



MONITORAGGIO MEDIA

Rassegna stampa maggio 2019



SIFA srl - Via G. Mameli, 11 – 20129 MILANO
+390243990431
help@sifasrl.com - www.sifasrl.com

Sommar

N.	Data	Pag	Testata	Articolo	Argomento
1	06/05/2019	26, 2	ABOUT PHARMA	PERCHE L'HEALTHCARE ITALIANO NON SI QUOTA IN BORSA	HEALTH ITALIA SPA
2	14/05/2019	32	ITALIA OGGI	L'ENBIC A SUPPORTO DELLA BANCA DELLE VISITE	HEALTH ITALIA SPA
3	18/05/2019	43	CORRIERE DI ROMAGNA (RIMINI)	LE CURIOSITÀ SPIAGGE, BAR LOCALI E NEGOZI SI TINGONO DI ROSA PER IL GIRO	HEALTH ITALIA SPA
4	18/05/2019	18	MILANO FINANZA	CURARSI È DIVENTATA UNA POSSIBILITÀ CONCRETA	HEALTH ITALIA SPA
5	02/05/2019	WEB	MBAMUTUA.ORG	BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA E MUTUA MBA INSIEME PER I PROPRI SOCI	HEALTH ITALIA SPA WEB
6	06/05/2019	WEB	MBAMUTUA.ORG	LA SANITA' INTEGRATIVA È IL SERVIZIO DI WELFARE AZIENDALE PREFERITO DAI LAVORATORI	HEALTH ITALIA SPA WEB
7	06/05/2019	WEB	HEALTHITALIA.IT	HEALTH ITALIA S.P.A. SVILUPPA IL PROGETTO BANCA-MUTUA	HEALTH ITALIA SPA WEB
8	07/05/2019	WEB	FTAONLINE.COM	HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI	HEALTH ITALIA SPA WEB
9	07/05/2019	WEB	FTAONLINE.IT	HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI	HEALTH ITALIA SPA WEB
10	07/05/2019	WEB	TREND-ONLINE.COM	HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI	HEALTH ITALIA SPA WEB
11	07/05/2019	WEB	AIMNEWS.IT	HEALTH ITALIA LANCIA IL PROGETTO BANCA MUTUA	HEALTH ITALIA SPA WEB
12	15/05/2019	WEB	IT.GEOSNEWS.COM	L'ENBIC ADERISCE AL PROGETTO BANCA DELLE VISITE: SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ	HEALTH ITALIA SPA WEB
13	15/05/2019	WEB	ITALIASERA.IT	ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO BANCA DELLE VISITE	HEALTH ITALIA SPA WEB
14	15/05/2019	WEB	ROMADALEGGERE.IT	L'ENBIC ADERISCE AL PROGETTO BANCA DELLE VISITE: SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ	HEALTH ITALIA SPA WEB
15	17/05/2019	WEB	ALTARIMINI.IT	TITOLARE DI BAR DI RICCIONE DEVOLVE SOLDI DEL CAFFÈ PER PAGARE VISITE MEDICHE ALLE DONNE BISOGNOSE	HEALTH ITALIA SPA WEB
16	21/05/2019	WEB	CAFFEBLABLA.IT	RICCIONE: AL BAR DI GIULIA UN CAFFÈ SU TRE IN BENEFICIENZA PER PAGARE VISITE MEDICHE A CHI NON PUÒ PERMETTERSELO	HEALTH ITALIA SPA WEB
17	29/05/2019	WEB	TRADERLINK.IT	HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESE	HEALTH ITALIA SPA WEB
18	30/05/2019	WEB	FTAONLINE.COM	HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESE	HEALTH ITALIA SPA WEB
19	30/04/2019	19, 2	PANORAMA DELLA SANITA'	LE SFIDE PER IL FUTURO DELLA SALUTE 4.0	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
20	30/04/2019	104,	AUTOMAZIONE OGGI	SMART HOSPITAL: GLI OSPEDALI DI DOMANI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
21	01/05/2019	96	MILLIONAIRE	L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE CI CURERÀ MEGLIO?	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
22	03/05/2019	20	LIBERO	MEGLIO I BENEFIT DEL SALARIO MINIMO	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
23	03/05/2019	23	IL SOLE 24ORE	SANITÀ INTEGRATIVA, ESTESA LA «NON COMMERCIALITÀ»	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
24	06/05/2019	22	L'ECONOMIA	SANITÀ DIGITALE L'ITALIA ECCELLENTE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
25	07/05/2019	7	LA REPUBBLICA PALERMO	SANITÀ, LISTE D'ATTESA MONSTRE. E LE CLINICHE PRIVATE BATTONO CASSA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
26	10/05/2019	34, 3	VITA	STATO SOCIALE ADDIO? CHANCE E RISCHI DEL SECONDO WELFARE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
27	10/05/2019	82, 8	ADVISOR	HEALTHCARE CON IL CUORE RINNOVATO	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
28	10/05/2019	1, 2	INSURANCE DAILY	LA SANITÀ VERSO IL MULTIPILASTRO	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
29	15/05/2019	1, 19	LA NUOVA VENEZIA	RIABILITAZIONE E MENO CULLE PRIMARI INVARIATI CRESCE IL PRIVATO	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
30	16/05/2019	1, 17	LIBERO	LA SANITÀ PRIVATA COSTA MENO DELLA PUBBLICA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
31	17/05/2019	1, 2,	LA REPUBBLICA MILANO	LE ATTESE DELLA SANITÀ	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
32	18/05/2019	1, 4	LA REPUBBLICA MILANO	TEMPI DI ATTESA LA REGIONE PROMETTE PIÙ VISITE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
33	22/05/2019	38	ITALIA OGGI	FOCUS SULLA SANITÀ	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
34	22/05/2019	16	TRENTINO	VISITE ED ESAMI, AUMENTANO I FONDI PER LE STRUTTURE PRIVATE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
35	25/05/2019	1, 15	LA STAMPA	APP E VISITE A DISTANZA LA SANITÀ DIVENTA DIGITALE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
36	31/05/2019	1, 13	TRENTINO	PERCHE SERVE LA SANITÀ PRIVATA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
37	09/05/2019	19	ITALIA OGGI	MALATTIE RARE, ORA TEST PIÙ RAPIDI	SALUTE E BENESSERE
38	15/05/2019	20	IL MESSAGGERO	INFARTO, IL RISCHIO È NEL DNA	SALUTE E BENESSERE
39	16/05/2019	18	IL GIORNO MILANO	ICTUS, PIÙ ATTENZIONE AGLI STILI DI VITA	SALUTE E BENESSERE
40	28/05/2019	8, 9	SALUTE - LA REPUBBLICA	CANCRO LA CURA È SU MISURA	SALUTE E BENESSERE
41	28/05/2019	46	LA STAMPA	ULTIMA POSSIBILITÀ, LA CAR-T	SALUTE E BENESSERE

PERCHÉ L'HEALTHCARE ITALIANO NON SI QUOTA IN BORSA

Sono ancora poche le aziende della salute che scelgono il mercato dei capitali per crescere. A frenare gli imprenditori è la paura di perdere il controllo societario. Ma il trend è in crescita e nel 2019 potrebbero arrivare altre due quotazioni

