



# MONITORAGGIO MEDIA

Rassegna stampa giugno 2019



SIFA srl - Via G. Mameli, 11 – 20129 MILANO  
+390243990431  
[help@sifasrl.com](mailto:help@sifasrl.com) - [www.sifasrl.com](http://www.sifasrl.com)

| Sommario |            |       |                               |                                                                                                                            |                              |
|----------|------------|-------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| N.       | Data       | Pag   | Testata                       | Articolo                                                                                                                   | Argomento                    |
| 1        | 21/06/2019 | 35    | L'UNIONE SARDA                | <a href="#">LA BANCA DELLE VISITE PER I POVERI</a>                                                                         | HEALTH ITALIA SPA            |
| 2        | 24/06/2019 | 52    | L'ECONOMIA                    | <a href="#">PIAZZA AFFARI, LA SQUADRA DEL BENESSERE È PIÙ NUMEROSA TECHNOGYM, PHARMANUTRA CO: I TITOLI IN BUONA SALUTE</a> | HEALTH ITALIA SPA            |
| 3        | 07/06/2019 | WEB   | GIORNALECITTADINOPRESS.IT     | <a href="#">SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D' ITALIA</a>              | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 4        | 07/06/2019 | WEB   | IT.GEOSNEWS.COM               | <a href="#">SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D' ITALIA</a>              | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 5        | 08/06/2019 | WEB   | PALERMO-24H.COM               | <a href="#">SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D' ITALIA</a>              | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 6        | 08/06/2019 | WEB   | ALTARIMINI.IT                 | <a href="#">RICAVATO DEI CAFFÈ PER PAGARE LE VISITE MEDICHE AI BISOGNOSI: TANTI CLIENTI PARTECIPANO ALL'INIZIATIVA</a>     | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 7        | 18/06/2019 | WEB   | QUOTIDIANOSANITA.IT           | <a href="#">TUTTO QUELLO CHE MANCA PER AVERE UNA VERA SANITÀ INTEGRATIVA</a>                                               | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 8        | 25/06/2019 | WEB   | SCAPOLAN.BLOGSPOT.COM         | <a href="#">LA SALUTE E' TUTTO, SENZA SALUTE, TUTTO E' NIENTE</a>                                                          | HEALTH ITALIA SPA WEB        |
| 9        | 02/06/2019 | 1, 6  | IL SOLE 24ORE                 | <a href="#">ITALIA SEMPRE PIÙ VECCHIA: FRA 25 ANNI UNO SU TRE OVER 65</a>                                                  | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 10       | 03/06/2019 | 51    | AFFARI&FINANZA                | <a href="#">1 BENEFIT WELFARE, LA SALUTE PRIMA DI TUTTO</a>                                                                | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 11       | 03/06/2019 | 8     | IL GIORNALE                   | <a href="#">A RISCHIO LE DETRAZIONI DELLE SPESE SANITARIE</a>                                                              | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 12       | 04/06/2019 | 16, 1 | BUONE NOTIZIE (CORRIERE)      | <a href="#">IL WELFARE DELLA SANITÀ</a>                                                                                    | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 13       | 06/06/2019 | 1, 35 | IL SECOLO XIX                 | <a href="#">OSPEDALI A CORTO DI MEDICI LA LIGURIA CHIAMA I PRIVATI</a>                                                     | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 14       | 06/06/2019 | 27    | CORRIERE SALUTE               | <a href="#">TERAPIE DIGITALI CHE COSA SONO (E PERCHÉ DA NOI NON DECOLLANO)</a>                                             | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 15       | 07/06/2019 | 25    | MF                            | <a href="#">WELFARE, CHE IMPRESA</a>                                                                                       | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 16       | 08/06/2019 | 34    | MESSAGGERO VENETO PORDENONE   | <a href="#">SACILE «LA SANITÀ PRIVATA? SÌ, MA LA REGIONE DEVE PROGRAMMARE»</a>                                             | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 17       | 08/06/2019 | 19    | IL GIORNALE DI BRESCIA        | <a href="#">GUERRA ALLE LISTE D'ATTESA, LA REGIONE COMPRA 35MILA VISITE DAI PRIVATI</a>                                    | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 18       | 10/06/2019 | 1, 2, | CORRIERE DEL MEZZOGIORNO INS. | <a href="#">L'ECCELLENZA È SERVITA</a>                                                                                     | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 19       | 13/06/2019 | 28    | CORRIERE SALUTE               | <a href="#">SANITÀ SEMPRE PIÙ CONNESSA CON LLNTERNET DELLE COSE</a>                                                        | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 20       | 14/06/2019 | 4     | MF                            | <a href="#">SPESA PRIVATA SANITARIA A 42 MLD</a>                                                                           | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 21       | 14/06/2019 | 6     | LA NUOVA VENEZIA              | <a href="#">SANITÀ, UN ITALIANO SU TRE RICORRE ALLE CURE PRIVATE</a>                                                       | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 22       | 14/06/2019 | 1, 25 | LA STAMPA                     | <a href="#">SANITÀ', LA GRANDE DISEGUAGLIANZA</a>                                                                          | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 23       | 14/06/2019 | 9     | IL SECOLO XIX                 | <a href="#">SANITÀ, UN ITALIANO SU TRE SI RIVOLGE AL PRIVATO. NEL 2018 SPESI 37 MILIARDI</a>                               | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 24       | 14/06/2019 | 9     | IL SECOLO XIX                 | <a href="#">LA GRANDE DISEGUAGLIANZA PER CHI DEVE CURARSI</a>                                                              | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 25       | 14/06/2019 | 20    | AVVENIRE                      | <a href="#">LA SANITÀ? IN ITALIA ADESSO SI PAGA</a>                                                                        | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 26       | 15/06/2019 | 10    | IL_SOLE24ORE_PLUS             | <a href="#">SANITÀ, 14 MILIONI HANNO LA POLIZZA</a>                                                                        | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 27       | 17/06/2019 | 74    | AFFARI&FINANZA                | <a href="#">SANITÀ, SALE LA NECESSITÀ DI PAGARSI LE CURE E L'ASSISTENZA INTEGRATIVA PRENDE QUOTA</a>                       | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 28       | 17/06/2019 | 1, 14 | IL FATTO QUOTIDIANO           | <a href="#">LA SANITÀ IN PERICOLO: A BREVE MANCHERANNO MIGLIAIA DI MEDICI</a>                                              | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 29       | 19/06/2019 | 1, 3  | AVVENIRE                      | <a href="#">SANITÀ FUTURA COLLASSO IN VISTA A MENO CHE...</a>                                                              | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 30       | 24/06/2019 | 58    | L'ECONOMIA                    | <a href="#">SANITÀ, MEGLIO FARSI UN PARACADUTE</a>                                                                         | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 31       | 28/06/2019 | 25    | IL MESSAGGERO                 | <a href="#">LA SANITÀ MULTIPILASTRO TRA PUBBLICO E PRIVATO</a>                                                             | SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE |
| 32       | 13/06/2019 | 27    | CORRIERE SALUTE               | <a href="#">LE QUATTRO «P» DELLA NUOVA MEDICINA</a>                                                                        | SALUTE E BENESSERE           |
| 33       | 17/06/2019 | 69    | AFFARI&FINANZA                | <a href="#">LA SALUTE NON HA PREZZO</a>                                                                                    | SALUTE E BENESSERE           |
| 34       | 19/06/2019 | 21    | IL MESSAGGERO                 | <a href="#">LEUCEMIE: È RIVOLUZIONE: PRONTE OTTO NUOVE TERAPIE</a>                                                         | SALUTE E BENESSERE           |

## Assemini La Banca delle visite per i poveri

Un aiuto alle persone che non possono permettersi una visita a pagamento o attendere i tempi del sistema Sanitario sanitario per accedere a visite specialistiche gratuite. Lo prevede il progetto **Banca delle visite** della fondazione **Health Italia**, presentato nella sala multimediale del sistema bibliotecario di Assemini, durante un incontro patrocinato dal Comune su salute e mutuo soccorso. I relatori, Alberto Serra e Debora Lai, sono intervenuti soffermandosi sull'importanza della tutela preventiva della salute, per poi approfondire il progetto **Banca delle visite**: grazie a donazioni da tutta Italia ha già concesso, a chi non può permetterselo, centinaia di visite mediche gratuite. Per l'assessora alle Politiche sociali, Cristiana Ruggiu, «il progetto può offrire delle soluzioni immediate e concrete a persone che necessitano di visite mediche specialistiche improcrastinabili ma che a causa di difficoltà economiche non possono farvi fronte autonomamente. La nostra amministrazione sta valutando come intervenire in modo efficace per contrastare questa criticità, al fine di supportare i nostri concittadini». La Banca delle visite potrà essere quindi uno sistema attuabile anche ad Assemini. (L.e.)

REPRODUZIONE RISERVATA



## Listino di casa

Piazza Affari, la squadra del benessere è più numerosa  
Technogym, Pharmanutra & co: i titoli in buona salutedi **Adriano Barri**

**È** iniziata l'estate, la stagione del benessere. Un'opportunità anche per Piazza Affari. Sono diverse infatti le società appartenenti al settore della salute e del benessere presenti in Borsa italiana, che potrebbero finire nel mirino degli investitori. Una pattuglia eterogenea composta anche da alcuni campioni a livello internazionale. In cima a tutti Technogym, azienda leader mondiale nella fornitura di tecnologie, servizi e prodotti di design per il settore Fitness e Wellness, approdata in Borsa nel maggio del 2016 e che da allora ha triplicato il proprio valore. Complessivamente i titoli appartenenti a questa categoria capitalizzano circa 3 miliardi, con una presenza numerica concentrata nella produzione e vendita di integratori alimentari e quotati sul mercato AIM Italia.

Secondo Equita Sim, i principali temi di medio termine su Technogym sono confermati: crescita del fatturato attesa in media tra il 7% ed il 9%, ed un obiettivo dell'Ebitda margin 2020 al 22%. L'espansione del fatturato sarà guidata dagli USA mentre la grande differenza rispetto allo scorso anno sarà l'Italia, «normalizzata» dopo la crescita a doppia cifra riportata nel 2018. Sul titolo, che da inizio anno mette a segno un progresso di poco superiore al 4%, la raccomandazione è Hold (mantenere) con un target di 11,2 euro. L'andamento riflette un generale giudizio di prudenza in attesa della conferma dei trend di crescita da parte del mercato: secondo Bloomberg infatti su 11 analisti che coprono Technogym 7 consigliano di mantenere il titolo in portafoglio, 3 di comprarlo e 1 di venderlo. Su AIM Italia a farla da padrona, almeno sul piano della capitalizzazione è invece Pharmanutra. La società è specializzata nello sviluppo di complementi nutrizionali e dispositivi medici e commercializza direttamente e autonomamente una linea di prodotti a proprio marchio, attraverso una rete esclusiva che si rivolge

ai medici. Sul titolo si è recentemente espressa CFO Sim, con un giudizio Buy (comprare) e un prezzo obiettivo di 23 euro. L'ufficio studi della banca d'affari ha messo in luce: la disponibilità di prodotti di proprietà in mercati di nicchia, potenzialità di crescita superiori a quello del settore farmaceutico e un interessante dividendo.

Pharmanutra ha chiuso il bilancio 2018 con ricavi consolidati pari a 46,7 milioni, aumentati del 23,5% su base annua e un utile netto balzato del 41,9% a 8,6 milioni. Un insieme di fattori che il mercato ha apprezzato spingendo le quotazioni sui massimi storici e attirando investitori istituzionali. Lo scorso 24 maggio Kairos Partners Sgr ha infatti superato la soglia di rilevanza pari al 5% del capitale diventando il quarto azionista dietro il management team che possiede oltre il 50% del capitale.

Ma in Piazza Affari sono presenti anche operatori legati alla crescente spesa per prestazioni sanitarie private degli italiani. Un trend destinato a consolidarsi con il progressivo invecchiamento della popolazione. In questo comparto Health Italia è la società a maggiore capitalizzazione con oltre 70 milioni. Quotata nel febbraio del 2017 può contare su una rete di 3.200 promotori mutualistici, gestendo 400 mila clienti per circa 170 mila prestazioni all'anno distribuite su 3.500 strutture sanitarie convenzionate. Numeri che hanno portato a chiudere il 2018 con ricavi consolidati pari a 28,2 milioni, in crescita del 31% su base annua e che il management punta a incrementare entro il 2020 con i frutti degli investimenti fatti soprattutto nel campo della creazione di una rete proprietaria di centri medici e la vendita di prodotti cosmetici e nutraceutici di proprietà. Sul titolo Mediobanca che ha una raccomandazione Hold con un target di 5,5 euro. Giudizio positivo anche da parte di Envent (obiettivo 6,37 euro).



**Da seguire**

Una selezione di titoli quotati a Milano attivi nel settore benessere e salute

| Società                      | Capitaliz.<br>(milioni euro) | Perf. % da inizio anno |
|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Technogym                    | 1.960                        | 4,2%                   |
| PharmaNutra                  | 188                          | 28,5%                  |
| Fine Foods & Pharmaceuticals | 178                          | 8,1%                   |
| Life Care Capital            | 133                          | 2,7%                   |
| Valsoia                      | 121                          | 1,8%                   |
| Health Italia                | 72                           | -16,6%                 |
| BioDue                       | 61                           | 8,3%                   |
| Enervit                      | 61                           | 4,9%                   |
| Kolinpharma                  | 18                           | 90,1%                  |
| Ki Group                     | 9                            | -14,0%                 |
| FTSE Italy                   | 314.741                      | 14,6%                  |

L'Ego - Hub

**Le società  
appartenenti  
a questa  
categoria  
capitalizzano  
circa 3  
miliardi, con  
una presenza  
concentrata  
sull'Aim Italia**



SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D'ITALIA

C VENERDÌ, 7 GIUGNO 2019



HOME EVIDENZA APPUNTAMENTI ARTE CULTURA LETTERAREA SICILIA - TALENTI 2.0

SPAZIO BRASS

Home sociale Sbarca a Palermo MBA-Mutua Basic Assistance la più grande società di mutuo...

SOCIALE

## SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D'ITALIA

di **Rosario Lo Cicero Madè** - 7 Giugno 2019

Palermo 07.06.2019 – **MBA-Mutua Basis Assistance**, questo è il nome della più grande Società di mutuo soccorso d'Italia che si presenterà a Palermo, presso l'**Astoria Palace Hotel** di via Montepellegrino 62, nel corso di una sorta di convegno fissato per le 15.30 di **Martedì 11 giugno**.

Gli intervenuti assisteranno alla presentazione aziendale d'informazione mutualistica, volta alla protezione delle famiglie, delle aziende e del welfare in materia di tutela sanitaria. L'evento, curato dai coordinatori nazionali della Mutua, che saranno presenti per l'occasione a Palermo, ha il preciso ed esclusivo compito di divulgazione dei principi imperniati alla tutela sanitaria che si propone ed è in perfetta simbiosi ed a sostegno del SSN- Servizio Sanitario Nazionale.

Le famiglie associate ad MBA godono di Ceck-up, di prevenzione, rimborsi Ticket, diarie per Interventi chirurgici, per indagini di alta diagnostica, sostegno per la non autosufficienza (LTC), oltre a interventi finanziari a sostegno

SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D ITALIA

in particolari oggettive condizioni di disagio. Verranno inoltre evidenziate tutte e possibilità di detraibilità fiscale.

TAGS Assicurazioni Mutua palermo sicilia soccorso

Rosario Lo Cicero Madè

SBARCA A PALERMO MBA-MUTUA BASIC ASSISTANCE LA PIÙ GRANDE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO D'ITALIA



## Assistance la più grande società di mutuo soccorso d' Italia

1 ora fa



Palermo 07.06.2019 – MBA-Mutua Basis Assistance, questo è il nome della più grande Società di mutuo soccorso d'Italia che si presenterà a Palermo, presso l'Astoria Palace Hotel di via Montepellegrino 62, nel corso di una sorta di convegno fissato per le 15.30 di Martedì 11 giugno. Gli intervenuti assisteranno alla presentazione aziendale d'informazione mutualistica, volta...

Leggi la notizia integrale su: [Giornale Cittadino Press](#)

Il post dal titolo: «Sbarca a Palermo MBA-Mutua Basic Assistance la più grande società di mutuo soccorso d' Italia» è apparso 1 ora fa sul quotidiano online *Giornale Cittadino Press* dove ogni giorno puoi trovare le ultime notizie dell'area geografica relativa a Palermo.



[Accedi / Registrati](#)**PALERMO24H**[NOTIZIE](#)[GUIDA PALERMO](#)[SOSTENIBILITÀ DEL TERRITORIO - SICILIA](#)[Home](#) [Palermo](#) [Sbarca a Palermo MBA-Mutua Basic Assistance la più grande società di mutuo...](#)

## Sbarca a Palermo MBA-Mutua Basic Assistance la più grande società di mutuo soccorso d'Italia

Di **admin** - 9 Giugno 2019

Palermo 07.06.2019 – MBA-[Mutua Basis Assistance](#), questo è il nome della più grande Società di mutuo soccorso d'Italia che si presenterà a Palermo, presso l'Astoria Palace Hotel di via Montepellegrino 62, nel corso di una sorta di convegno fissato per le 15.30 di Martedì 11 giugno. Gli intervenuti assisteranno alla presentazione aziendale d'informazione mutualistica, volta...

Leggi anche altri post [Provincia di Palermo](#) o leggi [originale](#)

Sbarca a Palermo MBA-Mutua Basic Assistance la più grande società di mutuo soccorso d'Italia

**(fissato,0,1,convegno,sorta,montepellegrino,2)**

Questo contenuto è stato importato con un sistema automatizzato, senza intervento umano. È possibile [segnalare la rimozione dei contenuti](#), leggendo prima le nostre Note Legali Disclaimer

TAGS

2

Convegno

fissato1

Montepellegrino

sorta

RICAVATO DEI CAFFÈ PER PAGARE LE VISITE MEDICHE AI BISOGNOSI: TANTI CLIENTI PARTECIPANO ALL'INIZIATIVA



Mobile | iOS | Android

Mi piace

Segnala Notizia

Accedi/Registrati

Sabato 08 Giugno 12:55:27



IN REGALO  
1 completo letto

SCEGLI NUVOLO.  
DORMI PIÙ LEGGERO.

HOME

ATTUALITÀ

CRONACA

EVENTI

SPORT

TURISMO

ALTRO

Cerca

Mangiare bene Golosità Sport e Tempo libero Look Salute e benessere Vacanza Auto e Moto Stile e Casa Romagna Notte Servizi e Altro

## Ricavato dei caffè per pagare le visite mediche ai bisognosi: tanti clienti partecipano all'iniziativa

L'idea di Giulia, titolare del Caffè Milano a Riccione. Anche da Rimini a bere il caffè per beneficenza

Riccione | 13:28 - 08 Giugno 2019

Attualità



Giulia Stumpo con l'assegno per la Banca delle visite di Riccione.

"Così tanto inaspettato che mi scoppia il cuore!". Queste le parole di **Giulia Stumpo**, 24 anni, titolare del **Caffè Milano** a Riccione paese. In occasione del Giro d'Italia a Riccione, ha deciso di organizzare una raccolta fondi per pagare delle mammografie a donne che non possono permetterselo e non hanno magari il tempo di aspettare i tempi del Servizio sanitario nazionale.

"Il web è impazzito, solo dopo qualche ora avevo più di 800 condivisioni su Facebook. Non me l'aspettavo, è stato bellissimo. La prima mattina dopo la notizia, alcuni tra i miei clienti abituali mi hanno chiesto di dare la possibilità a chi volesse donare più di un caffè, così ho messo un barattolo sul bancone: **in meno di una settimana abbiamo raccolto 145 euro in aggiunta a quelli che avrei comunque devoluto io**". Il ricavato, ossia l'equivalente di cinque visite comprensive di mammografie in 3D, verrà donato alla **"Banca delle Visite"**, un'organizzazione che darà la possibilità, a chi ne ha bisogno, di poter usufruire di una visita gratuita. Oggi era presente Antonello Ceci, arrivato appositamente da Formello (Roma) per ringraziare questa giovane ragazza. Questa associazione ha la sua sede romagnola proprio a Riccione, referente **Gabriele Maestri**, dove è possibile rivolgersi in caso di necessità 366.1506436. A questa iniziativa ha collaborato anche il Centro Mammografico Sant'Agata di Rimini. Era presente alla consegna dell'assegno il vicesindaco Laura Galli che ha espresso le congratulazioni dell'amministrazione comunale.

"Cosa mi ha commosso? Il signore che è venuto appositamente da Rimini per bere un caffè e anche il ragazzo che mi ha detto: grazie di quello che fai, se qualcun altro lo avesse fatto tempo fa, magari avrei ancora la mia mamma. Mi hanno commosso le persone entusiaste, chi ha detto grazie, chi ha bevuto un caffè in più o chi ci ha rinunciato imbucando un euro nel barattolo. Sono stata felice di vedere ancora del buono, e constatare che dei singoli possano diventare un tutt'uno davanti a una buona causa".

Alla domanda "Perché?" Giulia risponde così: "Secondo me il bello di tutto questo non è solo il fine reale, ma ciò che c'è attorno. Tutti nasciamo buoni, sensibili, attenti, premurosi, basta guardare i bambini e la loro innocenza. Solo che tante volte, troppe, la vita, le



Piazza M. Tiri, 11 - 47891 Dogana - RSM  
Tel. 0549 908616 - Fax 0519 87 7057  
info@oro.sm - www.oro.sm

La Maison De La Petite Sara



La Maison de la Petite Sara è il negozio d'antiquariato di San Marino che propone anche online una vasta scelta di articoli...



SKODA



ASD PERLA VERDE CALCIO  
Dal 2011 il buon calcio a Riccione!



oliviero.it  
NUOVE COLLEZIONI  
PER TUTTA LA FAMIGLIA

## RICAVATO DEI CAFFÈ PER PAGARE LE VISITE MEDICHE AI BISOGNOSI: TANTI CLIENTI PARTECIPANO ALL'INIZIATIVA

difficoltà ci fanno scordare di tutto questo, quasi ci dimentichiamo cosa vuol dire davvero amare qualcuno, la vita: che non è pretendere ne aspettarsi nulla in cambio. Il cuore è un muscolo e come tale andrebbe allenato, dovremmo fare più spesso la palestra del cuore. Anche se pensiamo che solo uno non basti, che sia poco, che da soli non possiamo cambiare le cose...Ricordiamoci che il vero cambiamento comincia da noi stessi".



AA AĀ



## ATTUALITÀ



Aziende riminesi donano un murales del writer Dado per abbellire i muri di ingresso a...



Le ragazze della scuola media Pazzini di Verucchio brillano nel rugby e nel volley



FOTO I numeri della sagra del prugnolo: 1600 uova per tagliatelle e duemila pasti...

## CRONACA



Trans con la tecnica dell'abbraccio deruba turista del rolex da 8000 euro



Evade dai domiciliari, ha una crisi di astinenza da droga durante il controllo di Polizia



Investito da una moto in via Chiabrera, è caccia al pirata della strada



Stagione 2018/19  
Rete dei Teatri della  
Valmarecchia



 **Banner disponibile**  
Per informazioni  
clicca qui

Ascolta la Radio in streaming



 **Altarimini Rimini**  
26 430 "Mi piace"  
Presenza  
 **Mi piace**  
Un me di inform  
Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici

TUTTO QUELLO CHE MANCA PER AVERE UNA VERA SANITÀ INTEGRATIVA

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidiano**sanità**.it

## Lettere al direttore

Quotidiano on line

QS

Home

Cronache

Governo e  
ParlamentoRegioni e  
AslLavoro e  
ProfessioniScienza e  
FarmaciStudi e  
Analisi

Archivio

di informazione sanitaria

Cerca



Mercoledì 19 GIUGNO 2019

segui **quotidiano**sanità**.it**

twitter



facebook



feed



newsletter



archivio

Tweet

Condividi

Stampa

## Tutto quello che manca per avere una vera sanità integrativa



**18 GIU** - Gentile Direttore, concordo con la sua riflessione che è apparsa su *Quotidiano sanità* nella sezione studi e analisi a proposito del: "[La sanità è al collasso? Forse ancora no ma il Paese sì e alla fine il rischio è che crolli tutto](#)". Da qui vorrei partire per fare ulteriori riflessioni e trovare una cerniera di coerenza su cui andare avanti con un po' di coerenza. Partiamo dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

**Attualmente il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è:**

114.439.000.000 euro per l'anno 2019;

116.439.000.000 euro per l'anno 2020;

117.939.000.000 euro per l'anno 2021.

Salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico. Concordo con la precisazione sulle clausole di salvaguardia, ma essendo stata al Governo so che non ce la possiamo cavare con "il mi dimetto", si lotta e si combatte con il MEF perché a far data dal 2008, grande crisi, la sanità ha già dato e dunque per l'equilibrio di bilancio si taglia da altre voci di spesa o si rimanda la flat tax, che è un vero schiaffo alla povertà e ai redditi medio bassi o si incomincia a dare una bella caccia all'evasione fiscale, sennò il nostro tanto sbandierato universalismo del SSN si incomincia a chiamare con il suo vero nome **universalismo iniquo e tragicamente selettivo**.

E' ovvio ricordare che dovremmo curare tutti, con la fiscalità generale, ma non tutti pagano, che l'**evasione ammonta a circa 130 miliardi di euro**, e che per curare l'epatite C abbiamo dovuto selezionare il livello della malattia per la costosità del farmaco, e così si presentano tutte le innovazioni tecnologiche e terapeutiche per le più gravi patologie dal punto di vista dei costi. Per di più abbiamo di fronte le sfide legate all'invecchiamento.

