

Articoli Selezionati

MBA

09/03/17	Mf	14	4 Aim, nel primo anno di attività investiti 5,3 milioni	Brustia Carlo	1
10/03/17	Mf	15	Mta, con i mini-bar di Indel B ecco la quinta ipo del 2017 in rampa di lancio - Anche Indel B bussa alla borsa	Carosielli Nicola	2
11/03/17	Milano Finanza	11	A Piazza Affari tornano le ipo, tutte buone per i Piani	Montanari Andrea	3
11/03/17	Milano Finanza	10	Sicaf alla prova dei conti	...	5

SCENARIO

08/03/17	Sole 24 Ore	21	Il record di Farindustria grazie a welfare e meritocrazia	Ro. M.	6
08/03/17	Sole 24 Ore	37	I tessili puntano su flessibilità e accordi di secondo livello	Falasca Giampiero	7
12/03/17	Espresso	60	Se ci pensa mamma impresa	Organtini Chiara	8
12/03/17	Corriere della Sera	46	Quanto servono i check up - Vale la pena di sottoporsi a «pacchetti di esami»?	D'Amico Cristina	11
12/03/17	Corriere della Sera	46	Meno sprechi se sanità pubblica e integrativa comunicassero meglio	C.D.A.	14
13/03/17	Repubblica	17	Intervista a Beatrice Lorenzin - Lorenzin: "Se tagliassimo le spese, i ticket potrei abolirli" - "Ticket da rivedere se tagliassimo le spese si potrebbero perfino abolire"	Bocci Michele	15
13/03/17	Repubblica Milano	2	Una rete pubblico-privato per il welfare condiviso - Lavoro agile e asili nido una rete con i privati per un welfare condiviso	Gallione Alessia	17
13/03/17	Stampa Tuttosoldi	20	Con l'alleanza imprese-no profit più welfare e solidarietà	W.P.	19
13/03/17	Repubblica Affari&Finanza	1	Sanità, partecipate, acquisti centralizzati la battaglia infinita della spending review - Spesa pubblica, la guerra perduta	Ruffolo Marco	20
14/03/17	Manifesto	15	A passo di gambero, dalla sanità pubblica alle mutue private	Cavicchi Ivan	24
14/03/17	Sole 24 Ore Sanita'	8	E l'equità futura? - «Sanità al centro dell'agenda»	Cartabellotta Nino	25

DAL WEB

09/03/17	MI-LORENTEGGIO.COM	1	Cusago. Prima edizione di 'CusaComics': due passioni, lo sport e i fumetti	...	28
----------	--------------------	---	--	-----	----

4 Aim, nel primo anno di attività investiti 5,3 milioni

di Carlo Brustia

Il primo esercizio della sicaf 4Aim, costituita nel febbraio 2016 e specializzata nell'investimento in società quotate all'Aim Italia, si è chiuso con un risultato della gestione caratteristica di circa 38mila euro e una perdita di 830mila dovuti ai costi ordinari più quelli sostenuti appunto per la quotazione. L'attivo totale della società a fine 2016 era di 5,3 milioni di euro. Gli investimenti effettuati hanno riguardato Enertronica (acquisto di warrant e successiva conversione), Vetrya (aumento di capitale e acquisto azioni sul mercato), Gpi (tramite acquisto di azioni della spac Capital for Progress 1) e Gala (acquisto di titoli sul mercato). Nel 2017 sono state poi sot-

toscritte le ipo di Health Italia e di Telesia. Oggi il portafoglio di partecipazioni di 4Aim sicaf risulta superiore al valore di carico ma tenuto conto dei costi sostenuti il valore della quota è indicato a 431,35 euro rispetto ai 500 iniziali ma anche rispetto ai circa 320 a cui viene scambiata sul listino di Piazza Affari. La società conta di proseguire il collocamento di nuove quote (finora ha raccolto risorse per 6,3 milioni) rivolgendosi prevalentemente a investitori istituzionali. Il rallentamento dei nuovi collocamenti porterà 4Aim sicaf a focalizzarsi su società già quotate, dove si ritiene vi siano interessanti opportunità di investimento. L'iniziativa è senz'altro interessante in termini di prospettive e opportunità. Determinante sarà tuttavia il patrimonio a disposizione, per poter assorbire adeguatamente il peso dei costi fissi, incomprimibili oltre un certo livello e che rischiano di pregiudicare la redditività complessiva. (riproduzione riservata)



Mta, con i mini-bar di Indel B ecco la quinta ipo del 2017 in rampa di lancio

(Carosielli a pagina 15)

LA SOCIETÀ DEI BERLONI HA PRESENTATO LA DOMANDA DI QUOTAZIONE SUL LISTINO MTA

Anche Indel B bussa alla borsa

Produce cantinette e minifrigo e sarà la quinta in lista d'attesa a Piazza Affari. Nel 2016 utili per 9,7 milioni e mol per 16. Italia nei radar degli investitori esteri soprattutto per lifestyle e industrial

DI NICOLA CAROSIELLI

Il mercato principale di Borsa Italiana si prepara ad accogliere una nuova offerta pubblica iniziale. Piazza Affari stenta a decollare con sole tre quotazioni avvenute finora sull'Aim ([Health Italia](#), Orsero e Telesia) ma le domande ufficiali presentate, con oggi cinque, sembrano rincuorare Barbara Lunghi, nuova responsabile primary markets di Borsa Italiana, che nel corso di un incontro con la stampa avvenuto ieri a Milano ha parlato di «forte interesse». A Palazzo Mezzanotte, comunque, si continua a lavorare sodo per promuovere le aziende in fase di quotazione e dopo gli annunci fatti da Unieuro, Farmafactoring, Avio e la spac Crescita si aggrega al gruppo delle papabili quotande Indel B. La società è controllata da Amp.Fin, detenuta integralmente dalla famiglia Berloni, altro ramo della famiglia delle cucine (che nel 2013 aveva venduto il 50% della società alla Hcg di Taiwan). L'azienda di Sant'Agata Feltria (Rimini) è un operatore mondiale attivo da 50 anni nel settore della refrigerazione mobile applicabile ai comparti automotive e leisure time e della refrigerazione per il mercato hospitality. La società è inoltre presente nel settore della climatizzazione da parcheggio per veicoli industriali e delle cooling appliances che comprendono principalmente cantinette per la conservazione del vino e piccoli frigoriferi per la conservazione del latte.

Allo sbarco si presenterà con un fatturato totale a fine 2016 di circa 90 milioni, con un tasso di crescita medio composto annuo pari al 15% nel corso degli ultimi tre esercizi (2014-2016) e risultati netti in crescita nel triennio considerato. I ricavi da vendita di prodotti del gruppo sono realizzati per circa il 26% in Italia, il 57% in Europa e il 17% nel resto del mondo e vanta alcune alleanze e joint venture industriali e commerciali con partner in Cina, Italia e Stati Uniti. L'utile netto del gruppo nel 2016 ha raggiunto il 10,7% del totale dei ricavi, attestandosi a circa 9,7 milioni di euro, e si appresta a chiudere l'anno con un margine operativo lordo che dovrebbe toccare quota 16 milioni.

Resta da capire quanto sarà il flottante e soprattutto quali saranno i tempi di ammissione. Dalla sua, però, Barbara Lunghi si dice fiduciosa sulla ripresa delle offerte pubbliche iniziali e dell'appeal del mercato italiano, sottolineando che l'Italia «è nei radar degli investitori e che ci sono aspettative di crescita del mercato», menzionando tra i settori di maggiore interesse per gli investitori esteri il lifestyle e l'industrial, che «sono settori che ci rappresentano molto». (riproduzione riservata)



Barbara Lunghi



A Piazza Affari tornano le ipo, tutte buone per i Piani

di **Andrea Montanari**

Piazza Affari è pronta a vivere una nuova primavera. Perché dopo gli ultimi anni nei quali i delisting superavano le quotazioni (fatta eccezione per il boom dell'Aim Italia), ora pare che ci sia una concreta possibilità che alcune aziende di media dimensione facciano il loro debutto sul listino milanese. Aziende che rispondono perfettamente all'identikit di un investimento Pir.

Se Poste Italiane non porterà una seconda tranche del capitale in borsa, preferendo affidarsi alla trattativa con la Cdp, e Ferrovie dello Stato farà slittare al 2018 la privatizzazione, puntando a una dimensione più rilevante (vedere articolo a pagina 30), questa può essere la stagione dell'Mta e dello Star. Dopo una prima informata di neo matricole sul listino dedicato alle pmi - da **Health Italia** a Telesia, oltre a Orsero, che in realtà è stato un reverse merger con la spac Glenalta Food - nel prossimo trimestre, e comunque prima dell'estate, assisteremo ad almeno tre ipo sul listino principale: Unieuro, Banca Farmactoring e Indel, società accomunate dal fatto che il collocamento è riservato a investitori istituzionali e non al retail.

In attesa di altri debutti, già di fatto dichiarati, che si realizzeranno nel secondo semestre, a correre in direzione dello Star è Unieuro. La catena di store di elettronica controllata al 70,5% dal fondo Rhone Capital (oltre a essere partecipata dal gruppo inglese Dixons Retail, 14,96% e dalla famiglia Silvestrini 9,88%) ha definito la road map che la porterà a Piazza Affari tra la fine di marzo e l'inizio di aprile. Come già evidenziato da MF-Milano Finanza, la società guidata da Giancarlo Nicosanti Monterastelli che nei nove mesi dell'esercizio fiscale 2016-2017 ha fatturato di 1,2 miliardi, con un ebitda rettificato di 38,1 milioni e un utile di 929 mila euro, con una cedola ai soci di 20 milioni. I soci di Unieuro (in borsa con Citigroup, Credit Suisse e Mediobanca, oltre a Unicredit) venderanno ma resteranno nel capitale della società che avrà un flottante di almeno il 40% e che oggi ha un enterprise value di 390-430 milioni e andrà a fare concorrenza a ePrice, la ex Banzai di Paolo Ainio, dopo aver rilevato il portale d'acqui-

sto Monclick.

A voler debuttare entro giugno è anche Banca

Farmafactoring. Il gruppo attivo nella gestione dei crediti vantati dalle aziende nei confronti del Servizio sanitario nazionale e guidato

dall'amministratore delegato Massimiliano Belingheri sbarcherà sull'Mta attraverso un collocamento riservato a investitori qualificati. L'azionista di riferimento, il fondo Centerbridge, ha definito già il flottante: in borsa arriverà fino a un massimo del 35,83%, post esercizio della greenshoe da parte delle banche. Banca Farmafactoring (accompagnata in borsa da Mediobanca, Morgan Stanley, Deutsche Bank, Unicredit, Jeffries e Bnp Paribas) nel 2016 ha registrato un margine di intermediazione di 175 milioni (+24%) e un utile netto consolidato e rettificato di 88 milioni con un Cet1 del 16,7%. La società, prima dell'ipo, ha già deliberato la distribuzione di un dividendo di 72 milioni e al momento viene accreditata di un enterprise value di 5-600 milioni.

Terza matricola attesa entro l'estate al massimo è Indel B, azienda della famiglia Berloni (cucine), attiva da 50 anni nel settore della refrigerazione mobile per il comparto automotive. La società romagnolo arriverà sul listino accompagnata da Banca Imi e Banca Akros e si presenta ai soli investitori istituzionali con ricavi per 90 milioni, un mol di 16 milioni e un utile di 9,7 milioni.

Nell'arco di qualche mese il fondo Usa Fortress porterà in borsa doBank, big della gestione degli npl (si è rafforzata con l'acquisizione di Italfondario) guidato dall'ad Andrea Mangoni con oltre 83 miliardi gestiti e circa 200 milioni di fatturato. Le prime stime relative alla valutazione della società indicano un range di equity value oscillante tra i 600 e i 750 milioni.

Atteso per marzo slitterà di alcuni mesi, per questioni di natura tecnica, il debutto di Avio. L'azienda aerospaziale, però, non sarà una matricola tradizionale visto che arriverà a Piazza Affari attraverso un reverse merger con la spac Space II. A valle di questa operazione, nascerà Space III, destinata anch'essa allo sbarco a Milano, con una dote di 152 milioni.