▀ **Fabrizio Marino**
AboutPharma and Medical Devices
fmarino@aboutpharma.com

Fatica a sbocciare l'amore tra le aziende healthcare italiane e la Borsa. Fino oggi sono soltanto 16 quelle ammesse ai listini in questo settore, un numero che non rispecchia il potenziale del comparto italiano, né valorizza le opportunità che derivano dalla quotazione. La buona notizia però è che il trend è in aumento: il 2017 e il 2018 sono stati anni record per piazza Affari e il settore della salute ha seguito la tendenza degli altri comparti industriali. Anche per questo ci si aspetta che la percentuale di aziende che sceglie la strada del mercato dei capitali, in futuro, possa crescere ulteriormente. A partire già dal 2019.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Dal 2000 a oggi l'ammontare raccolto dalle società quotate in ambito healthcare ha superato il miliardo di euro. Di questo miliardo, 820 milioni derivano da tradizionali operazioni di Ipo (Initial public offering), mentre altri 210 da business combination con tre Spac (Special purpose acquisition company). Dell'ammontare raccolto in questi anni ben 700 milioni sono stati utilizzati per finanziare la crescita delle imprese. L'ultima a sbarcare in borsa in ordine di tempo è stata Antares Vision (approdata su Aim – il

mercato dedicato alle piccole e medie imprese – lo scorso 18 aprile) società attiva nel settore dell'ispezione visiva (i grafici e le tabelle sono aggiornati a marzo 2019, per cui Antares non compare), mentre la prima è Recordati presente a piazza Affari dal lontano 1984. Secondo i dati forniti da Borsa italiana, le sei società ([Health Italia](#), Phamanutra, Kolinpharma, Fine Foods & Pharmaceuticals, Garofalo Healthcare, Antares Vision) quotate negli ultimi due anni, quelli più proficui per il mercato italiano, hanno raccolto in totale 250 milioni di euro, di cui 89 da operazioni di Ipo tradizionali e 170 milioni da business combination con una Spac. Di questi 250 milioni, la maggior parte (240) è stato utilizzato per finanziare la crescita. Nella classifica generale delle quotate, la più capitalizzata è Recordati (7,2 miliardi di euro), seguita da Diasorin (5 miliardi) e Amplifon (3,9 miliardi).

Come mostrano i grafici, lo stato di salute attuale delle quotate italiane, secondo l'ultima rilevazione effettuata da Borsa italiana, è buono. Nonostante il 2018 abbia fatto registrare un calo generale del mercato, dovuto a fattori congiunturali globali (conflitto Cina-Stati Uniti, Brexit, ascesa di governi populisti, ecc.) i valori delle azioni delle aziende healthcare del nostro Paese, a

inizio 2019, sono tornati a salire.

“La fine del 2018 è stato un periodo particolare per i mercati finanziari”, spiega ad AboutPharma Patrizia Celia, head of large caps, investment vehicles & market intelligence primary markets di Borsa italiana. “Non si tratta di un fenomeno italiano ma di una situazione di incertezza a livello mondiale. Tuttavia, nel 2019 gli azionisti si aspettavano un consolidamento dei fondamentali delle società, che in effetti è arrivato. Per questo motivo i titoli hanno ritracciato, recuperando di fatto le perdite subite nel secondo semestre del 2018. È il segnale del buono stato di salute delle nostre aziende in Borsa”.

PERCHÉ CI SI QUOTA POCO

Storicamente il ricorso al mercato dei capitali è visto con una certa diffidenza da parte delle aziende italiane. Per molti imprenditori viene considerato una sorta di perdita di controllo della propria azienda. Tale condizione è accentuata dalla preponderanza di un'imprenditoria di tipo familiare che domina lo scenario nazionale.

In generale le piccole e medie imprese (e vale per qualsiasi settore industriale) devono scontare un certo grado di scetticismo culturale legato all'uso della finanza come leva strategica per la crescita. Mentre le più grandi, proba-

Le società quotate

Nome azienda	Regione	Paese	Inizio negoziazione	Mercato	Capitalizzazione (Mln Euro) Marzo 2019
Recordati	Lombardia	Italia	18/10/1984	MTA	7.251
Diasorin	Piemonte	Italia	19/07/2007	MTA	5.006
Amplifon	Lombardia	Italia	27/06/2001	MTA	3.902
BB Biotech	Estera	Svizzera	19/10/2000	MTA	3.405
Garofalo Health care	Lazio	Italia	09/11/2018	MTA	334
Fine Foods & Pharmaceuticals Ntm	Lombardia	Italia	01/10/2018	AIM Italia	189
Pharmanutra	Toscana	Italia	18/07/2017	AIM Italia	163
Molmed	Lombardia	Italia	05/03/2008	MTA	163
Gpi	Trentino-Alto Adige	Italia	29/12/2016	MTA	147
Health Italia	Lazio	Italia	09/02/2017	AIM Italia	73
Bomi Italia	Lombardia	Italia	26/06/2015	AIM Italia	67
Biodue	Toscana	Italia	20/05/2015	AIM Italia	58
Pierrel	Campania	Italia	23/05/2006	MTA	40
Eukedos	Toscana	Italia	01/08/2006	MTA	22
Kolinpharma	Lombardia	Italia	09/03/2018	AIM Italia	10

MTA: Mercato telematico azionario – AIM Italia: Mercato alternativo del capitale

Fonte: Borsa italiana, PMK

bilmente, non ne intravedono vantaggi economici tali da spingerle a quotarsi. “Non si tratta di un fenomeno isolato e circoscritto al mondo healthcare”, continua Patrizia Celia. “In Italia, diversamente da altri paesi, la cultura dell’equity è stata riscoperta da poco. Se guardiamo ai dati delle Ipo degli ultimi tre quattro anni vediamo come il 2017 e 2018 siano stati anni record per quanto riguarda le società quotate sui mercati. Nel farmaceutico, per esempio, le aziende vengono spesso associate al nome di una famiglia. In questo caso, per puntare alla quotazione serve superare alcune di quelle difficoltà tipiche di un “imprenditore familiare”, ovvero la potenziale perdita del controllo dell’azienda. Implicazione che poi non si verifica neanche con la quotazione ma rappresenta piuttosto un vero e proprio falso mito”. Tuttavia ultimamente sono stati com-

