erose da fenomeni corruttivi e illeciti. Poi per contrastare gli sprechi da acquisti a costi eccessivi Popolo della Famiglia, Lega e M5S vanno verso i cosiddetti "costi standard"; il Pd una nuova governance del farmaco e dei dispositivi medici attraverso un ripensamento dei tetti di spesa.

Sui vaccini, poi, sono solo sue le proposte nei programmi ufficiali: il Pd prevede l'attuazione del Piano di Prevenzione Vaccinale, mentre il Popolo della Famiglia l'abrogazione dell'obbligo vaccinale.

costante@ilsecoloxix.it

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



I 12 punti del piano di Gimbe



Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali



Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie



Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari



Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri



Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate



Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico



Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



Piano nazionale contro gli sprechi in sanità, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi



Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

La ricorrenza

Quaranta anni ma con troppe differenze

... A DICEMBRE il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni, ma il bilancio ha le sue ombre, e la più scura è quella delle differenze fra regioni, che restano drammatiche in termini di qualità delle cure, tempi e costi per l'assistenza. Per l'arrivo dei mezzi di soccorso si attende da un minimo di 13 minuti in Liguria ad un massimo di 27 minuti in Basilicata (il tempo standard dovrebbe essere contenuto in 18 minuti). Tutto è raccolto nella campagna "La salute è uguale per tutti" di Cittadinanzattiva.

LAVORO

Welfare aziendale, detassati gli abbonamenti ai trasporti

Gianfranco Ferranti e Gabriele Sepio ▶ pagina 19

Agevolazioni. L'applicazione delle nuove norme della legge di Bilancio: possibile modificare i piani 2017 per riservare il plafond ad altri benefit

Così il welfare aziendale apre ai trasporti

Detassati anche gli abbonamenti per i familiari dei dipendenti - Possibile estensione al car sharing

PAGINA A CURA DI

Gianfranco Ferranti
Gabriele Sepio

Con la legge di Bilancio 2018, è stato esteso il welfare aziendale al trasporto pubblico locale, ma restano da chiarire alcune problematiche relative al suo ambito applicativo.

È stata, in particolare, introdotta una disposizione che stabilisce la non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente delle somme erogate o rimborsate o delle spese sostenute direttamente dal datore di lavoro - volontariamente o in conformità a disposizioni di contratto, di accordo o di regolamento aziendale - per l'acquisto di abbonamenti per il trasporto pubblico locale, regionale e interregionale in favore della generalità o di categorie di dipendenti. Tali abbonamenti devono riferirsi ai dipendenti e ai loro familiari fiscalmente a carico, ex articolo 12 del Tuir (coniuge, figli e altre persone indicate nell'articolo 433 del Codice civile).

La novità entra in vigore dal 2018 e può essere applicata volontariamente o nell'ambito di un piano di welfare reso esecutivo a partire da tale anno. Se nel 2017 era già in vigore un piano di welfare, va valutata l'opportunità di modificarlo per inserire l'agevolazione in esame: tale scelta potrebbe risultare opportuna qualora l'abbonamento sia già compreso tra i fringe benefit di valore non superiore, nel periodo d'imposta, a 258,23 euro, di cui all'articolo 51, comma 3, ultimo periodo, Tuir. Così risulterebbe possibile sfruttare tale "franchigia" per altri benefit non specificamente contemplati nello stesso articolo.

Nella circolare 326/E del 1997 l'Agenzia ha affermato che il

momento della percezione del benefit è quello in cui il provento esce dalla sfera di disponibilità del datore di lavoro per entrare nel compendio patrimoniale del percettore. Si ritiene, pertanto, che l'esclusione operi qualora, a partire dal 2018, avvenga l'erogazione della somma (anche a titolo di rimborso) o la consegna dell'abbonamento (in caso di spesa sostenuta dal datore) al dipendente.

È stata, inoltre, introdotta, nell'articolo 15, comma 1, lettera i-decies), del Tuir, una detrazione pari al 19% delle spese, non superiori a 250 euro, sostenute per l'acquisto di abbonamenti (anche in favore di familiari a carico) aventi le medesime caratteristiche sopra evidenziate.

Gli abbonamenti

Con il termine "abbonamento" devi intendersi - come chiarito nella circolare 19/E del 2008 - un titolo di trasporto che consenta al titolare di effettuare un numero illimitato di viaggi, per più giorni, su un determinato percorso o sull'intera rete, in un determinato periodo di tempo. Non deve, quindi, trattarsi di titoli di viaggio che abbiano una durata oraria, anche se superiore a quella giornaliera.

La documentazione

Per fruire dell'esclusione dal reddito di lavoro dipendente o della detrazione occorre possedere una specifica documentazione attestante il sostenimento della spesa da parte del datore di lavoro o del lavoratore (o suo familiare). Per il titolo nominativo è necessario conservare la fattura o la copia dell'abbonamento. Se il titolo non è nominativo va predisposta anche una

dichiarazione sostitutiva di atto notorio in cui si attesta che l'abbonamento è stato acquistato per il contribuente o per un suo familiare a carico.

Il benefit e la detrazione

Se il benefit riguarda abbonamenti relativi sia al lavoratore che ai suoi familiari, si ritiene che sia agevolabile, ai fini dell'esenzione dal reddito di lavoro, l'intera spesa sostenuta. Ciò perché anche in relazione all'utilizzazione delle opere e servizi di cui all'articolo 51, comma 2, lettera f), del Tuir l'Agenzia ha ritenuto possibile agevolare l'intera spesa sostenuta sia per il lavoratore che per i suoi familiari (risoluzione 34/E del 2004).

Anche la detrazione di cui all'articolo 15 del Tuir riguarda la spesa sostenuta per gli abbonamenti relativi sia al contribuente che ai suoi familiari, ma in tal caso occorre rispettare il limite massimo complessivo di 250 euro.

Non è possibile fruire di entrambe le misure agevolative in quanto per la detrazione è necessario che la spesa sia effettivamente rimasta a carico del contribuente, come precisato nella risoluzione 78/E del 2004 in materia di contributi per assistenza sanitaria e detraibilità delle relative spese.



Il car sharing

Entrambe le agevolazioni fiscali appaiono rivolte a favorire la cosiddetta mobilità sostenibile e si ritiene che possano riguardare anche il car sharing, che è un servizio di mobilità urbana che consente di utilizzare un autoveicolo a fronte di un corrispettivo determinato in base all'effettivo utilizzo della vettura. Dirige risultano certe le generalità dell'utilizzatore, il luogo e l'orario di partenza e di arrivo e di prenotazione del veicolo e i chilometri percorsi. Dunque, se il contratto assume la forma di abbonamento che preveda un numero illimitato di tratte, il servizio di *car sharing* potrebbe rientrare, a certe condizioni, nella nozione di «trasporto pubblico locale» e quindi le spese sostenute potrebbero essere escluse dal reddito di lavoro o formare oggetto della detrazione. Tale conclusione appare in linea con l'affermazione, contenuta nella risoluzione 83/E del 2016, in base alla quale il car sharing rappresenta una evoluzione dei tradizionali sistemi di mobilità considerati dall'articolo 51 del Tuir.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

19%

La detrazione

Per le spese fino a 250 euro per l'acquisto di abbonamenti

Produttività e welfare: le novità fiscali

BENEFICIARI DEI PREMI DETASSATI

Dal **1° gennaio 2017** possono beneficiare della detassazione dei premi i titolari di reddito di lavoro dipendente di importo annuo non superiore a **80.000 euro** (fino al 2016 la soglia era di 50.000 euro)

QUANTO VALE IL PREMIO

Per gli accordi depositati dal **1° gennaio al 24 aprile 2017** la soglia massima annua di detassazione del premio è pari a 3.000 euro (**4.000 euro** se c'è coinvolgimento paritetico dei lavoratori). In seguito il limite è stato portato, in ogni caso, a **3.000 euro**

PREVIDENZA INTEGRATIVA

I **contributi** alle forme pensionistiche complementari, scelti in sostituzione del premio monetario, sono **esclusi dal reddito di lavoro dipendente** anche se eccedono i limiti quantitativi dell'articolo 51, comma 2, lettera h)

ASSISTENZA SANITARIA

I **contributi di assistenza sanitaria**, scelti in sostituzione del premio monetario, sono **esclusi dal reddito di lavoro dipendente** anche se eccedono i limiti quantitativi dell'articolo 51, comma 2, lettera a)

AZIONI ASSEGNATE

Il **valore delle azioni** di cui all'articolo 51, comma 2, lettera g), scelte in sostituzione del premio monetario, **non concorrono** alla formazione del **reddito di lavoro dipendente**, indipendentemente dalle condizioni stabilite nello stesso articolo

POLIZZE EXTRA PROFESSIONALI

Dal 2017 sono esclusi dal reddito di lavoro dipendente i **contributi** e i **premi** versati dal datore di lavoro a favore della generalità o di categorie di dipendenti per **prestazioni**, anche in forma assicurativa, riguardanti il rischio di **non autosufficienza** o di **gravi patologie**

ABBONAMENTI AL TRASPORTO PUBBLICO

Dal 2018 sono escluse dal reddito di lavoro dipendente le **spese sostenute** direttamente dal **datore** per l'acquisto di **abbonamenti** per il trasporto locale, regionale e interregionale per **tutti i dipendenti** (o loro categorie) e i loro **familiari a carico**

In vista del voto del 4 marzo la Fondazione Gimbe ha condotto un'analisi sui programmi dei partiti

Elezioni, buonismo in salsa sanitaria

Promesse sul diritto alla salute ma dribblati i temi spinosi della sostenibilità del Ssn

L fact checking dei programmi elettorali condotto dalla Fondazione Gimbe mette in luce un'attenzione molto variegata per i temi della sanità e della ricerca biomedica, con numerose proposte interessanti per il miglioramento della sanità pubblica. Tuttavia, dall'analisi emergono alcune costanti inequivocabili: nelle dichiarazioni di

intenti la maggior parte delle forze politiche affermano che la salute è un diritto fondamentale da tutelare, ma solo alcune prendono atto della crisi di sostenibilità del Ssn. Insomma, nessun partito ha elaborato un preciso "piano di

salvataggio" del Ssn coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità: definanziamento, "paniere" Lea troppo ampio, sprechi e inefficienze, deregulation della sanità integrativa, disegualianze regionali e locali.