Un'altra matricola in arrivo nel mondo delle spac è Crescita, promossa da manager, professionisti e imprenditori quali Massimo Armanini, Cristian D'Ippolito, Antonio Tazartes, Alberto Toffoletto e Marco Drago (gruppo De Agostini). Il veicolo, assistito da Banca Imi quale global coordinator e bookrunner, punta a una raccolta di 100 milioni e all'approdo sull'Aim. (riproduzione riservata)





*Giancarlo Nicosanti
Monterastelli*



*Massimiliano
Belingheri*



Andrea Mangoni

Sicaf alla prova dei conti

Il primo esperimento di investimento collettivo nelle società dell'Aim Italia ha affrontato nei giorni scorsi la prima resa dei conti. 4Aim sicaf, costituita nel febbraio 2016, si è chiusa con un risultato della gestione caratteristica di circa 38mila euro (plusvalenze su operazioni in titoli) e una perdita di 830mila dovuti ai costi ordinari più quelli sostenuti appunto per la quotazione. L'attivo totale della società a fine 2016 era di 5,3 milioni di euro. Gli investimenti effettuati hanno riguardato Enertronica (acquisto di warrant e successiva conversione), Vetrya (aumento di capitale e acquisto azioni sul mercato), Gpi (tramite acquisto di azioni della spac Capital for Progress 1) e Gala (acquisto di titoli sul mercato). Nel 2017 sono state poi sottoscritte le ipo di [Health Italia](#) e di Telesia. Oggi il portafoglio di partecipazioni di 4Aim sicaf risulta superiore al valore di carico ma tenuto conto dei costi sostenuti il valore della quota è sceso a 431,35 euro rispetto ai 500 iniziali, ma è superiore ai circa 310 euro a cui viene scambiata. La società conta aumentare il capitale con nuove sottoscrizioni (finora ha raccolto risorse per 6,3 milioni) rivolgendosi prevalentemente a investitori istituzionali. Raggiungere un patrimonio adeguato è determinante per assorbire il peso dei costi fissi, che altrimenti rischiano di pregiudicare la redditività complessiva dello strumento. Ora 4Aim potrebbe guardare di più alle società dell'Aim già quotate e che hanno perso terreno dopo l'ipo.



IL RECORD DI FARMINDUSTRIA GRAZIE A WELFARE E MERITOCRAZIA

L'industria delle pillole made in Italy punta con decisione sulle donne, con una presenza femminile da record (42% dei lavoratori, 52% degli addetti alla ricerca, 1 dirigente su tre è donna). Non si tratta di "quote rosa", ma del combinato disposto tra una selezione meritocratica del personale e l'adozione di un welfare aziendale «a misura di donna», con il 70% delle imprese Pharma che offrono un ampio ventaglio di servizi anche finalizzati alla conciliazione del tempo di vita e di lavoro. Dalle mense alle agevolazioni sull'orario, dalle assicurazioni alla sanità integrativa con screening mirati gratuiti di medicina preventiva, dagli asili aziendali allo smart working. Una serie di facilitazioni che negli altri settori è adottata solo dal 43% delle aziende. È questo il modello di relazioni industriali presentato ieri a Roma dal presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, nel corso del convegno «Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali».

Relazioni che incidono sulla qualità della vita e fanno la differenza. «Le imprese del farmaco si distinguono positivamente nel panorama industriale - spiega Scaccabarozzi - e sono state le prime ad adottare la contrattazione di secondo livello, con particolare attenzione al welfare, e da anni la applicano con grande convinzione. Le imprese del farmaco con contratto aziendale sono il 71% del totale e l'86% eroga premi variabili». (Ro.M.)

Le principali categorie di farmaci e vaccini in sviluppo per le donne

Categoria	Numero
Apparato respiratorio	168
Neoplasie	139
Sistema muscolo scheletrico	114



Contratti. Spinta per sperimentare l'inquadramento unico

I tessili puntano su flessibilità e accordi di secondo livello

ASSENZE

Congedi parentali fruibili con preavviso di 15 giorni
Gruppo di lavoro per gestire e analizzare le malattie in determinati periodi

Giampiero Falasca

■ L'accordo per il rinnovo del Ccnl per l'industria tessile, siglato il 21 febbraio rafforza la spinta a investire sul secondo livello contrattuale, aumentando il valore di un istituto - l'elemento di garanzia retributiva - che è alternativo a importi concordati tramite la contrattazione aziendale. Tale valore viene incrementato a 250 euro lordi per il 2017, salendo a 300 euro lordi sia per il 2018 che per il 2019 (il vecchio contratto riconosceva una somma di 200 euro per ciascun anno).

L'intesa prevede l'impegno delle parti a dare attuazione alle norme contenute nel testo unico sulla rappresentanza del 10 gennaio 2014, definendo criteri e procedure per ampliare l'efficacia e l'esigibilità della contrattazione nazionale e aziendale.

Vengono inoltre rinnovate in maniera importante le regole sui contratti flessibili. Per il contratto a termine viene prevista la possibilità di superare la durata di 36 mesi per lo svolgimento di alcune mansioni legate a eventi specifici (per esempio le vendite stagionali), e viene previsto un limite quantitativo massimo del 30% del lavoratore a tempo indeter-

minato (con delle franchigie per i datori che hanno fino a 5 dipendenti), calcolato come media annua dei contratti a termine, elevabile a opera della contrattazione aziendale, e non applicabile per eventi specifici. Nel computo di tale percentuale rientrano i contratti di somministrazione a tempo determinato, che in ogni caso non possono superare la soglia del 10%, e quindi risultano soggetti a limiti più stringenti.

L'accordo si occupa anche dell'**inquadramento unico**, invitando le imprese ad avviare sperimentazioni in azienda, su base volontaria e in collaborazione con le rappresentanze sindacali unitarie.

Cambia in maniera significativa la normativa su **permessi, assenze e ferie**.

Fino al 31 dicembre 2018 si prevede - in attuazione della legge 232/2016 - l'obbligo, per il padre lavoratore, di astenersi entro 5 mesi dalla nascita del figlio - per un periodo di 2 giorni (4 nel 2018).

Per i congedi parentali viene introdotto l'obbligo di presentare richiesta scritta con un preavviso di 15 giorni, indicando inizio e fine del periodo di fruizione e modalità di utilizzo del permesso, se su base oraria o giornaliera.

In tema di malattie, l'accordo si fa carico di definire azioni di contrasto al fenomeno di "assenteismo anomalo", caratterizzato dalla concentrazione delle assen-

ze in determinati periodi: viene decisa l'istituzione di un gruppo di lavoro cui è affidato il compito di analizzare il fenomeno e definire delle proposte per gestirlo.

Per quanto riguarda le ferie, l'intesa stabilisce la facoltà per le imprese di imporre un periodo di fruizione di due settimane consecutive, a condizione che la richiesta sia giustificata da esigenze organizzative o tecnico-produttive, prevedendo comunque la possibilità per il dipendente di godere di un ulteriore periodo continuativo di ferie della durata di una settimana nei mesi compresi tra giugno e settembre. Le parti si impegnano anche ad armonizzare le regole esistenti per le varie qualifiche.

Infine, viene prevista l'istituzione di un fondo di assistenza sanitaria, che avrà il compito di erogare trattamenti integrativi di quelli pubblici. Il fondo dovrà essere finanziato con un contributo aziendale di 12 euro al mese per ciascun addetto, da pagarsi a partire dal 1° gennaio 2018 (la data di avvio effettivo del fondo potrebbe, invece, essere successiva).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



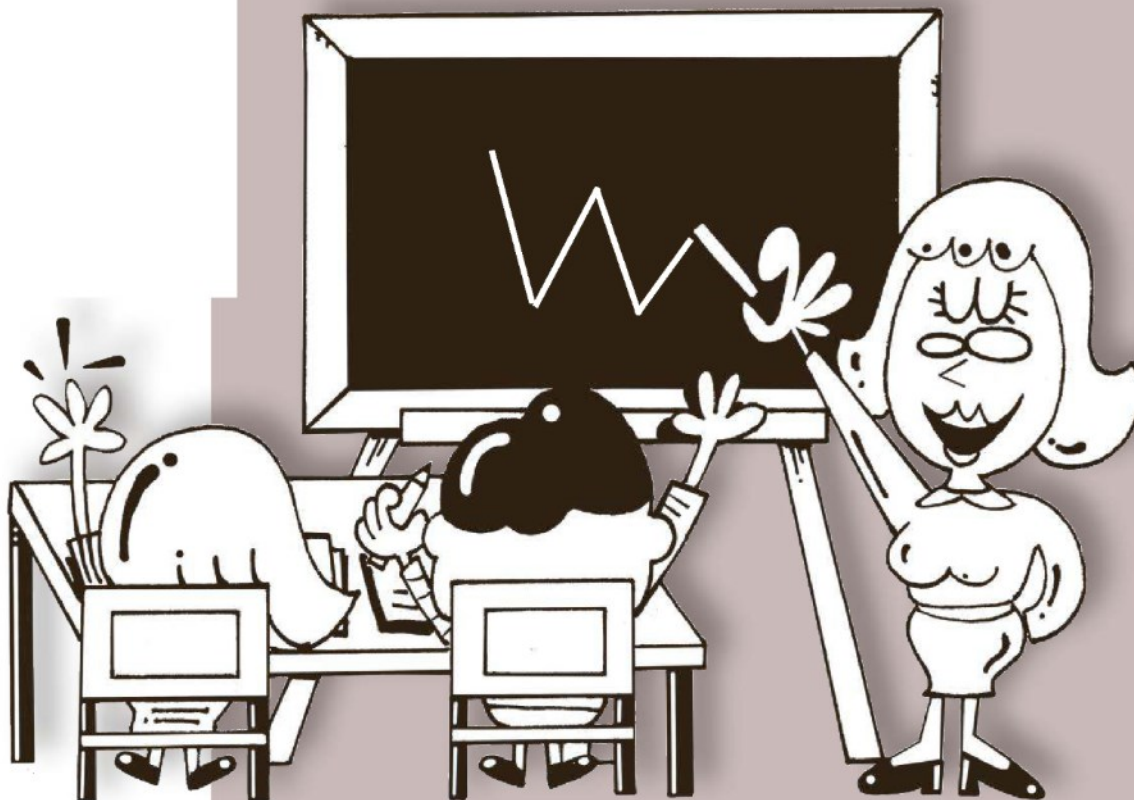
Se ci pensa mamma impresa

di Chiara Organtini

Per parlare di welfare aziendale bisogna dimenticare Olivetti. Di imprenditori illuminati ne nascono uno o due ogni cento anni, ma soprattutto l'industriale non può più fare da solo: se si vuole che il welfare aziendale funzioni, deve diventare un valore condiviso con i sindacati, con cui migliorare le relazioni industriali, superare la conflittualità nella contrattazione, innovare». A sostenerlo è il sociologo Luca Pesenti, dell'università Cattolica di Milano, che al tema ha dedicato il suo saggio "Il welfare in azienda, imprese smart e benessere dei

lavoratori", edito da Vita e Pensiero.

L'ingegnere di Ivrea portò il welfare alla Olivetti prima ancora della sua esistenza: asili, sanità integrativa, la biblioteca. Sono passati quasi 70 anni da allora e che cos'è rimasto di quella intuizione? L'assistenza "alla Olivetti" è diventata una forma di protezione privata per il lavoratore dipendente, frutto della contrattazione tra azienda e sindacati, detta anche secondo welfare o welfare aziendale. Ne fanno parte assicurazioni, mutue, persino terzo settore: una sinergia tra mercato e società che fornisce benefit e servizi attraverso i piani di welfare delle imprese. L'intreccio può suonare



ambiguo, ma il concetto alla base è chiaro: il welfare aziendale è la stampella privata di quello pubblico. Anche se la spesa per le prestazioni assistenziali dello Stato non diminuisce, crescono i bisogni e il welfare pubblico non riesce più a dare risposte sufficienti.