L'Italia è al "quarto posto" dei Paesi Ocse per aspettativa di vita, con 82,8 anni nel 2018. A sottolinearlo oltre all'ISTAT è l'Ocse, l'organismo internazionale per lo sviluppo e la cooperazione economica nel rapporto Panorama della Salute 2018 ("Health at a Glance"). Spendiamo meno e forniamo una copertura Universale. Il paese spende 3.400 dollari l'anno pro capite per la salute,

meno della media Ocse che è di 4.000 dollari e nel suo insieme la spesa sanitaria è pari all'8,9% del Pil, in linea con il 9% Ocse. Ma ormai abbiamo raschiato il fondo del barile. I mirabolanti risparmi non so da dove potrebbero derivare.

Non ho mai gioito sul fatto che abbiamo un SSN e spendiamo di meno degli altri, perché purtroppo ho sempre saputo che per i nostri disastrosi fondamentali dell'economia come avremmo potuto spendere di più? Per fortuna la genetica, la dieta mediterranea ed un po' di cultura della prevenzione ci ha dato e ci dà una mano. Tuttavia di cosa ci ammaliamo e quali sono le cause di morte lo sappiamo. Su 645mila decessi registrati nel 2018, il 36,8% sono stati causati da malattie cardio-circolatorie, il 29,9% dai tumori e il 15% da malattie respiratorie, endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Al 6° posto come causa di morte vi è il morbo di Alzheimer. Sono circa 3 milioni le persone affette da diabete, a cui si deve aggiungere un altro milione di casi non ancora diagnosticati. E' in atto da tempo un profondo monitoraggio del sistema.

Ciò ha permesso, nel 2017, dopo 17 anni, di aggiornare in modo razionale e migliorativo l'elenco dei LEA e delle prestazioni diagnostiche, ha permesso di introdurre prestazioni più innovative; pianificare un piano di edilizia ospedaliera di 32 miliardi di euro, di cui 12 nelle zone terremotate o a rischio sismico; ora però questo piano deve partire non si può attendere oltre.

Il rapporto medico-paziente nell'era digitale in Italia, non è ancora molto sviluppato: secondo un indagine condotta dall'Eurispes (2018) il 52,3% degli intervistati, infatti, non ha mai consultato la rete riguardo i propri disturbi, il 41,6% lo ha fatto e in seguito si è recato dal medico, solo il 6,1% ha consultato il medico via

## TUTTO QUELLO CHE MANCA PER AVERE UNA VERA SANITÀ INTEGRATIVA

internet. I documenti ufficiali sulla spesa pubblica cosa dicono?

Il Documento di economia e finanza 2018 aveva previsto una spesa sanitaria corrente pari a 114.138 milioni di euro con una incidenza sul PIL del 6,7% e un tasso di crescita dell'1,4% rispetto al 2017. L'incremento stimato è sceso allo 0,8% nel 2019 e scende anche l'incidenza sul PIL che si assesta al 6,5% con una spesa sanitaria pubblica complessiva stimata in 115.068 milioni di euro. Nel triennio 2018-2020 è invece previsto che la spesa sanitaria cresca ad un tasso medio annuo dell'1,3%, mentre nello stesso arco temporale il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 2,9%.

Il rapporto spesa sanitaria e PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato (2020), ad un livello pari al 6,4%. La Nota di aggiornamento al DEF (pag. 47) ha ulteriormente abbassato le stime relative al biennio 2019-2020: infatti l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL nel 2019 è stata valutata pari al 6,4%, nel 2020 pari al 6,3%.

**Ma quelle previsioni di crescita non ci sono più siamo in recessione.** Stiamo combattendo per evitare la procedura d'infrazione, che ci costerebbe altri 9 miliardi oltre la già scarsa reputazione del paese. E' in agguato l'invecchiamento della popolazione. Secondo le proiezioni contenute nel Def, la sola componente socio assistenziale della Long Term Care dopo una fase iniziale di stabilità, crescerà in termini di Pil fino al 2050 quando raggiungerà l'1,5 per cento in più.

A livello nazionale la spesa per prestazioni "comprate" dal settore pubblico da privati è pari, al 20,9%, in aumento del 17,8% dal 2012. Significa che un quinto della spesa sanitaria nazionale acquista da strutture non pubbliche. Cresce la spesa sanitaria a carico delle famiglie certificata dall'Istat. Ma in alcune Regioni, questa percentuale è superiore alla media, in Lombardia in primis, con il 29,9%, in Lazio con il 27,8%, in Molise con il 24,1% e in Sicilia e Puglia con il 23,5%. Particolarmente bassa, è la spesa sanitaria toscana destinata ai privati con solo il 12,5%.

Il caso della spesa sanitaria della Lombardia è il più particolare, è infatti la regione con la maggiore porzione di spesa dedicata ai rimborsi verso i privati, ma è una Regione, dal punto di vista dei bilanci, virtuosa. La spesa a carico delle famiglie è cresciuta fino a 37 miliardi, un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale stando ai dati Istat. Stiamo ai dati ufficiali se abbiamo il sospetto che Censis RBM o Gimbe siano di parte.

**Perché cresce la spesa privata, che assieme al divario Nord Sud, è la vera anomalia del paese?** L'indagine conoscitiva del Parlamento sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale nella precedente legislatura aveva dipinto un panorama complesso e variegato. In cui si evidenziavano come criticità:

- Ricorso a soluzioni alternative, spesso inevitabile, considerando le lunghe liste d'attesa e il limitato accesso alle prestazioni che caratterizzano il sistema pubblico per tempi e metodi per usufruirne.
- La scarsità di politiche di prevenzione per fasce di età e per patologie rilevanti;
- Le politiche di taglio alla spesa a far data dal 2008;
- IL blocco delle assunzioni del personale medico e delle altre figure professionali non mediche;
- La scarsità di innovazione tecnologica e l'obsolescenza strutturale di presidi e strutture;
- La necessità di implementazione dell'efficienza organizzativa, l'adozione di tecnologie informatiche a tutto campo;
- La ricerca di un equilibrio tra domanda e offerta soprattutto nel campo della riabilitazione e dell'assistenza domiciliare;
- Un serio ed efficace piano delle cronicità.

Sottolineando che la filiera della salute vale da sola l'11% del PIL si invitava a vedere la sanità come un'opportunità di sviluppo del Paese e non più come mera voce di spesa. Quest'anno altra indagine conoscitiva. L'indagine conoscitiva sulla sanità integrativa in corso partita quest'anno alla Camera dei Deputati attraverso le audizioni effettuate finora, afferma che sono oltre 330 i fondi sanitari esistenti con regole diverse, da sistematizzare. Casse ed enti eterogenei tra loro per coperture, premi, gestione delle attività e prestazioni. Prevalgono i fondi aziendali, diversamente distribuiti tra nord e sud del Paese. Le assicurazioni sanitarie volontarie coprono, solo l'1,5% della spesa privata. Anche enti assistenziali, casse e società di mutuo soccorso, sono pensati per offrire una copertura sanitaria integrativa rispetto al sistema pubblico. Pagando una quota associativa, danno il diritto a sussidi e rimborsi.

**L'Ansi, Associazione Nazionale Sanità Integrativa** e Welfare, ha registrato 509 società di mutuo soccorso operative nel 2018, con adesioni per oltre 600 milioni di euro, in crescita del 20% rispetto ai dati precedenti. Le prestazioni vincolate previste dal decreto Turco nella misura di almeno il 20% per cure dentali e prestazioni sanitarie a rilevante carattere sociale o prestazioni sociali a rilevante carattere sanitario costituiscono oggi il 37% delle prestazioni fornite agli iscritti, per il resto riguardano visite specialistiche o diagnostica, molto poco ricoveri e protesica.

**Il welfare aziendale sta entrando sempre più nei nuovi contratti**, forte di politiche fiscali favorevoli per imprese e contribuenti. Permette ai dipendenti di usufruire di benefit aggiuntivi, i cui costi sono detraibili da parte dell'azienda. I benefit più richiesti sono relativi all'assistenza sanitaria, ma piani di welfare aziendale possono includere previdenza integrativa, buoni pasto e mensa aziendale, trasporto da casa al lavoro, buoni acquisto e convenzioni con negozi, asilo nido, centri vacanze e rimborsi per le spese scolastiche dei figli.

Questi benefit possono essere ottenuti anche come premi di risultato, compensi aggiuntivi alla retribuzione di base previsti come incentivi alla produttività, ma la loro conversione in servizi di welfare permette di non applicare nemmeno la tassazione del 10%, prevista invece per le erogazioni in denaro fino a 3 mila euro. Insomma a salari bassi e a onerosità fiscale alta sul costo del lavoro, si raggiunge un pò più di produttività e fidelizzazione dei lavoratori con benefit che possono aiutare il singolo e la famiglia a districarsi tra salute, istruzione ed anziani poiché sappiamo che le tutele sono per il lavoratore, per i famigliari a carico e in alcuni casi anche quando si va in quiescenza, si pensi alla LTC in alcuni comparti forti come il bancario e l'assicurativo.

Infatti da una recente indagine del Dipartimento Contrattazione della Cisl, si evince che sono 7 milioni i lavoratori tutelati dalla sanità integrativa. Vorrei ricordare che i fondi sanitari integrativi sono una realtà di origine contrattuale, sorti a partire dagli anni 70, composti da associazioni datoriali e sindacati. Ciascun fondo è regolato da un proprio statuto, per quanto riguarda iscrizioni, contribuzione, prestazioni e amministrazione. E' la libera volontà delle parti che li mette in atto e mentre prima del 2008 nulla si sapeva di essi oggi lo stato defiscalizza quelli che si iscrivono all'Anagrafe dei fondi perché ne riconosce una meritoria età, perché nella legge 229 li si disciplina ad integrazione della politica della salute per quelle parti di essa che lo stato non riesce a coprire, si pensi alle cure dentali, all'intramoenia, alle cure termali ai tickets, ecc.

Il pacchetto di prestazioni garantite agli iscritti è ormai ampio e include la possibilità di estendere la copertura anche ai familiari e in alcuni casi di usufruirne anche dopo il pensionamento. Tutelare anche i familiari tramite



## TUTTO QUELLO CHE MANCA PER AVERE UNA VERA SANITÀ INTEGRATIVA

un fondo ha in genere un costo aggiuntivo alla quota di contrattazione, a eccezione per quanto riguarda il fondo dei metalmeccanici, che lo prevede gratuitamente. Secondo i dati provenienti dall'anagrafe sanitaria dei fondi e presentati in audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera nel febbraio 2019, dall'anno 2010 al 2017, il numero dei fondi attestati dall'anagrafe è aumentato progressivamente (dai 267 fondi sanitari attestati nell'anno 2010 ai 322 nel 2017). Il numero totale degli iscritti è pari a 10.616.405.

Occorre però tenere presente che dal 2017: si è costituito il WILA in Lombardia fondo sanitario per il settore dell'artigianato, circa 400.000 aderenti e che il fondo dei metalmeccanici che nel 2018 vedeva 200.000 iscritti essendo divenuto obbligatorio iscriversi al fondo, passa a 1.500.00 iscritti, e che il recente contratto dei 250.000 statali prevede la sanità integrativa, possiamo ragionevolmente affermare che siamo in presenza di oltre 12.500.000 di cittadini, che usufruiscono di forme di assistenza sanitaria integrativa.

Poi abbiamo le inchieste giornalistiche. Secondo un'inchiesta de l'Espresso, si afferma che nel 2014 erano 9 milioni gli italiani con assicurazione sanitaria integrativa, saliti a 14 milioni nel 2017 e che saranno 21 milioni nel 2025. Un terzo degli italiani. L'analisi dei dati economici, epidemiologici, demografici e sociali in Italia, in Europa e in molti paesi industrializzati si interroga da tempo sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, domandosi se è possibile che il modo in cui l'assistenza viene erogata e gestita possa essere migliorato in modo tale da rendere i sistemi "sostenibili" nel tempo? Basterà la logica della lotta agli sprechi e del reinvestimento dei risparmi?

Sono convinta che l'efficientizzazione del sistema, l'innovazione gestionale, e l'ICT a pieno regime, produrranno maggiori risparmi e meno sprechi che ancora oggi permangono, ma non basterà. Del resto che cosa abbiamo fatto a far data dal 2008 se non efficientare i fattori di produzione salute e razionalizzare al massimo? Lo scenario della sanità sta cambiando in maniera repentina.

Il "teatro delle cure" vede molti nuovi attori su un palcoscenico che si trasforma continuamente e che ha bisogno di una nuova generazione di "registi" perché la sfida dell'invecchiamento e della cronicità delle malattie è grande. Occorre avviare una logica di sistema. Per avviare una logica di sistema occorre lavorare su una nuova cultura politico-istituzionale. La prima cosa da fare è non banalizzare o ideologizzare le discussioni in atto e prendere atto che fin'ora non c'è stato nessun sindacato che abbia detto fine dell'assistenza integrativa e della deduzione fiscale. Che non solo i lavoratori, ma quasi tutte le categorie professionali, compresi i medici e le figure professionali non mediche, usufruiscono della sanità integrativa.

E' nato addirittura il Fondo Sanitario dei medici e dentisti dal 2016. Serve a tutelare la salute degli iscritti all'Enpam e dei loro familiari. Il fondo sarà integrativo rispetto al Servizio sanitario nazionale. L'atto di costituzione è stato firmato a luglio del 2015 ed ha cominciato ad operare. L'elenco delle prestazioni garantite vanno dal rimborso dei ticket a quello delle tariffe per l'intramoenia, passando per le cure odontoiatriche, l'acquisto di lenti da vista e i costi legati alla long term care.

"Come medici vogliamo difendere l'universalismo del Servizio sanitario nazionale che è uno dei migliori al mondo e di cui andiamo orgogliosi. È evidente però che la coperta è corta – dichiara il presidente della Fondazione Enpam **Alberto Oliveti** –. Già oggi oltre ai 114 miliardi di spesa sanitaria pubblica, gli italiani spendono 37 miliardi di euro in sanità privata e 3 miliardi di euro nei ticket, che nel tempo sono sempre di più diventati un mezzo per sopperire alle carenze finanziarie pubbliche, invece che uno strumento per limitare la domanda eccessiva e inappropriata".

"Il nostro Fondo sanitario integrativo – continua Oliveti – ambisce a trovare un equilibrio tra la coperta corta del sistema sanitario nazionale e la libera professione e a riportare anche i ticket alla loro originaria funzione moderatrice". Trattandosi della sanità dei sanitari, il fondo integrativo dei medici e dei dentisti è destinato a diventare il termine di paragone per i numerosi operatori del settore. L'ambizione è quella di diventare un modello da copiare per le buone pratiche adottate: coperture a sostegno (e non in sostituzione) del Ssn, valorizzazione del lavoro dei camici bianchi inseriti nel sistema pubblico e di quello dei liberi professionisti nell'erogazione delle prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza. Il Fondo è promosso dall'Enpam e vede come fondatori i sindacati Fimmg (medici di medicina generale), Fimp (pediatri), Sumai (specialisti ambulatoriali), Andi (dentisti), Anaa Assomed e Cimo (dipendenti ospedalieri).

In termini numerici la platea degli aderenti comprende i 356.375 medici e dentisti attivi iscritti all'Enpam e i 98.396 pensionati. A questi si aggiungono, oltre alle loro famiglie, il personale degli Ordini dei medici e quello delle organizzazioni sindacali mediche con i rispettivi familiari, per un totale che può essere stimato tra i 1 e 1,5 milioni di persone. La situazione attuale della sanità integrativa in Italia evidenzia che, diversamente dalla previdenza complementare, lo specifico quadro normativo di riferimento si compone di scarse e, a tratti, disorganiche disposizioni legislative alle quali si contrappongono, nella prassi, fattispecie eterogenee in cui sono coinvolti, a vario titolo, una molteplicità di soggetti nella veste di fonti istitutive, di gestori dei fondi sanitari e di erogatori delle prestazioni contrattualmente previste. Infine, taluni enti, quali le Regioni, pur essendovi legittimati dal legislatore, allo stato attuale, parrebbero essersi limitate a svolgere un ruolo di promozione ed incentivazione alla costituzione degli stessi. L'unico fondo che mi risulta essersi costituito è SANIFOND nel Trentino Alto Adige.

Dunque questa è la realtà a cui aggiungo che in nessun paese europeo caratterizzato sia da SSN che da sistemi mutualistici o di assicurazione obbligatoria in nessun caso le forme integrative di assistenza hanno potuto fare a meno del pilastro pubblico né si sono sostituite ad esso. Anzi l'esperienza dimostra che solo laddove vi sono forti pilastri pubblici è possibile coadiuvare con secondi e terzi pilastri le politiche della salute che sono divenute un problema per tutti i paesi avanzati.

A ciò si lega l'idea della regolamentazione della sanità integrativa esistente che mi ha accompagnato nel 2008, perché di fronte alle chiacchiere o alle battaglie ideologiche la verità era ed in parte ancora è che della sanità integrativa non sapevamo nulla, si concedeva defiscalizzazione senza accertarne esistenza e funzionamento ed era interamente sostitutiva. Non si integrano, per definizione, due sistemi così diversi, uno iper-regolamentato e l'altro quasi per nulla regolamentato, la diversità è troppo forte per favorire un processo di integrazione.

Se manca la regolamentazione è una grave mancanza della politica, quello che oggi si deve rimarcare è l'assurdo che ad 11 anni di distanza dai decreti Turco e Sacconi sui fondi sanitari integrativi, il completamento delle norme attuative non sia stato emanato. Che cosa fare?

Il funzionamento più adeguato e performante dell'Anagrafe dei fondi per il suo pieno funzionamento a regime. Le modalità della cessione in gestione, il regolamento dei fondi, l'organismo di vigilanza e controllo. Lavorare ad estendere i fondi sanitari verso l'apertura agli enti locali per la costruzione di fondi aperti alla popolazione superando il corporativismo e l'iniquità tra le fasce sociali protette e non.

L'esperienza maturata in tutti questi anni non può non indurre ad una **programmazione di policy making sanitaria**, che preveda almeno l'istituzione di un osservatorio con ampie funzioni di monitoraggio e vigilanza su tutte le forme di sanità integrativa, con la finalità di raccorderle al SSN. Di qui passa la strada della



## TUTTO QUELLO CHE MANCA PER AVERE UNA VERA SANITÀ INTEGRATIVA

costruzione del secondo pilastro in sanità, ma anche di una vera sanità integrativa. Promesse e fatti concreti spesso non vanno di pari passo, governare i fenomeni è molto più complesso. Ciò che non si può continuare a fare sono o le famosi indagini conoscitive, che vanno bene se servono a decidere, ma che rimangono lettera morta, come spesso è avvenuto e avviene nel Parlamento di questo paese oppure l'eterna diatriba tra SSN e sanità integrativa, o tra pubblico e privato.

**Siamo sicuri che con una manciata di danaro in più derivante dalla flat tax in salsa italiana, eliminando attuali detrazioni e deduzioni, siamo in grado in questo paese di favorire i redditi medio bassi?**

Favorire la domanda interna? Siamo sicuri che avremo scuola, sanità, pensioni migliori? Avete simulazioni sotto mano che vi dimostrino che con l'eliminazione della deduzione di 3615. 20 per la sanità integrativa, le sorti del SSN si risollevano stabilmente?

Al di là di un rinnovo dignitoso dei contratti ormai scaduti da 10 anni, saremo in grado di far fronte al costo delle nuove terapie farmacologiche, all'innovazione tecnologica da implementare, al fabbisogno medico ed infermieristico da portare in equilibrio, lo sappiamo che per la cronicità il nostro amatissimo SSN affronta l'assistenza domiciliare per la cura a lungo termine degli anziani fragili o con patologie croniche come se fosse un privilegio: ne gode infatti solo il 2,7% degli ultrasessantacinquenni residenti in Italia e le prestazioni, le ore dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo pro capite dei servizi sono i più differenti e variegati, a seconda delle aree del Paese. In particolare, assistiamo a domicilio nel nostro Paese solo 370mila over 65, a fronte di circa 3 milioni di persone che risultano affette da disabilità severe, dovute a malattie croniche, e che necessiterebbero di cure continuative.

Lo rilevano i dati del Ministero della Salute e una survey effettuata da Italia Longeva, network scientifico dello stesso Ministero dedicato all'invecchiamento attivo e in buona salute.

**Pensiero debole o riformismo paligenetico?** Non mi imbarco nel sacrario di chi pensa di avere la verità rivelata ormai da quasi trent'anni che però non produce cambiamento, più modestamente chiedo a prescindere dai punti di vista, un po' di coerenza: alle forze politiche, a quelle sociali, agli operatori del SSN, al mondo della cultura e della ricerca, sennò tutto appare propaganda, se non demagogia o peggio pubblicità ingannevole.

**Grazia Labate**

*Ricercatrice in economia sanitaria già sottosegretaria alla sanità*

18 giugno 2019

© Riproduzione riservata

# MAXMILLIAN THE SECOND

LA SALUTE E' TUTTO, SENZA SALUTE, TUTTO E' NIENTE



Tuesday, June 25, 2019

## LA SALUTE E' TUTTO, SENZA SALUTE, TUTTO E' NIENTE

MBA la  
MUTUA che  
premia i  
propri  
associati  
fedeli nel  
tempo.  
Non ci sono  
limiti di  
età per  
associarsi o  
aderire ad  
un fondo o  
sussidio e



rimanere a vita protetto e seguito passo dopo passo, con consulenze sanitarie e check-up periodici.

Un sussidio LTC può renderti la vita facile se stipulato anticipatamente, evitando esborsi di denaro nel momento del bisogno di non autosufficienza. L'unico sussidio che protegge anche chi ti assiste (parente, familiare o Care Giver). Un sussidio OMNIA protegge te e la tua famiglia per tutta la vita, da infortuni, malattie, gravidanze e anche socialmente come ad esempio i sussidi per la maturità o l'università. Con Omnia riprendi la tua forma dopo un'infortunio con terapie fisio-terapiche, cure termali e riabilitazione in palestra o piscina. In molti paesi del Nord Europa la Sanità integrativa è già obbligatoria perché ti permette di ridurre i tempi di attesa per visite ed interventi chirurgici, riabilitazione con professionisti preparati ed esperti, rimborsi sui ticket ed infine una tutela preventiva sulla tua salute.

Chiedi informazioni ulteriori inviando la tua richiesta ad: [mscapolan@gmail.com](mailto:mscapolan@gmail.com)

at [June 25, 2019](#)



Labels: [Benessere e salute](#)

[Home](#)

[Older Post](#)

Subscribe to: [Post Comments \(Atom\)](#)

## LA SALUTE E' TUTTO, SENZA SALUTE, TUTTO E' NIENTE

MBA la MUTUA che premia i propri associati fedeli nel tempo. Non ci sono limiti di età per associarsi o aderire ad un fondo o sussidio e ...

[Profilo LinkedIn](#)

[Guida personale](#)



Per informazioni: [mscapolan@aol.com](mailto:mscapolan@aol.com)

Total Pageviews

272,007

Pagine

- [Home page](#)
- [Me](#)
- [Video](#)

Search This Blog

Indice Etichette

[Pensiero positivo](#) [Max Quotes](#)  
[Aforismi](#) [Motivational Quotes](#)  
[Benessere e salute](#) [Legge dell'attrazione](#)  
[Motivation](#) [Quotes](#) [Frasi](#) [Instagram](#)  
[Leadership](#) [Quotes](#) [Ego](#) [PNL](#) [Quotes](#)  
[Manager](#) [Mental Coach](#) [Mindfulness](#) [Object](#)  
[Quotes](#) [Tecnica Piscina](#) [Graphic Chakra](#)

[Report Abuse](#)

[Thinks Positive](#)

LA SALUTE E' TUTTO, SENZA SALUTE, TUTTO E' NIENTE



When you can tell the story....



Before you say something to someone.....



Motivation Quotes Today



## Contattami

Name

Email \*

Message \*

Send

## Repubblica.it &gt; Scienze

- Su Marte la più grande quantità di metano mai misurata
- Il volo di una vela spaziale spinta dal Sole: è LightSail 2, il lancio con il razzo Falcon Heavy
- Il "taglia e incolla" del Dna per far rivivere gli animali estinti
- Marte, rover Nasa rileva la presenza di gas metano
- Nella prima infanzia il cervello consuma metà dell'energia

## Feedelissimo » Salute

- Creme solari: queste sostanze chimiche pericolose possono restare nel sangue anche per 24 ore
- 7 sintomi premonitori dell'ictus che tutti dovrebbero conoscere
- 12 sintomi che indicano che hai bisogno di più magnesio, e dove trovarlo
- Gli scienziati confermano: una mela al giorno fa veramente vivere più a lungo
- 5 consigli per viaggiare low cost

## MTVNews.it

- Ghostbusters: ecco il poster ufficiale del film
- Paradise Beach - Dentro L'incubo: Blake Lively e lo squalo, che coraggio!
- Alexander Skarsgard di "Tarzan" svela il segreto per avere un fisico muscoloso
- Scarlett Johansson batte tutte le attrici di Hollywood ed entra nella storia del cinema
- "Il Diavolo Veste Prada" compie 10 anni: 10 GIF epiche dal film!