CARTABELLOTTA A PAG. 6-7

ELEZIONI/ L'analisi indipendente della Fondazione Gimbe sui programmi elettorali

Voto, tanto politically correct

Attenzione al diritto alla salute ma dribblati i temi più spinosi del Ssn

A cinque anni dal lancio del programma #salviamoSSN, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio sulla sostenibilità del Ssn, la **Fondazione Gimbe** ha analizzato i programmi elettorali di tutte le forze politiche sulle proposte relative a sanità e ricerca biomedica. L'analisi indipendente è stata condotta esclusivamente sui programmi elettorali ufficiali pervenuti dietro richiesta tramite Pec o raccomandata A/R, oppure pubblicati nei siti web ufficiali dei partiti o ancora, in assenza di sito, disponibili sul sito web del Viminale.

Dall'analisi sono stati espressamente esclusi tutti gli altri materiali divulgativi e le dichiarazioni degli esponenti politici rilasciate a mezzo stampa, radio, Tv, social media. Per ciascun programma elettorale sono state individuate le aree tematiche relative a sanità, salute, welfare, e ricerca: per ciascun partito sono state riportate, in una scheda sinottica, dichiarazioni di intento e proposte specifiche. L'analisi dei programmi elettorali e l'estrazione dei dati sono state condotte da due osservatori indipendenti, risolvendo con il consenso eventuali discordanze.

Successivamente, ciascuna proposta è stata incrociata con i 12 punti del "piano di salvataggio" del Ssn elaborato dalla Fondazione Gimbe, i cui risultati sono sintetizzati nei box. Il monitoraggio presenta alcuni limiti: innanzitutto, l'estrema eterogeneità dei format dei programmi ha rappresentato un ostacolo all'identificazione delle specifiche proposte, soprattutto quando formulate in maniera di-

scorsiva e mescolate a generiche dichiarazioni di intento. In secondo luogo, non è escluso che siano sfuggite proposte rilevanti, in particolare se riportate in sezioni diverse da quelle esaminate (sanità, welfare, salute, ricerca); inoltre, in qualche caso l'ambigua formulazione delle proposte potrebbe avere dato luogo a errate interpretazioni. Infine, i criteri di esclusione dei materiali su cui è stata effettuata l'analisi, resi comunque noti in occasione del lancio del monitoraggio pubblico, potrebbero aver determinato la mancata identificazione di proposte aggiunte in fasi successive alla elaborazione del programma senza il corrispettivo aggiornamento.

Il fact checking dei programmi elettorali condotto dalla Fondazione Gimbe mette in luce un'attenzione molto variegata per i temi della sanità e della ricerca biomedica, con numerose proposte interessanti per il miglioramento della sanità pubblica.

Tuttavia, dall'analisi emergono alcune costanti inequivocabili:

- nelle dichiarazioni di intenti la maggior parte delle forze politiche affermano che la salute è un diritto fondamentale da tutelare, ma solo alcune prendono atto della crisi di sostenibilità del Ssn;
- nessun partito ha elaborato un preciso "piano di salvataggio" del Ssn coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità: definanziamento, "paniere" Lea troppo ampio, sprechi e inefficienze, deregulation della sanità integrativa, disegualianze regionali e locali;

- tranne sporadiche eccezioni, i programmi non riportano le modalità di finanziamento delle proposte, né eventuali azioni di disinvestimento e riallocazione;

- poche forze politiche identificano la riduzione degli sprechi tra le azioni prioritarie per garantire la sostenibilità del Ssn e, in particolare, nessun partito prende in considerazione il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie come determinante della crisi di sostenibilità del Ssn;

- nessun programma fa esplicito riferimento alla sostenibilità dei nuovi Lea, né alla necessità di ridisegnarne il perimetro attraverso un consistente sfoltoimento basato sulle evidenze scientifiche: annunciare la riduzione delle prestazioni rimane un'azione politicamente scomoda;

- alcune proposte, quali "incentivazione alla competizione pubblico-privato", "rafforzamento delle autonomie locali" e maggiori autonomie delle Regioni minano i principi di universalismo ed equità del Ssn;

- non mancano proposte economicamente non sostenibili, quali il raddoppio immediato dei fondi destinati alla sanità o quello delle in-



dennità di accompagnamento, o addirittura irrealistiche, quali la nazionalizzazione sotto controllo dei lavoratori dell'industria farmaceutica, l'abolizione di ogni finanziamento alla sanità privata, sino addirittura all'uscita del privato dalla sanità.

Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

I Movimento 5 Stelle presenta il programma più completo con interventi precisi sulle numerose determinanti che condizionano lo stato di salute delle persone: ambiente, alimentazione, politiche del farmaco, azzardo, tema richiamato anche da **Noi con l'Italia**.

Anche **Civica Popolare** punta sulla necessità di considerare la salute come un bene comune migliorando le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, oltre che la vita lavorativa, economica e sociale.

Alcuni partiti propongono incentivi per la prevenzione (**Fratelli d'Italia**) e per l'adozione di sani stili di vita (**10 Volte Meglio**).

Altre forze politiche (**Liberi e Uguali**, **Siamo**) puntano sulla riduzione dei fattori di rischio nell'ambiente di vita e di lavoro.

10 Volte Meglio e **Stato Moderno Solidale** promuovono energia pulita e lotta all'inquinamento ambientale.

Non si esclude che proposte in tal senso siano state avanzate anche da altri partiti, tuttavia in tal caso sono riportate in sezioni differenti da quelle esaminate.

Infine, alcune proposte frammentate su temi rilevanti: promozione dello sport (**Fratelli d'Italia**), potenziamento dei centri anti violenza sulle donne (**Italia Europa Insieme**), programmi di educazione sessuale e contraccettiva nelle scuole (**Liberi e Uguali**).

2 Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico

Pochi partiti propongono un rilancio del finanziamento pubblico: alcuni (**10 Volte Meglio**, **+ Europa**, **Popolo della Famiglia**, **Partito Democratico**) lo fanno senza definirne l'entità o rimandando genericamente a standard europei.

Solo **Liberi e Uguali**, oltre a prevedere un investimento di euro 5 miliardi in cinque anni per il rinnovamento tecnologico e l'edilizia sanitaria, propone un forte rilancio del finanziamento pubblico per riallineare pro-

gressivamente l'Italia alla media dei paesi dell'Europa occidentale, anche se questo richiederebbe di colmare un gap di quasi euro 90 miliardi, visto che oggi la spesa media pubblica pro-capite dei paesi di riferimento è quasi il doppio di quella italiana.

Anacronistica appare la proposta di **Sinistra Rivoluzionaria** che propone il «radoppio immediato dei fondi destinati alla sanità», ovvero euro 114 miliardi da mettere subito sul piatto.

3 Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie

Otto forze politiche affrontano il problema delle disuguaglianze regionali e dei rapporti tra lo Stato e le Regioni. **Noi con l'Italia**, **Partito Democratico**, **Partito Repubblicano Italiano - ALA** e **Potere al Popolo** si limitano a generiche dichiarazioni di intenti sulla necessità di garantire i Lea (Livelli essenziali di assistenza) su tutto il territorio nazionale migliorando l'equità di accesso.

Chiedono di rimettere mano alla Costituzione **+ Europa** (modifica della ripartizione di competenze tra Stato e Regioni), **10 Volte Meglio** (revisione dell'articolo 117) e **Partito Comunista** (rimozione del Titolo V).

+ Europa propone anche di rivedere le regole su monitoraggio dei Lea e commissariamento delle Regioni, rilevando la necessità che il commissario sia un «esperto esterno alla Regione commissariata».

10 Volte Meglio propone anche un'ambivalente forma di federalismo solidale, da una parte investendo nelle strutture del Sud, dall'altra potenziando anche quelle del Nord per assorbire i bisogni di salute non soddisfatti.

Totalmente in controtendenza le proposte di **Forza Italia** che mirano a rafforzare le autonomie regionali e locali.

4 **Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari**

Tema molto gettonato affrontato da 10 partiti, alcuni dei quali si limitano a generiche dichiarazioni di intenti su aiuti ad anziani e disabili (**Fronte Friulano, Il Popolo della Famiglia, Italia Europa Insieme**) e sul potenziamento dei servizi socio-sanitari (**Lega**).

Molto dettagliato il programma di **10 Volte Meglio**: dall'inserimento della domotica per anziani e disabili all'aumento delle Rsa, dal potenziamento della geriatria per un approccio integrato all'anziano con multimorbilità alla creazione di nuovi curricula per caregiver, sino alla promozione di attività fisica e prevenzione per i disabili.