Il welfare aziendale, come spiega Franca Maino, ricercatrice all'Università di Milano e direttrice del laboratorio di ricerca "secondo welfare", intercetta e soddisfa quei bisogni, nonostante le storture e la tensione al profitto di un ecosistema privato, sempre più in espansione. Tra la crescita del welfare aziendale e l'aumento delle prestazioni assistenziali emesse dalle casse professionali, il welfare si fa sul mercato. E chi rimane fuori dal perimetro del lavoro dipendente o non è iscritto ad alcun ordine professionale, finisce per essere penalizzato: i lavoratori autonomi. Ma non solo loro.

Secondo i ricercatori della banca dati Adapt, gli unici ad aver analizzato i contratti integrativi aziendali, il ricorso al secondo welfare è sempre più frequente al nord e nelle aziende di grandi dimensioni. Nel 2012, i piani di welfare nella contrattazione integrativa coprivano il 19,9 per cento delle imprese. Oggi siamo al 30,3 per cento. E si fa in aziende come Fincantieri, Hera, Unipol, Enel, Menarini. Ma anche nelle reti d'impresa, come l'esperienza pilota di www.welfare-prato.it, quindici aziende (1.200 lavoratori) e Rete Giunca (1.700 lavoratori), la rete di distretto per il welfare aziendale del Varesotto.

Nel 2016, secondo il campione di Adapt, 370 contratti integrativi hanno coinvolto 250 mila lavoratori: per il 60 per cento imprese del Nord, il 35 del Centro e solo 4,6 per cento del Sud.

E per lo più in imprese medio grandi: il 39,7 per cento ha oltre mille dipendenti; il 22,7 tra 50 e 249; il 15,4 tra 250 e

499; l'11,4 meno di 50 dipendenti; il 10 per cento tra 500 e 999 dipendenti.

Il rischio, per la sociologa dell'Università di Torino Chiara Saraceno, è che se non si lavora nell'azienda giusta o dove non c'è un tessuto industriale denso, si resta fuori dai benefici del secondo welfare. Oltretutto, ricorda Saraceno, questo termina quando i lavoratori vanno in pensione e potrebbero avere più bisogno delle prestazioni accessorie.

Con le ultime due leggi di stabilità, il governo Renzi ha introdotto la detassazione del premio di risultato e produttività per incentivarne l'erogazione: visto che lo Stato non può abbassare le tasse, che ci pensino le aziende a dare qualcosa ai lavoratori. Le imprese hanno quindi messo benefit e servizi al centro della contrattazione: anziché avere quei pochi, maledetti e subito, il dipendente può scegliere di impegnare parte o tutto del premio per l'assistenza sanitaria, la previdenza complementare, l'assistenza per i genitori anziani non più autosufficienti, le borse di studio e i centri estivi per i figli, il trasporto collettivo, gli asili convenzionati, gli alloggi in comodato d'uso.

Da quest'anno, l'incentivo fiscale alle imprese riguarderà anche i premi per i

dirigenti. E per le aziende che coinvolgono i dipendenti nell'organizzazione del lavoro l'importo dei premi salirà fino a 4 mila euro.

I numeri sembrano promettenti: secondo il laboratorio diretto da Maino, le oltre 100 società di mutuo soccorso che assicurano privatamente prestazioni socio-sanitarie, hanno coperto un milione di italiani e un milione e mezzo sono le famiglie con una polizza malattia. A questi vanno aggiunti oltre 3 milioni di aderenti ai fondi integrativi privati: un bacino di 6 milioni di italiani.

Nella stessa direzione, si muovono le casse degli ordini professionali, che hanno potenziato le forme di assistenza, sia per quella a lungo termine – ancora non prevista da tutte le casse – che per la maternità e il micro-credito. Le erogazioni per gli ammortizzatori sociali degli enti privati sono passate dai 10 milioni del 2007 ai 34 milioni del 2015.

L'Enpam, la cassa dei medici, ha esteso l'assegno di maternità anche alle mamme ancora all'università: 1200 euro mensili per cinque mesi, oltre agli aiuti per asili nido e baby-sitter. Conseguenza dell'aumento delle iscritte e anche del fatto che le giovani guadagnano il 50 per cento in meno dei colleghi uomini, spiega

Il modello Olivetti è solo un ricordo. Ma il welfare aziendale è cresciuto in 5 anni del 10 per cento. Soprattutto al Nord

Per le partite Iva è vietato ammalarsi: dal 2007 al 2015 si sono quasi dimezzati i beneficiari dell'indennità

Alberto Oliveti, presidente di AdEPP, l'associazione che rappresenta diciassette casse di previdenza e due di assistenza, per un milione e mezzo di iscritti.

Una chiamata all'azione per i professionisti, le cui iscrizioni sono aumentate del 20 per cento dal 2005, ma anche una constatazione amara: se ti iscrivi avrai il tuo welfare; se resti fuori, è a tuo rischio e pericolo. E con il calo del 20 per cento del reddito medio degli iscritti (dal 2008 ad oggi), l'iscrizione è l'unica via.

E chi non rientra in un ordine professionale? Briciole di welfare e poche prestazioni.

Per le partite Iva è vietato ammalarsi: dal 2007 al 2015, secondo i dati INPS, sono diminuiti da 2.076 a 1.297 coloro che hanno beneficiato dell'indennità di malattia (poca roba: 20 euro al dì per massimo 60 giorni l'anno). Numeri esigui e con la crisi ancora più allarmanti: se una partita Iva lavora meno di meno non ha il minimo di contribuzione previdenziale per accedere alle prestazioni.

I professionisti autonomi – circa 5 milioni per l'Istat, secondo i dati del 2011 – non hanno copertura per i buchi previdenziali, quando non versano, né possono evitare di pagare l'Iva se non incassano.

Una storia contributiva discontinua, che non garantisce l'accesso a infortunio e malattia: il minimo delle prestazioni. Come temuto dalla sociologa Saraceno: la delega al mercato, da parte dello Stato sul welfare, non farà che acuire le disuguaglianze tra i lavoratori. Tra chi avrà un'assistenza garantita dal datore di lavoro e fortificata con il welfare aziendale, e chi potrà contare solo sulle modeste prestazioni del pubblico, a meno di non stipulare una polizza privata.

Intanto, potrebbe arrivare una piccola svolta per le partite Iva: lo Statuto dei lavoratori autonomi, il Jobs Act 2. Il disegno di legge è ora alla Camera, dopo essere rimasto al Senato per nove lunghi mesi. Se passerà il guado della votazione, ci sarà l'estensione, anche agli autonomi, di alcune tutele dei lavoratori subordinati: la possibilità di congelare il versamento dei contributi per il periodo di malattia e la sua equiparazione alla degenza ospedaliera, per le gravi patologie. Il paradosso è che alcuni emendamenti che avrebbero migliorato sensibilmente lo Statuto, come l'estensione a 24 mesi della contribuzione minima per l'accesso alle prestazioni, sono stati ignorati: il Pd l'aveva proposto insieme ai pentastellati, salvo fare marcia indietro. Per la deputata del M5S Tiziana Ciprini, è un problema di coperture: per gli autonomi non ci sono soldi. Tanto che nei nove mesi di permanenza Senato, l'unica soluzione elaborata, per far fronte ai mancati pagamenti dei professionisti, è stata: fatevi l'assicurazione privata. Della serie, avanti welfare privato, c'è posto. ■



Sempre più spesso vengono proposti gruppi di indagine «su misura», in base a sesso ed età. Ma le società scientifiche esprimono forti dubbi sulla loro reale opportunità. Meglio affidarsi al medico di famiglia che dovrebbe conoscere storia e rischi di ogni persona. E prescrivere accertamenti davvero utili

Vale la pena di sottoporsi a «**pacchetti di esami**»?

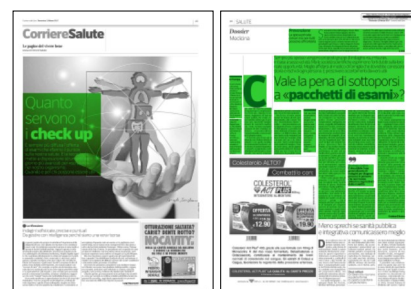
Strategia dubbia
È discutibile l'uso generalizzato di indagini per diagnosi precoce in persone che non hanno sintomi o segni clinici della malattia

C

aro «Sai che cosa ho pensato di regalarti per il compleanno? Un check-up». Questo, in sostanza, suggerisce di fare un centro medico che vende, come insolito cadeau per le persone care, «pacchetti» standardizzati di controlli medici, che, come recitano analoghe proposte di altre strutture sanitarie, consentirebbero «un'approfondita conoscenza» della propria salute.

Il mercato dei check-up si alimenta con l'offerta diretta ai singoli e con quella mediata da assicurazioni sanitarie e altre forme di sanità integrativa. A proporli, a pagamento, sono ambulatori privati più o meno grandi, ma anche strutture ospedaliere private convenzionate con il Servizio sanitario.

Ma di che si tratta esattamente? In sintesi, di serie predefinite, più o meno «ricche», di prestazioni, mirate — si dice — alla prevenzione e alla diagnosi precoce. In genere si distinguono a seconda che siano destinati all'uomo o alla donna e si differenziano (ma non molto nella sostanza) per fasce di età: per esempio, sotto i 40 anni, tra i 40 e i 50, oltre i



50 anni. Tutti comprendono varie analisi del sangue e l'esame delle urine, alcuni aggiungono quello delle feci. Immancabile per lui è il test del Psa (indicatore di possibili malattie della prostata), per lei il Pap test (per individuare anomalie delle cellule del collo dell'utero), frequente è la mammografia. Alcuni "pacchetti" comprendono radiografia del torace, ecografia dell'addome, esami per l'occhio, elettrocardiogramma o altre indagini, ma ci sono casi in cui si offre, genericamente, un determinato numero di ecografie, di radiografie e di visite specialistiche che l'acquirente può "giocarsi" in base alle proprie esigenze. Spesso, a fare da Virgilio c'è un medico internista, cui è affidata una visita preliminare, in altri casi un medico tira le somme solo a fine percorso. Ci sono, poi, check-up più specifici, per esempio per il cuore, per l'osteoporosi, per chi fuma, per la donna in menopausa, oppure oncologici. Qualche centinaio di euro per i pacchetti un po' sostanziosi, ma si può andare ben oltre i mille euro per check-up "oncologici".

Critico verso questo tipo di proposte è Carlo Signorelli, past president della Società italiana di Igiene Medicina preventiva e Sanità pubblica.

«Iniziamo col dire che check-up non è una definizione scientifica. Non metto in discussione né le strutture, né l'abilità dei medici, né gli esa-

mi in sé — spiega —, ma la strategia dell'uso generalizzato di indagini per diagnosi precoce in persone che non hanno sintomi o segni clinici della malattia. Tutti gli esami possono essere utili, il problema è definire quali, in quali persone, in quali momenti della vita. Gli screening — come quelli offerti dal Servizio sanitario per la diagnosi precoce di tumore al seno, collo dell'utero e colon — hanno precise indicazioni (indagini da utilizzare, fasce di età in cui proporli, ricorrenza di esecuzione) sostenute da evidenze scientifiche su efficacia e utilità, anche in termini di precocità ed esiti dei trattamenti. Quando, al contrario, si impiegano indagini come una sorta di screening senza essere sorretti da evidenze scientifiche, si rischia di non ottenere alcun beneficio né collettivo, né per i singoli, nonché di generare sprechi». «Emblematico — prosegue Signorelli — è il caso del Psa. C'è sempre in questi check-up, perché costa poco e attira l'attenzione, ma gli studi scientifici non lo riconoscono quale test da utilizzare come screening di massa in persone senza sintomi. Spesso può dare, infatti, risultati positivi anche in assenza di malattia, comportando poi la necessità di ulteriori indagini, invasive e onerose. Ebbene, questi approfondimenti, che non sono certo compresi nei "pacchetti", il più delle volte sono ese-

guiti a carico del Servizio sanitario nazionale».