## ANSA.it

- Mondiali donne: la Svezia vola ai quarti
- Torna in campo il Brasile
- Euro U21: Francia-Romania 0-0, Italia eliminata
- L'esultanza di Cortina e Milano - TUTTI I VIDEO
- Mondiali donne: 2-1 a Spagna, Usa a quarti

## L'INCHIESTA. LA CRISI DEMOGRAFICA

## L'Italia sempre più vecchia: fra 25 anni uno su tre over 65

Nell'Italia del 2039-40 ci saranno 18,8 milioni di cittadini con 65 anni o più (stime Istat), 5 milioni più di oggi. La popolazione in età da lavoro (15-64 anni) si sarà ridotta

di 5 milioni nonostante i flussi di migranti. Il trend riguarda tutta l'Europa: tra 25 anni gli over 65 saranno il 28%. Ma in Italia la dinamica è più spinta, si arriverà al 33%. Con pressioni sulla spesa

previdenziale e assistenziale nella totale assenza di strategie per arginare il fenomeno.

**Colombo e Pogliotti** — a pag. 6

LA CRISI DEMOGRAFICA  
 L'Italia che invecchia

Il «dividendo demografico», pari alla differenza tra il tasso di crescita della popolazione in età da lavoro e la popolazione totale, è negativo e lo sarà per i prossimi 40 anni. Manca un piano per sostenere le nascite

# Italia sempre più vecchia: fra 25 anni uno su tre over 65

**Davide Colombo  
 Giorgio Pogliotti**

Nell'Italia del 2039-40, quella in cui compirà vent'anni il neonato evocato dal presidente Vincenzo Boccia nell'ultima assemblea di Confindustria, ci saranno 18,8 milioni di cittadini con 65 anni o più, secondo le proiezioni Istat, 5 milioni in più di oggi. La popolazione in età da lavoro (15-64 anni) si sarà ridotta a sua volta di 5 milioni (a 33,7 milioni), a conferma della transizione demografica molto severa in pieno corso nonostante i continui flussi di migranti.

Venerdì il governatore di Bankitalia, Ignazio Visco, ha spiegato nelle sue Considerazioni finali che il trend riguarda tutta l'Europa, visto che tra 25 anni gli over 65 stimati da Eurostat saranno il 28% nel complesso dell'Unione. Ma in Italia la dinamica è più spinta, e si arriverà al 33%. L'invec-

chiamento dei baby boomers premerà sulla spesa previdenziale e assistenziale nella totale assenza (almeno per ora) di una seria politica attiva per garantire l'occupazione per la fascia sopra i 55 anni.

### Meno giovani al lavoro

Due indici ci spiegano tutto: l'*ageing index* (rapporto percentuale tra over 65enni e under 15) e l'indice di dipendenza strutturale (popolazione in età non lavorativa sulla popolazione in età da lavoro). Il primo ha superato il 165% nel 2017, il secondo viaggerà tra vent'anni attorno al 80%. Come ha ben messo in chiaro Bankitalia in un *Occasional Paper* di qualche mese fa (431/2018) il nostro Paese si troverà tra appena due decenni in un territorio inesplorato, perché se è vero che il tasso di dipendenza strutturale sarà tornato ai livelli del 1911, questa volta non sarà, come lo fu allora, per la maggior numerosità degli under 15 ma per la crescente

popolazione di over 65. Le prospettive sono completamente diverse. Calcola il demografo Antonio Golini, coautore del volume appena pubblicato con Marco Valerio Lo Prete ("Italiani poca gente"; Luiss University press) che oggi in Italia gli occupati di età compresa tra i 15 e i 34 anni, quelli che definiamo "giovani", sono 5 milioni e 77mila, il 40,8% dei 12,5 milioni di residenti della stessa età. Appena vent'anni fa, i giovani lavoratori erano 7,6 milioni, il 46,4% dei 16,5 milioni di giovani di allora. L'anno scorso, insomma, avevamo un terzo dei giovani occupati in meno rispetto al 1998. C'entra la crisi, ma soprattutto il fatto che negli ultimi vent'anni un giovane italiano su quattro è letteralmente svanito nel nulla. Mentre invece gli anziani crescevano, fino a raggiungere il 22,7% della popolazione. Con una presenza sempre più forte sul mercato del lavoro, soprattutto a causa dell'innalzamento dell'età pensionabile. Nel 2008 gli occupati tra i 55 e i 64



annierano 2,4 milioni, dieci anni dopo sono saliti a quota 4,3 milioni, il loro tasso di occupazione è passato dal 34,3 al 53,7%. I dati Istat ci dicono che in questa fascia d'età sono diminuiti gli scoraggiati, ovvero gli esclusi dal mercato del lavoro. Molti si sono attivati nella ricerca di un posto e il numero di inattivi con i capelli grigi è sceso da 4,6 milioni a 3,4 milioni. In parte hanno trovato un'occupazione, in parte ne sono finiti tra i disoccupati, che in questa fascia sono passati da 79 mila a 262 mila, con un tasso di senza lavoro senior quasi raddoppiato (dal 3,1 al 5,7%), sull'onda dei licenziamenti registrati durante la crisi. Guardando all'andamento dell'ultimo decennio, comunque, i lavoratori tra 55-64 anni hanno fatto registrare la migliore performance occupazionale. «Con la legge Fornero e il Jobs act la fascia d'età degli over 55 è rimasta più a lungo al lavoro e più difficilmente licenziabile - spiega Claudio Lucifora (Economia del lavoro all'Università Cattolica di Milano) -, mentre gli interventi normativi sul lavoro autonomo hanno fatto sì che in molti casi i lavoratori senior usciti in anticipo per la pensione siano stati poi riassunti come consulenti dalle aziende, a causa della loro maggiore esperienza. Ora Quota 100 impedisce di andare in pensione e continuare a lavorare. Ma con l'aspettativa di vita stabilmente sopra gli 80 anni il tema dovrebbe essere quello dell'invecchiamento attivo».

#### Dividendo negativo

Bankitalia analizza gli effetti contabili sulla crescita del Pil legati alla variazione delle dimensioni e della struttura della popolazione. Con risultati da brivido: il *demographic dividend*, pari alla differenza tra il tasso di crescita della popolazione in età da lavoro e la popolazione complessiva, è passato in territorio negativo all'inizio degli anni '90. E in proiezione resterà negativo nei prossimi quattro decenni, con un picco di -8% tra il 2031 e il 2041 (senza il contributo dei lavoratori stranieri il dato sarebbe peggiore), per poi tornare in positivo nel 2051-2061. Per trovare un nuovo equilibrio di crescita sostenibile in una società più vecchia lo studio di Bankitalia indica tre strade. Da adottare tutte insieme: allungare gli anni di vita lavorativa, aumentare la partecipazione femminile al mercato del lavoro e incrementare i livelli di istruzione. Politiche di orizzonte lungo che da sole non basteranno. Come dice Golini il declino demografico è scritto e l'immigrazione non basta a contrastarlo:

«Serve una presa di coscienza culturale, capire che avere un bambino non è solo un fatto privato di una famiglia ma un contributo alla crescita di un Paese». E servirebbero, aggiungiamo noi, politiche a sostegno della natalità ben più importanti di quelle immaginate finora.

#### L'active ageing che non c'è

In realtà si sta andando in tutt'altra direzione con misure come Quota 100 che puntano all'uscita anticipata, con conseguenze prevedibili sulla tenuta del nostro sistema di welfare. Il presidente del Cnel, Tiziano Treu, sottolinea che «in Italia finora non si sono fatte politiche di active ageing, anzi si sono incentivati pre-pensionamenti, scivoli ed esodi volontari. Dobbiamo passare dall'incentivo all'uscita a politiche di accompagnamento». Il Cnel ha istituito un Osservatorio sull'invecchiamento attivo, Treu invita a guardare all'Europa per utilizzare un menu di strumenti come il part-time, la formazione continua, soluzioni su orari di lavoro, ergonomia e competenze, la modifica della curva retributiva e l'incentivazione ad iniziative di mentoring, per il trasferimento delle competenze. Secondo un'analisi di Randstad solo il 20% delle aziende ha adottato pratiche di active ageing, contro un 26,4% che punta invece a facilitare le uscite dal mondo del lavoro. Parla di «paradosso dell'invecchiamento» Claudio Lucifora: «Nonostante le aziende italiane abbiano oggi la forza lavoro tra le più anziane al mondo fanno molto poco per fronteggiare il fenomeno, vanno adeguate le politiche in materia Hr, serve una profonda riorganizzazione».



#### TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Tra 25 anni nell'Unione europea gli over 65 saranno il 28%, in Italia il 33%



#### LE PAROLE DEL GOVERNATORE

«Nei prossimi 25 anni - ha spiegato Ignazio Visco nelle Considerazioni finali - la quota della popolazione con almeno 65 anni raggiungerà il 28% nel complesso dell'Unione, il 33 in Italia; cresceranno di conseguenza le pressioni finanziarie sui sistemi pensionistici e di assistenza»

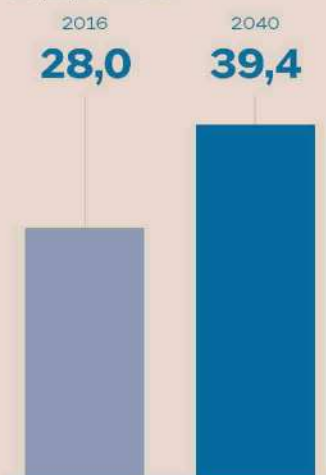


**Over 60**

Con l'età si modificano i consumi: sanità, assistenza ma anche viaggi, cultura e tempo libero

**Lo scenario****POPOLAZIONE OVER 60**

Percentuale di over 60 su popolazione



Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat

**IL VALORE AGGIUNTO DELLA SILVER ECONOMY**

Panoramica dei settori interessati, per valore aggiunto.  
 In migliaia di euro

|                                                                        |                                                                     |                                             |                                |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| Beni per uso domestico, impiantistica ed elettrodomestici<br>3.359.661 | Medicinali, apparecchiature elettromedicali, cosmetici<br>3.201.663 | Trasporti<br>4.088.549                      | Telecomunicazioni<br>2.617.418 |
| Forniture<br>3.284.385                                                 | Sanità e assistenza sociale<br>8.512.460                            |                                             |                                |
| Commercio e produzione alimenti<br>3.170.189                           |                                                                     | Viaggi, cultura e tempo libero<br>4.000.624 |                                |

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat



## I benefit

# Welfare, la salute prima di tutto

MILANO

A partire dal prossimo anno verrà innalzato da 3 mila a 5 mila l'importo detassato dei premi di risultato con un dimezzamento dell'imposta sostitutiva. E l'esenzione s'allarga a terapie di lungo corso e malattie gravi

**S**e le bozze che girano troveranno conferma nell'atteso "Ddl produttività", a partire dal prossimo anno verrà innalzato da 3 mila a 5 mila l'importo detassato dei premi di risultato, con un dimezzamento dell'imposta sostitutiva (dal 10 al 5%) e la sua scomparsa nel caso di conversione del premio in welfare aziendale. Restando a quest'ultimo ambito è attesa anche l'introduzione di un'agevolazione fiscale e contributiva fino a 10 mila euro per le somme corrisposte ai lavoratori affetti da patologie oncologiche e un tetto ancora da definire relativamente alle spese sostenute dai dipendenti per il mantenimento o l'assistenza sanitaria degli animali domestici.

## CONTI IN TENSIONE

Il tema del welfare aziendale sta assumendo un'importanza crescente nella società, considerato che le casse pubbliche sono sempre più in difficoltà nell'assicurare assistenza ai cittadini sia perché sono state messe a dura prova dalla lunga crisi, sia per il progressivo invecchiamento della popola-

zione. Da qui la scelta di incentivare i soggetti privati che mettono in campo iniziative di questo tipo. L'orientamento del legislatore è stato di legare gli incentivi in questo campo al tema della produttività, nella considerazione che quest'ultimo è un aspetto critico per la competitività italiana. Secondo uno studio dell'Ocse, questo indicatore nel nostro Paese è cresciuto di un misero 0,30% annuo tra il 1995 e il 2017, contro l'1,47% medio fatto segnare dai Paesi che fanno parte dell'organizzazione. Così nel 2016 è stata introdotta un'imposta forfettaria al 10% sui premi di produzione fino a 2 mila euro per i lavoratori con reddito sotto i 50 mila euro lordi annui. Con l'aggiunta che, se si

sceglie di convertire il premio in elementi di retribuzione non monetari, la tassazione è zero. La legge di Bilancio 2017 ha poi allargato il raggio d'azione, stabilendo l'esenzione fiscale per i premi versati dal datore per finanziare terapie di lungo corso e malattie gravi dei dipendenti. E in parallelo ha stabilito che queste spese non

concorrono ai limiti di deducibilità per le spese sanitarie e i versamenti alla pensione integrativa.

## PMI ESCLUSE

In aggiunta, dal 2018 se l'azienda rimborsa il biglietto o l'abbonamento ai mezzi pubblici che il dipendente prende per raggiungere il posto di lavoro, la somma non

concorre a formare il reddito di quest'ultimo.

Tutto bene, dunque? A livello sindacale si fa notare che se le iniziative che portano benefici ai lavoratori non possono che essere benvenute, la condizione è che il welfare aziendale risulti aggiuntivo e non sostitutivo di quello pubblico. Altrimenti, se lo Stato da una parte

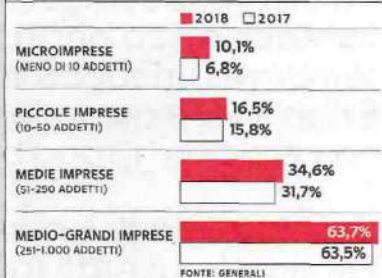
riduce il suo raggio d'azione e contemporaneamente impiega un capitolo di spesa per consentire la tassazione forfettaria, si crea un gap per chi lavora in aziende che non adottano queste misure. Si tratta per lo più delle realtà di piccole dimensioni, dove non esiste una struttura organizzativa ad hoc. - I.d.o.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1

## I numeri

**LA DISTRIBUZIONE DEI SERVIZI**  
 IMPRESE ATTIVE NEL WELFARE DA ALMENO 2 ANNI


Le politiche di welfare sono sempre più dinamiche, ma la sanità integrativa sta riscuotendo notevole successo

## SPENDING REVIEW INEVITABILE

## A rischio le detrazioni delle spese sanitarie

*Il Mef studia il dossier spese fiscali. Nel mirino crediti di imposta e benefici «duplicati»*

**Roma** Vero che nella lettera inviata dal governo alla Commissione europea - ultima versione - non c'è il taglio del welfare, ma solo i risparmi provenienti da Reddito di cittadinanza e Quota 100 (3,5 miliardi). Ma è vero anche che il welfare resta nel mirino del governo. Il ministero dell'Economia sta lavorando in particolare per individuare la duplicazione di alcune prestazioni di Welfare.

Nel groviglio delle tax expenditures, più di 500 agevolazioni che si sono stratificate nel tempo e costano nel complesso 161 miliardi, ci sono detrazioni e deduzioni che riguardano la spesa sanitaria sostenuta da cittadini presso strutture private.

Se ci sono duplicazioni nel welfare, riguardano questo tipo di agevolazioni. Forse non la deducibilità delle assicurazioni sanitarie, ma è possibile che i tagliatori di spesa prendano di mira la detrazione per spese sanitarie, spese mediche e di assistenza che sono previste anche dal servizio sanitario nazionale.

Se così fosse, sarebbe una stangata sulla classe media non da poco, se si

tiene conto che gli italiani pagano di tasca propria la sanità per circa 40 miliardi. E che, fatta l'eccezione delle cure dentali e per gli acquisti di farmaci, sono in gran parte prestazioni già fornite dalla sanità pubblica.

Il meccanismo per limitare le spese fiscali potrebbe essere quello di legare al reddito le agevolazioni fiscali, aumentare la franchigia oppure ridurre la percentuale dei benefici.

Le voci si rincorrono perché gli spazi per tagliare la spesa sono sempre più stretti, tra veti della maggioranza e regole europee rigide. Le tax expenditures non potranno che essere toccate dalla legge di Bilancio 2020. In particolare se la Lega Nord terrà duro sulla flat tax.

Al ministero dell'Economia sono stati istituiti dei tavoli per individuare i possibili risparmi. Oltre alle «spese fiscali», sulle scrivanie dei tecnici ci sono dossier sui crediti di imposta, gli affitti della pubblica amministrazione.

Tra le misure destinate ad essere ridimensionate resta anche il bonus da 80 euro di Matteo Renzi. Permetterà il recupero di quasi 10 miliardi,

necessari a finanziare la flat tax di Matteo Salvini.

Progetti che riguardano il prossimo anno. Ma già la scorsa legge di Bilancio prevede dei tagli. Sono otto miliardi di euro in tre anni. Uno in programma già quest'anno, dai risparmi del reddito di cittadinanza. Il prossimo anno il sussidio fortemente voluto dal Movimento cinque stelle dovrebbe fare risparmiare circa 3 miliardi. Risparmi in vista anche da Quota 100, che alla fine potrebbe riguardare poco più di 300 mila ex lavoratori e non i 900 mila preventivati dal governo.

Anche questi sono risparmi del welfare. Dovranno andare a riduzione del deficit e non è pensabile che vengano riutilizzati per coprire altre misure. Il M5s preme per il decreto famiglia, bloccato proprio per problemi di copertura. Con la prossima legge di Bilancio i cinque stelle vorrebbero puntare sul quoziente familiare, da affiancare alla flat tax di Salvini. Ogni misura, dovrà essere coperta. Anche tagliando lo stato sociale.

**AnS**





# Il welfare della sanità

In forte aumento i fondi integrativi e i lavoratori assicurati contrattualmente  
Federico Razetti: «Il motivo della crescita è la contrazione della spesa pubblica»

I cittadini spendono per ticket e prestazioni private 33,9 miliardi di euro  
Le mutue ne rimborsano una parte, ma la cifra potrebbe salire se fossero più note

di **PAOLO RIVA**

**P**er scrutare l'orizzonte sul quale si muoverà il welfare del futuro, le montagne del Trentino sono un buon punto di osservazione. Nelle sue valli, che hanno una lunga tradizione di protagonismo delle parti sociali, opera Sanifonds Trentino, un fondo sanitario integrativo territoriale interessante anche oltre i confini della provincia per la sua capacità di innovare, rispondere ai bisogni locali e proporre forme inedite di collaborazione con il pubblico. I fondi sanitari integrativi sono soggetti senza scopo di lucro, molto spesso istituiti tramite la contrattazione collettiva, il cui obiettivo è coprire le spese sanitarie degli iscritti.

Dal 2010, il loro numero è fortemente aumentato, così come sono aumentati i lavoratori assicurati tramite i fondi integrativi contrattuali: nel 2017 hanno toccato quota 6 milioni, facendo registrare un +56% rispetto a due anni prima. «Il fenomeno è in crescita - spiega Federico Razetti, di Percorsi di Secondo Welfare - perché la spesa per la sanità pubblica si contrae e risulta non adeguata alle esigenze del sistema». E, infatti, a fronte di 11,4 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica, ce ne sono altri 33,9 che vengono messi direttamente dai cittadini, per ticket e prestazioni private. Per i fondi sanitari integrativi, che già oggi rimborsano 5,8 miliardi di euro di spese ai loro iscritti, ci sarebbero quindi ampi margini di sviluppo. La maggioranza di loro opera a livello nazionale ma, secondo alcuni osservatori, è a livello territoriale che ci sono le possibilità di crescita più importanti.

«Dal momento che tra le regioni italiane ci sono differenze

abissali in termini di sanità, i fondi territoriali risultano più efficaci perché riescono davvero a integrare ciò che offre la sanità pubblica. I fondi nazionali fanno più fatica e, troppo spesso, le loro prestazioni finiscono per sostituire quelle del sistema sanitario», sostiene Michele Buonerba, segretario generale della Cisl Alto Adige ed esperto del tema perché tra i promotori di uno dei primi fondi sanitari integrativi territoriali, quello per l'artigianato, istituito in Provincia di Bolzano nel 2013. «Bisogna poi considerare - aggiunge - che molti lavoratori non sanno nemmeno di essere iscritti ai fondi nazionali.

A livello locale, invece, è possibile fare informazione in modo capillare e faticoso, ma efficace. Il risultato è che il nostro fondo ha un rapporto premi/sinistri dell'87% mentre si stima che i fondi nazionali non superino il quindici». Oltre a quello altoatesino, gli altri esempi di fondi sanitari integrativi territoriali esistenti sono tutti al Nord: in Veneto, in Lombardia e in Trentino, da dove siamo partiti. Sanifonds Trentino, istituito nel 2015 sull'esperienza positiva del fondo pensione complementare Laborfonds, è diventato operativo l'anno seguente. Uno dei suoi punti di forza è coprire una platea di lavoratori molto eterogenea: «Già oggi i nostri 43.000 iscritti, in larga parte dipendenti della Provincia, fanno riferimento a 27 accordi contrattuali diversi. E a questi, dal 2020, si aggiungeranno gli oltre 11 mila lavoratori del fondo dell'artigianato trentino».

Altre due peculiarità riguardano la gestione: la completa digitalizzazione dei processi e l'utilizzo di un software in cloud. «Queste scelte - prosegue il direttore - ci hanno consentito di minimizzare la carta, con il 70% delle pratiche gestite on line, e di promuovere con il consenso delle organizzazioni sindacali un innovativo progetto di smart working



per tutti i collaboratori». Non sono gli unici benefici. Essendo un fondo autogestito, che non esternalizza a un'assicurazione la copertura del rischio, Sanifonds ha sempre a disposizione tutti i dati relativi alle sua attività, per decisioni rapide, ma ponderate. «Siamo un vascello corsaro», scherza il dg Alessio Scopa, riferendosi alle caratteristiche dell'organizzazione che dirige. L'equipaggio è composto da quattro dipendenti, tutti laureati tra i 25 e i 32 anni.

### L'alleanza per i dati

«Il nostro ambiente - prosegue - è molto stimolante per i giovani: grazie alle piccole dimensioni, possiamo fare progetti sperimentali, scalabili per i livelli superiori». L'alleanza per i dati che Sanifonds ha appena lanciato, insieme all'Università di Trento, ne è il perfetto esempio. Grazie ad un modello di analisi statistico sviluppato con l'ateneo, il fondo studierà i consumi sanitari privati territoriali, con l'obiettivo di fornire alla Provincia Autonoma di Trento dati utili per le politiche sanitarie. «È uno dei primi progetti di questo tipo in Italia e le potenzialità sono straordinarie perché le istituzioni hanno i dati relativi alla sanità pubblica, ma non quelli sulle spese che le famiglie sostengono di tasca loro», commenta

Scopa.