Liberi e Uguali e **Potere al Popolo** puntano all'implementazione del Piano nazionale per la non autosufficienza, prevalentemente

centrato sull'assistenza domiciliare integrata, su cui punta anche **Civica Popolare** che chiede di valorizzare l'attività familiare di assistenza agli anziani anche a fini di contributi previdenziali, in linea con quanto proposto da **Fratelli d'Italia**. Sull'inclusione delle persone con disabilità e dei soggetti fragili in tutti gli ambiti educativi, lavorativi e sociali, proposte specifiche arrivano da **Liberi e Uguali** e **Potere al Popolo** che punta in particolare su una rete capillare di centri di assistenza socio-sanitaria. Numeri nero su bianco solo dal **Partito Democratico**, che intende investire euro 2 miliardi per rafforzare l'indennità di accompagnamento e da **Fratelli d'Italia** che propone un improbabile "raddoppio" dell'assegno di invalidità per il quale servirebbero almeno euro 18 miliardi.

5 **Ridisegnare il perimetro dei Lea secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri**

Nessun partito propone l'inderogabile delisting delle prestazioni incluse nei Lea più volte invocato dalla Fondazione Gimbe.

Solo **10 volte meglio** propone un metodo per identificare i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) secondo «indicatori di qualità, appropriatezza e adeguatezza a iniziare dal fabbisogno minimo di risorse».

Nella direzione opposta **Fratelli d'Italia** che propone una «estensione delle prestazioni sanitarie» per garantire il diritto alla salute, senza tenere conto che in assenza di una valutazione in termini di efficacia e appropriatezza tale estensione non garantisce il diritto alla salute e contribuisce a minare la sostenibilità dell'intero Sistema sanitario nazionale.

Il **Partito Democratico** propone genericamente di incrementare gli investimenti in direzione delle nuove tecnologie.

In questa sezione sono state evidenziate anche richieste di inserimenti di nuove prestazioni nei Lea, spesso in assenza di prove di efficacia - comfort care (**Popolo per la Famiglia**), medicina naturale e quantistica (**Partito Valore Umano**) - o irrealistiche estensioni delle tutele ai cittadini residenti all'estero (**Movimento delle Libertà**).

6 **Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei**

Sei partiti avanzano proposte variegate articolate: **Civica Popolare** e **Liberi e Uguali** vogliono abolire il superticket e rivedere l'intera normativa della compartecipazione alla spesa; **Movimento 5 Stelle** propone di eliminare solo il ticket sui farmaci; **Partito Comunista, Per una Sinistra Rivoluzionaria** e **Potere al Popolo** invocano la soppressione di ogni forma di compartecipazione, trascurando che con l'eliminazione del ticket verrebbe meno la sua funzione di «moderatore dei consumi» di prestazioni diagnostiche e specialistiche.

In ogni caso, nessuna forza politica identifica le modalità per recuperare le risorse necessarie per la revisione/abolizione di ticket e superticket, risorse a cui le Regioni non intendono rinunciare.

7 Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

In questa sezione sono state inserite tutte le proposte che mirano a recuperare risorse intervenendo sulle sei categorie di sprechi della tassonomia Gimbe.

7.1. Sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati

Nessuna proposta.

7.2. Frodi e abusi

Solo il **Movimento 5 Stelle** propone azioni specifiche per recuperare risorse erose da fenomeni corruttivi e illeciti: dalla rescissione del rapporto politica e sanità alla governance dei conflitti di interesse, dalla indipendenza di ricerca e formazione continua all'obbligo di trasparenza nella contrattazione del prezzo dei farmaci tra Aifa e industria farmaceutica. Viene proposto anche di rendere pubbliche le transazioni finanziarie tra tutti gli attori della sanità e i produttori di farmaci o altri prodotti sanitari, anche se per i farmaci esiste già il disclosure code di Farmindustria sui trasferimenti di valore. Non sembra attuabile la proposta di obbligare le case farmaceutiche a fornire tutta la documentazione sulle fasi di ricerca e sviluppo di un medicinale, perché entra nel merito delle leggi del libero mercato; inoltre il prezzo del farmaco non riflette necessariamente i costi di produzione, ma viene definito dall'azienda in relazione alle politiche industriali.

7.3. Acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari

L'applicazione dei costi standard viene proposta da **Popolo della Famiglia**, **Lega** e **Movimento 5 Stelle** che punta anche sulla revisione del sistema degli appalti e sulla centralizzazione degli acquisti nonostante la normativa già esistente: Piano nazionale Anticorruzione, codice sugli appalti, acquisti centralizzati Consip, Mepa. Il **Partito Democratico** propone la revisione del sistema di governance del farmaco e dei dispositivi medici attraverso un ripensamento complessivo del sistema dei tetti di spesa, di fatto solo una delle strategie da mettere in campo.

7.4. Sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati

Numerose forze politiche puntano a implementare interventi sanitari efficaci e appropriati, spesso sotto-utilizzati: politiche di prevenzione (**Liberi e Uguali**, **Partito Repubblicano - Ala**, **Partito Valore Umano**) per le quali il **Partito Democratico** propone sistemi premiali per le regioni più attive nel promuoverle, screening oncologici e nelle patologie croniche (**10 Volte Meglio**), promozione dei farmaci generici (**Liberi e Uguali**), salute mentale e salute della donna con potenziamento dei consultori (**10 Volte Meglio**, **Liberi e Uguali**), assistenza e cura

dei malati terminali (**Il Popolo della Famiglia**) e inserimento del codice rosa in tutti gli ospedali (**Italia Europa Insieme**). Rispetto all'incandescente dibattito mediatico sui vaccini solo due proposte nei programmi ufficiali: mentre il **Partito Democratico** prevede di attuare il Piano di Prevenzione Vaccinale, il **Popolo della Famiglia** propone l'abrogazione dell'obbligo vaccinale.

7.5. Complessità amministrative

Per questa categoria di sprechi e inefficienze, da ricondurre a un mix tra eccesso di personale amministrativo, carenza di procedure operative e limitata informatizzazione, tutte le proposte si concentrano esclusivamente su quest'ultima determinante: **+Europa**, **Movimento 5 Stelle** e **Partito Democratico** richiamano variamente la necessità di implementare su tutto il territorio nazionale fascicolo sanitario elettronico, ricette digitali, dematerializzazione di referti e cartelle cliniche, fatturazioni elettroniche, prenotazioni e pagamenti online, anagrafi vaccinali. **Liberi e Uguali** si limita a una generica proposta di «informatizzazione del settore sanitario».

7.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

La gestione delle liste d'attesa è il tema più gettonato: **10 Volte Meglio** e **Partito Democratico** propongono di esportare l'esperienza dell'Emilia Romagna, **Civica Popolare** vuole inserire il rispetto dei tempi di attesa massimi tra i criteri di valutazione dei direttori generali, **Movimento 5 Stelle** fa leva sulla trasparenza, **Potere al Popolo** punta sulla regolamentazione dell'intramoenia, **Noi con l'Italia** non avanza proposte specifiche. Rispetto all'integrazione tra ospedale e cure primarie numerose le proposte della **Lega**: dal superamento del modello ospedale-centrico alla presa in carico territoriale gestita da una centrale operativa; dalla riduzione dei tempi d'attesa nei pronto soccorso tramite strutture a bassa intensità di cura e associazioni di volontariato allo sviluppo e revisione di forme associative dei medici di medicina generale, con la presenza di farmacie dei servizi e farmacie rurali; dalla diffusione di strutture sanitarie a bassa intensità di cura e socio-sanitarie al completamento reti oncologiche. **+Europa** punta a spostare l'allocazione delle risorse dalle cure per acuti alle cronicità e disabilità. **Partito Democratico** e **Noi con l'Italia** propongono un generico potenziamento della medicina territoriale, mentre **Siamo** punta sulla diffusione di Case per la salute e Case di maternità. **Partito Comunista** e **Potere al Popolo** chiedono di arrestare i processi di ridimensionamento e chiusura degli ospedali, in contrasto con il riordino previsto dal Dm 70/2015 i cui obiettivi non sono solo di ottimizzare i costi, ma anche di tutelare la salute dei cittadini.

8 Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

Solo **Liberi e Uguali** propone «un freno alla diffusione delle polizze sanitarie nei contratti integrativi, attraverso regole più precise e/o evitando di sostenerla con la fiscalità generale». **10 Volte Meglio** propone più genericamente di regolamentare i 35 miliardi di euro di spesa sanitaria privata e il secondo pilastro della sanità italiana. Per il resto, regna un inquietante silenzio su una delle priorità politiche per la sostenibilità del Ssn.

9 Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone

Il tema è molto dibattuto nei programmi con proposte spesso divergenti e talora poco fattibili. **10 Volte Meglio** punta su una «strategia di integrazione-collaborazione pubblico-privato» e sul «potenziamento dei controlli», ma propone «pari trattamento economico tra tutti gli operatori sanitari dei due comparti» non tenendo conto che lo Stato non può intervenire nella contrattazione collettiva tra le parti sociali per allineare il trattamento economico tra sanità pubblica e privata. **Forza Italia** punta su libertà di scelta e «incentivazione della competizione pubblico-privato a parità di standard», di fatto un'antitesi della «sana integrazione» proposta dalla Fondazione Gimbe. Il **Movimento 5 Stelle** ha un ricco programma: dalla revisione dei meccanismi di convenzionamento e accreditamento delle strutture private (che tuttavia di-

pendono dalle singole Regioni) a quelli dell'intramoenia, includendo la necessità di una maggiore governance in relazione ai bisogni, di tracciatura e limite ai compensi aggiuntivi. Il **Partito Comunista** parte da valide dichiarazioni di intenti («bloccare le politiche di privatizzazione della sanità»), ma avanza proposte difficilmente attuabili, quali «vietare il doppio esercizio in strutture private e pubbliche» e «progressiva abolizione delle cliniche private». Sulla stessa linea **Per una Sinistra rivoluzionaria** che propone di abolire ogni finanziamento alla sanità privata e la pratica privata all'interno delle strutture pubbliche. **Potere al Popolo** chiede l'uscita del privato dal business dell'assistenza sanitaria, trascurando che la sanità rappresenta un importante volano per l'economia dove gli investimenti privati devono piuttosto essere governati e regolamentati.