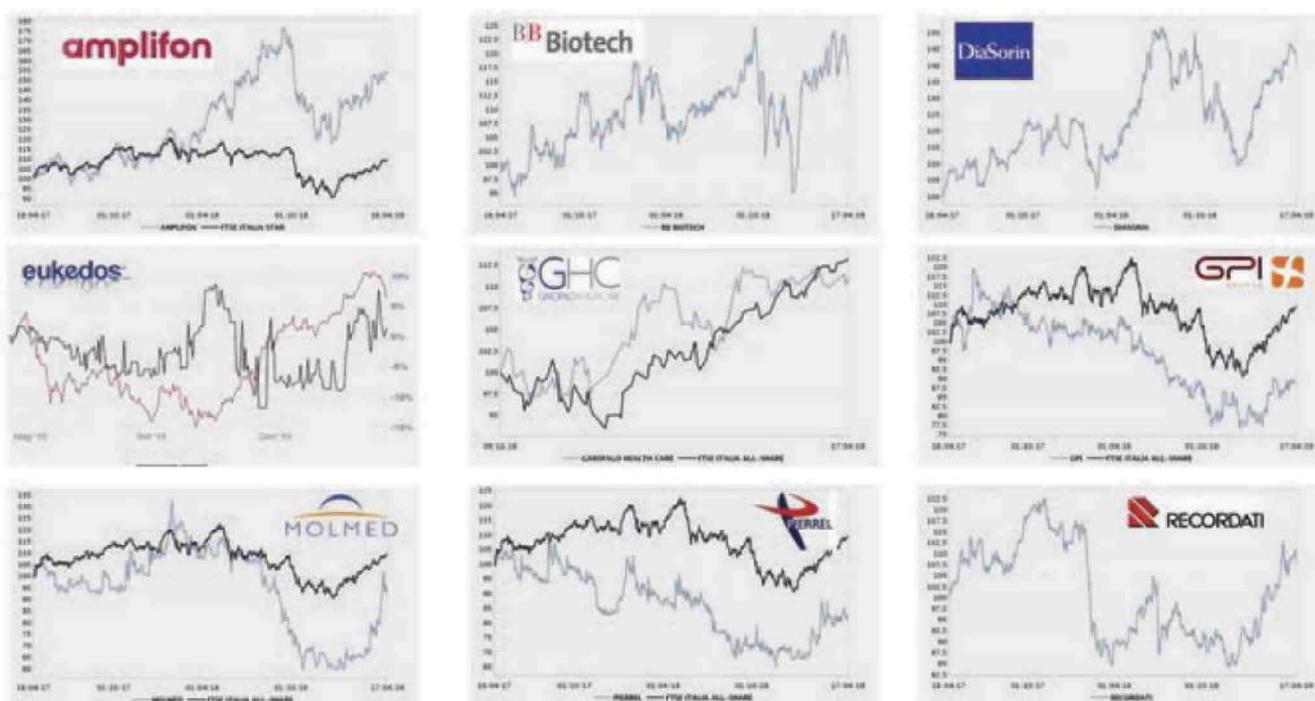
piuti significativi passi avanti. La crisi finanziaria degli ultimi dieci anni ha fatto riscoprire alle imprese la strada della quotazione come principale alternativa al prestito bancario. Nel 2017 si sono quotate 39 aziende (di cui 2 healthcare) mentre 38 sono approdate in Borsa nel 2018 (due healthcare). Numeri che hanno portato piazza Affari a scalare posizioni nei ranking delle borse di tutto il mondo, per quanto riguarda il numero di quotazioni in quegli anni. Tale crescita è stata agevolata soprattutto dall’introduzione dei Pir (Piani individuali di risparmio) varati dalla legge di bilancio nel 2017 e che hanno portato liquidità significativa (circa 70 miliardi) sul mercato. “Il settore healthcare – prosegue Celia – sta seguendo quella che è la scia delle altre società che si avvicinano alla quotazione. I numeri secondo noi non esprimono al meglio le potenzia-

lità di questo settore, ecco perché ci aspettiamo in futuro una migliore rappresentazione rispetto a quella attuale. A cominciare già dal 2019: entro la fine di quest’anno, infatti, almeno altre due aziende del settore dovrebbero andare in quotazione”.

PERCHÉ FARLO E QUALI SONO I VANTAGGI DELLA QUOTAZIONE

Lo storico relativo alle quotazioni testimonia che questo tipo di operazione finanziaria serve soprattutto a supportare la crescita di un’azienda. Sempre secondo i dati forniti da Borsa italiana, dei 70 milioni raccolti da Antares Vision 50 saranno utilizzati per l’aumento di capitale; stesso discorso per Garofalo Healthcare (64,5 in aumento di capitale su 64,5) e Fine foods & pharmaceutical (100 su 100), per citare le società che più di recente sono sbarcate a piazza Affari.

Andamento titoli quotati – MTA



(Nei grafici a doppia linea, quella in nero rappresenta l'indice Ftse Italia All-Share) – Fonte: Borsa italiana, PMK

“Bisogna tenere presente che lo strumento della quotazione in borsa è quello che più di tutti riesce a fornire capitale paziente, ma soprattutto ammontari importanti che difficilmente si riescono a raccogliere con altre forme, finalizzati a consentire veri e propri salti dimensionali”, sottolinea Patrizia Celia. “Inoltre la quotazione porta con sé grande visibilità: se ci mettessimo nei panni di una società piccola, ad esempio, grazie alla quotazione potrebbe rendersi visibile a livello internazionale e sviluppare nuove partnership. Senza dimenticare i vantaggi in termini di governance, perché la quotazione in borsa richiede capacità di lettura delle dinamiche di mercato e rendicontazione tempestiva, gestione equilibrata dell'azienda e dei suoi numerosi stakeholder, sempre con l'obiettivo di ottimizzare i risultati”. In altre parole, la quotazione è uno stimolo per tutte le aziende. Perché da un lato serve a rafforzare la posizione

finanziaria, in seguito all'aumento di capitale, garantendo così un piano di crescita aggressivo; ma dall'altro, lo status di quotata, permette di guadagnare credito nei confronti di interlocutori esteri, oltre ad attrarre figure manageriali che altrimenti difficilmente si interesserebbero a quella realtà aziendale.

LE INIZIATIVE PER SPINGERE SULLA CRESCITA

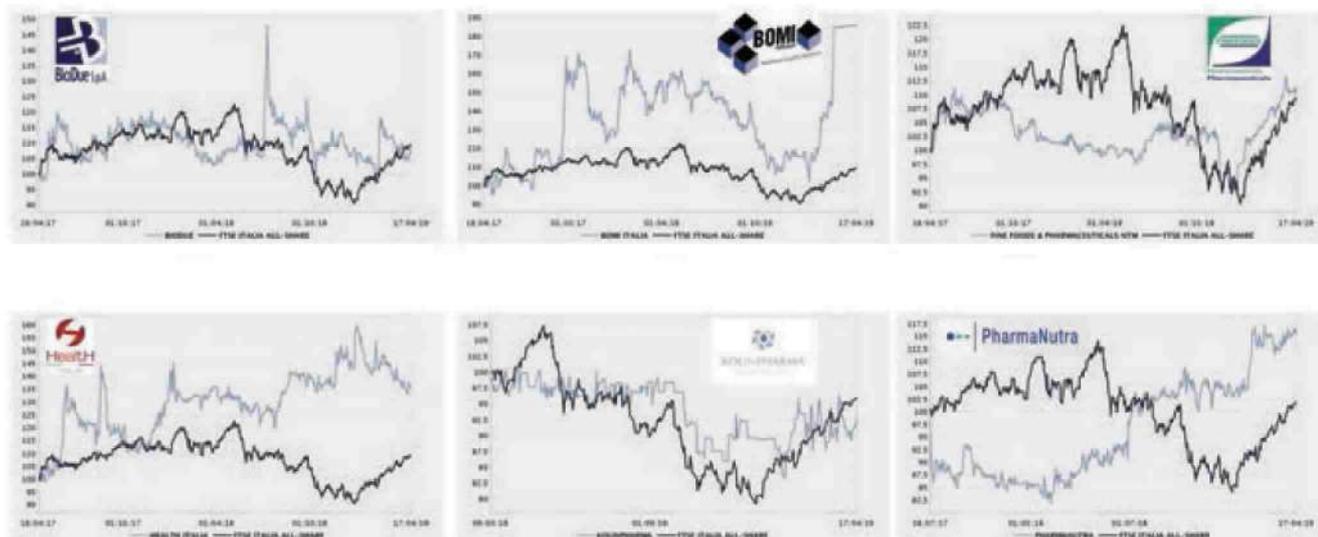
Per incentivare le aziende italiane a intraprendere un percorso di crescita (attraverso la quotazione ma non solo), negli anni Borsa italiana ha messo in atto una serie di iniziative. Tra le principali c'è Elite, un programma paneuropeo che intende supportare le piccole e medie imprese nella realizzazione dei propri progetti di crescita. Strutturato in tre fasi, il programma Elite comprende supporto accademico, coaching e accesso a una selezionata community internazionale di investitori,