«La scarsa appropriatezza degli esami proposti nei check up — aggiunge Franco Perticone, presidente della Società Italiana di Medicina Interna (Simi) — può creare ulteriori problemi. Penso all'uso inappropriato della diagnostica per immagini, che comporta l'esposizione non necessaria a radiazioni e il rischio di un futuro danno biologico; penso a quanti, una volta fatto il check up e rassicurati sul proprio stato di salute, si credono autorizzati a mantenere stili di vita scorretti».

«Questi check-up, infatti, — osserva Perticone — difficilmente sono una reale "presa in carico" della persona, un percorso comune tra medico e paziente che miri alla vera prevenzione». «Allora, — conclude — è bene affidarsi al medico di famiglia, che conosce la storia dei pazienti, le eventuali patologie in atto, il rischio di eventuali eventi clinici. Poi, per tutti, in genere dopo i 40 anni, è fondamentale monitorare pressione arteriosa, circonferenza della vita e peso, glicemia a digiuno, colesterolo, funzione renale. Questi semplici controlli, più il non fumare e il camminare a passo svelto per 40 minuti al giorno, attuano una prevenzione efficace e a basso costo nei confronti di molte condizioni, a cominciare da diabete e ipertensione».

Cristina D'Amico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione

La spesa privata cresce ma non tutti possono affrontarla

Secondo le stime dell'indagine Censis-Rbm Assicurazione Salute (giugno 2016) la spesa sanitaria privata degli italiani nel 2015 sarebbe stata di 34,5 miliardi di euro (con un incremento del 3,2% dal 2013). Ma non in tutte le regioni si può o si deve mettere mano al portafogli in pari misura. L'ultimo Rapporto Sanità Crea-Università Tor Vergata di Roma (dicembre 2016, dati 2014), segnala che la spesa privata per prevenzione, diagnosi e cure ha rappresentato in

media il 27% della spesa sanitaria totale al Nord e al Centro (massimo in Valle d'Aosta) e solo il 19% circa nelle regioni del Sud (minimo in Sardegna). Le voci di spesa privata più cospicue sarebbero farmaci, cure odontoiatriche, visite ed esami diagnostici. Tuttavia 5 famiglie italiane ogni 100, soprattutto nelle regioni del Centro-Sud, hanno dichiarato di aver ridotto, o annullato del tutto, le spese sanitarie private negli ultimi due anni.

C. D'A.

Tutti i pacchetti comprendono analisi di sangue e urine, alcuni anche delle feci, test del Psa per gli uomini e Pap test per le donne. Il costo è di qualche centinaio di euro ma si possono superare i 1.000 euro per quelli oncologici

In Europa

In percentuale sulla spesa totale sanitaria pubblica e privata, l'Italia è il Paese che in Europa spende di più per la prevenzione: il 4,2%, stando al Rapporto Meridiano Sanità 2016, elaborato da The European House-

Ambrosetti. Seguono Regno Unito (4,1%) e Paesi Bassi (3,7%); la Germania è al 3,2%, la Francia all'1,9%. La spesa pro capite però fa scendere il nostro Paese al settimo posto, con 98,4 euro all'anno

Il rapporto Nel Sud fondi e assicurazioni poco utilizzati

Attualmente il 17% circa degli italiani ha una qualche forma di sanità integrativa (dato Meridiano Sanità 2016 - Ambrosetti). Nella maggior parte dei casi (oltre il 60%) si tratta di lavoratori dipendenti. Secondo il Rapporto Sanità 2016 di Crea-Università Tor Vergata di Roma, la spesa sanitaria privata degli italiani passerebbe per un 10% del totale (spesa intermediata) attraverso assicurazioni e fondi di vario tipo. In particolare, questa quota sarebbe

intermediata per il 4% da assicurazioni e per il 6% da polizze collettive. Secondo il Crea, inoltre, le polizze collettive sono in aumento, inserite sempre più spesso nei contratti aziendali, ma anche in questo caso il Sud sarebbe penalizzato. Infatti, la spesa sanitaria privata sostenuta attraverso assicurazioni e fondi si colloca per oltre il 13% al Nord Italia, per circa il 10% nelle regioni del Centro e per il 3,3% in quelle del Sud.

C. D.A.

Meno sprechi se sanità pubblica e integrativa comunicassero meglio

Dieci milioni

Gli italiani che ricorrono a qualche forma di copertura sanitaria complementare

Quanto vale in Italia

Si stima sia di 4 miliardi di euro l'anno la spesa sostenuta o rimborsata dalla sanità integrativa

Dieci milioni circa di italiani hanno una copertura sanitaria integrativa, sotto forma di assicurazioni e fondi. La spesa sanitaria direttamente sostenuta da questi organismi o rimborsata ai sottoscrittori si stima ammonti a 4 miliardi di euro l'anno. Cifre fornite da una ricerca dell'Osservatorio Ocps - Consumi privati in sanità, dell'Università Bocconi, che ha condotto una ricognizione dei programmi offerti, con particolare attenzione alle prestazioni di prevenzione primaria e di diagnosi precoce.

«La sanità integrativa — ha spiegato Mario Del Vecchio, direttore dell'Ocps, presentando l'indagine — sta cambiando, non limitandosi più al rimborso dei sinistri, ma accompagnando i sottoscrittori nei consumi sanitari privati. Ha iniziato quindi a occuparsi di prevenzione, una strategia di marketing che funziona, perché esiste una forte richiesta, soprattutto per ciò che è più difficile ottenere dal Servizio sanitario, con il rischio, però, che sia la domanda sia l'offerta non siano sempre appropriati». Di fatto, Servizio sanitario e sanità integrativa sono oggi due realtà separate, che si ignorano. Assenza di uno scambio di dati, sovrapposizioni, possibile inappropriata causano uno spreco di risorse pubbliche e private.

È possibile una collaborazione tra queste due aree? Se lo sono chiesti gli esperti della

Bocconi. E per tastare il terreno e avviare un dialogo hanno proposto un documento di consenso, coinvolgendo Società italiana di igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti), Società Italiana di Medicina del Lavoro e igiene industriale (SIMLii), Fiaso (aziende sanitarie pubbliche) e rappresentanti di importanti gruppi assicurativi e fondi.

Chi sono gli attori della sanità integrativa? L'Ocps individua, oltre alle assicurazioni, Fondi negoziali previsti da contratti collettivi di lavoro, Casse aziendali e professionali, Società di mutuo aiuto. Il 60% dei costi complessivi delle coperture è a carico delle aziende, il resto degli assistiti.

Quale prevenzione viene offerta? Nella sanità integrativa troviamo programmi organizzati di screening oncologici già previsti dal Servizio sanitario, screening oncologici al di fuori del Lea (per esempio, per prostata e polmoni), valutazione del rischio cardiovascolare, check-up e visite specialistiche mirati alla diagnosi precoce, controlli odontoiatrici, promozione di buoni stili di vita.

Sulla base di questa “fotografia”, il documento di consenso sottoscritto alla Bocconi, indica alcune aree di possibile collaborazione tra “pubblico” e “privato” in tema di prevenzione. Per prima cosa, la condivisione dei dati di accesso ai programmi di screening oncologici, per evitare

inutili duplicazioni e un miglior controllo della copertura della popolazione.

La sanità integrativa dovrebbe poi focalizzarsi su aree di prevenzione poco coperte dal Servizio sanitario (quali oculistica e odontoiatria), cooperare nell'ambito delle vaccinazioni con l'offerta soprattutto agli adulti, incentivare stili di vita salutari, comunicare e promuovere le iniziative del Servizio sanitario.

Ogni collaborazione presuppone, però, un “patto”. Il Servizio sanitario deve rimanere perno e garante del sistema prevenzione. Alle assicurazioni e ai fondi si chiede di impegnarsi a offrire solo interventi appropriati e basati su chiare evidenze scientifiche, di attenersi nei programmi a Linee guida, di estendere i programmi di diagnosi precoce fino alla definizione o all'esclusione di eventuali patologie, per evitare ricadute di costi sul sistema pubblico. Alla parte pubblica si chiede di “ricambiare” prevedendo migliori benefici fiscali per i premi pagati dai cittadini per assicurazioni e fondi.

C. D.A.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO



Lorenzin:
“Se tagliassimo
le spese, i ticket
potrei abolirli”

MICHELE BOCCI A PAGINA 17

L'intervista

Beatrice Lorenzin

Il ministro della Salute e gli squilibri tra Nord e Sud: “Bisogna arrivare a prezzi più equi e simili”

“Ticket da rivedere se tagliassimo le spese si potrebbero perfino abolire”

“

DIFFERENZE

In certe aree del paese ci sono più poveri, e quindi anche più esenti, ma anche sacche di evasione fiscale

CONTRIBUTO

Il gettito di questa voce è marginale rispetto al totale del fondo sanitario ma per alcune realtà resta importante

RIFORMA

Portando avanti il processo di spending review sono convinta che potremmo anche farne a meno

MICHELE BOCCI

IL SISTEMA dei ticket va rivisto e nel Patto della salute c'è anche un progetto per farlo, «però va concertato con tutta la riforma fiscale». Tra l'altro di quella tassa, se si facesse una seria revisione della spesa, si potrebbe pure fare a meno. Riguardo ai commissariamenti delle Regioni, così come sono non funzionano. La ministra alla sanità Beatrice Lorenzin commenta le grandi differenze tra Regioni nella spesa media pro capite per

la cosiddetta compartecipazione dei cittadini per visite ed esami. Ci sono realtà, come Sicilia e Campania, dove i pazienti sborsano in media meno di 10 euro a testa ogni anno, ed altre, come Veneto, Toscana, Emilia, dove il dato supera i 35 euro.

Perché queste differenze?

«Tra le Regioni ci sono dislivelli retributivi e fiscali. Purtroppo abbiamo più poveri, e quindi più esenti, ma anche sacche di evasione fiscale. È uno dei lati più odiosi dell'evasione, perché fa saltare il carattere solidaristi-

co della compartecipazione alla spesa sanitaria».

Come si affrontano le diversità?



«All'articolo 8 del Patto della salute avevamo preso l'impegno, con le Regioni, di rivedere il ticket alla luce dei cambiamenti demografici e delle nuove difficoltà in cui si trovano molte persone che hanno perso il lavoro o sono in una famiglia numerosa. Quella parte è rimasta inapplicata, perché ancorata anche alla riforma fiscale, e sarà un tema su cui impegnarci quest'anno. Poi possiamo fare di più su un altro fronte».

Quale?

«Deve esserci una maggiore uniformità nell'applicazione dei sistemi di monitoraggio. Cioè dei controlli sul pagamento del ticket e in generale sulla spesa delle Regioni».

Ma visto che non tutti li pagano e non fanno incassare poi tanto, i ticket non si potrebbero abolire?

«Oggi rendono 3 miliardi di euro l'anno, che rispetto ai 113 del fondo sanitario in effetti sono marginali. Ma per alcuni territori sono importanti. Certo, portando avanti il processo di spending review del Patto della salute si potrebbero togliere, o comunque reinvestire nelle prestazioni più solidali. Penso agli anziani o a quelle fasce di popolazione che rischiano di non essere intercettate dal sistema sanitario pubblico, agli invisibili».

La spesa per i ticket, come quella per l'intramoenia, in Italia è scesa del 9% tra il 2012 e il 2015. Come mai?

«I motivi sono diversi da territorio a territorio. Probabilmente tra le cause c'è anche un aumento dell'efficienza, nel senso che è stata ridotta l'inappropriatezza. Si è fatto un grosso lavoro con medici e società scientifiche che sono molto impegnate su questo fronte, come dimostra il dato sull'intramoenia».

Cosa pensa delle differenze

che ci sono tra Regione e Regione nelle tariffe dei ticket?
 «Bisognerebbe arrivare a prezzi simili, e più equi. Lo dico sapendo che si tratta di uno strumento sul quale c'è l'autonomia regionale. Paradossalmente, nelle aree dove c'è maggiore sofferenza economica i costi per i cittadini sono più alti».

Oltre ai ticket, in certe realtà per la sanità si pagano anche super aliquote Irpef.

«Le Regioni che raggiungono il pareggio in bilancio dovrebbero toglierle oppure investirle nel sistema sanitario».