10 Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

Entrano nel merito della programmazione del fabbisogno **10 Volte Meglio** (aumento dei posti in scuola di specialità e nella formazione dei medici di medicina generale), **Lega** (aumento laureati in medicina e borse di studio per gli specializzandi) e **Movimento 5 Stelle** che propone un organismo indipendente per definire il fabbisogno formativo del servizio sanitario nazionale. Su assunzioni, stabilizzazione di precari e sblocco del turnover sono in tanti ad avanzare proposte: **10 Volte Meglio** (stabilizzazione dei precari); **Forza Italia** (azzeramento progressivo del precariato); **Siama** (integrazione del personale sanitario mancante); oltre al rafforzamento del personale dipendente **Liberi e Uguali** e **Partito Comunista** propongono la riduzione/abolizione di esternalizzazioni, mentre **Potere al Popolo** chiede l'immediato sblocco del turnover. Il tema del rinnovo contrattuale è oggetto delle proposte del **Partito Comunista** e di **10 Volte Meglio** che punta anche sull'incentivazione dei professionisti per valorizzare le competenze e contrastare insoddisfazioni e inefficienze. Sulla formazione, accanto a proposte generiche di sostegno all'aggiornamento (**Forza Italia**) e formazione innovativa (**Siama**), l'unica proposta specifica viene dalla **Lega** (scuola di formazione per l'alta dirigenza sanitaria pubblica). Lasciano perplessi le proposte del **Movimento 5 Stelle** sulla formazione specialistica del medico: alcune non aggiungono nulla a quanto già previsto dalle normative vigenti (gli specializzandi accedono alle strutture sanitarie per conseguire le abilità teoriche e tecnico-pratiche necessarie e la formazione specialistica può essere effettuata anche presso le strutture del Ssn convenzionate con l'Università). Non attuabile invece la proposta che il medico neolaureato continui a svolgere l'attività di specialista nella stessa struttura in cui si è formato, senza il superamento di un concorso pubblico.

11 Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del Fsn per rispondere a quesiti rilevanti per il Ssn

Sulla ricerca **+Europa** ha il programma più ricco anche se alcune proposte non riguardano esclusivamente la ricerca biomedica: dalla destinazione alla ricerca del 3% del Pil all'istituzione di un'agenzia per la ricerca, alla garanzia annuale di un bando Prin di importo al ≥ 2017 . Inoltre propone misure volte a rimuovere gli ostacoli alla ricerca scientifica su malattie rare, procreazione mediamente assistita, embrioni, biotecnologie e ad allineare la normativa nazionale alle direttive europee sulla sperimentazione animale. Altre forze politiche (**Partito Repubblicano - ALA, Siama**) lanciano generiche dichiarazioni di intenti senza proposte operati-

ve, oppure proposte parziali quali il potenziamento della ricerca per le malattie rare (**Noi per l'Italia, Popolo della Famiglia**) e l'oncologia (**Popolo della Famiglia**). Le proposte del **Partito Democratico** (Technopole 2.0, credito di imposta strutturale per attività di ricerca e sviluppo) sono di indubbio valore per l'attrazione di fondi privati e lo sviluppo economico, ma hanno un ritorno incerto per la sanità pubblica. In ogni caso, nessun partito "incrocia" la proposta Gimbe di finanziare con il denaro pubblico le aree grigie della ricerca, avviando una maggior integrazione tra i bisogni di conoscenza della sanità pubblica e lo sviluppo della ricerca.

12 Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre ...

Il report definitivo "Elezioni 2018: monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica" è disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018

Le proposte arrivano solo da **10 Volte Meglio**: dall'esplicito riferimento alle evidenze scientifiche come guida alla partecipazione della popolazione alle formulazioni delle politiche, dalla traduzione sistematica di linee guida internazionali alla lotta alla vaccine hesitancy e alle campagne d'informazione sulla corretta alimentazione.

SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

CERTEZZE SULLE RISORSE PER LA SANITÀ: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico

MAGGIORI CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel pieno rispetto delle loro autonomie

RILANCIARE LE POLITICHE PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

ELIMINARE IL SUPERTICKET e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei

SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone

COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari

PIANO NAZIONALE CONTRO GLI SPRECHI IN SANITÀ, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri

FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

#salviamoSSN

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Per il Ssn una strategia contro le disuguaglianze

*La geografia dei gap sanitari
in uno studio dell'Osservatorio
sulla salute nelle Regioni Italiane
dell'Università Cattolica
del Sacro Cuore*



**Anni di vita e cronicità variano con reddito,
istruzione e servizi: proposte e priorità**

La chimera dei sistemi mutualistici

Il problema delle disuguaglianze nel settore della sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura scientifica, soprattutto per individuarne le principali determinanti. Secondo questi lavori, i fattori principali delle disuguaglianze sono legati al contesto e agli individui. I primi si riferiscono agli aspetti di sistema, quali risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), la sua organizzazione ed efficacia; altri fattori possono essere riscontrabili nel contesto di vita, per esempio il livello di deprivazione, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale del territorio di residenza.

I fattori individuali sono sia di natura biologica, quali il genere, l'età e il patrimonio genetico, sia di natura socio-economica, questi ultimi legati al titolo di studio, alla condizione professionale e al livello di reddito. Alcuni studi assegnano maggiore rilevanza ai fattori individuali



piuttosto che a quelli di contesto, attribuendo implicitamente, a parte gli aspetti biologici, al comportamento di ogni individuo la responsabilità delle proprie condizioni di salute.

L'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane,

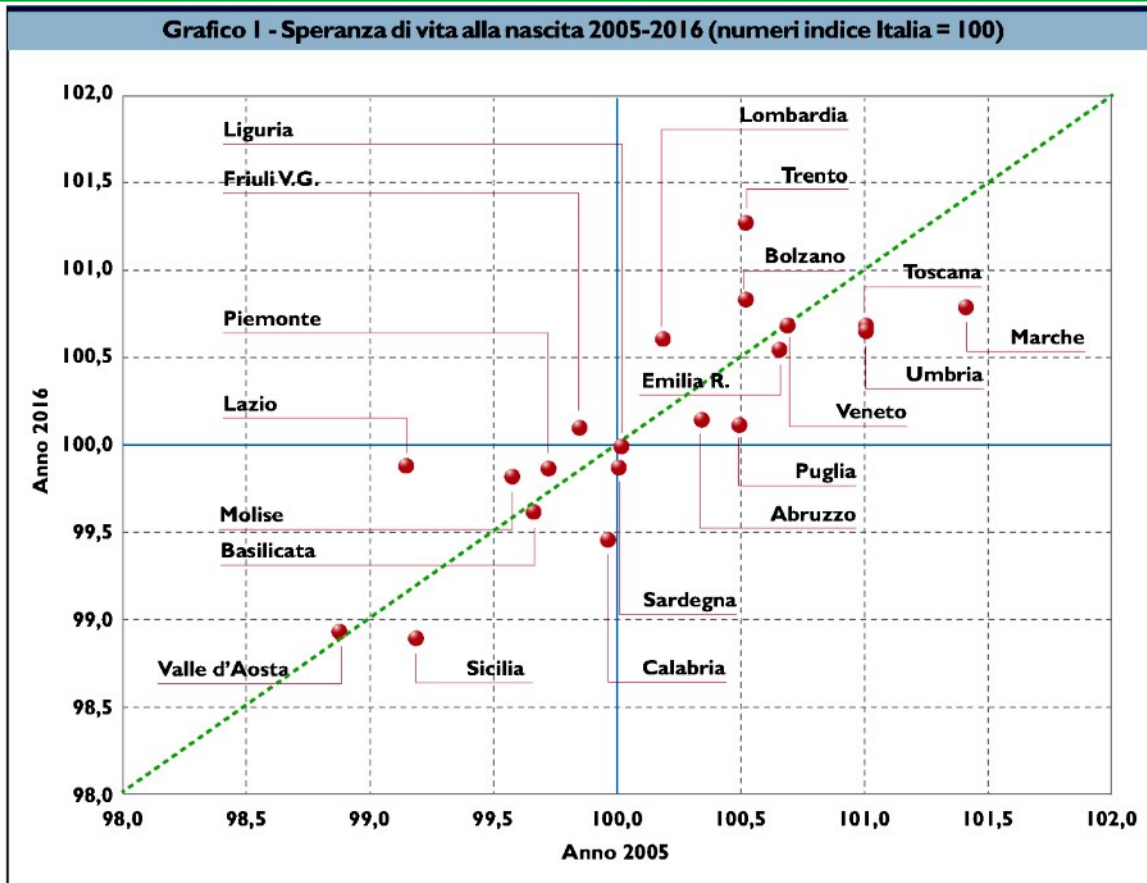
con questo focus, non entra nel merito della gerarchia delle determinanti delle disuguaglianze, ma si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel nostro Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto.