professionisti e imprese. Attraverso questo percorso, si cerca di avvicinare le aziende ai mercati di capitali migliorandone i rapporti con il sistema bancario e imprenditoriale.

Oltre al programma Elite, Borsa italiana ha attivato sul territorio una squadra di operatori di borsa “primary market” che ogni settimana si confronta con gli imprenditori italiani, per valutare concretamente la fattibilità di una quotazione in borsa per i singoli titoli. Senza dimenticare poi l'Italian equity week, la settimana dedicata alla quotazione realizzata dalla società di piazza Affari. Durante questo evento, le società partecipanti (quotate e non) sono coinvolte in incontri one-to-one con i principali investitori domestici e internazionali del mondo della finanza.

Un altro strumento di finanziamento per la crescita delle aziende è rappresentato dagli alternative investment fund. Tra questi stanno emergendo anche in Italia i cosiddetti fondi di

Andamento titoli quotati – AIM Italia



(Nei grafici a doppia linea, quella in nero rappresenta l'indice Ftse Italia All-Share) – Fonte: Borsa italiana, PMK

corporate venture capital. Si tratta di fondi di investimento in capitale di rischio “sponsorizzati” da aziende del settore. Come i tradizionali fondi di venture capital, i cvc investono spesso nelle fasi iniziali delle vita di un'azienda, acquisendone una quota di minoranza, nella speranza di rivendere dopo qualche anno tale quota a valori superiori, garantendo un ritorno per gli investitori.

La naturale evoluzione di questi fondi è la quotazione, anche se al momento si tratta di una prassi utilizzata molto più nei paesi anglosassoni. In ogni caso in Italia il mercato di riferimento per la quotazione di fondi e veicoli societari di questo tipo è il Miv (Mercato per gli investment vehicles). In Italia gli unici fondi di corporate venture capital nel settore healthcare sono attualmente gestiti da privati: Zambon (Zcube) e Chiesi (Chiesi Ventures).

IL SENTIMENT DELLE AZIENDE È POSITIVO

Una testimonianza diretta sui benefici della quotazione arriva infine da Marco Ruini, Ceo di Bomi group e

vice presidente di Confindustria Dispositivi Medici, con delega alla finanza. Bomi group è un'azienda italiana attiva nel campo della logistica del settore della salute. La società si è quotata nel 2015, sul segmento Aim Italia, raccogliendo 13,6 milioni di euro. Di recente è stata premiata come best Aim Esg (il riconoscimento rivolto alle pmi che si distinguono per l'attenzione ai temi ambientali).

“Da membro di Confindustria e da imprenditore invito i colleghi a valutare con serietà l'ipotesi della quotazione in Borsa, avverte Ruini, perché potrebbero essere piacevolmente sorpresi. I vantaggi per noi sono stati significativi. A partire dal potenziamento delle relazioni con le grandi aziende, perché essere quotati ti qualifica quando ti presenti a certi tavoli. Inoltre, abbiamo introdotto un modello di governance più basato su best practice. Tali regole di gestione, inizialmente, vengono viste come un'ingessatura ma poi in realtà sono dei generatori di valore, con meccanismi decisionali molto

chiari che rappresentano un vantaggio a lungo termine per un'azienda”. Sull'interesse nei confronti della quotazione da parte delle aziende italiane, Bomi è abbastanza ottimista: “Il sentiment delle aziende secondo me è positivo, c'è interesse crescente nei confronti della quotazione. D'altra parte, se penso al settore healthcare, mi vengono in mente solo casi di successo: Amplifon e Diasorin, solo per citarne alcune. Non sono molti i casi, ma comunque sono di successo, e questo alimenta un sentimento positivo. Lo strumento di quotazione è sicuramente una leva valida per la crescita, forse ci vuole ancora un po' di tempo prima che esploda. Ma sono fiducioso per il futuro”. ▲

Parole chiave

Healthcare, Borsa, quotazioni, investimenti, venture capital, corporate venture capital, capitale di rischio, mercato dei capitali, Ipo, Spac, Aim, Miv, Mta, Pir

Aziende/Istituzioni

Borsa Italiana, Antares Vision, Bomi Group, Health Italia, Pharamnutra, Kolinpharma, Fine Foods & Pharmaceuticals, Garofalo Healthcare, Recordati, Amplifon, Chiesi, Zambon, Diasorin, Confindustria Dispositivi Medici

L'Enbic a supporto della **Banca delle visite**

L'Ente bilaterale Enbic, istituito dalla contrattazione collettiva in essere tra le organizzazioni sindacali della Cisl e le associazioni datoriali Anpit, Cidec, Cepi, Confimprenditori ed Unica, persegue l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita e dello stato di salute dei lavoratori delle aziende iscritte. Dopo avere implementato, grazie alla convenzione con la **mutua Mba** le garanzie e le prestazioni straordinarie in favore dei lavoratori iscritti e, dopo avere posto le basi per la creazione di un welfare evoluto, l'Ente ha compiuto un altro importante passo siglando l'accordo per diventare filiale della **Banca delle visite**. La **Banca Delle visite** è un progetto innovativo, avviato da **ScegliereSalute** e sostenuto da **Health Italia**, mirato a creare una rete di assistenza gratuita su tutto il territorio nazionale in favore delle persone che non possono permettersi una visita medica a causa di difficoltà economiche. Secondo le ultime statistiche, infatti, negli ultimi anni ben 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle visite mediche a causa di questa motivazione. L'apertura di una filiale da parte dell'Enbic consentirà di sensibilizzare le aziende e i lavoratori iscritti ad effettuare donazioni finalizzate alla realizzazione del progetto che vuole rendere gratuito il ricorso alle visite mediche per persone che siano in grado di documentare il loro disagio economico. Aiutare chi non può permettersi una visita medica a pagamento, chi non può attendere i tempi del Servizio sanitario pubblico, chi ha bisogno di cure immediate. Ecco, con questi obiettivi, nasce la «Banca delle visite»: una piattaforma web in cui offerta e domanda si incontrano in modo trasparente e limpido. Donare o richiedere prestazioni è facile su www.bancadellevisite.it