Il presidente del Veneto Zaia ha attaccato la norma che ha permesso ai governatori delle Regioni con la sanità in rosso di fare i commissari. Lei cosa ne pensa?

«La legge nasce da un emendamento parlamentare a cui io ho dato parere contrario. Non ha senso che il controllore e il controllato coincidano. Penso però che il sistema dei commissariamenti vada aggiornato. I sub commissari di governo hanno potuto agire solo su aspetti economici e finanziari e non sui servizi sanitari. E infatti le realtà commissariate continuano a fare fatica nei servizi ai cittadini. Bisogna cambiare. Sarebbe meglio non commissariare i vertici politico amministrativi che si devono assumere la responsabilità piena della visione sanitaria, e del resto hanno sempre mantenuto il potere di nomina dei manager delle Asl, ma le aziende sanitarie e ospedaliere. In quelle che non funzionano potrebbe arrivare un commissario di governo con pieni poteri rispetto alle Regioni, con l'obbligo di risanamento nel giro di uno o due anni. È un'idea in bozza da condividere e sulla quale invito tutti a ragionare».

©PRODUZIONE RISERVATA



IL RAPPORTO
 Sopra, l'inchiesta su quanto pagano gli italiani di ticket per analisi e visite specialistiche pubblicata ieri su Repubblica: l'esborso pro capite varia molto da regione a regione. A sinistra, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin



IL PROGETTO

Una rete
 pubblico-privato
 per il welfare
 condiviso

ALESSIA GALLIONE A PAGINA II

Lavoro agile e asili nido una rete con i privati per un welfare condiviso

Il Comune prepara un bando per le aziende che vogliono allargare i servizi previsti per i dipendenti anche ai cittadini

I NUMERI

9.670

I PARTECIPANTI

Sono i lavoratori di diverse aziende che nel 2016 hanno aderito alla Giornata del lavoro agile lanciata dal Comune

43%

LA FAMIGLIA

I lavoratori hanno utilizzato il tempo risparmiato per la cura della famiglia (43%) e per le attività domestiche (20%)

257

IL TEST INTERNO

Nel 2016, in Comune hanno aderito 257 persone, il 72% donne. I dipendenti di Palazzo Marino che fanno un part time sono 1.171

E da quest'anno, a fine maggio, per un'intera settimana si potrà decidere di svolgere le proprie mansioni lavorative da casa

ALESSIA GALLIONE

HA ANCHE quel primato, Milano. Quello di una città in cui le donne tra i 20 e i 64 anni sono più attive (sette su dieci) e occupate (il 68,3 per cento) della media italiana e, ha decretato una ricerca di Italia Lavoro (la società del ministero del Lavoro), anche di alcuni Paesi europei più sviluppati. Eppure, Milano non sembra essere diventata ancora una città per le mamme in carriera. Ecco perché adesso Palazzo Marino fissa un nuovo obiettivo: «Dobbiamo riuscire a invertire una tendenza, perché i tassi di occupazione femminili sono alti, ma quelli di natalità no», dice l'assessora con delega alla partita, Cristina Tajani. Per questo, il Comune candida il capoluogo a diventare un laboratorio sul fronte dello smart working e dei programmi di conciliazione tra ufficio e famiglia. Con un «modello» che punta a rilanciare e a rafforzare il lavoro agile; e con un bando ad hoc che verrà pubblicato a breve per costruire «una rete tra pubblico e privato» chiamando a raccolta realtà che possano condividere con la città e con chi, magari, un posto fisso non ce l'ha, gli

strumenti di welfare aziendale, dai nidi alle convenzioni.

Già con la giunta Pisapia l'amministrazione ha promosso al suo interno e in città la possibilità di svolgere le proprie mansioni in alcuni giorni o ore non dalla scrivania dell'ufficio, ma da casa, da un altro luogo a scelta o da un coworking. È per questo che è nata la Giornata del lavoro agile. Che quest'anno si allunga: diventerà un'intera settimana, dal 22 al 28 maggio, con lo stesso governo che dovrebbe in qualche modo affiancare l'iniziativa coinvolgendo, ad esempio, la società Italia lavoro che studierà il caso-Milano. L'obiettivo è quello di aumentare i dipendenti coinvolti direttamente a Palazzo Marino e i numeri generali. Nel 2016, per dire, sono stati 9.670 i partecipanti di diverse aziende che hanno aderito. «Questa volta puntiamo ad arrivare almeno a 15mila», dice l'assessora alle Politiche per il lavoro. In passato, l'esperimento in piazza Scala ha coinvolto soprattutto le donne: il 72 per cento dei 257 che hanno lavorato da casa nel 2016. Ma chiarisce Tajani, «le iniziative saranno aperte a tutti perché non possiamo immaginare che la conciliazione pesi solo sulle spalle delle donne». Anche Simona Cuomo, docente della Sda Bocconi che ha seguito la sperimentazione, concorda: «Il lavoro agile è una politica richiesta e che va a vantaggio di tutti i lavoratori moderni». Una pratica, spie-



ga, che rappresenta «il futuro, anche se c'è ancora moltissimo da fare».

E poi c'è il bando per il welfare aziendale che il Comune sta preparando cercando di conquistare risorse della Regione - circa 200mila euro - per incentivare l'alleanza. Palazzo Marino lancerà una chiamata alle società più strutturate che hanno creato al loro interno servizi aggiuntivi come nidi, corsi, convenzioni mediche o assicurative. «Chiederemo loro di aprire le porte - spiega Tajani -, anche ai dipendenti di aziende più piccole o ai lavoratori autonomi». Un'operazione in cui il Comune sarà sia garante sia regista, disegnando una mappa delle possibilità.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



IL PRECEDENTE

Per la giornata del Lavoro Agile, alcuni lavoratori in uno spazio di co-working nella piscina Cozzi. Sopra, Cristina Tajani





I PROGETTI DI SODALITAS SOCIAL INNOVATION Con l'alleanza imprese-no profit più welfare e solidarietà

È un matrimonio di interessi: da un lato le imprese che vogliono rispondere ai bisogni di persone e comunità, dall'altro il mondo del non profit, alla ricerca di una maggiore efficacia della sua attività; il terzo attore è il welfare pubblico che con questa alleanza allevia le proprie difficoltà. È questo il triangolo che sta alla base di Sodalitas Social Innovation, la chiamata delle idee rivolta al Terzo settore italiano lanciata da Fondazione Sodalitas, a cui le organizzazioni non profit hanno risposto presentando le proprie proposte attraverso la piattaforma digitale ideaTre60 di Fondazione Italiana Accenture. Si tratta di progetti i cui attori hanno sede prevalentemente nel nord (61%, contro il 23% nel centro e il 16% nel sud) e sono in prevalenza associazioni o fondazioni (60%), consorzi e cooperative sociali (22%) e Ong (16%).

I sei progetti selezionati raccontano un'Italia più solidale di quanto rivelino i media ed ora le imprese partner e le organizzazioni non profit lavoreranno insieme per realizzarli, sviluppando vere e proprie partnership di innovazione sociale. E così, Tim ospiterà da oggi sulla piattaforma di crowdfunding WithYouWeDo la campagna di raccolta fondi dell'Associazione Fratelli dell'Uomo, a sostegno di un progetto digitale per sostenere e facilitare le esperienze di volontariato dei ragazzi sul territorio. Ubi Banca sosterrà con un social bond dedicato l'iniziativa della Fondazione L'Albero della Vita, che affronta il drammatico problema della povertà infantile, e destinerà parte delle commissioni generate dalle carte di credito riserva-

te ai dipendenti al progetto più votato dagli stessi dipendenti tra cinque finalisti scelti dalla Banca.

Il primo riconoscimento è stato assegnato all'Associazione Seneca, impegnata a migliorare l'assistenza socio-sanitaria degli anziani dimessi dall'ospedale. Altran metterà la propria competenza tecnologica a disposizione di un progetto per l'accoglienza dei minori migranti non accompagnati realizzato da Ciai. Si chiama progetto Ragazzi Harraga, sviluppato a Palermo; i ragazzi Harraga sono coloro che bruciano le frontiere, in arabo harraga significa colui che brucia e in nord Africa indica chi rischia tutto pur di migrare.

Techsoup Italia renderà possibile lo sviluppo di una app che faccia accedere i bambini autistici alla lettura, lavorando con l'Associazione Baby Fab Lab per il progetto Voglio Ascoltare una Storia. Bluefactor supporterà l'Associazione Contatto nell'ideazione di una campagna di comunicazione per promuovere e far crescere un servizio di assistenza e informazione ai malati psichici e alle loro famiglie, creando il primo portale nazionale dedicato alla tematica: My Blue Box.

Il portale, grazie alle potenzialità del web e del digitale, offre strumenti di informazione e di supporto ai figli e ai loro genitori affetti da una malattia mentale e anche ai professionisti del settore. Nata nel 1995 in Assolombarda, Fondazione Sodalitas è il punto di riferimento in Italia per sostenibilità e responsabilità sociale d'impresa, a cui aderiscono oltre cento imprese leader del mercato italiano, che valgono il 40 per cento del pil e danno lavoro a un milione di persone.

[W.P.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Una mensa Caritas di Roma



Sanità, partecipate, acquisti centralizzati la battaglia infinita della spending review Spesa pubblica, la guerra perduta

SEI COMMISSARI ALLA SPENDING REVIEW IN 30 ANNI SONO RIUSCITI SOLO IN PARTE A CAMBIARE IN MODO STRUTTURALE I MECCANISMI DI BILANCIO E A FERMARE LE INEFFICIENZE

I SALDI FRA QUANTO RISPARMIATO E LE SPESE AGGIUNTIVE RESTANO NEGATIVI. SU STAMPANTI, CELLULARI, BIOMEDICALI, DICE COTTARELLI, SI È TAGLIATO. LA CRITICA DI PEROTTI: "MANCA LA VOLONTÀ DI INCIDERE SUI MECCANISMI DI FONDO"

Marco Ruffolo

C'è chi la dà per morta e sepolta come l'ex commissario Roberto Perotti. Chi continua a crederci, come l'attuale responsabile Yoram Gutgeld. E chi infine, come l'ex commissario Carlo Cottarelli, indica sia i traguardi raggiunti sia le occasioni mancate. Stiamo parlando della spending review, il tentativo di porre un freno alle spese pubbliche che incorporano inefficienze e sprechi. Più che un tentativo, una lunga serie di prove, spesso coronate da insuccesso. È da dieci anni che la revisione della spesa è almeno teoricamente al centro dell'agenda dei governi, ma i suoi primi vagiti risalgono a una trentina di anni fa con la commissione per la spesa pubblica guidata da Piero Giarda. Dopo di lui, altri 5 commissari si sono immolati sull'altare della "spending": Enrico Bondi, Mario Canzio, Carlo Cottarelli, Roberto Perotti e Yoram Gutgeld (quest'ultimo tuttora in carica).

Chi se ne è andato sbattendo la porta, chi si è arreso davanti alla resistenza passiva di capi di gabinetto e assessori regionali. Chi infine è rimasto combattendo. Nessuno di loro, comunque, si è mai pentito di averci provato. «Ma s'io avessi previsto tutto questo, forse farei lo stesso», è l'epigrafe che Cottarelli dedica a Guccini all'inizio del suo libro "La lista della spesa". Anche perché in mezzo a tanti fallimenti, qualcosa di concreto in realtà si è fatto e si sta facendo. Quanto e cosa è appunto il tema centrale da affrontare.