Prima di entrare nel merito delle analisi, appare interessante richiamare alcuni dei principi insiti nel nostro Ssn, in particolare quelli attinenti al tema delle disuguaglianze. Il Servizio sanitario nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del Ssn è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr legge 23 dicembre 1978 n. 833, articoli 1, 2 e 3).

A circa 15 anni dalla legge istitutiva del Ssn, in un quadro che vede il nostro Paese affrontare i forti vincoli di finanza pubblica imposti dagli accordi di Maastricht, si avvia la prima riforma, finalizzata a migliorare l'efficienza economica, attraverso l'aziendalizzazione delle articolazioni territoriali (Aziende sanitarie locali - Asl). Tra i principi cardini di questa riforma la responsabilità del pareggio di bilancio in capo ai direttori generali delle Asl, la coerenza tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria e il quadro clinico ed epidemiologico delle Regioni, infine il legame tra le prestazioni da garantire a tutti i cittadini e il volume di risorse a disposizione. Pertanto, prima la legge del 30 dicembre 1992, n. 502, poi quella del 7 dicembre 1993, n. 517, introducono nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili.

A distanza di pochi anni il Ssn è interessato da una ulteriore riforma, nota come riforma-ter, con la quale il legislatore introduce i Livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) (cfr legge 19 giugno 1999, n. 229). Si tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il perseguimento delle finalità stabilite negli articoli 1 e 2 della legge istitutiva del Ssn. L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, infatti, la selezione delle prestazioni è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Ssn che dovranno essere compatibili con i vincoli di finanza pubblica.

Il ciclo di trasformazione degli anni Novanta si conclude all'inizio del nuovo millennio con altre due importanti novità legislative, la riforma del Titolo V della Costituzione e il decreto legislativo 56/2000 che introduce il federalismo fiscale. La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà, secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata. Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare i servizi e gli interventi di sanità pubblica. Il decreto legislativo



in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è stabilito dallo Stato per finanziare i Lea, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale.

Da questa breve storia del Ssn si evince facilmente come la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali, sia uno dei principi cardine del nostro welfare sanitario. Ma anche che i vincoli di finanza pubblica hanno acquisito nel corso degli anni sempre maggiore importanza, fino a stabilire che i volumi di assistenza erogati debbano essere compatibili con le risorse assegnate.

Tornando al tema delle disuguaglianze di salute, gli indicatori evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3 (cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/208951>). In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-Est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle Regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne.

La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra che tali divari sono persistenti, in particolare

Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d'Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale. Tra queste la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le Regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale (cfr grafico 1).

Scendendo nel dettaglio territoriale, il dato sulla sopravvivenza mette in luce l'enorme svantaggio delle Province di Caserta e Napoli che hanno una speranza di vita di oltre 2 anni inferiore a quella nazionale, seguite da Caltanissetta e Siracusa che palesano uno svantaggio di sopravvivenza di 1,6 e 1,4 anni rispettivamente. Le Province più longeve sono quelle di Firenze, con 84,1 anni di aspettativa di vita, 1,3 anni in più della media nazionale, seguite da Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio su un italiano medio (cfr tabella 1).

Anche la mortalità prematura, proposta dall'Oms nell'ambito della Sustainable development goals, denuncia forti divari territoriali. Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale (cfr grafico 2). Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

Tabella I - Speranza di vita alla nascita per Provincia di residenza - Anno 2016

Il dato sulla sopravvivenza mette in luce l'enorme svantaggio delle Province di Caserta e Napoli. Firenze la città più longeva

Territorio		Territorio		Territorio	
ITALIA	82,751	● Bolzano/Bozen	83,448	● Arezzo	83,413
NORD-OVEST	83,007	● Pa Trento	83,773	● Siena	83,446
Piemonte	82,625	● Trento	83,773	● Grosseto	82,834
● Torino	83,097	Veneto	83,306	● Prato	83,512
● Vercelli	81,707	● Verona	83,358	Umbria	83,311
● Novara	82,745	● Vicenza	83,642	● Perugia	83,518
● Cuneo	82,504	● Belluno	82,620	● Terni	82,803
● Asti	81,784	● Treviso	83,867	Marche	83,364
● Alessandria	81,892	● Venezia	83,113	● Pesaro e Urbino	83,758
● Biella	81,995	● Padova	83,403	● Ancona	83,600
● Verbano-Cusio-Ossola	82,540	● Rovigo	82,070	● Macerata	83,218
V. d'Aosta/V. d'Aoste	81,871	Friuli Venezia Giulia	82,834	● Ascoli Piceno	83,073
● V. d'Aosta/V. d'Aoste	81,871	● Udine	82,942	● Fermo	83,225
Liguria	82,739	● Gorizia	82,142	Lazio	82,654
● Imperia	82,546	● Trieste	82,297	● Viterbo	82,100
● Savona	82,641	● Pordenone	83,704	● Rieti	81,781
● Genova	82,771	Emilia Romagna	83,189	● Roma	82,926
● La Spezia	83,255	● Piacenza	82,778	● Latina	82,606
Lombardia	83,246	● Parma	83,142	● Frosinone	82,148
● Varese	83,376	● Reggio nell'Emilia	82,867	MEZZOGIORNO	82,054
● Como	83,283	● Modena	83,342	Sud	82,056
● Sondrio	82,222	● Bologna	83,510	Abruzzo	82,849
● Milano	83,595	● Ferrara	82,224	● L'Aquila	82,466
● Bergamo	83,004	● Ravenna	83,521	● Teramo	83,102
● Brescia	83,364	● Forlì-Cesena	83,573	● Pescara	83,191
● Pavia	81,962	● Rimini	84,047	● Chieti	82,781
● Cremona	82,140	CENTRO	83,010	Molise	82,594
● Mantova	83,104	Toscana	83,290	● Campobasso	82,817
● Lecco	83,457	● Massa-Carrara	82,678	● Isernia	82,047
● Lodi	82,635	● Lucca	82,504	Campania	81,068
● Monza e della Brianza	83,920	● Pistoia	83,355	● Caserta	80,658
NORD-EST	83,225	● Firenze	84,094	● Benevento	81,967
Trentino A.A. - Südtirol	83,571	● Livorno	82,738	● Napoli	80,683
● Pa Bolzano/Bozen	83,448	● Pisa	83,371		

(continua a pag.V)

(segue da pag. IV)

Territorio		Territorio		Territorio	
● Avellino	82,025	● Cosenza	82,284	● Catania	81,818
● Salerno	82,004	● Catanzaro	82,756	● Ragusa	82,508
Puglia	82,832	● Reggio di Calabria	82,172	● Siracusa	81,400
● Foggia	82,664	● Crotone	82,120	Sardegna	82,645
● Bari	83,279	● Vibo Valentia	82,459	● Sassari	82,139
● Taranto	82,794	Isole	82,041	● Nuoro	81,715
● Brindisi	82,532	Sicilia	81,835	● Cagliari	83,492
● Lecce	82,970	● Trapani	82,034	● Oristano	82,654
● Barletta-Andria-Trani	82,875	● Palermo	81,817	● Olbia-Tempio	82,851
Basilicata	82,433	● Messina	81,910	● Ogliastra	81,577
● Potenza	82,398	● Agrigento	82,175	● Medio Campidano	82,116
● Matera	82,522	● Caltanissetta	81,133	● Carbonia-Iglesias	82,287
Calabria	82,296	● Enna	81,519		

Fonte: Istat

Non meno gravi i divari sociali di sopravvivenza, in Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate (cfr. grafico 3).

Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali, nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età, nella classe 45-64 anni, è il 23,2% tra le persone con la licenza elementare e l'11,5% tra i laureati (cfr. grafico 4).