*Riccardo Tomaselli, Coordinatore nazionale **Health Italia***



LE CURIOSITÀ

Spiagge, bar locali e negozi si tingono di rosa per il Giro

Bagnini in prima fila, mentre tra gli esercenti è "sfida" per caratterizzarsi
E c'è anche chi fa beneficenza

**SEVERINI:
ABISSINIA
DIMENTICATA
MA NESSUNA
LAMENTELA**

**RICCIONE
ALESSANDRO FIOCCA**

Tante le iniziative per il passaggio del Giro d'Italia nella Perla Verde, a partire dagli allestimenti personalizzati. «Abbiamo caratterizzato le nostre spiagge – spiega il presidente della Cooperativa Bagnini, Diego Casadei – posizionando ad ogni ingresso una struttura di polistirolo a forma di ciclista con la scritta "Riccione ama il giro". Inoltre gli ultimi 5 bagni a sud del porto, si stanno organizzando per scrivere con gli ombrelloni la scritta "Riccione", in modo che sia visibile dall'alto».

Ogni realtà ha dato un proprio tocco per partecipare all'evento, dalla "pizza Giro" rea-

lizzata dal ristorante Manna, alla gelateria di viale Gramsci che ha rivestito dei fiori con le pagine della Gazzetta dello sport, fino agli hotel che hanno lanciato messaggi dedicati al Giro o si coloreranno di rosa accendendo delle apposite luci. «Lo stimolo che abbiamo dato agli imprenditori è stato quello di impegnarsi per l'evento – spiega Daniela Angelini, presidente di Cna Riccione – ma poi abbiamo ritenuto di mandare la parte più concreta ai comitati d'area. Ho visto con piacere che alcuni associati hanno realizzato diverse iniziative. Ad esempio la gelateria Adler, con il gelato rosa a l'allestimento della vetrina». Non può mancare una gustosa torta con il logo del Giro, preparata dalla pasticceria La Moderna di Riccione e, proprio ieri, la giunta ne ha ricevuta in anteprima una versione in miniatura. Questa sera, intanto, alle 21.30 dalla spiaggia libera di piazzale Roma andrà in scena uno speciale spettacolo di fuochi d'artificio per dare il benvenuto alla carovana rosa. Sarà uno

show pirotecnico tutto dedicato alla tappa del Giro d'Italia, agli atleti e al pubblico che è arrivato a Riccione per assistere a questa grande festa dello sport. Tra le declinazioni in rosa anche quella all'insegna della solidarietà. L'idea è di Giulia Stumpo, giovane titolare del Bar Milano, a Riccione Paese.

Da oggi, fino a sabato 25 maggio, il ricavato della vendita di un caffè su tre, sarà donato in beneficenza per la prevenzione dei tumori al seno, in collaborazione con la [Banca delle visite](#).

Ma non tutta la città respira allo stesso modo questa atmosfera di festa e sport «la zona Abissinia è stata "dimenticata" dall'evento del Giro d'Italia – spiega Ivan Saverini, presidente dell'associazione Riccione Abissinia -. Basta guardare la differenza rispetto alla zona che va da viale Ceccarini al Marano, dov'è una cosa esagerata. Comunque è anche vero che nessuno qui si è lamentato per cui, viva il giro».

MF FOCUS

Curarsi è diventata una possibilità concreta

Banca delle Visite, il caffè sospeso della salute compie 3 anni

CENTINAIA DI PERSONE SONO GIÀ STATE AIUTATE IN TUTTA ITALIA

Il progetto solidale di Fondazione **Health Italia** continua a crescere e non vuole fermarsi qui. Grazie al progetto La **Banca delle Visite** ottenere visite mediche, in tempi brevi e con medici specializzati, per chi ha necessità sanitarie ma difficoltà economiche, non è più una chimera.

Il progetto, nato nel 2016 sotto la cura della Fondazione Basis (oggi Fondazione **Health Italia**) costituita per iniziativa delle Società di Mutuo Soccorso **MBA Mutua Basis** Assistance, **Health Italia** S.p.A. e la società cooperativa **Coopsalute**, ha ottenuto importanti risultati con centinaia di visite erogate in 15 regioni.

UN SOSTEGNO IMMEDIATO PER CHI È IN DIFFICOLTÀ

Oggi La **Banca delle Visite** può contare nel territorio nazionale su 35 sportelli e 20 filiali, vere e proprie sedi che svolgono la funzione di Info Point operativi. Il sito internet www.bancadellevisite.it è ormai molto seguito con più 20.000 utenti ed oltre 40.000 visite totali.

Ispirandosi al concetto del "caffè sospeso", di genesi partenopea, La **Banca delle Visite** offre la possibilità di donare un contributo finalizzato a sostenere coloro che necessitano di una visita medica specialistica, ma non hanno i mezzi economici per affrontare subito le loro esigenze sanitarie.

Il modello organizzativo ha consentito di creare una rete di solidarietà sociale in campo sanitario mettendo al primo posto il diritto alla salute, offrendo le prestazioni mediche e donando una speranza e un sorriso.

Secondo un rapporto presentato all'Aifa lo scorso novembre, nel 2018 oltre 13 milioni di italiani non hanno potuto curarsi per indisponibilità economica. **Banca delle Visite** rimette in primo piano il diritto alla salute.



Dona una visita medica a una persona in difficoltà

INTESTATARIO: Fondazione Health Italia
IBAN: IT14U0335901600100000140646

La Banca delle Visite
è un progetto di FONDAZIONE HEALTH ITALIA

LA TRASPARENZA DEL PROGETTO È SENZA DUBBIO IL PUNTO DI FORZA

La trasparenza assoluta è il principio fondante del progetto. Sul sito sono riportate le visite erogate, le persone che hanno ricevuto la prestazione e coloro che l'hanno donata. Sul sito, nella sezione "Le Storie" e sui canali social di **Banca delle Visite** sono visibili le testimonianze di coloro che hanno ricevuto la visita in regalo con video, foto e messaggi. Il Presidente di Fondazione **Health Italia**, **Masimiliano Alfieri**, ha dichiarato: "siamo molto contenti dei risultati ottenuti in questi tre anni con il progetto **Banca delle Visite** che, grazie a un'idea semplice ma efficace, ha consentito di erogare significative prestazioni sanitarie a chi ne necessitava urgentemente. Sicuramente svilupperemo intensamente questo progetto

che ha elevati valori sociali".

FONDAZIONE HEALTH ITALIA - IMPEGNO CONCRETO NEL SOCIALE

Fondazione **Health Italia**, già Fondazione Basis, nasce nel 2015 per iniziativa della Società di Mutuo Soccorso **Mba**, **Health Italia** S.p.a. e la società cooperativa **Coopsalute** che operano da diversi anni nel mondo della sanità integrativa con attenzione particolare alla prevenzione e all'impegno sociale. Da questa vocazione solidale nasce la Fondazione No Profit, con una vision concreta: "aiutare" in ogni declinazione possibile. La promozione di sport, cultura e soprattutto della salute e della mutualità. Altre importanti aziende della Fondazione è stata la creazione del Museo del Mutuo Soccorso, realtà quasi unica in Italia.