Lo Stato italiano spende troppo? Se escludiamo gli interessi sul debito, la spesa oggi è in linea con quella dell'eurozona: circa il 46% del Pil. Prima del 2009, spiega Cottarelli, avevamo incrementi annui del 3-4%. Poi, proprio a partire da quell'annus horribilis, quando si toccò il fondo della recessione, la spesa pubblica ha cominciato a subire una frenata: solo il 2,1% in più in sette anni, che

equivale a un taglio se teniamo conto dell'inflazione. Insomma, proprio nel mezzo della più forte recessione mai avvenuta dal 1929, lo Stato italiano iniziò a frenare le sue spese, senza per altro abbassare le tasse. È la politica dell'austerità, imposta dall'Europa e caldeggiata da fior di economisti. La loro teoria ha un nome che suona come un ossimoro: "austerità espansiva". In poche parole, per i paesi ad alto debito come l'Italia, ridurre le spese convincerà i mercati che quel paese saprà ripagare il suo debito, che sarà più credibile. I tassi scenderanno, le famiglie torneranno a spendere e le imprese a investire. La lunga recessione subita da allora, con i suoi 10 punti di Pil andati in fumo, sono lì a smentire la fondatezza di quella teoria. Ma questo non significa che la spending review sia da bocciare. Tutt'altro. In realtà il forte freno alle spese inaugurato subito dopo il 2009 ha poco a che fare con la riduzione degli sprechi, ed è invece dovuta soprattutto a tagli lineari e indiscriminati. La revisione della spesa, basata invece su riduzioni mirate, ha cominciato a dare i frutti maggiori solo a partire dal 2014.

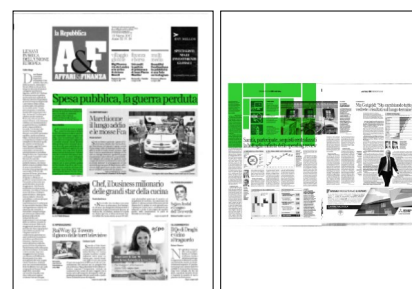
Commissari contro

Da allora ad oggi si sono ridotte spese per oltre 32 miliardi, buona parte, dice Gutgeld, grazie alla spending review. Ma nello stesso periodo sono aumentate altre spese di 33 miliardi. Questo non ha impedito al governo Renzi di abbassare le tasse, a costo però di creare più deficit. L'accelerazione della spesa è avvenuta soprattutto quest'anno, tra bonus, contratti e pensioni, che hanno finito per sopravanzare i risparmi realizzati, dovuti secondo il governo per quasi il 40% proprio alla "spending". In-

somma, stiamo spendendo tutto quello che abbiamo risparmiato. Come mai? È il risultato voluto di una politica che cerca di uscire dall'austerità, come sostiene Gutgeld? O colpa di una revisione della spesa troppo debole, come dice Perotti? L'ex commissario è categorico: «Diciamo la verità, la spending è morta e sepolta, e non da adesso», dice Perotti. «Non c'è mai stata la volontà politica di farla. Questo governo non può realizzarla e neppure i prossimi, stretti come saranno tra maggioranze riscaldate e ondate populiste. Forse il settore in cui si è fatto qualcosa è quello degli acquisti di beni e servizi. Se ne occupa Gutgeld che è persona capace».

Siringhe e fotocopiatrici

Gli acquisti sono il piatto forte della spending review. È sotto gli occhi di tutti quanto si possano ridurre i prezzi se le amministrazioni, invece di comprare fotocopiatrici, auto o siringhe per conto proprio, sono costrette a ricorrere a poche stazioni di acquisto - 33 al posto di 35 mila - che centralizzano un gran numero di operazioni. La maggiore di queste stazioni è la Consip, la centrale nazionale del Tesoro, oggi al centro di una bufera giudiziaria. Da qualche anno i governi stanno estendendo l'obbligo di ricorrere agli acquisti centralizzati. I risparmi sono evidenti: fino al 60%



di sconto sulle stampanti, il 42 sui cellulari, il 13 sulla benzina, il 4,3 sulle citycar. In media il 20% in meno. Ultimamente è anche arrivato il prezzo unico nazionale per aghi e siringhe. Questo si traduce in minori trasferimenti. Tre miliardi, secondo Cottarelli, tra il 2014 e il 2015. Il doppio è atteso nei due anni successivi. «È la riforma strutturale più importante avviata durante il mio incarico», dice l'ex commissario. E tuttavia, il gioco delle eccezioni, guidato dai tanti amministratori locali che vedono sgretolarsi i loro margini di potere, ha fatto sì che attraverso la Consip passi ancora una piccola quota degli acquisti: 7 miliardi su 90.

Le difficoltà di controllare gli amministratori locali la si tocca con mano anche in altra fonte di sprechi: l'universo delle "partecipate".

La giungla delle partecipate

Sono spuntate come funghi dopo il diluvio pseudofederalista di inizio millennio: 8 mila società possedute da comuni, province e regioni. Solo il 35% produce servizi per i cittadini, un altro 40 offre consulenze esterne agli enti locali, mentre non si sa cosa faccia il restante 25. Un buona fetta ha addirittura più amministratori che dipendenti. Insomma, un poltronificio in piena regola. Il governo Renzi aveva come obiettivo quello di tagliarle quasi tutte: settemila. Poi la bocciatura del decreto Madia da parte della Consulta ha costretto l'esecutivo a rimetterci mano. Ma già nella sua versione iniziale quel decreto suscitava non pochi dubbi, come spiega l'ex commissario Perotti. Si vieta ai Comuni di posse-

dere società «non strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità istituzionali». Ma in assenza di parametri oggettivi, qualsiasi municipio potrà dire che la sua società è strettamente necessaria. Si vieta di ripianare le perdite di società mal gestite, ma subito dopo lo si consente purché si presenti un piano di ristrutturazione. Che ci vuole? Si impone agli amministratori di società in rosso da tre anni un taglio del 30% dei compensi, che però non scatta in presenza del solito piano di risanamento. La parola finale di Perotti non lascia speranze: «Il decreto Madia sulle partecipate è uno scherzo». E addio ai 2-3 miliardi che si contavano di rastrellare.

I risparmi standard

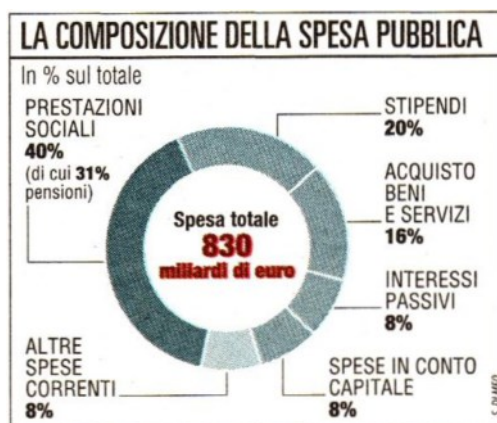
L'obiettivo della spending review, tuttavia, non è solo quello di creare risparmi netti ma anche di redistribuire risorse tra settori. È il caso dei trasferimenti a comuni, sanità e università: si cerca di non calcolarli più in base alla spesa sostenuta in passato, ma in base ai reali fabbisogni e senza sprechi. Insomma secondo lo standard giusto. Se un comune non riesce a coprire quel fabbisogno con le tasse, riceverà qualcosa in più. In caso contrario, avrà qualcosa in meno. Il problema però è che non sono stati ancora definiti, come prescriveva la legge, i "livelli essenziali di prestazione", cioè gli obiettivi minimi di servizi da offrire ai cittadini. E questo rende problematico il calcolo dei fabbisogni standard. Si ricorre ad approssimazioni complicate con risultati spesso paradossali. Tanto che quando poche settimane fa il Vi-

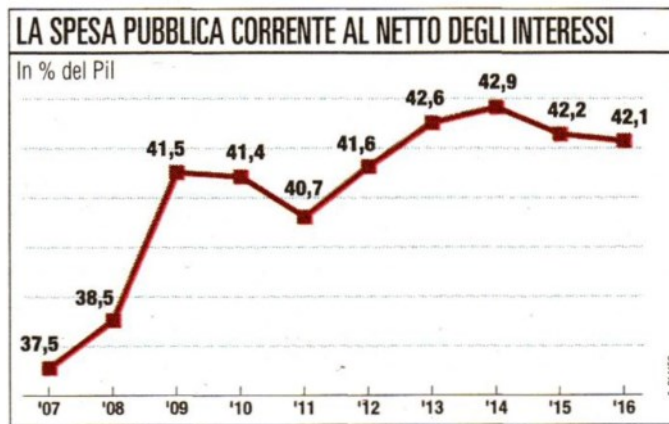
minale ha reso noti i vincitori e i perdenti di questo gioco, si è scoperto che un comune come Roma, che spende più del dovuto e offre meno servizi della media, riceverà dallo Stato più di prima. Quanto alla sanità, spiega Cottarelli, «il sistema dei costi standard non viene utilizzato né per quantificare né per ripartire il fondo sanitario nazionale, determinato invece in base a valutazioni politiche».

I margini di azione

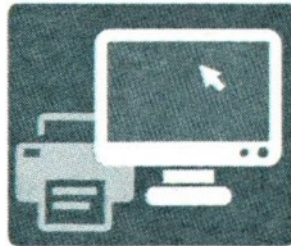
Ma la vera occasione mancata, secondo Cottarelli, è non avere indicato nessun risparmio a fronte della riforma della pubblica amministrazione. «Molte mie idee sono finite lì, a volte un po' annacquate e soprattutto senza alcuna riduzione di spesa prevista. Altri capitoli delle mie raccomandazioni aspettano ancora di essere tradotti in decisioni operative: dal riordino delle prefetture ai trasferimenti alle imprese, fino al costo della politica». La prossima sfida, a cui sta lavorando Gutgeld, è il riordino delle forze dell'ordine per evitare sovrapposizioni e per centralizzare gli acquisti. Ma avrà questo governo o il prossimo la forza di andare avanti con la spending review? Ci sono ancora margini di azione o ha ragione Perotti quando dice che in Italia non si riescono neppure a risparmiare 10 miliardi l'anno su 800 miliardi di spesa pubblica? Una cosa è certa: di revisione della spesa si sente parlare sempre meno. Potrebbe essere il segno di una resa finale o al contrario di un lavoro in sordina per tentare il suo rilancio. Lo sapremo presto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Come si può vedere nei grafici, la spesa pubblica ha subito una netta impennata negli anni più difficili della crisi, da cui non è più tornata indietro se non in misura minima. In alto la direzione del debito pubblico del ministero dell'Economia



[[I RISPARMI]]

BENI E SERVIZI

Computer, stampanti, cellulari, programmi: qui sono stati già ottenuti risultati rimarchevoli, fino al 60% di sconto sulle stampanti e il 42 sui cellulari. Il tutto si traduce in minori trasferimenti: in media il 20% in meno



SANITÀ

In questo settore sono emerse le differenze più clamorose fra i vari centri di spesa. E nella ripartizione dei fondi non riesce ancora a decollare il calcolo dei fabbisogni standard al posto di quelli storici

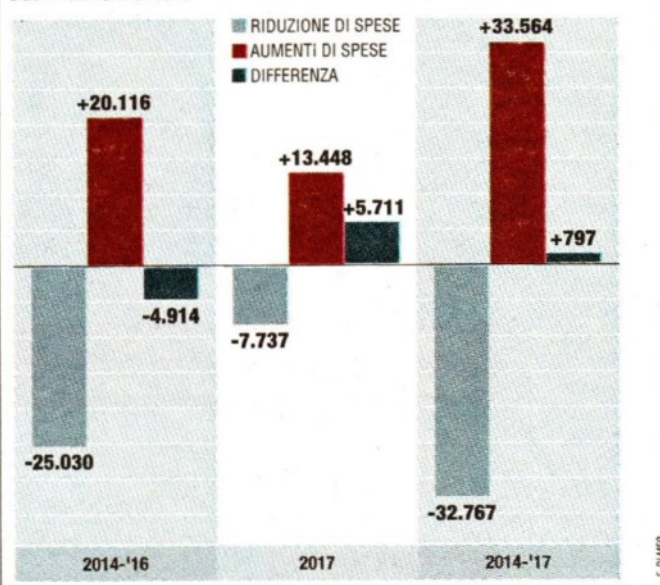


PARTECIPATE

Un decreto del governo cerca di ridurre da 8 mila a mille le società possedute da comuni e regioni, spesso inutili e costose. Ma lo stesso decreto prevede numerose vie di fuga per evitare lo sfoltimento chiesto dal governo

IL GOVERNO RENZI, TRA TAGLI E AUMENTI DI SPESE

Dati in milioni di euro



I TAGLI DI SPESA NEL 2017

Valori in milioni di euro

DEFINANZIAMENTO E RIPROGRAMMAZIONE SPESA MINISTERI E ALTRI FONDI	2.434
RIDETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE	1.056
CONTRIBUTO "UNA TANTUM" PER CAMBIO UTILIZZO FREQUENZE TLC	2.010
RIPROGRAMMAZIONE SPESE IN CONTO CAPITALE (Ferrovie e fondo rotazione politiche comunitarie)	697
ALTRI INTERVENTI	1.540
TOTALE RIDUZIONI	7.737

S. DI MEO

[[CONTI]]

I veri risparmi sono al massimo il 38% dei tagli

Nel 2017 si sono ridotte spese per 7.737. Ma quanti di questi sono dovuti alla spending review? I dati, nella tabella a fianco, ci dicono che oltre mille vengono dalla sanità (ma è un taglio deciso a priori sul tendenziale); 2 miliardi dal contributo anticipato chiesto alle società di tlc per il rinnovo dei diritti sulle frequenze (considerato un taglio alle spese in conto capitale); 1,7 miliardi da riprogrammazione di spese varie; e infine 3 miliardi da ministeri e acquisti centralizzati. E' in questi ultimi (almeno in parte) la spending review: il 38% del totale.