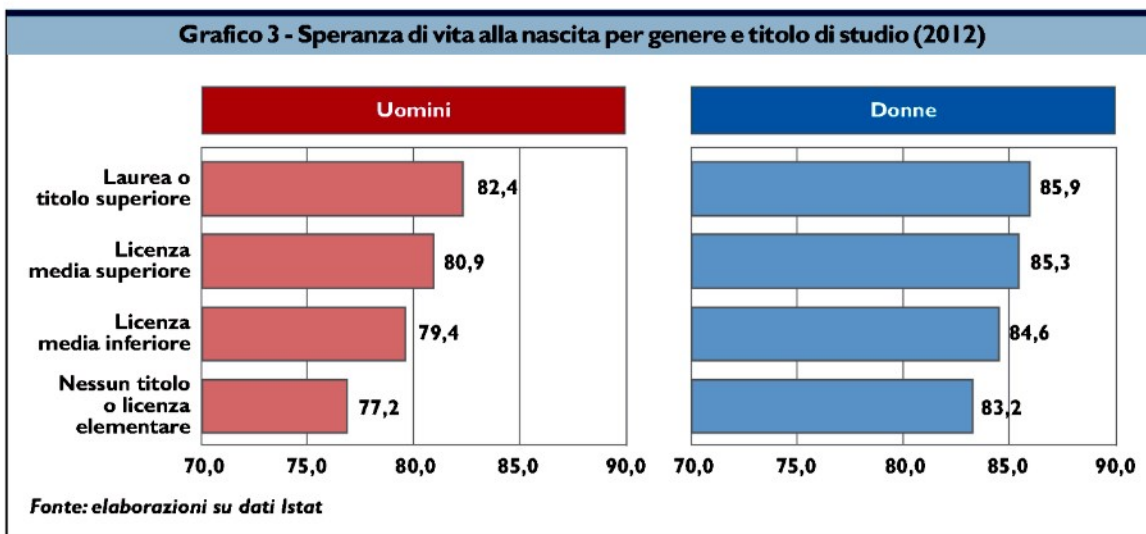
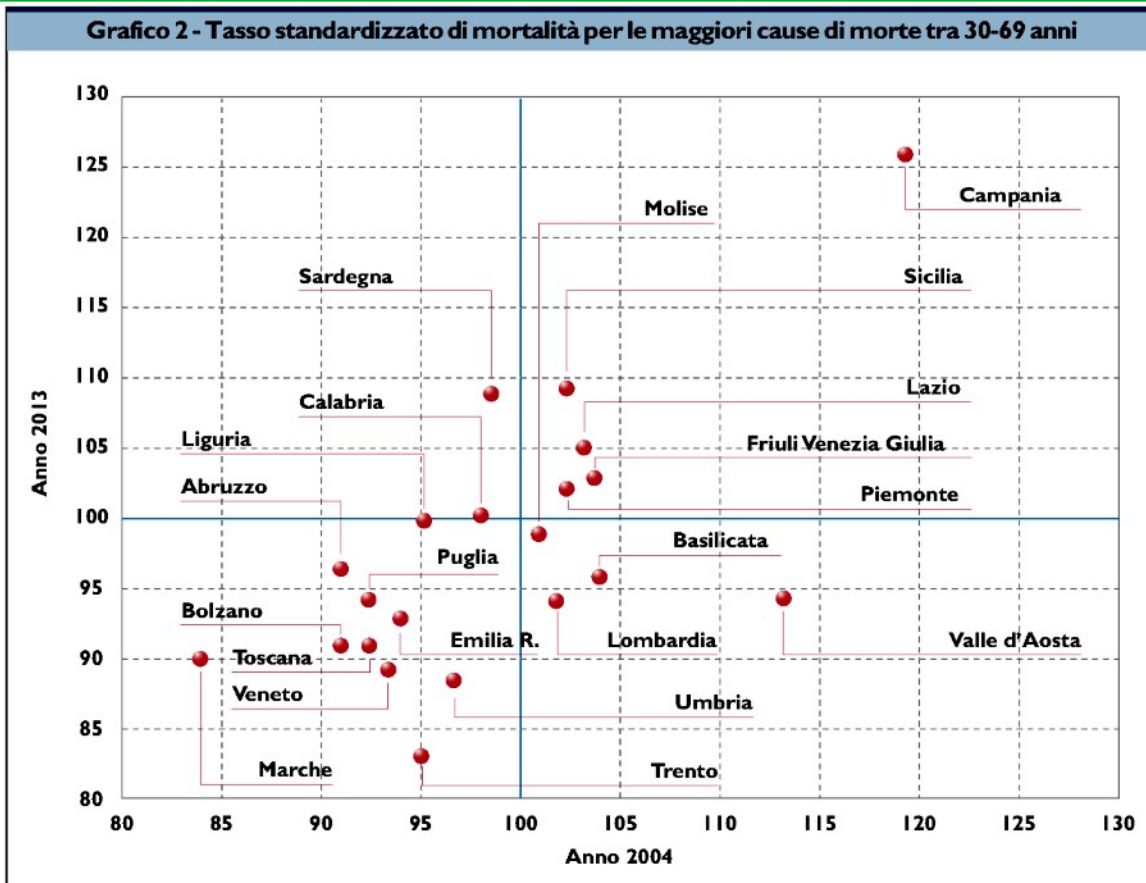
I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale, poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni. Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti (cfr. grafico 5). Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica, si tratta delle rinunce, da parte dei cittadini, alle cure o prestazioni sanitarie a causa dell'impossibilità di pagare il ticket per la

prestazione. La difficoltà di accesso alle cure sanitarie è un problema particolarmente grave perché impatta molto sulla capacità di prevenire la malattia, o sulla tempestività della sua diagnosi (cfr. grafico 6).

In tema di disuguaglianze di salute è interessante effettuare un confronto con alcuni altri Paesi dell'Unione europea, in particolare con quelli che adottano uno dei due principali modelli sanitari: Beveridge e Bismarck (modello Bismarck: sistema di social health insurance, noti anche come sistemi mutualistici. Il bene Salute, garantito dallo Stato, è un diritto dei cittadini nei limiti della copertura assicurativa sociale (compartecipazione dei lavoratori e dei datori di lavoro) - Modello Beveridge: sistema tax-financed, cioè finanziati con la fiscalità generale. Il bene Salute, garantito dallo Stato, mediante accesso universalistico gratuito attraverso la fiscalità generale). Dall'analisi emerge molto chiaramente che le disuguaglianze maggiori rispetto al livello di istruzione si riscontrano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico, dove si osserva che la quota di persone che sono in cattive condizioni di salute è di quasi 15 punti percentuali più elevata tra coloro che hanno titoli di studio più bassi (cfr. tabella 2). Il nostro Paese è quello che ha il livello di disuguaglianza minore dopo la Svezia, avendo 6,6 punti percentuali di differenza tra i meno e i più istruiti. Questa evidenza ci spinge a dire che, nonostante i divari appena rilevati, il modello italiano è, comunque, tra i migliori, anche in considerazione della maggiore longevità di cui godono i nostri concittadini.

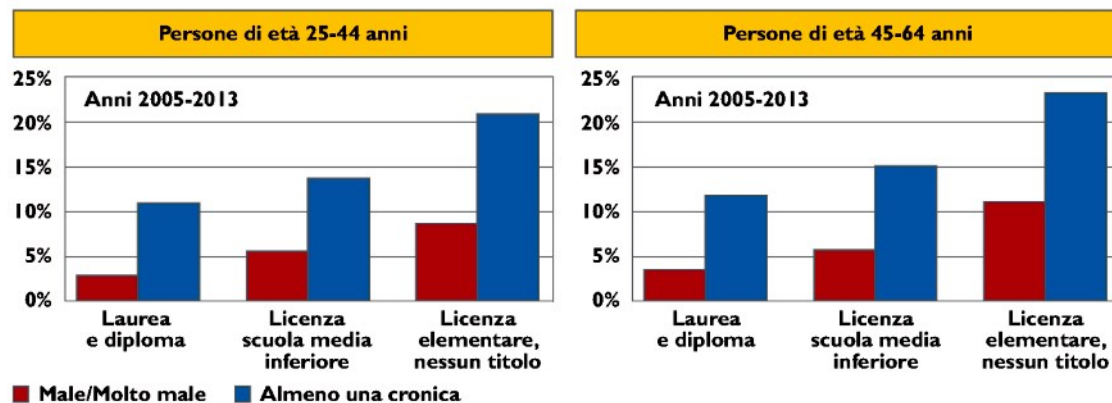
Conclusioni. La sfida futura del Ssn sarà quella di contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. Apprezzabile la sensibilità dimostrata su questi temi dal ministero delle Salute nel rapporto "L'Italia per l'Equità nella Salute" pubblicato recentemente (ministero della Salute, (2018) - "L'Italia per l'Equità nella Salute" - Isbn 9788898544196). Il Rapporto avanza



alcune proposte e linee strategiche che appaiono condivisibili e orientate nella giusta direzione. In particolare, si ritiene prioritaria l'attivazione di iniziative finalizzate all'empowerment culturale verso i temi della salute e degli stili di vita, da attuare nelle scuole per i ragazzi e le loro

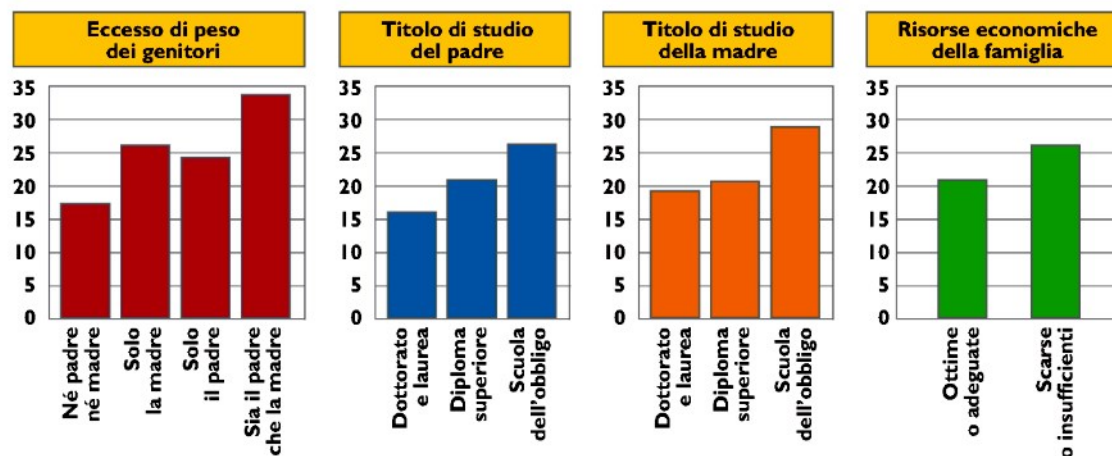
famiglie. Spesso, infatti, gli interventi delle politiche sono vanificati da atteggiamenti e comportamenti individuali sbagliati che ne riducono gli effetti attesi. Non meno rilevante è la lotta contro la povertà e la deprivazione che deve essere un obiettivo ineludibile di tutte le politiche

Grafico 4 - Persone che hanno dichiarato di stare "Male/Molto male", di avere almeno una cronica grave



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Grafico 5 - Prevalenza media (valori x 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso (anni 2014-15)



Fonte: elaborazioni su dati Istat

di welfare, anche per migliorarne l'efficacia, vista la stretta relazione tra la condizione economica e la salute.