LE ORIGINI STORICHE DI MUTUA MBA

È importante evidenziare come in un contesto di economia vacillante, aziende come **MBA Mutua**, hanno il coraggio di investire in un principio di solidarietà sociale, recuperando quel valore storico che racconta le loro origini. Le mutue nascono intorno alla seconda metà del XIX secolo, quando ancora non esisteva un sistema di assistenza sanitaria statale, grazie all'impegno degli stessi lavoratori che sceglievano di devolvere una quota dei propri ricavi a un fondo assistenziale. Oggi, a causa della crescente saturazione del SSN nel far fronte alle esigenze mediche di tutti, le Mutue ritornano ad essere protagoniste. **Luciano Dragonetti** - Presidente di **Mutua MBA** - sottolinea questo valore storico: "Quando non c'era l'INPS o il SSN, le persone trovavano rifugio e sollievo associandosi alle mutue, che già 2 secoli fa svolgevano una funzione molto moderna, prendendosi cura del prossimo e della sua famiglia. La Mutua applica il principio della porta aperta e dell'assistenza universale per tutta la vita: si tratta di un organo democratico in cui la volontà del socio è centrale e può contribuire al miglioramento ed alla sostenibilità dei servizi oltre che essere veicolo di informazione e condivisione. Quando nel 2007 l'Italia entrava in una delle più grandi crisi che si ricordino, **Mutua MBA** ha avuto il coraggio di costituirsi sulle leggi fondanti del regio decreto del 1886, dotandosi di un'organizzazione moderna capace di ricevere consensi in tempi brevi e diventare la principale mutua italiana. Questa è la Mutua, questi siamo Noi, un sistema di inclusione sociale in grado di diffondere buone abitudini, stili di vita, cultura ed opportunità condivise".



Luciano Dragonetti - Presidente **Mutua MBA**

Tutti i dati e le informazioni contenute nel presente focus sono stati forniti dai clienti, che ne garantisce la correttezza e veridicità, a soli fini informativi.

BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA E [MUTUA MBA](#) INSIEME PER I PROPRI SOCI

Assistenza: +39 06 90198060 mbamutua@legalmail.it



BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA e [MUTUA MBA](#) insieme per i propri Soci



Banca Agricola Popolare di Ragusa e [Mutua MBA](#) annunciano un accordo che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari appositamente studiati da MBA, di cui uno completamente gratuito per i Soci.

Banca Agricola Popolare di Ragusa (BAPR) conferma la grande attenzione per il benessere dei propri Soci e **rafforza la partnership con [Mutua MBA](#)**, già fornitore delle coperture sanitarie per i propri dipendenti attivi ed in quiescenza.

All'interno di un rinnovato pacchetto di Vantaggi che la Banca mette a disposizione dei propri Soci, si prevede anche una copertura "Piano sanitario Diaria".

Infatti, a partire dal **1° Maggio 2019**, BAPR, grazie all'accordo con MBA, offrirà – gratuitamente e per tutti i suoi Soci – un pacchetto di garanzie di base, che darà accesso a diarie da ricovero, ai servizi della Centrale Salute, tra cui anche la conservazione di cellule staminali e ad una serie di tariffe agevolate.

L'accordo prevede, inoltre, **quattro differenti tipologie di piani sanitari**, cui potranno aderire i Soci di Bapr, con tariffe convenzionate e particolarmente competitive: prodotti esclusivi, adatti ad ogni fascia d'età e nucleo familiare e detraibili fiscalmente al 19%.

"Siamo pienamente soddisfatti dell'iniziativa e orgogliosi di poter condividere con BAPR i principi cardine della Mutualità e della centralità del Socio" ha dichiarato **Sabina Di Mario, Direttore Generale di Mutua MBA**.

"Bapr, fedele ai principi della mutualità, ha voluto offrire a tutti i propri Soci una copertura sanitaria gratuita di base e la possibilità di modulare ed ampliare la stessa secondo le esigenze di ognuno ed a condizioni assolutamente competitive" ha dichiarato **Saverio Continella, Direttore Generale di Bapr**.



Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario



Home Valori di MBA Ultimi Articoli Rassegna Stampa Scrivono per noi
E-book Contattaci Informativa

La Sanita' Integrativa è il servizio di Welfare Aziendale preferito dai lavoratori

Publicato il 6 Maggio 2019

About Latest Posts



Nicoletta Mele

Laureata in scienze politiche. Dal 2001 iscritta all' Ordine Nazionale dei Giornalisti. Ha collaborato con testate giornalistiche e uffici stampa. Dopo aver conseguito il master in " Gestione e marketing di imprese in Tv digitale", ha lavorato per 12 anni in Rai, occupandosi di programmi di servizio e intrattenimento. Dal 2017 è Direttore Responsabile di Health Online, periodico di informazione sulla sanità integrativa.

Roberto Anzanello a Forbes Leader "Tra i servizi del welfare aziendale il 70% aderisce alla copertura sanitaria degli Enti di Sanità Integrativa. Health Italia con oltre 350 mila clienti e una customer retention superiore al 90% offre la promozione di Enti di Sanità Integrativa"

Il ruolo degli Enti di Sanità Integrativa e l'attività di [Health Italia](#) S.p.A. è stato questo il tema affrontato da [Roberto Anzanello](#) Presidente di [Health Italia](#), PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia dal febbraio del 2017, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa, nel corso di una puntata di [Forbes Leader](#) dedicata al mondo dell'impresa.

"Gli Enti di Sanità Integrativa, quali le Casse di Assistenza Sanitaria, i Fondi Sanitari e le Società Generali di Mutuo Soccorso - **ha spiegato Anzanello** - da qualche decennio offrono prestazioni sanitarie ai singoli, alle famiglie e alle aziende. Questi Enti si sono sviluppati sul territorio italiano anche in virtù del fatto che la spesa pubblica sanitaria non può essere infinita, ma essendo senza scopo di lucro non posso industrializzare e imprenditorizzare la loro attività. E' per questo che [Health Italia](#) ha creato un modello, tramite una rete di [promotori mutualistici](#) - figure professionali formate dall'azienda - ed una centrale di salute per l'assistenza, in grado di promuovere e distribuire i prodotti degli Enti di Sanità Integrativa consentendogli di raggiungere il loro principale obiettivo, ovvero l'allargamento della base sociale".

In sostanza, l'attività di [Health Italia](#) è quella di promuovere e distribuire i prodotti e gestire i clienti degli Enti di Sanità Integrativa.

Tutti possono sottoscrivere una copertura sanitaria? In che modo interviene [Health Italia](#)?

Sia il singolo individuo che l'azienda possono sottoscrivere una copertura sanitaria con uno degli Enti di Sanità Integrativa ed è poi compito di [Health Italia](#) quello di distribuire i piani sanitari e di fornire assistenza "attraverso 3500 strutture sanitarie convenzionate sul territorio nazionale - **ha aggiunto** - ed una centrale salute [CoopSalute](#) (<https://www.coopsalute.org>) dove l'assistito riceve risposte a tutte le sue necessità come la prenotazione di una visita medica o di un ricovero".