Gli altri enti ad avere questo tipo di dati sono le assicurazioni che offrono polizze sanitarie private ma, essendo la base del loro legittimo profitto, non hanno interesse a condividerli. Sanifonds invece vuole farlo, conclude il direttore, «affinché il pubblico li usi nell'ambito dei suoi processi decisionali. Ma anche per instaurare una collaborazione virtuosa tra sanità pubblica e sanità integrativa, evitando quelle dispute ideologiche secondo cui la seconda ruberebbe risorse alla prima».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'esperienza innovativa di Sanifonds Trentino riesce a rispondere ai bisogni locali e propone forme inedite di collaborazione con il pubblico**

**I fondi territoriali risultano più efficaci perché integrano ciò che offre la sanità pubblica. Quelli nazionali? Molti lavoratori non sanno nemmeno di essere iscritti**

## I Fondi sanitari integrativi (Fsi)

### CHE COSA SONO



Soggetti **senza scopo di lucro**



In larga parte istituiti tramite la **contrattazione collettiva**



La finalità è la **copertura parziale delle spese sanitarie sostenute dai cittadini iscritti** (spese private e ticket)

### I MODELLI

Quelli prevalenti sono:

- **Autogestito:** assume in proprio il rischio conseguente alla copertura delle spese sanitarie
- **Assicurativo:** esternalizza ad una Compagnia assicurativa tale copertura e anche la gestione operativa

### IL CONFRONTO

|                                | <b>FSI</b>                                    | <b>Polizze individuali</b>       |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| ● <b>Iscrizione</b>            | Su base collettiva, obbligatoria o volontaria | Su base individuale e volontaria |
| ● <b>Selezione del rischio</b> | Non ammessa                                   | Ammessa                          |
| ● <b>Scopo di lucro</b>        | No (non profit)                               | Sì (profit)                      |
| ● <b>Agevolazioni fiscali</b>  | Previste                                      | Non previste                     |

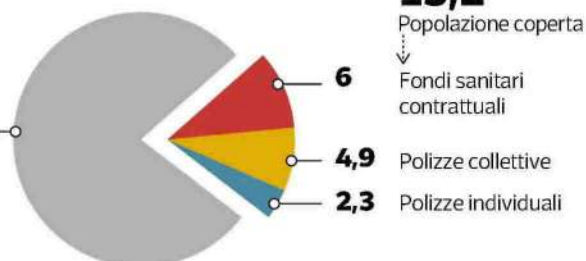
## QUANTO VALE LA SANITÀ INTEGRATIVA

### La copertura in Italia

(milioni di cittadini, 2017)

**47,3**

Popolazione non coperta

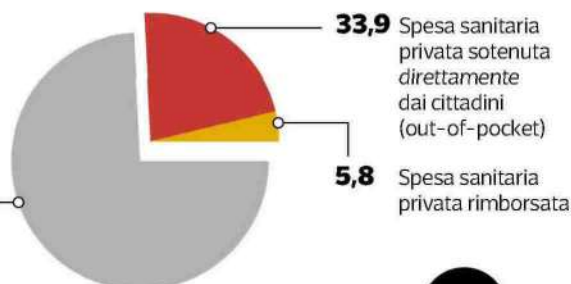


### La spesa sanitaria complessiva

(mld di euro)

**114**

Spesa sanitaria pubblica

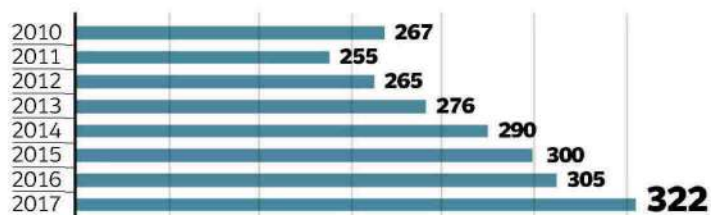


### La crescita dei Fsi

(numero di assicurati per tipo di copertura, in milioni)



### Numero Fsi (registrati all'Anagrafe)





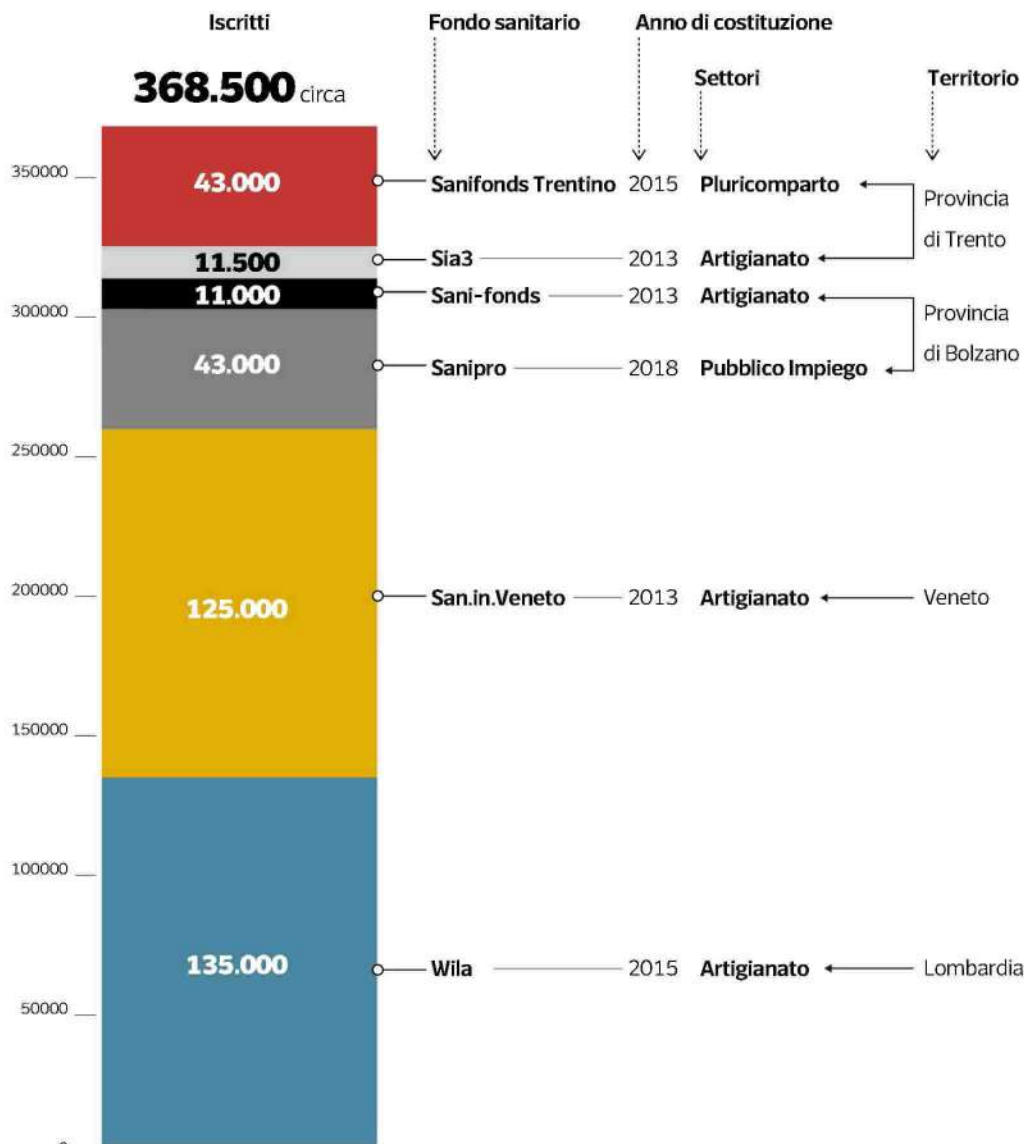
## IL RUOLO DEI FSI TERRITORIALI



I Fsi territoriali sono istituiti da amministrazioni regionali o locali e dalle organizzazioni sindacali e datoriali territoriali



Differentemente da quanto avviene per i Fsi nazionali, le contribuzioni raccolte dalle aziende locali alimentano rimborsi sanitari rivolti **esclusivamente ai dipendenti presenti su quel territorio**. In altri termini, la mutualità opera su scala regionale (o provinciale) e non nazionale







## UN IDENTIKIT DEL PROFESSIONISTA NEL SETTORE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

| PROCESSO                                    | PRODOTTO                                                                                                                                                      | Economia sanitaria | Business Intelligence | Interpretazione modelli attuariali/<br>analisi Statistica | Gestione delle Relazioni Industriali/<br>Customer Relationship Management | Sistemi IT e social media | Leadership | Project Management | Problem solving |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|--------------------|-----------------|
| <b>Progettazione dell'offerta sanitaria</b> | ● Piano Sanitario                                                                                                                                             | ×                  |                       | ×                                                         | ×                                                                         |                           |            |                    |                 |
| <b>Progettazione (design) del servizio</b>  | ● Costruzione delle strutture convenzionate e delle modalità di accesso per gli iscritti.<br>● Disegno del Service Management                                 | ×                  | ×                     |                                                           | ×                                                                         | ×                         |            |                    |                 |
| <b>Erogazione del servizio</b>              | ● Erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle strutture convenzionate.<br>● Rimborso delle spese sanitarie anticipate da parte del Fondo sanitario  | ×                  |                       |                                                           | ×                                                                         | ×                         | ×          | ×                  | ×               |
| <b>Analisi dei dati</b>                     | ● Gestione dei dati sui comportamenti di spesa sanitaria degli iscritti.<br>● Ideazione e interpretazione modelli di analisi.<br>● Monitoraggio e valutazione | ×                  | ×                     | ×                                                         |                                                                           | ×                         |            |                    |                 |
| <b>Comunicazione</b>                        | ● Gestione e progettazione dei canali informativi.<br>● Definizione del posizionamento di comunicazione                                                       |                    |                       |                                                           | ×                                                                         | ×                         | ×          |                    |                 |



## GLI SBOCCHI PROFESSIONALI

**Operatori della  
sanità integrativa**

**Regolatori ed  
erogatori sanitari**

Fondi sanitari  
integrativi e Società  
di Mutuo Soccorso  
Provider assicurativi  
Compagnie  
assicurative

Aziende sanitarie  
pubbliche e private  
Ministeri della Salute  
e dell'Economia  
Regioni  
Agenzie  
Altri enti  
di programmazione  
sanitaria

**Operatori del  
welfare aziendale**  
Società provider

condo welfare

Corriere della Sera - Infografica Sabina Castagnaviz





CONTRATTI A GETTONE PER I BUCHI NEGLI ORGANICI

## Ospedali a corto di medici La Liguria chiama i privati

Gli ospedali liguri potrebbero essere costretti a fare ricorso ai privati per colmare i buchi negli organici. Ad annunciarlo è stato il commissario straordinario dell'azienda regionale Alisa. La chiamata a gettone

avverrebbe sulla base di elenchi a disposizione delle aziende sanitarie. Il provvedimento si aggiungerebbe al rientro di pensionati. Contrari i sindacati dei medici.

VIANI / PAGINA 27

CONTRO LA CARENZA DI ORGANICI NEL PUBBLICO GIÀ IPOTIZZATO L'IMPIEGO DI PROFESSIONISTI IN PENSIONE

# Medici privati pagati a gettone per far funzionare gli ospedali

Ora la Regione potenzia il piano anti-crisi. I sindacati: no a soluzioni tampone



Medici in corsia: presto negli ospedali potrebbero lavorare professionisti a gettone

**Bruno Viani**

**D**oveva essere solo una riunione tecnica, convocata ieri pomeriggio in Regione, tra le rappresentanze sindacali del mondo sanitario e Alisa. Obiettivo: affrontare il problema della carenza di medici nel servizio sanitario nazionale e l'ipotesi di far scendere in campo i pen-

sionati per un periodo di emergenza che ha radici lontane e potrebbe durare anni. Si è chiusa invece con una proposta lanciata dal commissario straordinario Walter Locatelli ancora più dirompente: la chiamata a gettone dei privati all'interno del servizio sanitario pubblico.

### CURRICULUM E VISITE MEDICHE

«Si ipotizzano elenchi di me-

dici comprendenti pensionati e liberi professionisti dai quali le aziende sanitarie potrebbero pescare in base alle esigenze del momento - dice Giulio Cecchini già primario di Radiologia a Voltri e segretario regionale Cimo - l'inserimento negli elenchi avverrebbe previo esame dei curriculum e visita medica: un medico che ha passato gli ultimi dieci

anni su una panchina ai giardinetti, non può tornare a prestare servizio come se niente fosse. Nello stesso tempo, gli strutturati si rivolterebbero se a loro fosse lasciato tutti i compiti più gravosi, a cominciare dalle guardie».

«Non abbiamo ancora visto un documento scritto, devono essere ancora chiarite troppe cose - dice Gianni Traverso, segretario regionale Anaao-Assomed Liguria - i tappulli hanno poco senso. E pensiamo ai problemi legali: se metto un libero professionista o un pensionato all'interno dell'equipe di un ospedale e nasce qualche problema che lo coinvolge, chi ne risponde?».

Secondo il comunicato congiunto della Federazione Cimo-Fesmed «bisogna pensare sul lungo periodo e

il solo provvedimento di accorpamento dei duplicati di strutture semplici e complesse potrebbe portare a coprire almeno il 30-40% delle carenze d'organico».

#### LA POLEMICA POLITICA

«La Regione richiama in servizio i medici pensionati invece di bandire concorsi per assumere giovani laureati - attacca un comunicato Pd a firma di Giovanni Lunardon, Pippo Rossetti e Valter Ferrando - come al solito la Giunta Toti-Viale preferisce l'espedito del "tapullo" e, invece di risolvere una volta per tutte una situazione di emergenza investendo sul futuro, si preoccupa solo di tamponarla».

Per i tre consiglieri di opposizione «in Liguria servono medici, infermieri e oss, perché oltre alla cronica

manca di personale, adesso si aggiungono anche gli effetti di quota 100: a dicembre 2014 il personale sanitario ligure pubblico contava 15.882 addetti, a maggio 2018 scesi a 15.254, come dire 628 unità in meno».

La riunione tecnica di ieri si è chiusa con toni accesi, tra dieci giorni è atteso un nuovo incontro alla presenza dell'assessore Sonia Viale. «Sono assolutamente d'accordo che si deve programmare ma il problema parte da lontano - dice Viale, - e esistono tempi tecnici prima di avere a disposizione dei medici specializzati da assumere. L'emergenza è oggi: e poi sappiamo tutti che molti liberi professionisti sono pensionati che continuano a esercitare come privati». —

CC BY NC ND AL CUNTI DIRITTI RISERVATI



# Terapie digitali

## Che cosa sono (e perché da noi non decollano)

Mentre una medicina tradizionale  
ha come principio attivo una molecola  
chimica o biologica, i nuovi trattamenti  
«curano» attraverso un software

di **Ruggiero Corcella**

**A**vete mai sentito parlare di terapie digitali? Sotto il cielo della sanità, sia in Italia sia a livello internazionale, c'è grande fermento intorno a uno dei principali filoni della rivoluzione tecnologica che sta investendo anche il settore della salute. Per questo al Polihub, incubatore di imprese innovative del Politecnico di Milano (ne ospita 120, come sottolinea Stefano Mainetti, Ceo di Polihub) gestito dalla Fondazione Politecnico, si è tenuto il primo Digital Therapeutics Day organizzato da Fondazione Smith Kline e da Vinci Digital Therapeutics.

«Stiamo discutendo di una nuova tecnologia sanitaria di prescrizione medica — spiega Giuseppe Recchia, vicepresidente di Fondazione Smith Kline —. Il medico ha iniziato a prescrivere i farmaci clinici nel 1899 con il primo a base di acido acetilsalicilico, lanciato in quell'anno; i farmaci biotecnologici nel 1982, quando è stata introdotta l'insulina ricombinante; i far-

maci di terapie avanzate, genica, cellulare e tissutale nel 2009 e quelli di terapia digitale nel 2017, quando la Food and Drug Administration (l'ente regolatorio per i farmaci e i dispositivi medicali) negli Stati Uniti li ha approvati. Consideriamo questo come l'anno zero delle terapie digitali».

Cerchiamo di spiegarci meglio, in base alla definizione data dalla Digital Therapeutics Alliance come ricorda

Roberto Ascione Ceo di Healhtware, gruppo italiano che da dieci anni si occupa di digital health. «Le terapie digitali sono interventi terapeutici - basati in primo luogo su un software, o su un software e un farmaco insieme - centrati sul paziente e che hanno la capacità di dare benefici tangibili da un punto di vista clinico, misurabili e scientificamente validati in modo rigoroso».

In altre parole mentre una medicina tradizionale ha come principio attivo una molecola chimica-biologica, in quella digitale il principio attivo è un software cioè un programma. «Se pensiamo alle 380 mila App che si occupano di salute in commercio sui vari sto-

re, ecco quelle non sono digital therapeutics neanche lontanamente», aggiunge Ascione. Dunque per capire se

una App o un inalatore intelligente o un videogioco, per citare tre tipologie approvate dalla Fda, possono essere considerati «medicine» occorre capire se abbiano superato un iter di validazione scientifica. «Nè più nè meno di quello che viene seguito normalmente per un farmaco — fa presente Eugenio Santoro del Laboratorio di informatica medica, Dipartimento di salute pubblica, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri IRCCS —. Si parte da una fase di analisi e disegno dello strumento, per poi passare allo studio clinico pilota su pochi pazienti, alla sperimentazione clinica allargata fatta su molti più pazienti e infine all'introduzione nella pratica medica».

Oggi si stanno conducendo parecchi studi clinici sulle terapie digitali, come è possibile verificare sul sito Clinicaltrials.gov (Usa), il più importante registro di sperimentazioni cliniche al mondo: su oltre 150 mila protocolli di sperimentazione clinica condotta in

ambito farmacologico, quasi 3mila riguardano appunto le terapie digitali. In Europa (e quindi in Italia) invece le terapie digitali non decollano perché non sono ancora definite né da un punto di vista normativo né dell'eventuale regime di rimborso come invece già è stato fatto negli Stati Uniti (si veda a fianco).

Allo stato attuale, un software può solo essere classificato come dispositivo medico e rientrare così nel nuovo Regolamento Ue (745/2017 in vigore da maggio 2020) che disciplina l'immissione in commercio di questi prodotti. «La normativa non prevede però che il software possa avere effetti terapeutici di per sé, ma solo che possa essere usato per il monitoraggio. Quindi pur entrando in vigore l'anno prossimo, la norma nasce già vecchia» sottolinea Alice Ravizza, ingegnere biomedico che si occupa di certificazione di prodotti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le tappe

1899

Prima prescrizione di un farmaco a base di acido acetilsalicilico

1982

Inizia l'era dei medicinali biotecnologici con l'insulina ricombinante

2017

La Fda americana approva le prime digital therapies

## Il problema

### Come sarà possibile rimborsarle?

Il problema si è già posto per la telemedicina: in Italia viene usata da trent'anni ma le prestazioni relative a questi servizi hanno ottenuto un regime di rimborso solo in pochissime regioni. Figuriamoci allora se parliamo di terapie digitali, dove il sentiero

(normativo) non è stato neppure tracciato.

«Non necessariamente l'innovazione tecnologica è di per sé innovazione terapeutica — mette in guardia Nello Martini di Fondazione ReS (Ricerca e Salute) intervenuto al Digital Therapeutics Day —. Se parliamo di rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale quello che conta non è dimostrare l'innovatività tecnologica, quanto che l'innovatività tecnologica migliora l'assistenza del paziente, misurata però su obiettivi "forti" come la riduzione della mortalità e delle riospedalizzazioni». «Penso che se per le digital therapeutics esisterà un vero futuro, eventualmente anche di rimborsabilità, sarà all'interno dei Percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, i Pdta, e della presa in carico del paziente cronico».

R.Co.





Assolombarda: ad aprile gli accordi di questo tipo depositati al Lavoro hanno raggiunto il 52%

# WELFARE, CHE IMPRESA

## In aumento la spesa delle aziende per i benefits

DI ROBERTO CARCANO

**N**egli ultimi anni il sistema di welfare pubblico in Italia si è progressivamente indebolito, in parte per fattori economici, in parte perché i bisogni delle persone sono cambiati. Una risposta al problema è stata fornita dal contemporaneo diffondersi del welfare aziendale, un trend che l'ultimo rapporto annuale dell'Osservatorio di Assolombarda conferma in costante crescita. Ad aprile 2019 gli accordi depositati presso il ministero del Lavoro che prevedono misure di welfare hanno raggiunto il 52% del totale (rispetto al 33,5% di dicembre 2017). Pur trattandosi di un indicatore parziale, dal momento che tiene conto solo delle iniziative formalizzate in accordi depositati, si tratta di un chiaro segnale che il fenomeno si sta sviluppando. Sempre più spesso le parti scelgono di finanziare le misure di welfare attraverso la conversione di parte del premio di risultato, con la possibile integrazione di un importo fisso destinato a welfare.

Cresce, inoltre, la somma messa a disposizione e aumenta l'importo impiegato. L'ammontare medio della spesa per il benessere in azienda è salito del 7,5%, dai 558 euro del 2017 ai 600 del 2018. Mentre il budget totale a disposizione di ogni lavoratore è stato di 909 euro (+14,1% sul 2017).

L'Osservatorio ha diviso le misure di welfare in nove aree principali: previdenza, assistenza sanitaria, area assistenziale, mutui e finanziamenti, scuola e istruzione, area culturale/ricreativa, programmi e servizi assicurativi, mobilità e benefici accessori, i cosiddetti «fringe benefit». Tra le misure più richieste, la categoria «scuola e istruzione», che assorbe quasi il 40% degli acquisti contabi-

lizzati dai provider. Seguono i fringe benefit, 20%, la previdenza, 15%, l'assistenza sanitaria, 13%, e l'area culturale/ricreativa con l'11%.

La tendenza sembra dunque ben definita ma i più recenti dati di fonte Ocse, risalenti al 2013, che offrono un confronto a livello internazionale, pur facendo registrare una crescita generalizzata della spesa sociale privata, compreso il welfare aziendale, sottolineano anche la diversa velocità rispetto ad altri Paesi. Con il +45% tra il 1990 e il 2013, siamo infatti agli ultimi posti in termini di crescita. Se la Svezia, che ha visto più che triplicare (+282%) la spesa sociale privata, rappresenta un'eccezione, davanti all'Italia troviamo anche Paesi con una minore tradizione di welfare come Francia (+146%), Regno Unito (+61%) e Germania (+60%).

Nonostante la sempre maggiore diffusione, c'è ancora molto da fare e le politiche di welfare aziendale devono continuare a essere sostenute come elemento ormai fondamentale per garantire la tenuta del sistema pubblico, in una logica di integrazione e complementarità. C'è un elemento, tuttavia, di cui secondo l'Osservatorio di Assolombarda è indispensabile tenere conto e che rappresenta la sfida principale da affrontare: il nostro è un paese che invecchia, e nei prossimi anni questo trend tenderà a consolidarsi come fenomeno in crescita. Il tema della non autosufficienza si pone come un fenomeno sociale dal forte impatto su famiglie e lavoratori, destinati a rimanere operativi molto più a lungo e per il quale è fondamentale trovare misure di conciliazione adeguate. Ne consegue un crescente bisogno di prestazioni integrative, non solo in campi tradizionalmente coperti dalla contrattazione col-

lettiva nazionale, come la previdenza e l'assistenza sanitaria, ma anche in quello dei servizi alla persona, con particolare riferimento ai bisogni legati all'invecchiamento.

In questo scenario, si inserisce la possibile risposta del welfare aziendale che, in una logica integrativa rispetto a quello pubblico, rappresenta un'opportunità per imprese e lavoratori.

La legislazione di sostegno ha portato molte imprese a inserire i servizi di welfare nell'ambito delle proprie politiche di total reward e ad affrontare la negoziazione per i premi a obiettivo con un'attenzione particolare al welfare. Ma è necessario pensare anche alla possibilità che in un contesto di territorio si creino collaborazioni tra aziende che sviluppano misure di welfare anche in sinergia con altre imprese e amministrazioni pubbliche, e a quanto scelte di questo tipo possano facilitare temi come il trasporto o lo smaltimento dei rifiuti, contribuendo così anche alla sostenibilità ambientale.

Nelle esperienze di welfare aziendale territoriale, conclude l'Osservatorio, si possono rintracciare obiettivi riconducibili alla promozione della diffusione del welfare aziendale e delle misure di conciliazione vita lavoro, l'integrazione e la creazione di sinergia tra welfare pubblico e privato e di un valore condiviso. (riproduzione riservata)



SACILE

# «La sanità privata? Sì, ma la Regione deve programmare»

L'incontro sul futuro dei servizi organizzato dal comitato  
Il grido di dolore sul taglio delle prestazioni nell'ex ospedale

**SACILE.** «Prima la sanità pubblica a Sacile e, caso mai, convenzioni private ma controllate dalla Regione».

Possibilisti con molti se e tanti ma, gli attivisti del comitato No-tagli alla sanità: Luigi Zoccolan, Gianfranco Zuzzi e Ida Peschiutta hanno aperto il dibattito, alla trattoria Dall'Agata, sul futuro della cittadella della salute in via Ettore. Opinioni a confronto con i medici Giovanni Del Ben (direttore del Policlinico la clinica San Giorgio a Pordenone), Stefano Pustetto (ex consigliere regionale) e tanta gente che ha nel cuore l'ex ospedale di Sacile, con il comitato dell'ospedale di Latisana.

«Assenza vistosa – ha sottolineato Zoccolan – delle forze politiche sacilesi».

Tante voci sulla sanità liven-

tina che conta 64 mila utenti. «A Ronche un residente è stato soccorso con urgenza per problemi alle coronarie dai medici di Vittorio Veneto – ha raccontato Dino Poletto del comitato Nave –. A Sacile nel reparto Sip di notte ci sono due infermieri per 28 pazienti. Mi rivolgo da anni alla clinica convenzionata San Giorgio per radiografie dopo le 18».

Grida di dolore sull'ex ospedale liventino. «Campana a martello sull'ospedale di Sacile – ha aggiunto Zoccolan –. Come capiterà a Latisana: stanno svuotando lentamente i contenitori sanitari per dare spazio ai privati».

Meno servizi a Sacile? «Abbiamo chiesto al commissario straordinario dell'Aas5 Eugenio Possamai chiarezza sulla soppressione del servizio am-

bulatorio di oculistica il venerdì – hanno sottolineato Zoccolan e Peschiutta –. Aspettiamo risposte ma con grande preoccupazione: pare che saranno trasferiti degli operatori dal laboratorio di analisi di Sacile. Un paio di medici di famiglia si pensioneranno nel 2020».

La strada delle convenzioni con la sanità privata è una possibilità. «Servizi sanitari privati in convenzione con il settore pubblico funzionano quando si attivano verifiche e controlli sulla qualità – ha indicato Giovanni Del Ben –. In particolare, la Regione deve programmare bene». No allo smantellamento della sanità a Sacile anche del consigliere Pierantonio Rigo di Caneva. «L'utente – ha detto – è la priorità».

C.B.

**SACILE**

**«La sanità privata? Sì, ma la Regione deve programmare»**

Il comitato No-tagli alla sanità ha aperto il dibattito alla trattoria Dall'Agata. In alto: i medici Giovanni Del Ben e Stefano Pustetto. A fianco: il comitato No-tagli alla sanità.

**CONVENIENTE SEMPRE**

NON GIURARE CONTINUA LE PRESSIONI DI FARLA ADOTTARE

€ 1,29 € 1,99 € 4,95 € 1,48

**COMAD**

NON È UNA PROMESSA, È UN IMPEGNO D'INTERNO

# Guerra alle liste d'attesa, la Regione compra 35mila visite dai privati

## L'obiettivo è ridurre del 10% i tempi delle erogazioni su 15 prestazioni critiche La spesa sarà di 2,3 milioni

**Anna Della Moretta**

a.dellamoretta@giornaledibrescia.it

■ La Regione compra 35.188 prestazioni ambulatoriali dalle strutture private. E quasi altrettante, ovvero 35.184, negli ospedali pubblici da aggiungere a quelle che già vengono regolarmente erogate dalle strutture. Il tutto, per un totale di 2,3 milioni di euro che si aggiungono allo storico finanziamento della spesa sanitaria bresciana. La sperimentazione riguarda quindici prestazioni, le più critiche (ora, ad esempio, per una prima visita gastroenterologica si aspettano minimo sei mesi), che si possono comunque prenotare attraverso i consueti canali della sanità pubblica e privata convenzionata e chiamando il call center regionale (800.638.638 è il numero verde gratuito da rete fissa; 02.99.95.99 da rete mobile, a pagamento al costo previsto dal proprio piano tariffario).