Un altro punto su cui occorre riflettere riguarda l'allocatione del finanziamento alle Regioni, non è da escludere, infatti, che i divari territoriali possano discendere in parte da una divisione del Fondo sanitario non coerente con i bisogni di salute della popolazione. Non sembra, infatti, plausibile che Regioni come la Campania e la Calabria ricevano minori finanziamenti, pur denotando condizioni di salute peggiori di altre Regioni.

Un ulteriore problema emerso nelle analisi è l'accessibilità alle cure, in altre parole, le file d'attesa. Si tratta di un tema per il quale non si riesce a trovare una soluzione soddisfacente, l'opinione dell'Osservatorio è che occorra mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appropriatezza degli interventi e all'urgenza degli stessi.

Il tema delle disuguaglianze di salute si intreccia, per quanto detto in precedenza sulla compatibilità delle risorse finanziarie con i vincoli del bilancio pubblico, con quello della sostenibilità economica che resta uno dei punti al centro delle riflessioni della politica e degli addetti ai lavori. Le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati e su forme di welfare aziendale in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione. Questa suggestione, se da un lato, potrebbe rappresentare una facile soluzione per il futuro, dall'altro apre interrogativi sui quali vale la pena di riflettere. In particolare, se i fondi sanitari debbano avere un ruolo sostitutivo o complementare nella sanità pubblica. Ma tale scelta potrebbe, da un lato, risolvere la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, dall'altro acuire le differenze sociali nella salute dei cittadini.

I fondi sanitari erano stati introdotti dalla riforma-ter

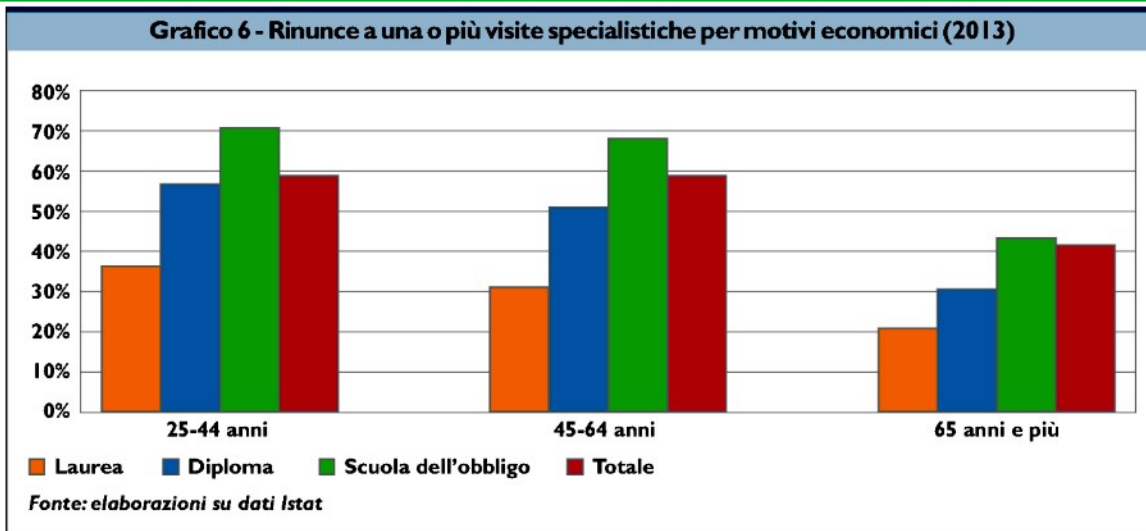


Tabella 2

Percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male nella classe di età 25-64 anni rispetto alla tipologia del sistema sanitario e titolo di studio (2015)

	Fino alla licenza media (1)	Laurea e oltre (2)	Diff. (1) - (2)
Bismark			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
Beveridge			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6

Fonte: dati Eurostat

aveva previsto il ricorso a forme di integrazione per tutte quelle prestazioni sanitarie non comprese nella lista dei livelli essenziali ma comunque di rilevanza per l'assistenza del cittadino. La funzione dei fondi era, pertanto, complementare in quanto si affiancavano al finanziamento pubblico. Altra faccenda è l'introduzione di forme assicurative sanitarie che nascerebbero con la finalità di intermediare i 35 miliardi di spesa sanitaria privata ed eventualmente sostituire, almeno in parte, una quota di quella che attualmente è a carico della finanza pubblica e

della fiscalità generale. I problemi che si pongono in questo caso sono legati ai premi elevati per i cittadini più a rischio, oppure a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi. Inoltre, si prospetterebbe un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare, oppure si potrebbero generare differenze tra i lavoratori coperti o meno da forme di welfare aziendale. In altre parole, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva finirebbe per acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

In conclusione, è opinione dell'Osservatorio che il quadro presentato, più che un reale problema di sostenibilità economica (secondo il ministero dell'Economia e delle finanze l'incidenza della spesa pubblica sul Pil nel 2025 sarà pari circa al 7,2%, nel 2035 al 7,6% e raggiungerà l'8,3% nel 2060 - cfr. ministero dell'Economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, 2014 - Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario), rappresenti un elemento di preoccupazione per la sostenibilità politica del nostro Servizio sanitario nazionale, poiché i persistenti divari sociali che lo caratterizzano potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche. Per questi motivi sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state.

È opportuno, infine, sottolineare che, pur con le problematiche rappresentate, il Servizio sanitario nazionale resta una dei migliori in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue. Pertanto è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservare il nostro Servizio sanitario e renderlo più equo e sostenibile.

NUOVE RETRIBUZIONI

Welfare aziendale: il medico come bonus

Tra i premi di produzione palestra, abbonamenti ai mezzi e pure la badante

Michelangelo Bonessa

■ Invece di versare soldi, meglio pagare i lavoratori con visite mediche, permessi per assistenza ad anziani e persone non autosufficienti, abbonamenti ai mezzi pubblici o persino la palestra. Si chiama welfare aziendale e sembra che su questo modello si stiano orientando le aziende.

Il motivo lo spiega l'avvocato Francesco Rocco di Torrepadula al convegno su questo tema che si è tenuto ieri all'università Statale: «La previdenza pubblica è in crisi per due fattori: contrazione del gettito fiscale conseguente alla crisi economica e allungamento della vita umana, dopo che la legge del 2016 ha stabilito la convertibilità dei premi di risultato in prestazioni di welfare il tema è tornato in primo piano».

Secondo il professore di Diritto del Lavoro Giuseppe Ludovico «il welfare aziendale può diventare il pilastro del sistema sanitario perché l'unico vincolo costituzionale è lo scopo pubblicistico. Già ora il 25% delle spese mediche totali è a carico solo delle famiglie». Il collega Michele Squeglia ha però precisato che resta una diffidenza su questi temi: «Secondo le ultime ricerche l'80% dei lavoratori preferisce denaro in busta paga a prestazioni di altro tipo».

Ma la situazione cambia da azienda ad azienda. All'Ilva secondo il manager Luca

Trvisan non sarebbe una questione contabile: «Si fa per fidelizzare il dipendente, perché servizi come l'auto aziendale a noi costano poco ma psicologicamente per i lavoratori significano molto». Alla Pirelli invece il welfare aziendale ha una lunga tradizione: «I primi permessi per assistere i parenti risalgono al 1917 - ha affermato il manager Roberto Forresu - e c'è ancora il nostro poliambulatorio interno». All'Atm i nidi interni sono «aperti da tre anni anche ai nonni lavoratori» ha puntualizzato Simona Zandonà. «Per noi è una questione centrale occuparci della salute psicofisica degli impiegati perché abbiamo 1600 over 65 su 9000 dipendenti e da qui a 5 anni saranno il doppio».

Renato Cerioli, gruppo San Donato, ha invece difeso l'universalità del sistema sanitario «che ai cittadini costa il 30-40% meno di quello francese e tedesco e offre coperture più ampie». E aggiunge: «Con le nuove leggi si legalizza il nero permettendo di offrire prestazioni annullando il cuneo fiscale. Potrebbe servire anche a combattere la crisi demografica se si punta sulle cure ai famigliari. Anche i sindacati ne hanno capito le potenzialità». C'è infine chi, come Credimi, unica startup presente al simposio, applica il welfare aziendale per fidelizzare i dipendenti offrendo «alloggio e servizi aggiuntivi» come ha esposto la responsabile Francesca Todeschini.



STATALE All'università si è tenuto il convegno sul welfare aziendale



Il dibattito. La relazione tra produttività e lavoro

Welfare strumento per creare fiducia

LE ESPERIENZE

Forresu (Pirelli): «Bisogna

capire chi fa cosa

tra pubblico e privato»

Zandonà (Atm): «Benessere

leva per rimotivare le persone»

Cristina Casadei

■ Aggregare le forze per agevolare la comunicazione delle esperienze, diffondere le best practices, migliorare la qualità della vita lavorativa a favore dei lavoratori e della produttività. L'avvocato Francesco Rocco di Torrepadula, dell'omonimo studio legale, riassume così lo spirito del primosimposio organizzato all'Università degli Studi di Milano (relatori tra gli altri i professori Maria Teresa Carinci, Giuseppe Ludovico, Michele Squeglia, Albina Candian e Armando Tursi).