E' proprio grazie all'inserimento nel Welfare aziendale che la Sanita' Integrativa è diventata uno dei servizi preferiti dai lavoratori. "secondo le ultime statistiche - **ha concluso Anzanello** - è pari a circa il 70% la percentuale di adesione rispetto agli altri servizi del welfare aziendale".

Questo articolo è stato pubblicato in *Salute* e taggato con [anzanello](#), [forbes](#), [mba mutua](#), [sanità integrativa](#). Bookmark [permalink](#).

Cerca ...



SCARICA MYMBA

LA SANITA INTEGRATIVA È IL SERVIZIO DI WELFARE AZIENDALE PREFERITO DAI LAVORATORI



[Home](#) [Valori di MBA](#) [Ultimi Articoli](#) [Rassegna Stampa](#) [Scrivono per noi](#)

[E-book](#) [Contattaci](#) [Informativa](#)



Nasce MyMBA, l'app dedicata ai soci di Mutua MBA, attraverso cui è possibile accedere a tutti i servizi legati alla tua posizione o sussidio direttamente dal tuo smartphone o tablet.

TUTTA LA TUA SALUTE, ORA, IN UN'APP! 

[SCARICA "HEALTH BOOK"](#)

LA SANITA INTEGRATIVA È IL SERVIZIO DI WELFARE AZIENDALE PREFERITO DAI LAVORATORI



- Home
- Valori di MBA
- Ultimi Articoli
- Rassegna Stampa
- Scrivono per noi
- E-book
- Contattaci
- Informativa



GLI ARTICOLI DI QUESTO MESE

Maggio: 2019

L	M	M	G	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26

[« Apr](#)

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

LA SANITA INTEGRATIVA È IL SERVIZIO DI WELFARE AZIENDALE PREFERITO DAI LAVORATORI



- Home
- Valori di MBA
- Ultimi Articoli
- Rassegna Stampa
- Scrivono per noi
- E-book
- Contattaci
- Informativa

Seleziona mese

TAG

- AIRC
- alimentazione
- alzheimer
- assistenza sanitaria
- bambini
- campagne
- cancro
- chirurgia
- cuore
- diabete
- diagnosi precoce
- dieta
- donne
- estate
- famiglia
- farmaci
- fumo
- gravidanza
- hiv
- influenza
- inquinamento
- lorenzin
- malattie rare
- medici
- ministero della salute
- mutua mba
- neonati
- OMS
- oncologia
- ospedale pediatrico bambino gesù
- prevenzione
- psicologia
- raccolta fondi
- ricerca
- ricerca medica
- salute
- sanità
- sanità integrativa
- sport
- tecnologia
- tumore
- tumore al seno
- tumori
- vaccini
- vaccino

LEGGI L'ULTIMO NUMERO DI HEALTH ONLINE



I PIÙ LETTI

- Trauma cranico minore, cosa fare quando si sbatte la testa
- Diverticolite: cause, sintomi e cure
- Colite Nervosa: cause, sintomi, rimedi naturali e alimentazione consigliata
- I benefici del limone per i capelli e il cuoio capelluto
- I rimedi naturali per il pancreas

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

[Apri il link](#)

LA SANITA INTEGRATIVA È IL SERVIZIO DI WELFARE AZIENDALE PREFERITO DAI LAVORATORI



[Home](#) [Valori di MBA](#) [Ultimi Articoli](#) [Rassegna Stampa](#) [Scrivono per noi](#)

[E-book](#) [Contattaci](#) [Informativa](#)



successo contro il tumore



Piperina (pepe nero): proprietà e controindicazioni



Scoliosi: diagnosi e cura

[Apri il link](#)

HEALTH ITALIA S.p.A. SVILUPPA IL PROGETTO BANCA-MUTUA


[Health Italia](#) S.p.A. sviluppa il progetto


Banca Mutua

6 Maggio 2019



6 maggio 2019

[Health Italia](#) S.p.A., PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa e partner e socio coordinatore di [Mutua MBA](#), comunica che è stato recentemente sottoscritto un accordo con BAPR – Banca Agricola Popolare di Ragusa che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci.

L'accordo triennale prevede, per i circa 16 mila Soci di BAPR, quattro differenti tipologie di piani sanitari a cui poter aderire con tariffe convenzionate e particolarmente competitive, piani sanitari adatti ad ogni fascia d'età e nucleo familiare, detraibili fiscalmente al 19% e darà accesso ai servizi della Centrale Salute gestita dalla controllata [Coopsalute](#) e ad una serie di servizi agevolati, tra cui quelli riservati alla conservazione delle cellule staminali erogati tramite la controllata StemWay Biotech LTD.

L'innovativo modello di business organizzato da [Health Italia](#) S.p.A. consente, infatti, la promozione dei sussidi mutualistici erogati dagli enti di sanità integrativa ai soci ed ai clienti degli istituti bancari in virtù di un sistema articolato rappresentato da prodotti dedicati, sistemi informatici flessibili e non invasivi, assistenza sanitaria dedicata e servizi sanitari integrati.

Il Presidente di [Health Italia](#), l'ing. [Roberto Anzanello](#), ha dichiarato che "Lo sviluppo di un sistema articolato ed integrato per la promozione dei sussidi mutualistici tramite gli sportelli bancari, realizzato tramite il nostro innovativo modello di business, consente di personalizzare i prodotti ed i servizi forniti in funzione delle esigenze specifiche di ogni istituto bancario garantendo soluzioni dedicate in una logica di efficienza finalizzata allo sviluppo commerciale della sanità integrativa ed all'erogazione di servizi sanitari personalizzati per soci e clienti degli istituti bancari."

Il Gruppo [Health Italia](#) opera con successo nell'ambito della Sanità Integrativa, con un capitale sociale di oltre 14 milioni di Euro, un patrimonio netto di gruppo, al 31-12-2017 pari ad Euro 25,39 milioni ed una rete di professionisti impegnati a garantire, agli oltre 350.000 assistiti, il miglior accesso ad un'assistenza sanitaria che completi ed integri quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

[Leggi il Comunicato Stampa Integrale](#)

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI


Home > Notizie

07/05/2019 09:48:43

Health Italia, accordo con la Popolare di Ragusa su piani sanitari

Health Italia, PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa e partner e socio coordinatore di **Mutua MBA**, comunica che è stato recentemente sottoscritto un accordo con **BAPR - Banca Agricola Popolare di Ragusa** che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci.

L'accordo triennale prevede, per i circa **16 mila Soci di BAPR**, quattro differenti tipologie di piani sanitari a cui poter aderire con tariffe convenzionate e particolarmente competitive, piani sanitari adatti ad ogni fascia d'età e nucleo familiare, detraibili fiscalmente al 19% e darà accesso ai servizi della Centrale Salute gestita dalla controllata **Coopsalute** e ad una serie di servizi agevolati, tra cui quelli riservati alla conservazione delle cellule staminali erogati tramite la controllata **StemWayBiotech LTD**.