[[IL CASO]]

Le vendite al contagocce degli immobili

Le vendite di Stato: ecco un altro capitolo collegato alla spending review che tarda a dare i risultati attesi. Complice la crisi immobiliare, ma anche l'incapacità soprattutto di comuni e regioni di valorizzare e ristrutturare beni per circa 23 miliardi. Ogni anno, tra demanio e enti territoriali, si ricava dalle vendite meno di un miliardo. Maggiori speranze sono riposte nel piano di razionalizzazione immobiliare. Lo Stato ha deciso di centralizzare gli edifici a uso governativo, ora sparsi in sedi su cui si pagano affitti costosi. Tra 4 anni, si prevede di cominciare a risparmiare 200 milioni l'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Due degli economisti che si sono cimentati in tempi recenti sul terreno scivoloso della spending review:



Carlo Cottarelli (1)
e Roberto Perotti (2)



A passo di gambero, dalla sanità pubblica alle mutue private

IVAN CAVICCHI

Tre riforme sono già fallite e il ritorno delle mutue riporterà il sistema verso il vicolo cieco dell'insostenibilità.

A meno di prelevare quote crescenti di salario

■ Il ritorno delle mutue è un fenomeno di "falsa coscienza", come una ideologia di ritorno. Da una parte le imprese le rappresentano come uno speciale diritto acquisibile con il lavoro perché salario demotizzato e defiscalizzato. Dall'altra chi lavora le usa come privilegio rompendo i suoi rapporti di solidarietà con la sua storia e una intera società.

Questa "falsa coscienza" si poggia saldamente su un *pactum sceleris* tra i governi di centro sinistra che si vogliono sbarazzare della sanità pubblica e la grande speculazione privata (assicurazioni, intermediazione finanziaria, sanità privata) che vuole spartirsi un immenso mercato. I lavoratori, i loro contratti, i sindacati, spiace dirlo, in questa partita appaiono semplicemente come gli "utili idioti" di leniniana memoria, che assecondano una ingiustizia sociale, convinti di fare un affare perché giustificati da una sanità pubblica che, non a caso, proprio in questi anni sta crollando. La storia è quella di un sistema di tutela, le mutue per l'appunto, che crolla sotto il peso dei suoi debiti o meglio a causa delle sue intrinseche contraddizioni.

A partire dal secondo dopoguerra cambiano i bisogni di salute della gente, cambiano soprattutto i soggetti di salute e cambia l'idea stessa di tutela. Entrano in scena i diritti mentre il progresso scientifico mette a disposizione nuove tecno-

logie, nuovi farmaci, nuovi trattamenti e sempre maggiori opportunità di cura. Infine lo scambio contributi/prestazioni quindi il tipico sistema di finanziamento delle mutue.

Come è andata? Alla crescita della domanda si risponde adeguando l'offerta di prestazioni perché sarebbe stato antisociale restare indifferenti al progresso, ma, a sistema contributivo sostanzialmente invariante, perché sarebbe stato irrealistico sottrarre al salario più di quello che lo stesso salario avrebbe potuto permettersi. Risultato? E' bastato mezzo secolo a far crollare tutto.

Quale è la lezione? La domanda di cura e l'offerta di servizi in un sistema mutualistico hanno una inevitabile natura incrementale, cioè tendono a crescere non a diminuire, in modo tale da rendere il sistema intrinsecamente insostenibile. Cioè le mutue tendono all'insostenibilità a meno di voler inseguire la crescita della spesa sottraendo al salario quantità contributive crescenti. A questa situazione nel 1978 si rispose con una riforma che avrebbe dovuto: 1) contenere la natura incrementale della spesa producendo più salute primaria, cioè abbassando le malattie. 2) proteggere i salari sostituendo il sistema contributivo con un sistema di fiscalizzazione su base equa e solidaristica. 3) superare il criterio del reddito con quello del diritto (art.32) assicurando in modo universale la stessa tutela a tutti.

Le cose, dopo ben tre riforme (78/92/99), sono andate storte: non abbiamo prodotto più salute, le malattie sono aumentate, la spesa sanitaria è cresciuta, i salari sono stati a loro volta tagliati (ticket, imposizione locale, *out of pocket*, ecc) e l'universalismo negato dai

grandi squilibri regionali e da crescenti diseguaglianze.

Conclusione: i grandi problemi di insostenibilità ereditati dalle mutue sono rimasti insoluti anzi si sono ulteriormente esacerbati autorizzando così le peggiori politiche di contenimento della spesa (tagli lineari, piani di rientro, de-finanziamento).

Tutto ciò non perché le riforme, nonostante le loro aporie, fossero irrealizzabili, ma solo perché, soprattutto la sinistra, convinta che basti amministrare meglio il mondo per cambiarlo, ha creduto di fare le riforme senza un pensiero riformatore, come se rispetto alla sostenibilità bastasse riordinare, riorganizzare, migliorare il sistema, renderlo un po' più efficiente.

E ora? Abbiamo una super mutua nazionale ad insostenibilità finanziaria crescente da fare a pezzi con il *pactum sceleris*, un sindacato che abbozza all'amo del welfare aziendale anziché mettersi alla testa di un nuovo movimento riformatore per dare attuazione alle sue conquiste sociali (la quarta riforma)

Oggi abbiamo uno scriteriato governo di centro sinistra che garantisce con la defiscalizzazione l'abbrivio al neo-mutualismo, ma domani, anche grazie ad un ingresso massiccio dell'innovazione di ultima generazione, crescerà ancor di più domanda e offerta, dove prenderemo i soldi?



Dir. Resp.: Roberto Napoletano

E'equità futura?

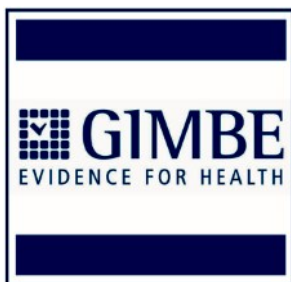
Serve un piano per consegnare il Ssn alle generazioni future. La Conferenza nazionale Gimbe.

A PAG. 8-9

GIMBE/ I punti deboli della sostenibilità: finanziamento, sanità integrativa, sprechi e Lea

«Sanità al centro dell'agenda»

Serve un modello equo e universalistico per le generazioni future



Nella consapevolezza che il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutte le persone, nel marzo 2013 la Fondazione Gimbe ha lanciato il programma #salviamoSSN. Dal "Rapporto sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025" è emerso che non esiste alcun piano occulto di smantellamento del Ssn, ma nemmeno un programma esplicito per difendere un modello equo e universalistico di sanità pubblica da consegnare alle future generazioni: per fermare il lento e inesorabile processo di sgretolamento del Ssn, la Fondazione Gimbe ha chiamato a raccolta il mondo politico sottolineando l'indifferibile necessità di rimettere la sanità pubblica al centro dell'agenda.

Oggi la sostenibilità del Ssn è fortemente condizionata da quattro criticità di sistema che richiedono un programma politico ben preciso: finanziamento pubblico, sanità integrativa, sprechi e nuovi Lea.

Finanziamento pubblico. Innumerevoli segnali documentano l'imponente defianziamento della sanità pubblica: tra tagli e mancati aumenti dal 2010 il Ssn ha lasciato per strada oltre 35 miliardi di euro, facendo retrocedere l'Italia sempre più nel confronto con i Paesi dell'Ocse. Tra quelli del G7 siamo fanalino di coda per spesa pubblica, ma secondi

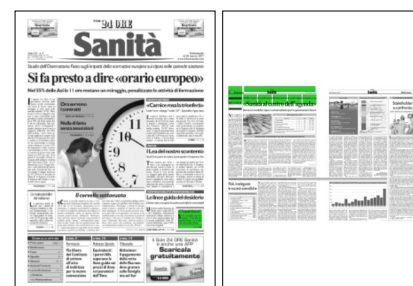
per spesa out-of-pocket, inequivocabile segnale che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini.

Il Def 2016 prevede che alla sanità sia destinato il 6,5% del Pil, soglia d'allarme al di sotto della quale secondo l'Oms si riduce l'aspettativa di vita. Il tanto sospirato incremento di 2 miliardi di euro previsto per il 2017 è quasi tutto vincolato e oggi eroso anche dai 422 milioni di euro di contributo alla finanza pubblica (si veda il grafico).

Fondo sanitario a parte, il welfare dovrà rinunciare anche a 50 milioni di euro sul fondo per le non autosufficienze (ridotto da euro 500 a euro 450 milioni) e a oltre 211 milioni di euro su quello per le politiche sociali (precipitato da euro 311 a euro 99,7 milioni).

Last not but least, se la legge di Bilancio ha previsto per il Ssn 1 miliardo di euro per il 2018 e per il 2019, meglio essere consapevoli sin d'ora che saranno solo euro 578 milioni/anno, perché la scure del contributo alla finanza pubblica si abatterà anche nei prossimi due anni.

Sanità integrativa. Il modello "a tre pilastri" che dovrebbe sostenere la sanità pubblica oggi mostra tutti i suoi limiti: puntando tutto sul primo pilastro (finanziamento pubblico oggi non più sufficiente a erogare i Lea), non è stato espanso adeguatamente il secondo (fondi integrativi che coprono quasi esclusivamente prestazioni extra-Lea), né contenere il terzo (assicurazioni private che scorrazzano senza regole). Per tale ragione è indispensabile ripensare interamente la sanità integrativa, a partire da un indifferibile riordino normativo che lasci



da parte posizioni ideologiche ed estremismi: infatti, se il finanziamento pubblico non garantisce i Lea, o si espande il ruolo della sanità integrativa con un'adeguata governance, oppure la spesa out-of-pocket continuerà inesorabilmente ad aumentare.

Sprechi. La Fondazione Gimbe rileva che una quota consistente di denaro pubblico continua ad alimentare sprechi intollerabili: euro 24,73 miliardi/anno erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (si veda la tabella). A fronte dei numerosi scettici che mettono in discussione queste stime, l'Ocse ha recentemente confermato che in sanità 2 euro su 10 vengono sprecati lanciando un chiaro monito: non c'è più tempo per disquisire sull'esistenza degli sprechi, ma tutti gli stakeholder sono chiamati ad eliminarli recuperando risorse per contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari. Se l'Ocse invoca "precisione chirurgica" per disinvestire da sprechi e inefficienze, in Italia questo processo richiede nuovi strumenti per potenziare la governance nazionale: in particolare specifici indicatori da inserire nella griglia Lea e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri di riparto.