Le best practices sono state raccontate in una tavola rotonda a cui hanno partecipato molti esponenti del mondo dell'impresa che hanno sottolineato come il legislatore, con l'articolo 51 del Tuir, abbia aperto uno spiraglio importante. Il welfare aziendale, però, ora deve evolversi e fare un salto culturale. Massimo Bottelli, direttore del settore lavoro di Assolombarda, è certo che «il welfare sarà la prossima frontiera delle relazioni industriali e in una logica evolutiva sarebbe auspicabile immaginare delle ricadute sul territorio perché l'azienda è parte di una comunità».

Che il welfare abbia un ruolo nelle relazioni industriali ne è convinto anche Luca Trevisan, direttore hr dell'area nord delle controllate dell'Ilva dove operano oltre 6 mila addetti. Partendo dalla sua realtà, Trevisan, spiega che «l'Ilva è nella fase ideale per pensare a questo strumento». L'azienda è ancora nel bel mezzo di «una tempesta perfetta», come la definisce Trevisan. «Ogni cambiamento forte, accompa-

gnato com'è da incertezza, porta malessere tra i lavoratori. In questi casi - spiega il manager - i soldi non risolvono molto, mentre il welfare potrebbe essere lo strumento per fidelizzarli, ricreare fiducia, clima positivo ossia quel contesto in cui la produttività cresce», dice il manager alla vigilia della revisione, con i sindacati, della contrattazione di secondo livello in quest'ottica.

Roberto Forresu alla guida delle relazioni industriali di Pirelli racconta quanto sia difficile la comunicazione dello spirito del welfare ai lavoratori, anche in un'azienda dove «il 40% sceglie di trasformare in beni e servizi il premio», dice. In Pirelli il welfare si basa su quattro pilastri di supporto ossia la famiglia, la sanità, il tempo libero e i benefit. Il gruppo dice Forresu, «non ha solo preso atto che c'è una legislazione fiscale favorevole», ma da tempo ha introdotto istituti che vanno ben oltre l'articolo 51, come l'assicurazione vita o di invalidità o i permessi per visita medica pediatrica o per i genitori anziani». Per avvicinare le persone all'azienda e quindi ai risultati l'approccio al welfare non può essere ragionieristico, di mera convenienza, e nel contesto attuale «sarebbe utile capire chi fa cosa» e quindi distinguere i ruoli del pubblico e del privato. All'Atm si ragiona in termini di patto psicologico con il dipendente e di uso dei temi terzi come leva per la rimotivazione delle persone e per la negoziazione, come spiega la responsabile della funzione welfare Simona Zandonà. Prendiamo l'aging per esempio. «Oggi Atm ha circa 9 mila addetti, gli over 55 sono 1.600, ma di qui a 5 anni, saranno il doppio - spiega -. Il tema è quindi centrale e, solo per citare un esempio, abbiamo aperto gli asili nido ai nonni lavoratori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Welfare. Dopo JP Morgan, Berkshire e Amazon **Apple lancia le cliniche per i suoi dipendenti**

■ Apple segue l'esempio di JP Morgan, Berkshire Hathaway e Amazon aumentando i suoi sforzi per prendersi cura dei servizi sanitari ai dipendenti. Mentre la partnership annunciata alla fine dello scorso gennaio tra la banca di Jamie Dimon, la conglomerata di Warren Buffett e il colosso del commercio elettronico muove i primi passi con un Ceo che dovrebbe essere in carica entro il prossimo anno, il produttore dell'iPhone in primavera aprirà una serie di cliniche mediche per le persone che lavorano per il gruppo e per le rispettive famiglie. Stando alle indiscrezioni raccolte da Cnbc, le cliniche si chiamano AC Wellness.

L'azienda guidata da Tim Cook ha silenziosamente lanciato un sito acwellness.com con i dettagli dell'iniziativa e una pagina dei professionisti da arruolare, dai medici ai coach sportivi fino a persone specializzate per condurre test clinici sul posto. Apple inizierà a offrire questo tipo di servizi ai dipendenti in due cliniche localizzate nella contea di Santa Clara (California), dove si trova il quartiere generale. L'azienda cofondata da Steve Jobs sta anche cercando «designer» che aiuteranno a mettere in atto il programma pensato per prevenire malattie e promuovere uno stile di vita salutare. Così facendo Apple non solo si prenderà cura dei suoi dipendenti ma avrà anche modo di testare i suoi prodotti e servizi sanitari. Il gruppo sta per esempio collaborando con Stanford per vedere se il suo Apple Watch può individuare irregolarità nel ritmo cardiaco. In passato Cook ha detto di potere dare un «contributo significativo» alla sanità.

R.Fi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**CAPITANI
DI SVENTURA**

**Elezioni senza
sanità, partiti
senza un'idea**

» **STEFANO FELTRI**

IN UN PAESE di vecchi - il 22,3 per cento degli italiani ha più di 64 anni - e che è destinato a invecchiare le elezioni dovrebbero decidersi sulla sanità molto più che su pensioni e immigrazione. Le pensioni servono per pagare le badanti e gli immigrati a finanziare le pensioni, ma a stabilire quante badanti e quanti immigrati servono è la struttura del servizio sanitario nazionale e la sua sostenibilità finanziaria. Il governo Renzi si vanta di aver aumentato il fondo di finanziamento del servizio sanitario. Vero, ma in valore assoluto, cioè in miliardi di euro. Se guardiamo quanta parte della ricchezza nazionale viene investita in salute, l'Italia è nelle parti basse della classifica europea: 7,1 per cento del Pil, un filo sotto la media Ue del 7,2 e ben lontana dalla Danimarca (8,6). Eppure nessun partito sembra avere le idee chiare su come adattare l'assistenza, la prevenzione e la cura a una popolazione che invecchia e vive più a lungo. La fondazione Gimbe che promuove la ricerca e la

formazione in ambito sanitario ha studiato i programmi dei partiti in vista del voto di domenica e ha pubblicato un report di cui hanno parlato in pochi (con l'eccezione di Oscar Giannino su Radio24). La lettura di quelle 100 pagine è disarmante. Ci sono partiti importanti come il Pd che si limitano a vaghi auspici, tipo esportare il modello dell'Emilia Romagna nelle altre Regioni o "garantire un progressivo aumento del Fondo sanitario nazionale" (quanto? finanziato come?), altri come Fratelli d'Italia che in una logica clientelare si impegnano a raddoppiare gli assegni di accompagnamento per l'invalidità, una misura che sarebbe iniqua (risorse a pioggia senza differenziare tra le situazioni) e insostenibile, visto il costo di 16 miliardi. Nessuno propone di ridurre la lista dei Lea, cioè eliminare alcune delle prestazioni che lo Stato si impegna a garantire. E nessuno ha chiaro dove risparmiare e di quale sanità pubblica avrà bisogno l'Italia tra dieci o vent'anni. E forse è per questo che i partiti hanno silenziato il tema in campagna elettorale.



Orienta. Il welfare aziendale si trasforma: ai dipendenti viene offerto un corso per aiutare i figli a cercare lavoro

CHIARA MERICO

Come aiutare i giovani a orientarsi sulle scelte professionali? Ora ci pensa il welfare aziendale, ovvero quell'insieme di prestazioni che le società offrono ai dipendenti come benefit, per venire incontro alle loro esigenze e migliorare la loro vita. Secondo l'ultima ricerca Doxa-Edenred, mentre i servizi più diffusi restano i buoni spesa e le altre agevolazioni (87% nel 2016), le maggiori percentuali di crescita riguardano proprio i benefit rivolti alla famiglia, dalla flessibilità di orario allo smartworking, fino ai servizi dedicati ai dipendenti e ai loro familiari, tra cui i figli.

Il loro futuro occupazionale è tra le principali preoccupazioni dei lavoratori: ogni genitore si chiede infatti cosa può fare di concreto per sostenerli. Con questo obiettivo è nato WelfJob, il corso di orientamento al lavoro per i figli dei dipendenti ideato e inserito nei piani di welfare aziendale da Orienta, una delle principali agenzie per il lavoro italiane. Il progetto si concentra soprattutto sulle cosiddette soft skills o competenze umane, che spesso sono considerate persino più importanti del curriculum: si tratta di abilità come l'intraprendenza, la capacità di lavorare in team, l'autonomia e poi capacità relazionali, motivazione, orientamento al risultato. Migliorare queste competenze è fondamentale: sotto questo profilo il corso insegna anche come utilizzare al meglio i social. WelfJob è poi il primo percorso di questo tipo a coinvolgere anche i genitori, che hanno a loro disposizione esperti con cui confrontarsi. «Orientare i giovani al mondo del lavoro per noi significa prepararli a un viaggio e a una sfida», spiega Giuseppe Biazzo, Ad di Orienta. «Il viaggio è quello alla scoperta di se stessi e del mondo che cambia sempre più velocemente. La sfida è quella di allenarli a valorizzare la propria unicità e le proprie relazioni. Il nostro percorso formativo prevede l'acquisizione di metodi e strumenti attraverso incontri con professionisti della direzione delle risorse umane, per facilitare i primi passi nel mondo del lavoro e creare fondamenta solide». I primi tre corsi sono stati realizzati per i figli dei dipendenti e degli agenti del gruppo assicurativo Aviva. Per Eugenio Gambardella, responsabile del personale del gruppo, «è stato uno dei corsi più apprezzati non solo dai partecipanti, i giovani figli dei nostri dipendenti e intermediari assicurativi, ma anche dai genitori che si trovano oggi, rispetto al passato, nel difficile ruolo di influencer».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