**La sperimentazione.** Obiettivo della sperimentazione: ridurre le liste d'attesa di almeno il 10%. E abbattere la «mortalità» delle prenotazioni, ovvero i casi in cui si prenota e non ci

si presenta, che pesa per un altro 10% sulla mole di appuntamenti. Solo al Civile, in un anno chi dà buca costa alle casse pubbliche circa 2,5 milioni.

Vien da sorridere, ma non c'è proprio nulla di divertente nel constatare che, dopo anni, uno dei nodi della sanità pubblica rimane quello dei tempi di effettuazione di alcuni esami. Dalla nascita del Servizio sanitario nazionale, nel 1978, sono state molte le azioni messe in campo per garantire una copertura sanitaria completa a tutti. Quell'univer-

salismo, che era nel nobile spirito della legge, rimane come principio di fondo, malgrado le picconate che lo mettono a dura prova. La crescente interdipendenza tra sanità

privata e sanità pubblica e la sostenibilità economica di quest'ultima, alla luce anche delle innovazioni che crescono alla velocità della luce, sono due elementi di riflessione. L'attenzione alla lunghezza delle liste d'attesa rientra in questo orizzonte. Magari limitato, ma che impatta in modo significativo sulla vita delle persone.

**Le azioni in campo.** Lo scorso dicembre l'assessore regionale al Welfare Giulio Gallera - seguito due mesi dopo dal varo

del Piano nazionale sul tema - dichiarò guerra alle attese fuori controllo, illustrando un nuovo modello di gestione che prevede, appunto, di «commissariare» una serie di prestazioni ambulatoriali, aumentandone il volume sia nel pubblico sia nel privato. Insomma, si cresce l'offerta per soddisfare la domanda, sperando che quest'ultima non continui a crescere. Il dubbio è legittimo. Infatti, le prestazioni da eseguirsi entro dieci giorni nel Bresciano erano 14.601 nel 2016, sono aumentate a 35.002 nel 2017 ed esplose nel 2018, con 48.821 richieste.

**La domanda è esplosa.** Più che raddoppiate nel triennio anche le procedure da eseguirsi entro 30 giorni per visite e sessanta per prestazioni strumentali: dalle 20.461 del 2016 alle 44.912 del 2018. In crescita anche le prestazioni che devono essere garantite entro 72 ore dalla prenotazione (da 27.810 a 29.030). Cosa accade, dunque, con la sperimentazione? «Vogliamo che vengano rispettati i tempi per le urgenze sia nel pubblico sia nel privato convenzionato. Non solo è doveroso e su questo ci sarà una puntuale vigilanza, ma utile per evitare che queste persone si rivolgano al pronto soccorso» spiega Clau-



dio Sileo, direttore generale  
di Ats Brescia. //

## LE REGOLE

| Tempi massimi di attesa                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI                                                                                                                                                  |                                                            |                                                                                             |
| In caso di prima visita o prestazione strumentale, le classi di priorità che il medico deve indicare sulla ricetta per individuare i tempi massimi di attesa sono:         |                                                            |                                                                                             |
| <b>U</b><br>URGENTE                                                                                                                                                        | da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro | <b>72 ORE</b>                                                                               |
| <b>B</b><br>BREVE                                                                                                                                                          | da eseguire entro                                          | <b>10 GIORNI</b>                                                                            |
| <b>D</b><br>DIFFERIBILE                                                                                                                                                    | da eseguire entro                                          | <b>30 GIORNI</b> per visite specialistiche<br><b>60 GIORNI</b> per accertamenti diagnostici |
| <b>P</b><br>PROGRAMMATA                                                                                                                                                    | da eseguire entro                                          | <b>180 GIORNI</b>                                                                           |
| ESCLUSE le prestazioni di controllo e di screening                                                                                                                         |                                                            |                                                                                             |
| PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                             |
| In caso la prestazione si riferisca a ricovero programmato, le classi di priorità sono:                                                                                    |                                                            |                                                                                             |
| <b>A</b>                                                                                                                                                                   | in caso di ricovero entro                                  | <b>30 GIORNI</b>                                                                            |
| <b>B</b>                                                                                                                                                                   | in caso di ricovero entro                                  | <b>60 GIORNI</b>                                                                            |
| <b>C</b>                                                                                                                                                                   | in caso di ricovero entro                                  | <b>180 GIORNI</b>                                                                           |
| <b>D</b>                                                                                                                                                                   | in caso di ricovero entro                                  | <b>12 MESI</b>                                                                              |
| Il cittadino ha diritto di chiedere alla Direzione sanitaria della struttura presso cui è in lista di attesa la propria posizione nell'Agenda di prenotazione dei ricoveri |                                                            |                                                                                             |

infogdb

## Forse non tutti sanno che... c'è un modo per non aspettare



Forse non tutti sanno che quando telefonano per prenotare e, con una buona dose di fortuna e pazienza, riescono finalmente a parlare con l'operatore, hanno diritto di pretendere che la prestazione venga eseguita entro i tempi indicati sulla ricetta dal medico di medicina generale. Se c'è la «U» di urgente, la visita deve essere fatta entro 72 ore. Dove? In uno degli ospedali dell'Asst (ad esempio, per gli Spedali Civili può essere erogata al Civile, a

Gardone Val Trompia o a Montichiari o nelle sedi territoriali). Questo vale anche per le altre Asst di cui fanno parte più presidi ospedalieri. Se non c'è posto, è la stessa struttura (lo chiariscono le regole di sistema regionali per il 2019) che deve allertarsi e trovarlo, anche nel privato convenzionato o in una realtà solo privata, affinché la prestazione sia garantita entro le 72 ore. Il cittadino, in ogni caso, pagherà solo il ticket se dovuto. La differenza è a carico del Servizio sanitario.



# L'eccellenza è servita

Piccola guida alle buone pratiche in ospedale

alle pagine 2 e 3 **Cacace**

## Robot in sala operatoria e consulti a distanza in 3D Dove la sanità è **buona**

Dall'istituto Pascale di Napoli al Policlinico di Bari, dal Ruggi d'Aragona di Salerno all'ospedale federiciano tutte le cure e i modelli all'avanguardia nel Mezzogiorno. Alta qualità nei servizi e nell'assistenza e sfide per il futuro

di **Paola Cacace**

**D**ietro una sanità che spesso viene raccontata a tinte fosche tra disservizi e carenze si nascondono medici che altamente fanno il loro lavoro ed eccellenze "made in Sud" spesso taciute che, nonostante effettive difficoltà, fanno la differenza. «Ad esempio la sanità campana - commenta Attilio Bianchi, direttore generale dell'Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione Pascale - sconta 10 anni di commissariamento, fortemente orientato nei primi anni a quadrare le poste economiche, e meno attento ai profili assistenziali. Il pesantissimo depauperamento del personale, e di risorse disponibili per gli investimenti e per l'innovazione, e la debole atten-

zione sul versante dell'organizzazione dei servizi, ha sicuramente generato una diminuzione complessiva tanto dei livelli di assistenza che dei livelli di qualità percepita. Da oltre tre anni a questa parte si è invece assistito a un ribaltamento del paradigma: massima attenzione ai Lea, all'interno comunque di una severa attenzione alla dimensione economica. Per cui siamo da oltre 5 anni in pareggio, anzi avanzo di bilancio e, quest'anno, le proiezioni ci posizionano al di sopra dei 160 punti Lea. Quanto alle eccellenze, la Campania corre il rischio di non riuscire sempre a comunicarle in maniera adeguata, forse anche perché una formica di dubbia provenienza fa più notizia di una nuova risonanza. Sul piano puramente professionale, siamo certi di

poter ritenere che siano presenti professionisti di assoluto livello, che nulla hanno da invidiare a professionisti attivi in altre parti del paese».

Eccellenze come quelle del Pascale d'altronde. «Qui la ricerca diventa cura - continua Bianchi - in una osmosi che proviamo ogni giorno a stimolare, e ad incrementare.  $1+1=3$  è il nostro modello, la sinergia che aumenta il valore del risultato rispetto alla somma dei singoli componenti. Se vogliamo guardare i numeri, nel 2017 abbiamo avuto un incremento di oltre il 15%, rispetto ai dati 2016, che il 2018 ha superato il 2017, e che per quest'anno i primi dati sono ulteriormente incoraggianti. Per le chirurgie, siamo dotati di due robot di ultima generazione, unica struttura pubblica nel Centro Sud, e abbiamo



già attivata la chirurgia robotica con realtà aumentata, su ogni singolo paziente».

E parlando di realtà aumentata nel frattempo il Policlinico di Bari ha conquistato il Premio Fiaso, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, per l'Innovazione Digitale in Sanità grazie a

un progetto di *mixed reality* che consente in definitiva di effettuare consulti a distanza in 3D per i pazienti colpiti da infarto o ictus. Questa tecnologia prevede, oltre al tradizionale flusso in remoto di audio-video, anche la trasmissione di contenuti informativi complessi chiamati ologrammi. «Ed ecco che per mezzo di occhiali con visori 3D di *mixed reality* - spiega il direttore generale del Policlinico Giovanni Migliore - è possibile attuare un collegamento interattivo in olopresenza tra due operatori sanitari in remoto. Un medico specialista è *control room* del centro specialistico di riferimento e risponde a chiamate di operatori sanitari che si trovano in uno o più Spoke, ossia ospedali facenti parte della rete cardiologica. Lo specialista vede direttamente in 3D il paziente sul suo pc, i suoi dati, le immagini della Tac e tutto il resto».

Già 36 le chiamate in "olopresenza" con una durata media di 13,25 minuti per chiamata per un sistema che ha dimostrato di contribuire a una gestione più efficiente del flusso di pazienti della rete di emergenza-urgenza e alla riduzione di possibili congestioni delle aree di degenza intensive e/o semi-intensive. Il modello sperimentato dal

## e umanità

Policlinico di Bari dal 2017 ha consentito di realizzare 506.420 consulenze e di ridurre i ricoveri del 40%, con un risparmio di circa 30 milioni di euro. «Considerate che nei prossimi anni - continua Migliore - il nostro Sistema Sanitario Nazionale si troverà con 15mila specialisti in meno. L'unica maniera per poter arrivare in ogni luogo e in tempi rapidi sono le nuove tecnologie. Non è solo una questione economica ma di preservare la salute dei nostri pazienti. Pazienti che restano al centro delle nostre preoccupazioni».

Pazienti al centro anche per il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Vincenzo Viggiani che racconta: «Tra le eccellenze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, va annoverata l'area materno infantile, non solo per la numerosità della casistica trattata presso la ginecologia ed ostetricia, ma anche per la chirurgia oncologica, per l'attività svolta per la medicina della riproduzione e per la prevenzione della fertilità per le donne che affrontano una patologia tumorale e per l'alta qualificazione dei percorsi dedicati ai bambini con malattie rare. L'Oncoematologia, con la banca oncogenomica e il trapianto di midollo, rappresenta un punto di riferimento nel territorio campano così come il coordinamento della rete Ima, Infarto Miocardico Acuto, ha un significativo impatto sulla rete dell'emergenza territoriale. Tecnologie all'avanguardia disponibili in Azienda ed esperienza dei professionisti federiciani si configurano quali eccellenze campane, in particolare, nell'ambito della chirurgia endoscopica e della chirurgia maxillo-facciale. Da non dimenticare che il Policlinico Federico II è tra le poche aziende ad offrire ai pazienti un'assistenza di alta qualifica-

zione nella fase della transizione, nella delicata età dell'adolescenza, per chi affronta malattie rare e malattie cronico degenerative, dalla fibrosi cistica al diabete».

Questo mentre sono diversi anche i primati dell'azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno che ad esempio per quanto riguarda la Cardiocirurgia per il terzo anno consecutivo, secondo i dati Agenas, è prima per il numero di bypass aorto-coronari eseguiti. Un altro primato è quello per il miglior indice di mortalità che non supera lo 0,8%. Il Ruggi è anche uno tra i pochi centri che applica i dispositivi di pancreas artificiali ibridi e garantisce ai propri pazienti diabetici la possibilità di misurare l'insulina in maniera facile e rapida grazie all'inserimento di un chip sottocutaneo. Ma soprattutto qui c'è l'unica radioterapia pediatrica in Campania all'interno della quale, tra l'altro la psicologa Sabina D'Amato aiuta i bambini grazie al sonno guidato per evitare di sedarli. Ma queste sono solo alcune delle eccellenze "Made in Sud" nell'ambito di un quadro, sebbene parziale, di una sanità che combatte ogni giorno per il bene dei propri pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Mission

Due parole d'ordine contro la malasani-tà: innovazione

## Numeri & primati



L'AZIENDA OSPEDALIERA  
UNIVERSITARIA  
FEDERICO II DI NAPOLI

nel 2018



**Oncoematologia**  
ricoveri ordinari + Day hospital  
**5.832**



**Ginecologia**  
ricoveri ordinari + Day hospital  
**4.963**



**Rete Ima**  
(Infarto Miocardico Acuto)  
**600** casi circa



**Malattie rare**  
**869** casi



L'ISTITUTO TUMORI  
IRCCS FONDAZIONE  
G. PASCALE DI NAPOLI

**Dipendenti**



**1.004**

**Medici**



**195**

**Ricercatori**



**260**

**Posti letto**



**240**

**Ricoveri  
nell'ultimo anno**



**10.800**



IL POLICLINICO DI BARI  
CONSULTI A DISTANZA  
IN 3D

**506.420** le consulenze  
dal 2017

**36**

le chiamate gestite  
in olopresenza

**-40%** dei ricoveri

**13,25**

minuti la durata  
media per chiamata

**30**

milioni di euro  
risparmiati

L'Ego - I lub

- Primi per numero di bypass aorto-coronari
- Terzi in Italia per interventi di frattura collo-femore nei soggetti over 65
- Unici in Campania ad avere la Radioterapia pediatrica



**Attilio Bianchi**  
Direttore generale dell'Istituto Nazionale Tumori Irccs Fondazione Pascale, già dg del Ruggi di Salerno



**Giovanni Migliore**  
Direttore generale del Policlinico di Bari, medico, ex numero uno dell'ospedale Civico di Palermo



**Vincenzo Viggiani**  
direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, ex dg del Ruggi di Salerno





# Sanità sempre più connessa con l'Internet delle cose

Aumenta negli ospedali il numero dei dispositivi intelligenti collegati online. E con essi i rischi che i dati dei pazienti finiscano in mani sbagliate

di **Ruggiero Corcella**

**N**ell'ambito della sanità digitale occorre familiarizzare con un altro acronimo: IoT, cioè Internet of Things. La traduzione sarebbe Internet delle cose ma forse, come suggeriscono gli esperti dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, «sarebbe più corretto definirla Internet degli oggetti. Alla base dell'Iot ci sono infatti gli oggetti intelligenti (i cosiddetti «smart objects»). E non stiamo parlando soltanto di computer, smartphone e tablet, ma soprattutto degli oggetti che ci circondano all'interno delle nostre case, al lavoro, nelle città, nella vita di tutti i giorni. L'IoT nasce dall'idea di portare nel mondo digitale gli oggetti della nostra esperienza quotidiana».

La sanità non fa eccezione, anzi è uno dei settori dove l'IoT si sta espandendo più velocemente. Secondo l'ultimo rapporto degli analisti di Statista

saranno almeno 160 milioni i dispositivi IoT che entro il 2020 verranno utilizzati nel settore sanitario. Dai cosiddetti «wearable» (indossabili) agli strumenti più sofisticati per le analisi e per la produzione di immagini, ai software gestionali delle anagrafiche dei pazienti. Si può ormai parlare di IoMT (Internet of Medical Things) o IoHT (Internet of Healthcare Things) e l'utilizzo di queste tecnologie nel settore medico sarà decisivo nei prossimi anni anche dal punto di vista economico:

secondo uno studio pubblicato da MarketResearch.com, la percentuale delle tecnologie IoT che verranno introdotte nel settore healthcare sfiora il 40 per cento, con un valore di mercato complessivo di circa 117 miliardi di dollari e una crescita del 15 per cento.

Gli ospedali all'avanguardia utilizzano già ora strumentazioni connesse a Internet che registrano online dati anagrafici, indirizzi email, storia medica dei pazienti e operazioni subite, immagini mediche, medicine prescritte, informazioni assicurative, ri-

sultati di test effettuati (compresi quelli per sostanze stupefacenti), abitudini sessuali, malattie diagnostiche. E, come già sottolineato nel Report Clusit 2019, la sanità è uno dei settori più bersagliati dai pirati della Rete. Nel

2108, in Italia, sono state attaccate con successo 17 tra ospedali e Asl.

«I dati di origine medica sono i più preziosi in assoluto e sono capaci di generare in media 400 dollari di danno ognuno per l'industria che ha subito una violazione della sicurezza. Se riportiamo questo costo con la mole di dati che sono già conservati, ci rendiamo conto che il futuro presenta dei rischi colossali per i pazienti e per le aziende» dice Hassan Metwalley, amministratore delegato di Ermes Cyber Security. «Le aziende devono quindi adeguarsi alle minacce informatiche attuali e creare delle strutture informatiche solide e ben protette prima ancora di acquistare nuovi dispositivi o software». Dunque è possibile raccogliere enormi quantità di dati medici da ogni parte del mondo, facendoli convergere in data center dove possono

essere elaborati e studiati. «Una vera e propria miniera di informazioni, che ora giace quasi inutilizzata ma che, quando correttamente integrata con dati clinici di esito (cioè come effettivamente si è svolta la storia clinica del paziente), potrebbe fornire solidi basi alla ricerca» aggiunge Alice Ravizza, docente del dipartimento di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale del Politecnico di Torino.

E il problema della cybersecurity potrebbe riproporsi in modo anche più drammatico. Fino a oggi, uno dei mantra degli specialisti recitava: nessun rischio, se il dispositivo non è connesso a Internet. In un articolo, pubblicato sul numero di giugno di *Lancet Digital Health*, viene ripreso uno studio israeliano nel quale si mostra la facilità con cui uno dei ricercatori è entrato in ospedale e si è collegato all'intranet per manomettere le scansioni di Tac e Risonanza magnetica dei pazienti e modificarle per concludere che un tumore fosse presente o assente, mentre in realtà era vero il contrario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

**160 milioni**

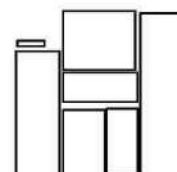
i dispositivi IoT  
utilizzati entro il 2020  
nel settore sanitario

**40 per cento**

la quota di tecnologie  
IoT introdotte  
nel settore healthcare

**117 miliardi di dollari**

il valore di mercato  
dell'IOT in sanità con  
una crescita del 15%



SALUTE SONO LE STIME 2019 DEL RAPPORTO RBM-CENSIS PRESENTATO IERI AL WELFARE DAY

# Spesa privata sanitaria a 42 mld

*Un italiano su tre è costretto a pagare di tasca propria per via delle lunghe liste d'attesa. Vecchietti (Rbm) rilancia l'idea di un secondo pilastro a fianco del servizio nazionale*

DI ANNA MESSIA

**S**ono 19,6 milioni gli italiani che nell'ultimo anno, per almeno una prestazione sanitaria, hanno provato a prenotare nel Servizio sanitario nazionale e a causa dei lunghi tempi d'attesa si sono poi rivolti alla sanità a pagamento, privata o intramoenia. Il dato emerge dal IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata, presentato ieri al Welfare Day 2019. La ricerca è stata fatta su un campione di 10 mila cittadini maggiorenni statisticamente rappresentativo della popolazione. «Nel 2019 quasi un italiano su due, per la precisione il 44% della popolazione, si è rassegnato a pagare personalmente di tasca propria le prestazioni sanitarie senza neanche provare a prenotare attraverso il Servizio sanitario nazionale, a prescindere dal proprio livello di reddito», ha dichiarato l'amministratore delegato e direttore generale di Rbm Assicurazione Salute, Marco Vecchietti. La spesa sanitaria privata si attesta oggi a 37,3 miliardi e si stima che nel 2019 possa arrivare quasi al di sotto dei 42 miliardi di euro: +7,3% dal 2014 a causa soprattutto dell'allungamento dei tempi di attesa. Dall'indagine emerge che i forzati della sanità di tasca propria pagano a causa di un Servizio sanitario che non riesce più a erogare in tempi adeguati prestazioni incluse nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) e prescritte dai medici», si legge nell'indagine. Il 62% di chi ha effettuato almeno una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi,

il 68,9% di chi ha redditi alti. In 28 casi su 100 i cittadini, visto che i tempi d'attesa sono eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento (il 22,6% nel Nordovest, il 20,7% nel Nordest, il 31,6% al Centro e il 33,2% al Sud). Transivano nella sanità a pagamento il 36,7% dei tentativi falliti di prenotare visite specialistiche (il 39,2% al Centro e il 42,4% al Sud) e il 24,8% dei tentativi di prenotazione di accertamenti diagnostici (il 30,7% al Centro e il 29,2% al Sud). I Lea, a cui si ha diritto sulla carta, in realtà sono in gran parte negati a causa delle difficoltà di accesso alla sanità pubblica. «Occorre pianificare un veloce passaggio da una sanità integrativa a disposizione di pochi (circa 14 milioni di italiani hanno una polizza sanitaria, ndr) ad una sanità integrativa diffusa, un vero e proprio welfare di cittadinanza», suggerisce Vecchietti, aggiungendo che per farlo «serve un secondo pilastro sanitario aperto che si affianchi al servizio sanitario nazionale». Dall'indagine del Censis emergono liste d'attesa lunghe o addirittura invalicabili. In media, 128 giorni d'attesa per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. «La sanità integrativa, fondi e polizze sono in grado di garantire un aiuto concreto per cittadini e famiglie di fronte al costante innalzamento dei bisogni di cura. Un sistema

che ha dimostrato di funzionare piuttosto bene per chi lo ha già», conclude Vecchietti. «A questo punto sarebbe normale immaginare politiche da parte del governo a supporto della diffusione di questi strumenti». (riproduzione riservata)





Marco Vecchietti



## Dossier salute



Folla al Cup di un ospedale per prenotare esami e visite mediche. Lunghi i tempi di attesa

# Sanità, un italiano su tre ricorre alle cure private

Visite specialistiche ed esami pagati di tasca propria da oltre 19 milioni di persone  
Nel 2018 spesi 37 miliardi: in media 1.437 euro a famiglia, il 7,2% in più sul 2014

**Paolo Russo**

**ROMA.** I tempi di attesa per visite e accertamenti restano biblici e 19,6 milioni di italiani attingono sempre più al portafoglio per imboccare la scorciatoia che porta al privato. Nelle cui casse ogni famiglia lo scorso anno in media ha versato 1.437 euro, che moltiplicati per il numero degli assistiti d'Italia fanno 37,3 miliardi di euro di spesa

sanitaria privata, in crescita del 7,2% rispetto al 2014. Somme che lievitano del 50% quando i conti si fanno in tasca ai malati cronici e che triplica addirittura per i non autosufficienti. «Soldi spesi in larghissima parte proprio per non sottoporsi al calvario delle liste di attesa, visto che quasi sempre si è trattato di prestazioni ritenute necessarie dal medico», spiega Francesco Maietta

che ha curato il rapporto del Censis su sanità pubblica, privata ed integrata, presentato al "Welfare day 2019" organizzato da Rbm Assicurazione salute.

Affermazioni supportate dai numeri, perché chi si è rivolto direttamente al privato nel 92,5% dei casi aveva in tasca una prescrizione per la visita oncologica, percentuale che è superiore all'88% per la chirurgia vascolare e per gli

accertamenti diagnostici, mentre è dell'82,4% per le prime visite cardiologiche con Ecg.

L'indagine del Censis, condotta questa volta su una vasta platea di 10mila assistiti, racconta che quasi un cittadino su tre quando si è sentito dire che le liste di attesa erano chiuse o di ripassare tra qualche mese ha deciso di bussare al privato. Del resto lunghe o bloccate le liste di attesa sembrano continuare ad essere invalicabili. In media 128 giorni per ottenere una visita endocrinologica, 65 per una oncologica, 58 per il neurologo, 57 giorni per il gastroenterologo e 56 per farsi ricevere da un oculista. E non va meglio per gli accertamenti diagnostici, dove si aspetta in media 97 giorni per una mammografia, 75 per la colonscopia, 71 per una densitometria ossea e 49 giorni per effettuare una gastroscopia. Questo quando si riesce a farla la prenotazione. Perché com'è capitato non a un assistito qualunque ma al ministro della salute Giulia Grillo, si può passare anche una mattinata intera al telefono senza che il Cup risponda. Del resto sono stati

oltre 16.500 i cittadini che hanno segnalato disservizi sui tempi di prenotazione al numero verde "1500" del Dicastero.

Una via di uscita in realtà ci sarebbe e la offre la legge che consente di recarsi direttamente e gratuitamente (salvo ticket) dal privato convenzionato quando non vengono rispettati i tempi massimi stabiliti dal Piano nazionale o da quelli regionali per le liste d'attesa. «Peccato che molti cittadini ignorino questa possibilità e che le Asl facciano melina ritardando le autorizzazioni», denuncia il segretario nazionale del Tribunale dei diritti del malato, Antonio Gaudioso.

Davanti a questo stato di fatto non c'è poi da meravigliarsi se molti decidono di non perdere nemmeno tempo al telefono in attesa di una risposta del Cup e vanno dritti verso il privato. Opzione scelta dal 44% degli italiani per almeno una prestazione sanitaria. Nel 38% dei casi da chi ha un reddito basso, nel 50,7% da chi può spendere privatamente senza mettere a rischio la tenuta dei bilanci familiari. Segno che alla fine le liste d'attesa diventano

anche un fattore di discriminazione sociale.