In altri termini, è indispensabile restituire allo Stato maggiori capacità di indirizzo e verifica sulle Regioni, alle quali non è più consentito reiterare lo sperpero di denaro pubblico con l'unica "punizione" dei Piani di rientro. A maggior ragione oggi che è stato ripristinato - con un inaccettabile passo indietro - il ruolo del Commissario-Presidente

Nuovi Lea. Senza voler smorzare i legittimi entusiasmi per un traguardo atteso da oltre 15 anni, il Dpcm sui "nuovi Lea" non prevede alcuna metodologia esplicita per inse-

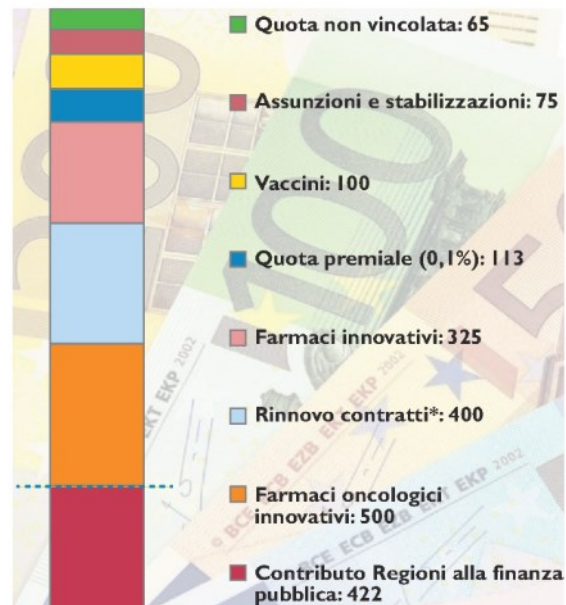
rrire/escludere le prestazioni. Ecco perché la Commissione nazionale Lea non può limitarsi al delisting delle prestazioni obsolete, ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei Lea, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul value. In alternativa, il grande traguardo politico rischia di trasformarsi in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa out-of-pocket, sino alla rinuncia alle cure. Infatti, la necessità politica di estendere al massimo il consenso ha generato un inaccettabile paradosso: siamo il Paese con il "paniere Lea" più ampio d'Europa, ma al tempo stesso fanalino di coda per la spesa pubblica.

Oggi, in un clima di incertezze senza precedenti per il Ssn, il dibattito sulla sua sostenibilità continua a mantenere un orizzonte a breve termine, concentrandosi su tecnici organizzativi (riforma delle cure primarie, riorganizzazione della rete ospedaliera) ed economici (costi standard, ticket, fondi integrativi), perdendo spesso di vista il rischio reale per la popolazione: dopo che per anni si sono stratificate inequivocabili evidenze sulle disuguaglianze regionali e sulla scarsa qualità dell'assistenza, si sperimentano già i primi effetti sulla mortalità. Infine, mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità. Ecco perché la Fondazione Gimbe chiede un preciso programma politico per salvare la sanità pubblica.

pagine a cura di
Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Destinazione dei 2 mld di incremento Fsn 2017



(*) L'importo destinato ai rinnovi contrattuali non è definitivo

#salviamoSSN



MARZO 2013

Manifesto della sostenibilità

DICEMBRE 2014

Carta GIMBE per la Tutela della Salute

GIUGNO 2016

Rapporto GIMBE per la sostenibilità del SSN 2016-2025

SETTEMBRE 2016

Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN

FEBBRAIO 2017

Richiesta alle istituzioni di un logo per il SSN

Stima degli sprechi in sanità

	Categoria	%	€ mld *	(±20%)
1	Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 - 8,90)
2	Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 - 5,94)
3	Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 - 3,86)
4	Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 - 4,15)
5	Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 - 3,26)
6	Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,97	(2,37 - 3,56)

(*) € 24,73 mld; 22% di € 112,408 mld di spesa sanitaria pubblica nel 2015

Fonte: Rapporto Gimbe 2016

GIMBE4YOUNG: LE OPPORTUNITÀ PER I GIOVANI PROFESSIONISTI SANITARI

Gimbe4young è il programma istituzionale della Fondazione Gimbe destinato a studenti, laureati, specializzandi, dottorandi di ricerca, titolari di borse di studio o assegni di ricerca di tutte le professioni sanitarie under 32. Gimbe4young offre ai professionisti sanitari del futuro l'opportunità di conoscere e approfondire un modello di pratica clinica e assistenza sanitaria basata sulle evidenze, centrata sul paziente, consapevole dei costi e a elevato value.

Gimbe4young mira a formare le nuove generazioni di Ebp leaders per favorire l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche alla pratica clinica, migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre gli sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di farmaci, test diagnostici, interventi chirurgici e altri interventi sanitari.

Considerato che i giovani professionisti sanitari italiani si trovano in un allarmante e ormai incolmabile ritardo rispetto ai colleghi europei, la Fondazione Gimbe ha lanciato una serie di iniziative che consolidano l'impegno nella formazione delle nuove generazioni di professionisti sanitari, perché la sostenibilità

del servizio sanitario nazionale passa anche dalla capacità di essere indipendenti nella gestione delle evidenze scientifiche riducendo gli sprechi dovuti a overuse/ underuse di farmaci, test diagnostici e altri interventi sanitari. In occasione della Conferenza è stato consegnato l'Ebp core curriculum europeo a 30 laureati e specializzandi under 32, selezionati tra oltre 300 candidati per partecipare al corso di formazione Evidence-based Practice grazie alle borse di studio che la Fondazione Gimbe ha erogato per il quarto anno consecutivo.

Il ventaglio delle opportunità offerte nel 2017 da Gimbe ai giovani professionisti della sanità italiana si amplia ulteriormente. Grazie alla partnership sottoscritta con il Segretariato italiano Studenti in medicina (Sism), il Segretariato italiano Giovani medici (Sigm) e Federspecializzandi, giovani studenti e professionisti potranno accedere gratuitamente ai corsi Gimbe, partecipare ad un workshop annuale dedicato ed essere coinvolti nelle attività di ricerca della Fondazione.

Ebsco Health permetterà agli studenti di medicina e delle professioni sanitarie iscritti al programma di accedere gratuitamente alle risorse DynaMed Plus, banca dati di informazioni cliniche evidence-based. Grazie a una erogazione liberale e non condizionante di Assogenerici, a settembre prenderà il via la Summer School Gimbe on Clinical trials methodology, destinata a 30 giovani medici selezionati con un bando nazionale. Infine, considerato che da una survey su oltre 600 giovani studenti e neolaureati emerge che l'Evidence-based medicine (Ebm) non è ancora stata introdotta in maniera sistematica nella formazione universitaria, la Fondazione Gimbe ha assegnato la terza edizione della borsa di studio "Giacchino Caratellotta" al Sism per condurre uno studio ad hoc, finalizzato a valutare l'insegnamento dell'Ebm nei Corsi di Laurea in Medicina e chirurgia, attraverso un'analisi sistematica dei programmi formativi e survey strutturate con gli studenti.

www.gimbe4young.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MI-LORENTEGGIO.com
quotidiano.Online

- [Scrivi alla redazione](#)
- [Segnala un evento](#)
- [Pubblicità](#)
- [Lavora con noi](#)

- [Articoli più letti](#)
- [Newsletter](#)
- [Meteo](#)
- [Traffico](#)
- [Aggiungi ai preferiti](#)

Cerca un articolo con Mi-Lorenteggio Search oppure cerca con Google Mi-Lorenteggio Web **Cerca**

AEROPORTI	FIERE	HOTEL	ISTITUZIONI	SALONE MOBILE	EXPO 2015
ASSOCIAZIONI	BORSA	CINEMA&TEATRI	DIOCESI	SCUOLA	LAVORO
BIBLIOTECHE	SHOPPING	MOTORI	CUCINA	LOTTO	MODA
MAPPE	ARTE	LA NOTTE	TRASPORTI	ANNUNCI	SALUTE
WEBCAM	EROS	LETTERE	OROSCOPO	METEO	PIAZZA

09/03/2017 ORE 14:28:31 **LOMBARDIA. INCENDI BOSCHIVI, DOMANI MODERATA CRITICITA' SULLE PROVINCE DI BRESCIA, COME E LECCO**

ULTIMO AGGIORNAMENTO: Venerdì 10 Marzo 2017, ORE 07:40 - PROVERBIO: **Marzo tinge, aprile dipinge.**
UPDATED ON: Friday 10 March 2017, 09:40 Mecca time - 06:40 GMT

Inserisci la mail per regist **Newsletter** [Archivio notizie](#) **RSS**

HOME PAGE

NEWS

- [Cronaca](#)
- [Economia](#)
- [Tecnologia](#)
- [Politica](#)
- [Ambiente](#)
- [Esteri](#)
- [Salute](#)
- [Sport](#)
- [Scienze](#)
- [Cultura](#)
- [Viaggi](#)
- [Divertimenti](#)
- [Musica e Spettacoli](#)
- [Attualità](#)

COMUNI

-- Seleziona il comune --

MULTIMEDIA

- [Foto gallery](#)
- [Video gallery](#)

ARCHIVI

- [Archivio](#)

Publicata il 09/03/2017 alle 20:32:57 in [Divertimenti](#)

Cusago. Prima edizione di 'CusaComics': due passioni, lo sport e i fumetti

Appuntamenti e iniziative



(mi-lorenteggio.com) Cusago, 9 marzo 2017 - Sabato 11 marzo al Centro Sportivo comunale - RugbyLandia appuntamento con la I edizione di 'CusaComics': due passioni, lo sport e i fumetti, si incontrano per far divertire gli ospiti di ogni età. I personaggi dei fumetti e dei cartoon saranno protagonisti della mostra-mercato 'Fumetti in festival'; della tappa del concorso internazionale di fumetto 'Smoking isn't comic(s)' lanciato da Rugby con il sostegno di [Mutua Mba](#) e dedicato a tutti i creativi; e delle speciali sfide sportive in programma dalle 14, il Trofeo di pallavolo Mila&Shiro, il Torneo di calcio Holly&Bengji, la sfida della Obelix Rugby Galli vs Romani, il Torneo di tennis con premio Jenny la tennista e le gare di tiro con l'arco nella Foresta di Sherwood.

11 MARZO - CHE SPETTACOLO!

Sabato **11 marzo bambini, ragazzi e genitori** sono invitati all'incontro del gruppo di teatro 'Che spettacolo'. Appuntamento alle **ore 20** per la **conversazione in spagnolo** e alle **ore 15.30**.

12 MARZO - LABORATORIO SUL FORMAGGIO

Domenica **12 marzo**, alle **ore 15**, l'**Oratorio San Carlo** ospita un **laboratorio sul formaggio**, per scoprire tutti i segreti di questo gustoso derivato del latte.

13 MARZO - APERITIVO IN LINGUA

Lunedì **13 marzo** tornano in **Biblioteca** gli incontri dell'**Aperitivo in lingua**, promosso dalla **BdT di Cusago**: appuntamento alle **ore 20** per la **conversazione in spagnolo** e alle **ore 21** per la **conversazione in inglese**.

[Stampa notizia](#)

[Articoli più letti](#)

Condividi la notizia su:

Segnala la notizia ad un amico:
Tuo nome: Email dell'amico: **Segnala**

Sondaggio

Come sarà il 2017?

- Migliore del 2016
- Peggior del 2016
- Non so

vota

[Tutti i sondaggi](#)

**Direzione lavori
PROGETTAZIONI
ARCHITETONICHE E DI
IMPIANTI
PRATICHE CATASTALI
STIME E PERIZIE
CERTIFICAZIONI
ENERGETICHE**
STUDIODI INGEGNERIA
Tel. 02/36551765
www.ingegnus.com

Ultimi annunci

- [amplificatore professionale](#)
- [Vendo feature Box](#)
- [proiettore sonoro](#)

[Tutti gli annunci](#)

Agenda

D	L	M	M	G	V	S
					10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	01
02	03	04	05	06	07	08

Eventi del giorno

- [Irish Music Fest: gli Storm in a Teapot allo Spazio Teatro 89 di Milano](#)
- [SalentArte: la magia e l'incanto del Salento tra suoni, immagini e sapori alla Camera del Lavoro di Milano](#)
- [a Nerviano: OLONA FILM FESTIVAL con la Lipu](#)
- [NEGLI UCI CINEMAS ARRIVA YU-GI-OH! IL LATO OSCURO DELLE DIMENSIONI](#)

[Segnala un evento](#)