E neanche a dire che dietro questa corsa al privato si nasconde qualche pregiudizio sul servizio pubblico, perché la maggioranza degli assistiti "surfa" tra i due rami della nostra sanità. Il 62% di chi ha effettuato una prestazione nel privato, ha infatti usufruito di almeno una visita nel pubblico. Anche in questo caso una libertà di scelta appannaggio più dei redditi alti che di quelli bassi.

Dinanzi a questo quadro non ci si deve poi stupire che aumentino gli assistiti ai quali non vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza. I dati illustrati dall'ad di Rbm, Marco Vecchietti, dicono che se nel 2006 erano solo un milione e 300mila gli italiani fuori dal perimetro dei Lea, oggi sono lievitati a 8,7 milioni. «Bisogna raddoppiare il diritto alla salute degli italiani garantendo a tutti la possibilità di aderire alla sanità integrativa», propone Vecchietti portando acqua al suo mulino. Che altri vorrebbero si versasse nella sanità pubblica da troppi anni in cura dimagrante. —

 BY-NC-ND. ALCUNI DIRITTI RISERVATI



## L'assistenza sanitaria

Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata

NEL 2019



Pagano servizi in sanità privata

**19,6 milioni di italiani**



### LE LISTE D'ATTESA (giorni)

|  |                |            |  |                   |           |
|--|----------------|------------|--|-------------------|-----------|
|  | Endocrinologia | <b>128</b> |  | Neurologia        | <b>58</b> |
|  | Diabetologia   | <b>114</b> |  | Gastroenterologia | <b>57</b> |
|  | Oncologia      | <b>65</b>  |  | Oculistica        | <b>56</b> |
|  | Mammografia    | <b>97</b>  |  |                   |           |

ANSA centimetri



L'ANALISI

## SANITA', LA GRANDE DISEGUAGLIANZA

LINDA LAURA SABBADINI

**I**l diritto alla salute è un principio fondamentale della Costituzione. Il Servizio sanitario nazionale nacque nel 1978 con l'obiettivo di garantire la salute della popolazione.

A PAGINA 25

## LA GRANDE DISEGUAGLIANZA NELLA SANITA'

LINDA LAURA SABBADINI

**I**l diritto alla salute è uno dei principi fondamentali della nostra Costituzione. Il nostro Servizio sanitario nazionale nacque nel 1978 proprio con l'obiettivo di garantire la salute come diritto fondamentale dell'individuo e della intera popolazione, superando qualunque tipo di disuguaglianza sia essa sociale o territoriale. Non a caso il nostro Ssn si basava sull'universalismo come presupposto per garantire l'uniformità delle condizioni di salute. E allora c'è da interrogarsi su ciò che sta succedendo nel nostro Paese da un punto di vista della spesa sanitaria.

La spesa sanitaria pubblica era cresciuta del 6% l'anno in media dal 2000 al 2008, una crescita che superava quella del Pil che si assestava sul 3,5%. Ma a partire dal 2009 la dinamica è cambiata e assistiamo ad una sostanziale stabilità della spesa pubblica. Parallelamente è aumentata la spesa sanitaria delle famiglie del 2,5% l'anno in media. Dobbiamo essere preoccupati di questa tendenza in atto per vari motivi. Primo, la stabilità della spesa pubblica avviene in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione e quindi di una crescita di bisogni sanitari da soddisfare. L'aumento della speranza di vita implica anche la presenza di un crescente numero di ultraottantenni con maggiore probabilità di non autosufficienza e necessità di assistenza adeguata. Per tali persone, l'Italia investe solo l'1,7% del Pil, contro il 2% dei Paesi Ue-28, con punte del 4,7% in Norvegia, 3,2% in Svezia e 2,3% in Germania e Svizzera.

Secondo, la stabilità della spesa pubblica sta avvenendo a fronte di una crescita della spesa indispensabile per l'innovazione tecnologica.

Terzo, la stabilità della spesa sanitaria pubblica sta avvenendo anche considerando una forte diminuzione del personale sanitario che non può che accentuare la difficoltà di garantire l'accessibilità a servizi pubblici sanitari adeguati, con aumento di liste d'attesa, e altri problemi che inducono i cittadini a rivolgersi al privato, accentuando i proble-

mi di accessibilità e il carico economico sulle famiglie povere e del ceto medio già assai provate dalla crisi.

Quarto, questa dinamica sta penalizzando le fasce più povere della popolazione che sono quelle che hanno meno possibilità di permettersi di spendere per la salute e quindi saranno maggiormente costrette a rinunciare.

Quinto con tale tendenza saremmo impossibilitati ad investire nuove risorse per offrire cure più efficaci con l'introduzione nei Lea (livelli essenziali di assistenza) delle prestazioni che tengano conto dell'innovazione tecnologica maturata nel corso degli ultimi anni (come i farmaci per l'epatite C o i farmaci biologici).

Sono preoccupazioni serie e fondate. Il nostro è un Paese che presenta disuguaglianze nella salute, meno di altri insieme alla Svezia, segno che il nostro modello ispirato dalla Costituzione ci ha salvaguardato. Ma proprio per questo dobbiamo essere più vigili e sensibili ai segnali che ci vengono dai dati.

Il rischio è l'allontanamento de facto dai principi fondanti del nostro Servizio sanitario nazionale. È in gioco la sostenibilità sociale del sistema. Siamo in tempo per dotarci di una strategia adeguata per garantirne l'equità nel presente e nel futuro. —

© BY NC ND AL CUNO DIRITTI RISERVATI

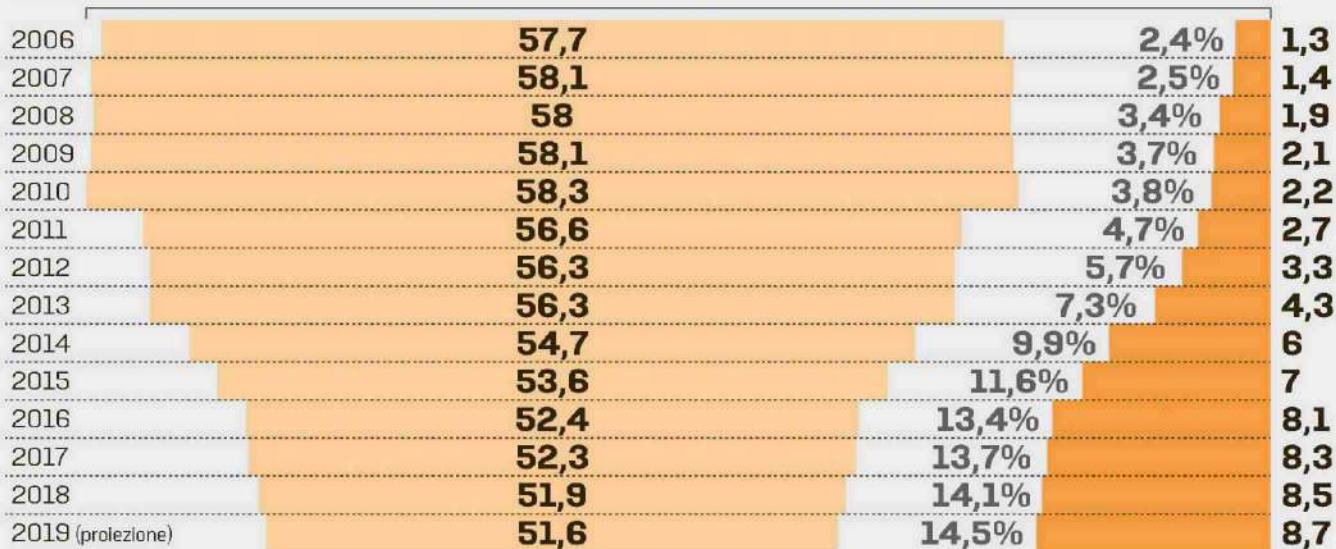


**Livelli essenziali di assistenza «negati»**

DATI IN MILIONI

AVENTI DIRITTO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

centimetri

Fonte: RBM Assicurazione Salute S.p.A.  
su dati RBM-Censis

Cittadini effettivamente assistiti

Cittadini non assistibili

# Sanità, un italiano su tre si rivolge al privato

## Nel 2018 spesi 37 miliardi

Sono 19,6 milioni gli italiani che hanno pagato di tasca propria  
In media per ogni famiglia 1.437 euro, +7,2% rispetto al 2014

Paolo Russo / ROMA

I tempi di attesa per visite e accertamenti restano biblici e 19,6 milioni di italiani attingono sempre più al portafoglio per imboccare la scorciatoia che porta al privato. Nelle cui casse ogni famiglia lo scorso anno in media ha versato 1.437 euro, che moltiplicato per il numero degli assistiti d'Italia fanno 37,3 miliardi di euro di spesa sanitaria privata, in crescita del 7,2% rispetto al 2014. Sume che lievitano del 50% quando i conti si fanno in tasca ai malati cronici e che tri-

plica addirittura per i non autosufficienti. «Soldi spesi in larghissima parte proprio per non sottoporsi al calvario delle liste di attesa, visto che quasi sempre si è trattato di prestazioni ritenute necessarie dal medico», spiega Francesco Maietta che ha curato il rapporto del Censis su sanità pubblica, privata ed integrata, presentato al "Welfare day 2019" organizzato da Rbm Assicurazione salute. Affermazioni supportate dai numeri, perché chi si è rivolto direttamente al privato nel 92,5% dei casi aveva in tasca una prescrizione per

la visita oncologica, percentuale che è superiore all'88% per la chirurgia vascolare e gli accertamenti diagnostici, mentre è dell'82,4% per le prime visite cardiologiche con Ecg.

L'indagine del Censis, condotta questa volta su una vasta platea di 10mila assistiti, racconta che quasi un cittadino su tre quando si è sentito dire che le liste di attesa erano chiuse o di ripassare tra qualche mese ha deciso di bussare al privato. Del resto lunghe o bloccate le liste di attesa sembrano continuare ad essere invalicabili. In me-



dia 128 giorni per ottenere una visita endocrinologica, 65 per una oncologica, 58 per il neurologo, 57 giorni per il gastroenterologo e 56 per farsi ricevere da un oculista. E non va meglio per gli accertamenti diagnostici, dove si aspetta in media 97 giorni per una mammografia, 75 per la colonscopia, 71 per una densitometria ossea e 49 giorni per effettuare una gastroscopia. Questo quando si riesce a farla la prenotazione. Perché com'è capitato non a un assistito qualunque ma al ministro della salute Giulia Grillo, si può passare anche una mattinata intera al telefono senza che il Cup risponda. Del resto sono stati oltre 16.500 i cittadini che hanno segnalato disservizi sui tempi di prenotazione al numero verde "1500" del Di-

Una via di uscita in realtà ci sarebbe e la offre la legge che consente di recarsi direttamente e gratuitamente (salvo ticket) dal privato convenzionato quando non ven-

gono rispettati i tempi massimi stabiliti dal Piano nazionale o da quelli regionali per le liste d'attesa. «Peccato che molti cittadini ignorino questa possibilità e che le Asl facciano melina ritardando le autorizzazioni», denuncia il segretario nazionale del Tribunale dei diritti del malato, Antonio Gaudio.

Difronte a questo stato di fatto non c'è poi da meravigliarsi se molti decidono di non perdere nemmeno tempo al telefono in attesa di una risposta del Cup e vanno diretti verso il privato. Opzione scelta dal 44% degli italiani per almeno una prestazione sanitaria. Nel 38% dei casi da chi ha un reddito basso, nel 50,7% da chi può spendere privatamente senza mettere a rischio la tenuta dei bilanci familiari. Segno che alla fine le liste d'attesa diventano anche un fattore di discriminazione sociale.

E neanche a dire che dietro questa corsa al privato si nasconde qualche pregiudizio sul servizio pubblico, per-

ché la maggioranza degli assistiti "surfa" tra i due rami della nostra sanità. Il 62% di chi ha effettuato una prestazione nel privato, ha infatti usufruito di almeno una visita nel pubblico. Anche in questo caso una libertà di scelta appannaggio più dei redditi alti che di quelli bassi.

Dinanzi a questo quadro non ci si deve poi stupire che aumentino gli assistiti ai quali non vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza. I dati illustrati dall'ad di Rbm, Marco Vecchietti, dicono che se nel 2006 erano solo un milione e 300mila gli italiani fuori dal perimetro dei Lea, oggi sono lievitati a 8,7 milioni. «Bisogna raddoppiare il diritto alla salute degli italiani garantendo a tutti la possibilità di aderire alla sanità integrativa», propone Vecchietti portando acqua al suo mulino. Che altri vorrebbero si versasse nella sanità pubblica da troppi anni in cura dimagrante. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



**IL COMMENTO**

# La grande diseguaglianza per chi deve curarsi

**LINDA LAURA SABBADINI**

**I**l diritto alla salute è uno dei principi fondamentali della nostra Costituzione. Il nostro Servizio sanitario nazionale nacque nel 1978 proprio con l'obiettivo di garantire la salute come diritto fondamentale dell'individuo e della intera popolazione, superando qualunque tipo di diseguaglianza sia essa sociale o territoriale. Non a caso il nostro Ssn si basava sull'universalismo come presupposto per garantire l'uniformità delle condizioni di salute. E allora c'è da interrogarsi su ciò che sta succedendo nel nostro Paese da un punto di vista della spesa sanitaria.

La spesa sanitaria pubblica era cresciuta del 6% l'anno in media dal 2000 al 2008, una crescita che superava quella del Pil che si assestava sul 3,5%. Ma a partire dal 2009 la dinamica è cambiata e assistiamo ad una sostanziale stabilità della spesa pubblica. Parallelamente è aumentata la spesa sanitaria delle famiglie del 2,5% l'anno in media. Dobbiamo essere preoccupati di questa tendenza in atto per vari motivi. Primo, la stabilità della spesa pubblica avviene in un con-

testo di progressivo invecchiamento della popolazione e quindi di una crescita di bisogni sanitari da soddisfare. L'aumento della speranza di vita implica anche la presenza di un crescente numero di ultraottantenni con maggiore probabilità di non autosufficienza e necessità di assistenza adeguata. Per tali persone, l'Italia investe solo l'1,7% del Pil, contro il 2% dei Paesi Ue-28, con punte del 4,7% in Norvegia, 3,2% in Svezia e 2,3% in Germania e Svizzera.

Secondo, la stabilità della spesa pubblica sta avvenendo a fronte di una crescita della spesa indispensabile per l'innovazione tecnologica.

Terzo, la stabilità della spesa sanitaria pubblica sta avvenendo anche considerando una forte diminuzione del personale sanitario che non può che accentuare la difficoltà di garantire l'accessibilità a servizi pubblici sanitari adeguati, con aumento di liste d'attesa, e altri problemi che inducono i cittadini a rivolgersi al privato, accentuando i problemi di accessibilità e il carico economico sulle famiglie povere e del ceto medio già assai provate dalla crisi.

Quarto, questa dinamica

sta penalizzando le fasce più povere della popolazione che sono quelle che hanno meno possibilità di permettersi di spendere per la salute e quindi saranno maggiormente costrette a rinunciare.

Quinto con tale tendenza saremmo impossibilitati ad investire nuove risorse per offrire cure più efficaci con l'introduzione nei Lea (livelli essenziali di assistenza) delle prestazioni che tengano conto dell'innovazione tecnologica maturata nel corso degli ultimi anni (come i farmaci per l'epatite C o i farmaci biologici).

Sono preoccupazioni serie e fondate. Il nostro è un Paese che presenta diseguaglianze nella salute, meno di altri insieme alla Svezia, segno che il nostro modello ispirato dalla Costituzione ci ha salvaguardato. Ma proprio per questo dobbiamo essere più vigili e sensibili ai segnali che ci vengono dai dati.

Il rischio è l'allontanamento de facto dai principi fondanti del nostro Servizio sanitario nazionale. È in gioco la sostenibilità sociale del sistema. Siamo in tempo per dotarci di una strategia adeguata per garantire l'equità nel presente e nel futuro. —



# La sanità? In Italia adesso si paga

*Venti milioni di italiani sono costretti a rivolgersi al privato per garantirsi il diritto di accedere alle cure. Il motivo? Liste d'attesa invalicabili o chiuse. La ministra Grillo: «Tocca alle Regioni applicare il Piano»*

VIVIANA DALOISO

**P**agare o rinunciare a curarsi. Succede in Italia, al cuore di un sistema sanitario fondato sul principio sacrosanto di uguaglianza nell'accesso alle terapie. Che, con evidenza, sta scomparendo.

Ricchi o poveri, settentrionali o del Sud, 20 milioni di italiani (per l'esattezza 19,6) sono costretti a mettere mano al portafoglio per le prestazioni sanitarie che non riescono più ad ottenere dal servizio pubblico. Una vera e propria emergenza sanitaria, sostanziata da liste d'attesa invalicabili o addirittura chiuse che negano i tanto dibattuti Livelli essenziali di assistenza (Lea) a un italiano su tre. È solo l'inizio. La fotografia scattata dal IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermedia è quella di una popolazione sola davanti alla malattia: la spesa privata è salita a 37,3 miliardi di euro (+7,2% dal 2014), mentre quella pubblica registra un -0,3%. Il 62% di chi ha effettuato una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha fatta almeno un'altra nella sanità a pagamento (il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti). Ancora: nell'ultimo anno il 44% degli italiani si è rivolto direttamente al privato per ottenere almeno una prestazione sanitaria, senza nemmeno tentare di prenotare nel pubblico, mentre in 28 casi su 100 i cittadini – visto che i tempi d'attesa erano eccessivi o dopo aver trovato le liste chiuse – hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento

(il 22,6% nel Nord-Ovest, il 20,7% nel Nord-Est, il 31,6% al Centro e il 33,2% al Sud).

I numeri dell'odissea quotidiana, per quelli che l'indagine chiama "i forzati della sanità", sono sconcertanti: per una visita endocrinologica nel sistema sanitario pubblico si aspetta in media 128 giorni, 114 per una diabetologica, 65 per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 per una gastroenterologica, 56 per una visita oculistica. Tra gli accertamenti diagnostici, racconta il rapporto, ci sono in media 97 giorni d'attesa per una mammografia, 75 per una colonscopia, 71 per una densitometria ossea, 49 giorni per una gastroscopia. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. La spesa sanitaria privata media per famiglia ha raggiunto quota 1.437 euro. Entro fine anno le prestazioni sanitarie pagate dai cittadini, passeranno da 95 a 155 milioni. «Occorre pianificare un veloce passaggio da una sanità integrativa a disposizione di pochi (circa 14 milioni di italiani hanno una polizza sanitaria, ndr) ad una sanità integrativa diffusa, un vero e proprio welfare di cittadinanza» è l'appello di Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute. Anche perché la necessità di pagare personalmente cresce in base al proprio stato di salute: per i cronici la spesa sanitaria privata è in media del 50% più elevata di quella ordinaria, per i non au-

tosufficienti è di quasi 3 volte quella ordinaria, per gli anziani il doppio.

«Questo è un tema che ho fortemente cercato di risolvere e ora le Regioni hanno la possibilità di erogare la prestazioni in *intramoenia* o con delle convenzioni nel privato accreditato facendo pagare solo il ticket al paziente. Io direi che non ci sono più scuse, è solo un problema organizzativo» è il commento della ministra della Salute Giulia Grillo. Il riferimento è alle nuove regole contenute nel Piano nazionale sulle liste d'attesa approvato lo scorso febbraio, che ha stabilito tempi massimi per garantire le prestazioni (da 30 a 180 giorni a seconda della gravità della patologia) e che è stato pesantemente criticato dai sindacati dei medici per aver fatto i conti al netto delle risorse disponibili sul territorio, cioè sempre meno medici.

E proprio con questi ultimi, sull'argomento (strettamente correlato all'insoddisfazione rispetto al sistema sanitario) delle aggressioni, s'è confrontata ieri la ministra accogliendo dopo mesi di appelli l'invito della Fnomceo. «In Italia un medico su due ha subito aggressioni verbali nell'ultimo anno e il 4% è stato vittima di violenza fisica» è l'allarme lanciato, dati alla mano, dal presidente Filippo Anelli. E Grillo è tornata a insistere sulla necessità che il Senato approvi il ddl contro la violenza sugli operatori sanitari, approvato a settembre del 2018 dal Consiglio dei ministri e ancora fermo in Commissione Igiene e Sanità a Palazzo Madama in attesa di diventare legge.



## L'ALLARME

Nella fotografia di Rbm-Censis un Paese costretto ad affrontare da solo la malattia: il 44% della popolazione si rivolge direttamente al privato. Nessuna differenza tra Nord e Sud, ricchi o poveri: «Subito un "welfare di cittadinanza"»

### Anziani e disabili Il conto è più alto

# 1.437euro

La spesa sanitaria privata media per famiglia (nel 2019 si passerà da 95 a 155 milioni di euro totali)

# +100%

L'incremento di spesa in sanità privata rispetto a quella ordinaria sostenuta dagli anziani

# +200%

L'incremento di spesa in sanità privata (di 3 volte tanto l'ordinaria) sostenuta da disabili e non autosufficienti



# Sanità, 14 milioni hanno la polizza

In 10 anni sottratti al Ssn 10 miliardi di euro  
 Il secondo pilastro copre circa due terzi della spesa privata

**Federica Pezzatti**

■ La salute incide sempre di più sui bilanci delle famiglie. E forse non è un caso che in molti tengano parcheggiata la propria liquidità sul conto corrente in caso di "imprevisti", anche di tipo sanitario.

Del resto «nel 2019, quasi un italiano su due (il 44% della popolazione), a prescindere dal proprio reddito, si è "rassegnato" a pagare personalmente di tasca propria una prestazione sanitaria senza neanche provare a prenotarla attraverso il Ssn». A dirlo è Marco Vecchiotti, ad e dg di Rbm Assicurazione Salute, commentando i risultati del IX Rapporto Rbm-Censis, realizzato su un campione di 10 mila italiani e presentato il 13 giugno a Roma, in occasione del «Welfare Day 2019».

I dati parlano chiaro: considerando i consulti specialistici, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario di visite ginecologiche sono 51,7 quelli che transitano nella sanità a pagamento, 45,7 le visite oculistiche, 38,2 quelle dermatologiche e 37,5 le visite ortopediche. E del resto le liste d'attesa sono ormai insostenibili in particolare per le patologie più gravi: 128 giorni medi di attesa per una visita endocrino-

logica, 114 per una visita diabetologica, 65 per una visita oncologica.

Questi dati allarmanti arrivano a pochi giorni dalla presentazione del quarto Rapporto della Fondazione Gimbe sulla Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (Ssn), presentato al Senato l'11 giugno.

Nel periodo 2010-2019, secondo Gimbe, sono stati sottratti al Ssn 37 miliardi e parallelamente, l'incremento del fabbisogno sanitario nazionale è cresciuto di quasi 9 miliardi. «L'Italia - spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - siede nel G7 tra le potenze economiche del mondo, ma la politica ha fatto precipitare il finanziamento pubblico per la sanità ai livelli dei paesi dell'Europa orientale, considerando la sanità come un mero capitolo di spesa pubblica da saccheggiare e non una leva di sviluppo economico da sostenere, visto che assorbe solo il 6,6% del Pil e l'intera filiera della salute ne produce circa l'11%».

Tra i motivi di questo crollo del servizio sanitario, Gimbe indica «definanziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza), sprechi e inefficienze ed espansione del "secondo pilastro"» che avrebbe un ruolo, secondo la fondazione, nell'espansione della spesa. In attesa, e nella speranza, che la Sanità torni nell'agenda della politica è tuttavia proprio il secondo pilastro che aiuta circa 14 milioni di italiani che hanno una polizza sanitaria (privata o collettiva).

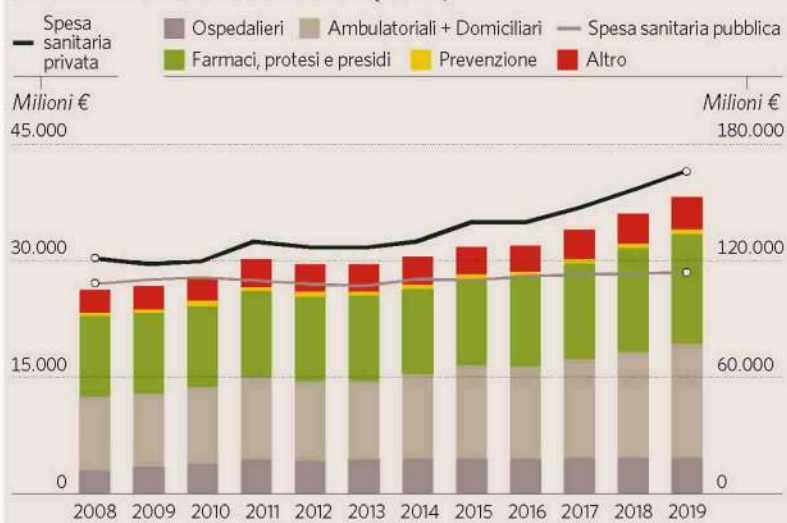
«La spesa sanitaria privata si at-

testa oggi a 37,3 miliardi di euro e si stima nel 2019 possa arrivare appena al di sotto di 42 miliardi di euro», spiega il rapporto Censis Rbm. Nel 2019 le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli assistiti passeranno da 95 alla cifra record di 155 milioni. Nella maggior parte dei percorsi di cura gli italiani si trovano a dover accedere privatamente a una o più prestazioni sanitarie. «La necessità di ricorrere a prestiti e credito al consumo per finanziare le proprie cure passa dal 10,54% al 27,14%», stima lo studio.

Importanti anche i dati sulla capacità di rimborso della spesa sanitaria privata da parte della sanità integrativa: «se in media infatti un cittadino finanzia l'85% delle cure private, aderendo ad una forma sanitaria integrativa l'ammontare da pagare "di tasca propria" per le medesime cure scende al 33% perché quasi due terzi della spesa sono rimborsati dalla polizza sanitaria. a carico dell'assicurato», spiega il rapporto Rbm Censis. In particolare, suddividendo per categoria: per quanto riguarda le cure ospedaliere se il costo a carico del cittadino è in media pari al 36,1%, con la sanità integrativa si dimezza, dal momento che l'84,5% della spesa è rimborsata dalla forma sanitaria integrativa; il 15,6% a carico dell'assicurato, mentre per quanto riguarda le cure specialistiche se in media il costo a carico del cittadino è pari all'80,4%, con la Sanità Integrativa quasi due terzi sono rimborsati dalla polizza sanitaria.

## L'andamento della spesa sanitaria in Italia

I trend delle fonti di finanziamento (2019\*)



NOTE: (\*) Dato proiettato

FONTE: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat

**REPUBBLICA INVESTIMENTI**

**Sanità. 14 milioni hanno la polizza**

Imparare ad andare in bicicletta è stato facile. La mia nuova sfida è la sostenibilità.

Da una parte c'è più di un vantaggio di investire.

**REPUBBLICA**

**Investimenti**

**Sanità**

**14 milioni hanno la polizza**

Imparare ad andare in bicicletta è stato facile. La mia nuova sfida è la sostenibilità.

Da una parte c'è più di un vantaggio di investire.

**REPUBBLICA**

**Investimenti**

**Sanità**



# Sanità, sale la necessità di pagarsi le cure e l'assistenza integrativa prende quota

PAOLA JADELUCA, ROMA

Troppe le persone che pagano pur di evitare lunghe file di attesa nel pubblico. Ma privatizzare il settore non è una soluzione secondo uno studio Rbm-Censis. Il confronto con gli Usa

**I**l 62% di chi ha effettuato almeno una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento. In totale sono 19,6 milioni gli italiani che nell'ultimo anno, per almeno una prestazione sanitaria, hanno provato a prenotare nel Servizio sanitario nazionale e a causa dei lunghi tempi d'attesa, si sono rivolti alla sanità a pagamento, privata o intramoenia. Il IX Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità pubblica, privata e intermedia, presentato la settimana scorsa a Roma, al Welfare Day 2019, suona come un campanello d'allarme. Perché curarsi a pagamento non è una scelta, ma una necessità. E anche se non si hanno i soldi, bisogna trovarli. Per curarsi, hanno sborsato di tasca propria ben il 56,7% delle persone con redditi bassi. Non solo. Lunghe o bloccate le liste d'attesa sono invalicabili, tanto che nell'ultimo anno, il 44% degli italiani si è rivolto direttamente al privato per ottenere almeno un trattamento. Tra le persone con redditi bassi, ben il 38% va direttamente dal privato senza passare per il pubblico, probabilmente nei casi di necessità estrema. Proprio quelli in cui dovrebbero maggiormente scattare i cosiddetti Lea, livelli essenziali di assistenza previsti dal Servizio sanita-

rio nazionale.

## SULLA CARTA

I Lea sono un diritto, ma restano sulla carta, ribadisce il Rapporto Rbm-Censis. Centoventotto giorni d'attesa per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. Tra gli accertamenti diagnostici, in media 97 giorni d'attesa per effettuare una mammografia, 75 giorni per una colonoscopia, 71 giorni per una densitometria ossea, 49 giorni per una gastroscopia. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. Il 62% di chi ha effettuato almeno

una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti; il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti. In 28 casi su 100 i cittadini, visto che i tempi d'attesa sono eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento (il 22,6% nel Nord-Ovest, il 20,7% nel Nord-Est, il 31,6% al Centro e il 33,2% al Sud).

Un tema spinoso. In tempi di tagli alla spesa, si fa sempre più acceso il dibattito sull'opportunità di passare ai privati la gestione

della sanità. L'idea è che le logiche di mercato e concorrenza possano contribuire a rilanciare il settore. Non sembrerebbe così automatico quando si parla di salute. Nel 2010, durante la riforma della sanità di Obama, era emerso netto un paradosso: più cresce la spesa sanitaria privata minore è l'efficienza. A quei tempi negli Usa, do-

ve la sanità è appunto privata, oltre 30 milioni di persone non potevano permettersi cure essenziali. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2010 era la Francia in cima per efficienza del sistema sanitario, seguita dall'Italia. Entrambi paesi con un siste-

ma sanitario pubblico che, sempre secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, risultava il più efficiente.

Negli Usa, nel frattempo Obama ha introdotto alcune riforme importanti. Ma il perno del sistema resta il sistema delle polizze assicurative private e le strutture di cura sono private. Sono passati quasi dieci anni. Nel 2018 *The International Journal of Health Planning and Management* ha passato al setaccio la sanità in Europa. Il risultato non cambia: le performance sia degli ospedali che delle cure in generale sono migliori nel pubblico che nel privato in tutta Europa: viene portato ad esempio come primo caso l'Italia, con la Germania, il Regno Unito, la Francia, la Spagna e persino la Grecia.

## LA GIUSTA VIA

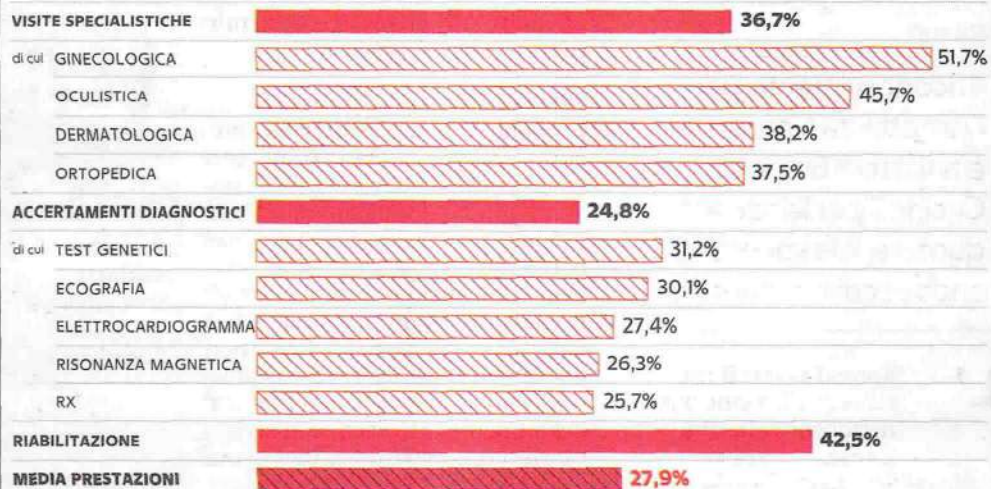
Tornando allo studio presentato da Rbm-Censis, emerge l'emergenza di una soluzione. Una via potrebbe essere promuovere forme integrative intermedie di accorpamento della domanda, che ne moltiplicherebbe il potere contrattuale e la connessa capacità di acquistare prestazioni. Nel lungo periodo, però, solo un cambio di passo potrà consentire di risolvere il difficile rebus con la prevenzione: un'azione di lungo periodo in grado di prevenire l'insorgere delle patologie o almeno individuarle in fase iniziale, prima che diventino gravi o irreversibili, con relativa moltiplicazione dei costi sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

## LE PRESTAZIONI IN PRIVATO

CURE A PAGAMENTO PER OGNI CENTO TENTATIVI DI PRENOTAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



FONTE: INDAGINE CENSIS

19,6

MILIONI

Gli italiani costretti nell'ultimo anno a sterzare sulla sanità privata

56,7

PER CENTO

Le persone con redditi bassi che per curarsi hanno pagato di tasca propria





**CORSIE DESERTE** Primi effetti delle riforme delle pensioni

La Sanità in pericolo:  
a breve mancheranno  
migliaia di medici



◻ **ROTUNNO** A PAG. 14 - 15

**LA CURA** Entro pochi anni il numero dei camici bianchi potrebbe diminuire in modo drammatico. Colpa di anni di tagli ai fondi pubblici e delle riforme delle pensioni. La soluzione attende al Senato

# 2025, corsie vuote: Pronto soccorso senza 4mila medici

» **ROBERTO ROTUNNO**  
.....

S

ono quasi dieci anni che si parla di come i nostri ospedali pubblici si stiano svuotando di medici. La stretta sui fondi alla sanità, scelta presa dai governi dopo lo scoppio della crisi del 2008, ci ha già fatto perdere 10 mila camici bianchi. Entro il 2025, in 52 mila andranno in pensione – anche grazie a Quota 100 – mentre mantenendo gli attuali ritmi di reclutamento ne entrerebbero solo 36 mila. Questo porterà l'ammanto a oltre 26 mila, con l'effetto di indebolire

ancora il servizio sanitario nazionale e di renderlo sempre meno capace di rispondere alle esigenze di una popolazione che invecchia.

## Meno assistenza ai bimbi e per le cure in emergenza

A essere penalizzati saranno soprattutto il pronto soccorso, ma anche pediatria, medicina interna, anestesia, rianimazione e chirurgia. In questi giorni il governo è impegnato nel tentativo di tamponare questa emergenza con una norma contenuta nel decreto Calabria. Il provvedimento, che è all'esame del Senato, prevede un paio di novità importanti. La prima è lo sblocco del *turn-over*, il quale permetterà di far saltare il tappo che in questi anni ha limitato gli

ingressi. La seconda è la possibilità di assumere con contratti a tempo determinato gli specializzandi a partire dal penultimo anno del corso di studi; mettere a lavoro con due anni di anticipo i quasi-specialisti, insomma. Una soluzione che sulla carta avrebbe la capacità di dare una grossa mano, perché permetterebbe 12 mila arruolamenti solo nel corso di quest'anno, ma che è stata molto criticata dalla Conferenza dei rettori universitari italiani (Cruì) in quanto ritiene sia incostituzionale. A prescindere da come la si pensi su questo punto, si tratta comunque di una topa, che tra l'altro potrebbe non essere incisiva in tutti i territori e in tutte le aree. Il motivo è che oggi la carenza



di medici non dipende solo dalla quantità di sanitari ammessi alla specialistica, ma anche dalla distribuzione tra le diverse tipologie. Questo è conseguenza delle scelte individuali dei giovani dottori, che come tali sono difficili da controllare o indirizzare. Secondo il sindacato Anaao-Assomed, però, bisognerebbe innanzitutto incentivarli a optare per il servizio sanitario garantendo stipendi in linea con gli altri paesi europei e possibilità di avanzamenti di carriera. E soprattutto retribuendo in modo adeguato il disagio, i turni notturni e le mansioni pericolose. Questo spingerebbe più ragazzi a scegliere settori come la medicina di emergenza e urgenza, che come detto è quello più esposto allo svuotamento.

### **Il meridione sempre più penalizzato**

Nelle stanze dei pronto soccorso, secondo lo studio redatto dall'Anaao, la carenza per le mancate sostituzioni dei pensionati arriverà a 4.241 unità nel 2025. In Campania mancheranno ben 800 specialisti di quest'area, nel Lazio 544, in Puglia 498, in Sicilia 356. Insomma, a essere colpito sarebbe soprattutto il Sud, mentre nelle strutture al Nord il gap di personale sarebbe un po' più contenuto. A salvarsi saranno solo l'Umbria, oltre che le Regioni più piccole, ovvero il Molise e la Valle d'Aosta. Al secondo posto della classifica di chi subirà le maggiori conseguenze è la pediatria, che registrerà tra sei anni un ammanco di 3.394 camici bianchi. In questo caso la distribuzione geografica è più composita, perché la più colpita sarà la Lombardia,

con 510 caselle vuote, seguita dalla Sicilia con 471 e dalla Toscana con 329. Il territorio attorno a Milano sarà il più sfortunato anche per la medicina interna, con un buco da 377 specialisti. Se la passeranno male anche l'Emilia Romagna (238) e la Toscana (202).

Tutti questi numeri derivano dalla fotografia scattata prima che arrivasse il decreto Calabria. Quindi saranno mitigati, non si sa ancora in che misura, dall'immissione di specializzandi al penultimo anno. Ma, secondo i sindacati, la strada per risolvere la situazione è ancora lunga. Fino a oggi, ogni Regione aveva un limite di spesa per il personale sanitario, pari a quanto speso nel 2004 meno l'1,4%. Ora invece il parametro che costituirà il limite massimo sarà la cifra investita nel 2018 e aumentata ogni anno di una somma pari al 5% dell'incremento del fondo sanitario regionale. "Questo penalizzerà le regioni che in questi anni sono state sottoposte a piano di rientro - afferma Carlo Palermo, segretario nazionale Anaao Assomed - Molti dei 10 mila medici mancanti sono in Sicilia, Campania, Puglia, Calabria". In sostanza, si prende come riferimento un livello di spesa al quale si è arrivati dopo anni di tagli. Quindi un punto di partenza che sarà ancora basso soprattutto per chi ha dovuto contenersi per risanare i bilanci. Questi risparmi, secondo una stima della Fp Cgil, hanno portato gli organici del comparto sanità (non solo i medici) a ridursi di 43 mila unità tra il 2007 e il 2017.

### **L'imbuto dopo l'università Specializzazione per pochi**

Parallelo al problema delle

corsie vuote c'è quello del cosiddetto imbuto formativo. Cioè della schiera di laureati in medicina che non sono riusciti a entrare nelle scuole di specializzazione, a causa dei pochi posti disponibili, e sono fermi. Al momento ne abbiamo 8 mila, ma molti si aspettano che superino i 10 mila con il prossimo concorso.

Lo stato Italiano ha speso 150 mila euro per ognuno - a tanto ammonta la spesa pubblica per un laureato - ma ora non dà loro la possibilità di far fruttare le competenze acquisite all'università tenendoli fuori dalle specializzazioni. Ogni anno la facoltà di Medicina sforna quasi 10 mila nuovi dottori. I posti banditi nelle scuole post-laurea fino allo scorso anno erano solo 6.100. A partire dal 2019 il governo li ha aumentati fino ad arrivare ad 8 mila, ai quali si sommano i 2 mila per medicina generale. Questo vuol dire che nei prossimi anni ci sarà equilibrio tra numero di laureati e numero di borse per le specializzazioni.

"Secondo noi andrebbero comunque ancora aumentate - dice Carlo Palermo - per assorbire chi è rimasto fuori per l'imbuto formativo degli scorsi anni". Tra l'altro, avere 10 mila posti per specializzandi non dà la certezza che tutti loro, una volta terminati gli studi, andranno a lavorare per il servizio pubblico. "Alcuni sceglieranno il privato, altri l'estero. Qui da noi nei primi cinque anni di carriera si prendono 2.300 euro, negli altri Paesi europei si guadagna circa il doppio".

Inoltre nell'ultima legge di stabilità la Lega ha fatto inserire l'estensione dell'aliquota minima al 15% per le partite iva fino a 65 mila euro

di reddito. Quella che impropriamente viene definita "flat tax", perché permangono gli altri scaglioni, finisce comunque per creare un incentivo alla libera professione, che quindi può indurre i medici a preferire il vantaggio fiscale piuttosto che un percorso da dipendenti del servizio sanitario pubblico nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

43

Mila: sono i lavoratori del comparto sanità persi tra il 2007 e il 2017

10

Mila: sono i medici in meno ad oggi, rispetto al 2008, quando è scoppiata la crisi

3

Mila: sono i medici che spariranno dal reparto pediatria entro il 2025, per effetto dei pensionamenti previsti grazie a 'quota 100', bandiera di Salvini contro la legge Fornero

1,4%

**Della spesa del 2004**  
Ad oggi, per tagliare i costi, ogni Regione poteva spendere, quanto erogato nel 2004, meno l'1,4%

5%

**Nuovo tetto**  
La cifra investita nel 2018 aumentata ogni anno del 5% dell'incremento del fondo sanitario regionale



MENTRE GLI **OSPEDALI** SI SVUOTANO  
**8 MILA LAUREATI** IN MEDICINA  
SONO A SPASSO, **ESCLUSI** DA SCUOLE  
DI SPECIALIZZAZIONE. LO STATO  
SPENDE **150 MILA EURO** PER OGNUNO

## INTERVENTI SULLA PREVIDENZA

*In 6 anni spariranno 52 mila  
dottori, in virtù di "Quota  
100" e legge Fornero:  
ne entreranno solo 36 mila*

## LA TOPPA NEL DECRETO CALABRIA

*Sblocco del turn-over  
ovvero nuove assunzioni  
E specializzandi a lavoro  
con due anni di anticipo*



**I CONTI DELLA SALUTE**
**Sanità futura  
 collasso in vista  
 A meno che...**

WALTER RICCIARDI

Il Servizio sanitario nazionale vive un declino che lo porta ad abbandonare mi-

lioni di cittadini per l'effetto di invecchiamento della popolazione e crisi economica.

A pagina 3

**L'ANALISI** «Tempesta perfetta» con invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche e difficoltà sociali

# Il sistema sanitario in crisi? Sì, se non si interviene presto

*Bisogna rimodulare le prestazioni erogate gratuitamente; ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa medica; e avviare un grande piano di prevenzione*

WALTER RICCIARDI

**S**ono ormai anni che segnaliamo il lento e costante scivolamento del nostro Servizio sanitario nazionale (Sss) – giustamente definito come la più importante opera pubblica mai costruita nel nostro Paese – verso un inesorabile declino che, nonostante importanti aree di eccellenza sia professionale sia tecnologica, comincia ad abbandonare al proprio destino milioni di cittadini che non riescono più ad accedere a servizi, sia preventivi sia diagnostici, assistenziali e riabilitativi. Quattro anni fa avevo preannunciato l'arrivo di una "tempesta perfetta", in cui l'incrocio tra invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche e crisi economica con conseguente definanziamento della spesa pubblica avrebbero determinato l'impossibilità per i decisori pubblici di trovare abbastanza risorse per finanziare il sistema, per i manager di gestire organizzazioni sempre più complesse, per gli operatori sanitari di assistere i propri pazienti e per i cittadini di esigere prestazioni sanitarie finanziate con le loro tasse e che dovrebbero essere gratuite al momento del bisogno.

## Le previsioni

mostrano per il futuro una situazione di crescenti bisogni da parte di una platea sempre più anziana e disabile. I pazienti multicronici saranno pari a quasi 13 milioni nel 2024

**T**re rapporti usciti nelle ultime settimane confermano l'inizio della *débâcle*. Il Rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica, il Rapporto Gimbe dell'omonima fondazione e quello del Censis sanciscono in modo inequivocabile le difficoltà di un Servizio sanitario boccheggiante, tra tagli, inadeguatezza gestionale e impossibilità di garantire servizi, in alcune regioni anche quelli essenziali. Che cosa abbiamo sbagliato? Perché nonostante i ripetuti allarmi non vi è stata alcuna azione correttiva? E, soprattutto, siamo ancora in tempo per evitare il peggio? Noi scienziati



e addetti ai lavori non siamo riusciti a far capire alla politica – non tanto a quelli che si interessano di salute e welfare quanto a chi è responsabile di finanziarli (in primis ministero dell'Economia e Ragioneria generale dello Stato) – che considerare la sanità solo una voce di costo, facile da tagliare quando vi è bisogno di austerità, non è la strada ottimale per lo sviluppo e la prosperità del Paese. Certamente si dovrebbe essere attenti ai saldi di bilancio, non solo però guardando ai numeri ma anche a quello che c'è dietro, soprattutto se i tagli significano meno medici, meno infermieri, meno servizi e più malati, più sofferenza, più disperazione. Se si guarda all'attuale discussione tra Stato e Regioni e alla bozza del nuovo Patto per la Salute non c'è da essere ottimisti: sia l'approccio sia le tempistiche non sembrano all'altezza della sfida.

Che cosa ci attende dunque all'orizzonte? Attraverso l'utilizzo di modelli matematici è possibile già da ora prevedere cosa si verificherà in futuro. Ad esempio, per quanto riguarda il numero delle persone con multicronicità – cioè coloro che soffriranno nel prossimo futuro di almeno tre malattie croniche –, proiettando la loro prevalenza sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni, ci si attende un numero di multicronici pari a quasi 13 milioni nel 2024 e di oltre 14 milioni nel 2034, pari rispettivamente al 20,2% e 22,6% della popolazione. Particolarmente rilevante il fenomeno tra gli anziani: nel 2024, infatti, a livello nazionale tale condizione interesserà circa 9 milioni di individui ultra sessantacinquenni, numero che salirà nel 2034 a circa 11 milioni. Lo scenario, quindi, ci mostra per il futuro una situazione di crescenti bisogni da parte di una popolazione sempre più anziana e disabile. Se l'incidenza – ovvero, il numero di nuovi casi – di malattie croniche registrate non dovesse rallentare o diminuire nel tempo, l'aumento assoluto della richiesta di assistenza sanitaria richiederebbe un inevitabile incremento della spesa al fine di garantire adeguati livelli di salute. Purtroppo i segnali che possiamo vedere oggi ci indicano che questa è una situazione insostenibile dal punto di vista economico e finanziario. Questa situazione di insostenibilità è vissuta da tutti i Paesi industrializzati e non è certo stata causata dalla crisi economica del 2008. Il sistema era infatti insostenibile già prima della crisi, che ha solo amplificato e reso più evidente il problema.

Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, l'Italia è stata sicuramente uno dei Paesi più colpiti dalla recessione. A oggi il nostro risulta essere l'unico tra i Paesi più industrializzati a non aver ancora recuperato i livelli di Pil del 2007. Inoltre a livello dei Paesi Ocse più avanzati l'Italia si è dimostrata uno dei Paesi con il sistema di aiuti ai redditi meno efficace in assoluto: Italia e Spagna sono gli unici Paesi dove nel periodo della crisi (2007-2012) alla riduzione del Pil si è legata una pressoché equivalente riduzione del reddito disponibile delle famiglie. Al contrario, in Paesi come Regno Unito, Finlandia e Danimarca la recessione del Pil è stata accompagnata da un aumento del reddito disponibile, segno di un sistema di ammortizzatori sociali meglio funzionante. In effetti, in Italia la crisi ha aumentato anche la povertà assoluta: tra il 2011 e il 2012 si è registrato un vero e proprio balzo nel numero delle famiglie e degli individui in condizione di povertà, salito rispettivamente del 33,0% e del 41,0%, con un ulteriore peggioramento nel 2013 e nel 2018. Molti studi hanno dimostrato che il livello di salute di una popolazione è fortemente correlato con la sua condizione economica. Pertanto, se la fase di crisi che stiamo attraversando si prolungherà nel tempo (e purtroppo ci sono importanti elementi per ritenere che non sia congiunturale ma abbia forti componenti strutturali, in particolare in Italia), ci si dovrà attendere un peggioramento generale delle condizioni di salute nel nostro Paese. E allora che faranno gli italiani per curarsi?

Non volendo neanche prendere in considerazione l'idea che vi sia un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Ssn, il suo "piano di salvataggio" dovrebbe passare almeno attraverso le seguenti tre azioni: 1) rimodulare le prestazioni erogate gratuitamente a tutti i cittadini – i cosiddetti Lea, Livelli essenziali di assistenza – in base a rigorosi criteri scientifici, destinando alla spesa privata quelli a basso valore; 2) ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per spese sanitarie, tenendo conto anche del valore delle prestazioni e attuando al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa; 3) realizzare concretamente un piano nazionale della prevenzione. Lo faremo? Ai posteri l'ardua sentenza.

*Docente di Igiene e medicina preventiva  
all'Università Cattolica di Roma  
già presidente  
dell'Istituto superiore di sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Se la fase economica negativa si prolungherà, ci si dovrà attendere un peggioramento delle condizioni di salute



# Sanità, meglio farsi un paracadute

La spesa di chi paga di tasca propria salirà a 155 miliardi nel 2019. Il rapporto Rbm: serve una previdenza di cittadinanza

di **Barbara Millucci**

**Q**uasi un italiano su due è «rassennato» a pagare di tasca propria per la salute, senza nemmeno aver provato a prenotare una visita o un esame attraverso il Servizio sanitario nazionale. Per l'esattezza, si parla del 44% del campione (diecimila cittadini maggiorenni) analizzato dal l'ultimo Rapporto Rbm-Censis. È un fenomeno diffuso, a cui si aggiunge un altro dato: il ricorso a prestiti e credito al consumo da parte di cittadini malati o indigenti per finanziarsi le cure mediche è infatti letteralmente triplicato in un anno, passando dal 10% al 27%.

La fotografia che emerge è trasversale: poveri e ricchi sembrano in un qualche modo costretti a passare al privato. Pagare di tasca propria è infatti capitato al 38% delle persone con redditi bassi e al 50% di chi ha redditi alti, dice la ricerca. Così, si stima che nel 2019 le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli assistiti passeranno da 95 alla cifra record di 155 miliardi.

Uno dei motivi che spinge a scegliere di curarsi in strutture e cliniche private sono le lunghe liste d'attesa degli ospedali pubblici. In media, secondo il report, si attendono 128 giorni per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. Non va meglio per gli accertamenti diagnostici. In media bisogna aspettare 97 giorni per una mammografia, 75 per una colonscopia, 71 per una densitometria ossea, 49 per una gastroscopia. Nell'ultimo anno, inoltre, il 35% degli italiani non è riuscito a prenotare, neanche una volta, una prestazione nel pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. E il 62% di chi ha prenotato una visita convenzionata ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento.

## Urgenze

«Ben 13 milioni di italiani si sono fatti visitare da medici sia del pubblico che del privato per avere la certezza della diagnosi di una malattia», spiega Francesco Ma-

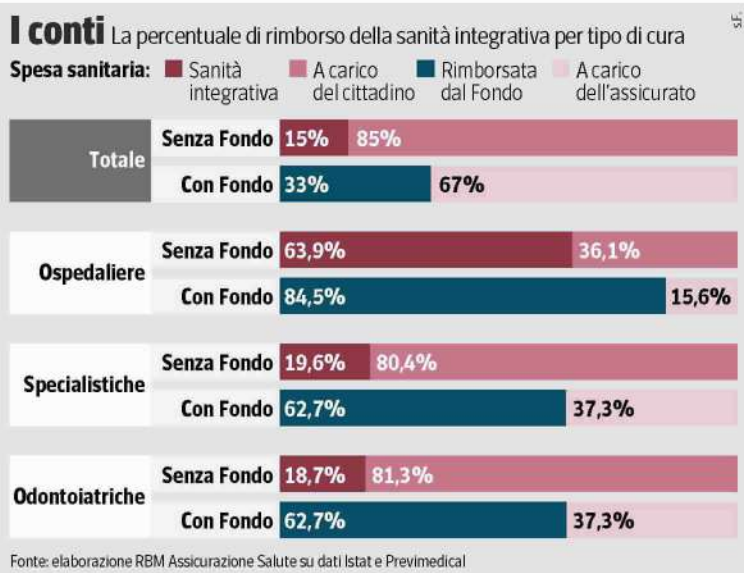
ietta, responsabile dell'Area politiche sociali del Censis. Per questo «è necessario raddoppiare il diritto alla salute degli italiani e per farlo occorre pianificare una rapida transizione da una sanità integrativa di pochi (oggi circa 14 milioni di persone già hanno una polizza sanitaria) a una sanità integrativa di tutti, una sorta di "welfare di cittadinanza"», commenta Marco Vecchietti, amministratore delegato e direttore generale di Rbm Assicurazione Salute. «Può avvenire attraverso l'evoluzione dei fondi sanitari da strumento della contrattazione collettiva nazionale a strumento di protezione sociale».

Rbm fa parte di RBHold, tra i maggiori gruppi italiani nel campo del welfare integrativo e contrattuale, ed è specializzata nell'assicurazione sanitaria. Ogni giorno assiste i dipendenti di grandi aziende e dei principali fondi sanitari integrativi contrattuali, delle casse assistenziali, degli enti pubblici e delle casse professionali.

Oggi la spesa sanitaria privata si attesta intorno ai 37 miliardi di euro e si stima che nel 2019 possa arrivare a 42 miliardi di euro, in crescita del 7% dal 2014.

«Non c'è tempo da perdere», è stato il mantra ripetuto anche dal palco del Welfare Day, dove il rapporto è stato presentato la scorsa settimana. La popolazione italiana invecchia. Dall'inizio della crisi, in circa dieci anni, la spesa pubblica per la salute in Italia si è fermata, mentre quella delle famiglie ha continuato a crescere, come si è visto nel caso dei prestiti richiesti. Inoltre, il 92% degli italiani ha dovuto pagare di tasca propria per le cure odontoiatriche per i farmaci, occhiali e protesi.

«L'unica struttura che in Italia sembra funzionare è il Pronto Soccorso che registra un gradimento positivo per il 44% degli italiani. Il problema, ormai noto, è che ci si reca a farsi visitare anche se non si hanno reali emergenze», conclude Ma-



### Assicurazioni

Marco Vecchietti, ceo  
e direttore generale di Rbm  
Assicurazione Salute

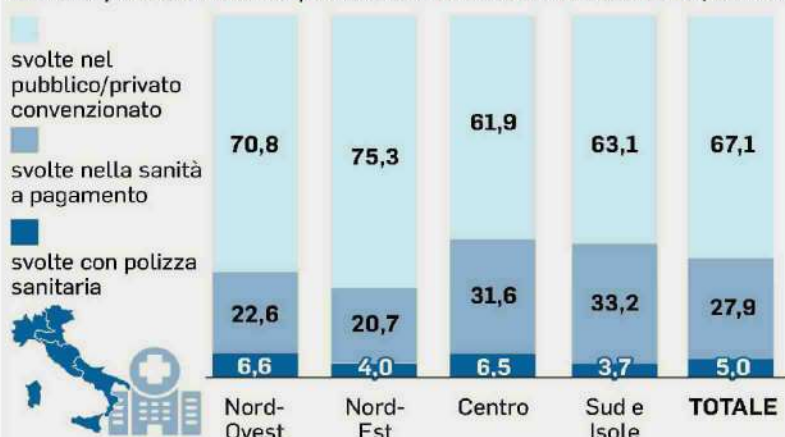




Farina, presidente Ania, chiede uguali condizioni fiscali per tutti i soggetti che offrono soluzioni integrative al Servizio nazionale, a cominciare dai fondi di categoria fino alle polizze individuali

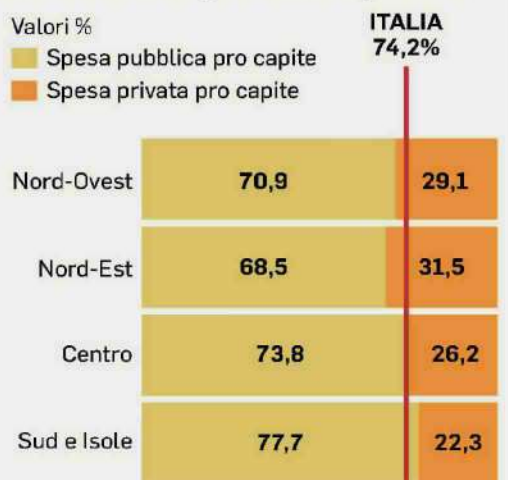
### Dove si curano gli italiani

Prestazioni fatte nel pubblico e nella sanità a pagamento o con polizza sanitaria per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio Sanitario (valori %)



Fonte: indagine Censis 2019

### La salute tra pubblico e privato



centimetri

# La sanità multipilastro tra pubblico e privato

**D**a almeno un paio d'anni la presidente dell'Ania, Bianca Maria Farina, lo ripete come se fosse un mantra: l'industria delle assicurazioni sarà il motore del nuovo welfare del Paese. Lo ha ribadito una decina di giorni fa nel corso del dibattito promosso dal Censis con il Forum Ania-Consumatori, focalizzando – nel perimetro del welfare – il tema della sanità integrativa. Ci sono 19,6 milioni di italiani che si sono visti negare nel 2018 almeno una prestazione dovuta dal Servizio sanitario nazionale. «Sono i forzati della sanità a pagamento: persone che hanno provato a prenotare nel Ssn e, presa visione della lunghezza della lista di attesa, hanno proceduto a farla a pagamento, nel privato a tariffa intera o in intramoenia». E' una delle evidenze fotografate dal Censis nell'annuale rapporto sulla sanità pubblica e privata, promosso da Rbm Salute.

#### LA SCELTA DELLA MUTUALITA'

E' anche in forza di dati come questi che la presidente di Ania

ripete: «Alla spesa pubblica deve associarsi una spesa privata. Ma occorre affrontare il tema di come questa spesa privata possa essere razionalizzata, senza accentuare le disparità e senza disperdere efficienza». Già, perché non basta ricordare che ogni anno gli italiani spendono poco meno di 40 miliardi di euro in sanità privata,

in aggiunta ai 112 miliardi che tramite la fiscalità generale finanziano il Ssn. Di quei 40 miliardi aggiuntivi la gran parte esce direttamente dalle tasche di individui e famiglie. Poco più del 10% è intermediata da contratti o polizze assicurative.

Per l'esattezza, secondo l'indagine del Censis, gli italiani nel 2018 hanno speso 37,3 miliardi di euro di tasca propria per la sanità: +7,2% reale rispetto al 2014 e nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica è diminuita dello 0,3%. La spesa sanitaria privata media per famiglia è pari a 1.437 euro. «La spesa sanitaria privata, se viene alimentata da risorse

che escono direttamente dalle proprie tasche è una follia – ribadisce Farina – perché c'è un altro modo di affrontare questa spesa: mutualizzare». Qualcosa di sta muovendo, ma molto lentamente. Si sta attivando qualche incentivo a percorrere la strada della socializzazione dei rischi sanitari, attraverso polizze e fondi integrativi delle prestazioni. Ma soprattutto nei contratti collettivi di lavoro. Per questo Bianca Maria Farina richiede una equiparazione dei vantaggi fiscali: «Non si vede perché non debbano essere trattati allo stesso modo i fondi di categoria, i fondi aperti o le polizze assicurative. Dobbiamo chiedere alle Istituzioni che si possano creare benefici fiscali uguali per tutti, perché tutti i cittadini, che siano lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi o pensionati, possano beneficiare di forme efficienti ed efficaci di integrazione sanitaria».

Quindi c'è un problema di

aiuto e sostegno fiscale, che si accompagna alla necessità di una puntuale informazione delle opportunità esistenti. «Come assicuratori siamo a disposizione. Nel mestiere dell'assicuratore, d'altronde – continua Farina – c'è una forte componente di servizio sociale; c'è un desiderio implicito di dare migliori servizi ai cittadini. Con il supporto della tecnologia potremmo arrivare a offrire soluzioni personalizzate, con forti ottimizzazioni di spesa».

### **I SURFER DELLA SALUTE**

Pubblico e privato, non solo in sanità, sono ormai mondi co-

municanti, in qualche modo interscambiabili. Secondo l'indagine Censis-Rbm 13,3 milioni di italiani si sono fatti visitare sia nel pubblico che nel privato per una stessa patologia: una caccia alla "second opinion" in una logica di soggettiva autoregolazione della salute. "Il surf tra pubblico e privato è un anche modo per controverificare le prescrizioni mediche su diagnosi e terapie, innalzando così qualità, efficacia e sicurezza della sanità di cui si ha bisogno" commentano al Censis. La sovrapposizione è fisiologica, anche se resta auspicabile una migliore ottimizzazione assicu-

rativa, per evitare sprechi e abbassare i costi. Farina conclude: "Di fronte alla progressiva riduzione delle garanzie dello Stato emerge l'urgenza di estendere l'assicurazione lungo tutta la vita di una persona. È vero che si spende molto in salute, ma occorre spendere meglio».

**Marco Barbieri**

**OGNI FAMIGLIA SPENDE  
1.500 EURO L'ANNO  
DI TASCA PROPRIA  
ANCHE PER COLPA  
DELLE INEFFICIENZE  
DEL SETTORE SANITÀ**





Dovrà essere personalizzata, preventiva e predittiva, ma anche e soprattutto partecipativa, con pazienti consapevoli e responsabili

## LE QUATTRO «P» DELLA NUOVA MEDICINA



di **Gianvito Martino\***

**L**a medicina sta cambiando molto. Nuove conoscenze e tecnologie, che in parte sono già in nostro possesso, ci consentiranno di personalizzare le cure, sviluppando nuovi trattamenti che meglio si adatteranno alle caratteristiche di ciascun individuo.

Sentiamo dire spesso, ad esempio, che tra poco tempo si potranno sostituire geni e cellule difettate in qualsivoglia tessuto del nostro corpo, così come possiamo cambiare i pneumatici o l'olio del motore della nostra automobile.

E se questo scenario futuribile è in realtà più lontano di quello che ci viene raccontato, non di meno l'obiettivo di personalizzare la medicina rimane una necessità imprescindibile.

Basti pensare che è stato calcola-

to che negli Stati Uniti i dieci farmaci più venduti nel 2015 sono risultati efficaci tra lo 0,5 per cento e il 25 per cento nei pazienti che li hanno assunti. È con il sostegno ufficiale del presidente USA Barack Obama all'ambiziosa «Initiative in Precision Medicine», nel 2015, che la medicina personalizzata è diventata nota al grande pubblico.

Una medicina che studia le caratteristiche *genotipiche* (il Dna) e *fenotipiche* (ambiente, stile di vita ecc.) di ogni singolo individuo e

che si pone lo scopo di integrarle fra di loro per comprendere meglio malattie complesse e la cui causa a oggi rimane ancora sconosciuta, nella speranza di poterle diagnosticare e curare in maniera più efficiente.

Una medicina nuova, che dovrebbe avere ricadute sostanziali non solo dal punto di vista medico ma anche socioeconomico.

Una medicina definita come la medicina delle «quattro p»: personalizzata, preventiva, predittiva e partecipativa. Personalizzata per-

ché ogni individuo è unico e ha caratteristiche proprie. Preventiva e predittiva, nel senso che ciascuno potrà conoscere la propria storia e la propria eredità genetica, capire come assecondarla o contrastarla, sapendo a quali malattie è più suscettibile e a quali farmaci risponderà più efficacemente.

Infine partecipativa: ogni individuo sarà consapevole della propria storia medica e non sarà più soltanto il medico curante a detenere e comprendere appieno tutte le informazioni disponibili.

La settimana Healthytude, dal 21 al 23 giugno, che si terrà a Milano in piazza Gae Aulenti, sarà un'occasione per avvicinare il pubblico, a questi temi e in particolare a quello della medicina preventiva, caposaldo della medicina di precisione.

D'altronde è da millenni che sappiamo, e che ci sentiamo dire, che prevenire è meglio che curare.

*\*Direttore scientifico Irccs Osp. San Raffaele, docente Università Vita-Salute Milano*

RIPRODUZIONE RISERVATA



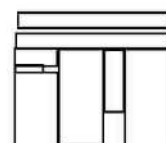


**Nuove  
conoscenze  
e tecnologie**

**daranno  
il via allo  
sviluppo  
di nuovi**

**trattamenti  
che meglio si  
adatteranno  
a ciascun**

**individuo**



# La salute non ha prezzo

**MARCO FROJO, MILANO**

Gilead ha lanciato l'idea all'Agenzia nazionale: il costo delle terapie cellulari d'avanguardia può variare a seconda dell'efficacia sui pazienti

**L**o sviluppo di nuovi farmaci costa moltissimo perché solo una molecola su 10 mila arriva sul mercato.

D'altro canto un sistema sanitario come quello italiano, già sotto pressione per i vincoli del bilancio statale, ha limitati margini nell'aumentare la spesa per la sanità, che quest'anno terrà a mala pena il passo con l'inflazione.

Per conciliare queste due opposte esigenze, quella delle aziende farmaceutiche di rientrare degli investimenti fatti in ricerca e sviluppo e quella dello Stato di contenere le uscite, Gilead ha proposto all'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, una soluzione innovativa, che prevede che i trattamenti all'avanguardia, ovvero le terapie cellulari, vengano pagate alle case farmaceutiche in maniera commisurata ai benefici reali che apportano ai pazienti in termini di salute.

## RICERCA E SVILUPPO

«In un sistema a risorse limitate è essenziale che al costo del farmaco corrispondano i benefici previsti», spiega Valentino Confalone, vice presidente e general manager di Gilead. «E per quanto i farmaci più innovativi possano essere apparentemente cari, il risparmio che essi possono garantire al sistema sanitario

ad esempio in termini di minori interventi chirurgici e ospedalizzazioni va preso in considerazione quando si valuta il loro acquisto». Il ragionamento è semplice: un paziente guarito grazie a un farmaco di alto livello non peserà più sul sistema sanitario e, alla fine, anche il bilancio finanziario, oltre a quello sanitario, sarà positivo, anche a fronte di un maggior esborso. La soluzione avrebbe fra le altre cose anche il vantaggio di

favorire la prescrizione del farmaco più appropriato, visto che quello inadeguato a curare la patologia non verrebbe pagato. L'Aifa ha mostrato interesse per la proposta ma gli aspetti da discutere e chiarire sono ancora molti. Come per esempio il seguente: nel caso di un trattamento con più farmaci di aziende diverse a chi va riconosciuto il merito della guarigione e quindi il pagamento? «La nostra azienda è impegnata

sia nell'innovazione trasformativa sia in quella incrementale», prosegue il manager di Gilead. La prima cambia radicalmente le cure di una determinata patologia, garantendo per esempio la cura di una malattia considerata fino a quel momento incurabile, la seconda migliora la vita del paziente senza però arrivare a debellare completamente la malattia». In entrambi i campi Gilead ha ottenuto importanti successi: per l'epatite C ha messo a punto un farmaco in grado di sconfiggere il virus, mentre per quello dell'Hiv ha sviluppato un trattamento che consente di migliorare in modo significativo la vita di chi ha contratto il virus dell'immunodeficienza.

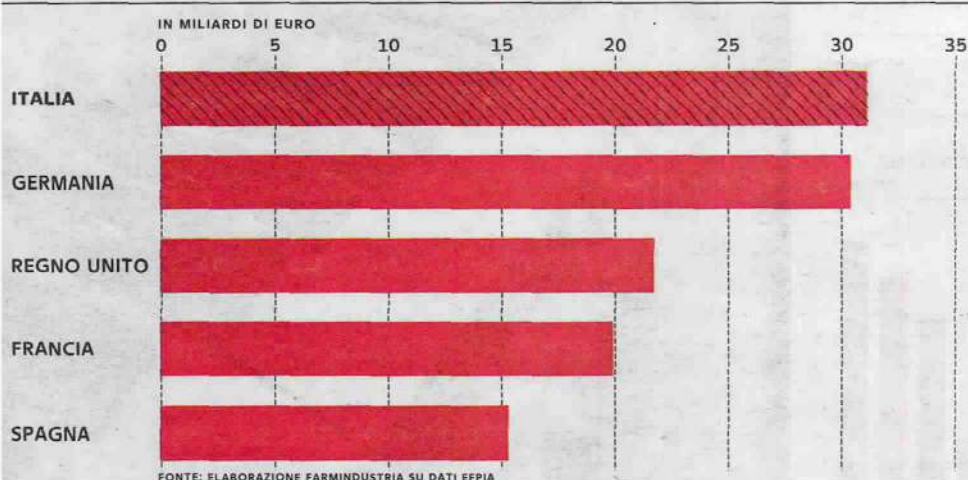
## PARTNER

L'Italia per Gilead non rappresenta solo un importante mercato per la vendita dei suoi farmaci ma anche un partner per il loro sviluppo. Nel nostro Paese produce infatti principi attivi grazie alla collaborazione con cinque Contract development and manufacturing Organization (CdmO), per un totale di quattro diversi Active pharmaceutical ingredient (Api) in fase commerciale e due in fase di sviluppo. Senza dimenticare gli 80 centri che sperimentano le sue molecole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

**IL VALORE**  
DELLA PRODUZIONE FARMACEUTICA NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI



**Valentino Confalone**  
gm  
Gilead





Venerdì 21 giugno è la Giornata dedicata alle malattie del sangue: trentamila i casi in un anno, sale la percentuale di guarigione. Risultati promettenti anche in quelle forme che, finora, sono risultate le più resistenti alle cure sia negli adulti sia nei bambini

# Leucemie, è rivoluzione: pronte otto nuove terapie

## LA PATOLOGIA

**L**a speranza per i pazienti e la consapevolezza della forza della scienza sostenuta dalle grandi novità terapeutiche sono le forti basi della Giornata Nazionale per la lotta contro Leucemie, Linfomi e Mieloma venerdì 21 giugno. Negli ultimi anni si è assistito ad un'autentica rivoluzione. I progressi ormai si contano anche per quelle forme che erano "rimaste un po' indietro" come le leucemie acute e le mielodisplasie. Contro queste patologie, tra il 2017 e il 2018, infatti, sono stati registrati otto nuovi farmaci.

## LA DIAGNOSI

Quest'anno l'attenzione della Giornata si focalizza proprio sulle novità che la scienza ha ormai codificato per quelle forme ematologiche che, negli ultimi 40 anni, avevano avuto pochi avanzamenti sul fronte sia della cura che della guarigione. «Ora l'ematologo - spiega Sergio Amadori, presidente dell'Ail, Associazione italiana contro le leucemie (ail.it) che quest'anno compie cinquanta anni, deve solo pensare come usare meglio i farmaci e, in questo, ha grande importanza la modalità di diagnosi che deve essere mirata. Preciso il farmaco, precisa la diagnosi». Ora sono disponibili per le leucemie acute importanti innovazioni come gli anticorpi monoclonali, e per le mielodisplasie la disponibilità di farmaci mirati sta diventando sempre più concreta. Con questi anticorpi più la chemioterapia si apre, dunque, la possibilità di portare avanti ricerche che potranno dare remissioni più lunghe e un aumento del tasso di guarigione.

## LE TECNICHE

Una leucemia conosciuta tanti anni fa come leucemia fulminante

in cui l'85-90% dei pazienti moriva entro un mese oggi guarisce nel 95% dei casi. La leucemia linfoblastica acuta, una forma molto aggressiva, nel bambino oggi guarisce nel 90% dei casi. Il linfoma di Hodgkin oggi guarisce nell'85%. Alcune forme di leucemie acute, soprattutto nell'anziano, rimangono ancora con percentuali basse. Grazie al miglioramento delle tecniche diagnostiche e alla possibilità di caratterizzare meglio la malattia dal punto di vista molecolare oggi è possibile identificare delle mutazioni del Dna che possono essere bersagliate con farmaci specifici. In Italia nel 2018 sono stati diagnosticati circa 30.700 casi di nuovi tumori ematologici, in leggero calo rispetto al 2017.

In occasione dei 50 anni, una delegazione di Ail, sabato sarà ricevuta dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella al Quirinale. Gli verrà donato anche il francobollo celebrativo dedicato al cinquantennale di Ail. Appuntamento centrale è "...Sognando Itaca", un viaggio in barca a vela nel Mar Tirreno dei pazienti insieme ai medici. L'avventura si è appena conclusa. Negli anni l'Ail è cresciuta molto e continua a farlo insieme a migliaia di volontari in tutta Italia: è organizzata in 81 sezioni provinciali e svolge molte attività per i pazienti: sostenere le case alloggio vicine ai centri di ematologia, ospitare i pazienti che devono affrontare lunghi periodi di cura, assistiti dai propri familiari; organizzare il servizio di cure domiciliari per evitare il ricovero a tutti i pazienti che possono essere curati a domicilio, finanziare borse di studio a giovani specializzandi e ricercatori in tutti i centri italiani di Ematologia che aderiscono al Gruppo Gimema per lo sviluppo della ricerca scientifica sulle malattie ematologiche

## I GIOCHI

L'Associazione realizza anche scuole e sale gioco in ospedale per consentire ai giovani pazienti di non perdere il contatto con la realtà.

## I VOLONTARI DELL'AIL SARANNO RICEVUTI DA MATTARELLA PER FESTEGGIARE IL MEZZO SECOLO DELL'ASSOCIAZIONE

In tema di ricerca la Fondazione Gimema - Gruppo italiano malattie ematologiche dell'adulto - da oltre 30 anni promuove la ricerca clinica indipendente sui tumori ematologici, e negli anni la struttura si è consolidata per comprendere quali erano i bisogni terapeutici dei pazienti e indirizzare la ricerca indipendente per individuare possibili soluzioni di cura. «Questo approccio ha portato risultati davvero impor-

tanti come nel caso della leucemia acuta promielocitica (Lap)», spiega Marco Vignetti, presidente Fondazione Gimema e vice presidente nazionale dell'Associazione.

## LO STUDIO

E «in questi giorni siamo particolarmente orgogliosi perché abbiamo ricevuto un finanziamento dal prestigioso Nci, Nih National Cancer Institute americano per lo studio "Empathy". È la prima volta che un gruppo cooperatore italiano riesce a ottenere un finanziamento dal più prestigioso ente di ricerca del mondo. L'obiettivo è fare un trial sulla qualità di vita condotto in modo innovativo: raccogliere informazioni vere sulla qualità di vita delle persone in terapia», conclude Vignetti.

**Antonio Caperna**



Il progetto Itaca prevede un viaggio in barca di medici e pazienti



## Il viaggio e la metafora

### Sulla stessa barca per vincere insieme

Appuntamento centrale della Giornata Nazionale contro le leucemie è stato "... Sognando Itaca", viaggio in barca a vela partito da Napoli il 3 giugno e arrivato ieri a Palermo.

L'iniziativa ha avuto lo scopo di promuovere la vela come metodo terapeutico, volto alla riabilitazione psicologica e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

L'emozione più profonda è data infatti dall'equipaggio, formato da malati, medici, infermieri, psicologi e skipper professionisti. La barca a vela ha valenza metaforica: c'è una rotta ma vento, correnti, umore dell'equipaggio e difficoltà possono cambiare le cose. Con l'aiuto degli altri, ognuno con un proprio

compito e professionalità, si può raggiungere il porto e quindi vincere la malattia. L'iniziativa si è avvalsa del patrocinio della Marina Militare, del Coni, della Federazione Italiana Vela e della Lega Navale Italiana. Testimonial dell'iniziativa è stata la velista e campionessa olimpionica di windsurf Alessandra Sensini, direttrice tecnica giovanile della Fiv - Federazione Italiana Vela e Vice Presidente del Coni. In ogni porto toccato durante la traversata si è svolto l'Itaca Day, una giornata in cui i pazienti in cura nei Centri Ematologici delle città toccate dal tour hanno potuto vivere un'esperienza indimenticabile in mare.

## I numeri dell'Ail

**16**

in migliaia, i volontari attualmente attivi

**133**

i milioni di euro investiti in ricerca

**3**

in migliaia, le famiglie assistite ogni anno