L'innovativo modello di business organizzato da **Health Italia** S.p.A. consente, infatti, la promozione dei sussidi mutualistici erogati dagli enti di sanità integrativa ai soci ed ai clienti degli istituti bancari in virtù di un sistema articolato rappresentato da prodotti dedicati, sistemi informatici flessibili e non invasivi, assistenza sanitaria dedicata e servizi sanitari integrati.

Il Presidente di **Health Italia**, l'ing. **Roberto Anzanello**, ha dichiarato che "Lo sviluppo di un sistema articolato ed integrato per la promozione dei sussidi mutualistici tramite gli sportelli bancari, realizzato tramite il nostro innovativo modello di business, consente di personalizzare i prodotti e i servizi forniti in funzione delle esigenze specifiche di ogni istituto bancario garantendo soluzioni dedicate in una logica di efficienza finalizzata allo sviluppo commerciale della sanità integrativa ed all'erogazione di servizi sanitari personalizzati per soci e clienti degli istituti bancari." Il Gruppo **Health Italia** opera con successo nell'ambito della Sanità Integrativa, con un capitale sociale di oltre 14 milioni di Euro, un patrimonio netto di gruppo, al 31-12-2017 pari ad Euro 25,39 milioni ed una rete di professionisti impegnati a garantire, agli oltre 350.000 assistiti, il miglior accesso ad un'assistenza sanitaria che completa ed integra quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

GD - www.ftaonline.com

Comunicati titoli italia | Mercato Italiano

Tweets by @Fta_Public

Fta_Public
@Fta_Public
ftaonline.com/news/borsa-ita...

Borsa italiana in rialzo grazie ...
Borsa italiana in rialzo grazie ai ...
ftaonline.com

Apr 15, 2019

Fta_Public
@Fta_Public
ftaonline.com/news/piazza-af...

Piazza Affari positiva, bancari... [Tweets by Fta_Public](#)

TRADING SYSTEM

dati validi per la giornata del 07/05/2019

Strumento

Ultimo segnale

Risultato

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI

AZIMUT	Acquisto	67.30%
POSTE ITALIANE	Acquisto	22.30%
GENERALI ASS	Acquisto	12.10%
JUVENTUS FC	Vendita	11.50%
BUZZI UNICEM	Acquisto	11.30%
BANCA GENERALI	Acquisto	10.00%
A2A	Vendita	9.10%
TELECOM ITALIA	Vendita	7.90%
FINECOBANK	Vendita	6.70%
BANCO BPM	Acquisto	6.10%

ACCEDI

VIDEO

Buzzi, Diarosin, Mediobanca e Prysman danno segni di vita

Giu' i petroliferi e Fca, anche Intesa soffre



CANALE YOUTUBE

NEWSLETTER



Newsletter Italia



Newsletter Indici Azionari

SOCIAL



CHI SIAMO
CONTATTI
PARTNERS
DISCLAIMER
PRIVACY
INFORMATIVA COOKIES

FTA Online News
TESTATA DI INFORMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Registrazione Tribunale di Siena n°: 727 del 09-07-2002
Financial Trend Analysis s.r.l.
Sede Legale: Via Achille Sclavo, 9 - 53100 Siena
Unità Locale: Via Messina, 38 - 20154 Milano
Codice Fiscale 12845220156 P.IVA 00996530523 | Capitale Sociale: 20.000,00 Euro i.v.

SERVIZI
BLOG
NOTIZIE
FORMAZIONE
TRADING SYSTEM

HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI

Home > Notizie

07/05/2019 09:48:43

Health Italia, accordo con la Popolare di Ragusa su piani sanitari

Health Italia, PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa e partner e socio coordinatore di **Mutua MBA**, comunica che è stato recentemente sottoscritto un accordo con **BAPR - Banca Agricola Popolare di Ragusa** che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci.

L'accordo triennale prevede, per i circa **16 mila Soci di BAPR**, quattro differenti tipologie di piani sanitari a cui poter aderire con tariffe convenzionate e particolarmente competitive, piani sanitari adatti ad ogni fascia d'età e nucleo familiare, detraibili fiscalmente al 19% e darà accesso ai servizi della Centrale Salute gestita dalla controllata **Coopsalute** e ad una serie di servizi agevolati, tra cui quelli riservati alla conservazione delle cellule staminali erogati tramite la controllata **StemWayBiotech LTD**.

L'innovativo modello di business organizzato da **Health Italia** S.p.A. consente, infatti, la promozione dei sussidi mutualistici erogati dagli enti di sanità integrativa ai soci ed ai clienti degli istituti bancari in virtù di un sistema articolato rappresentato da prodotti dedicati, sistemi informatici flessibili e non invasivi, assistenza sanitaria dedicata e servizi sanitari integrati.

Il Presidente di **Health Italia**, l'ing. **Roberto Anzanello**, ha dichiarato che "Lo sviluppo di un sistema articolato ed integrato per la promozione dei sussidi mutualistici tramite gli sportelli bancari, realizzato tramite il nostro innovativo modello di business, consente di personalizzare i prodotti e i servizi forniti in funzione delle esigenze specifiche di ogni istituto bancario garantendo soluzioni dedicate in una logica di efficienza finalizzata allo sviluppo commerciale della sanità integrativa ed all'erogazione di servizi sanitari personalizzati per soci e clienti degli istituti bancari." Il Gruppo **Health Italia** opera con successo nell'ambito della Sanità Integrativa, con un capitale sociale di oltre 14 milioni di Euro, un patrimonio netto di gruppo, al 31-12-2017 pari ad Euro 25,39 milioni ed una rete di professionisti impegnati a garantire, agli oltre 350.000 assistiti, il miglior accesso ad un'assistenza sanitaria che completi ed integri quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

GD - www.ftaonline.com

Comunicati titoli italia | Mercato Italiano

Tweets by @Fta_Public



Fta_Public
@Fta_Public

ftaonline.com/news/borsa-ita...



Borsa italiana in rialzo grazie ...
Borsa italiana in rialzo grazie ai ...
ftaonline.com

Apr 15, 2019



Fta_Public
@Fta_Public

ftaonline.com/news/piazza-af...



Piazza Affari positiva, bancari... [Tweets by Fta_Public](#)

TRADING SYSTEM

dati validi per la giornata del 07/05/2019

Strumento

Ultimo segnale

Risultato

HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI

AZIMUT	Acquisto	67.30%
POSTE ITALIANE	Acquisto	22.30%
GENERALI ASS	Acquisto	12.10%
JUVENTUS FC	Vendita	11.50%
BUZZI UNICEM	Acquisto	11.30%
BANCA GENERALI	Acquisto	10.00%
A2A	Vendita	9.10%
TELECOM ITALIA	Vendita	7.90%
FINECOBANK	Vendita	6.70%
BANCO BPM	Acquisto	6.10%

ACCEDI

VIDEO

Buzzi, Diarosin, Mediobanca e Prysman danno segni di vita

Giu' i petroliferi e Fca, anche Intesa soffre



CANALE YOUTUBE

NEWSLETTER



Newsletter Italia



Newsletter Indici Azionari

SOCIAL



[CHI SIAMO](#)
[CONTATTI](#)
[PARTNERS](#)
[DISCLAIMER](#)
[PRIVACY](#)
[INFORMATIVA COOKIES](#)

FTA Online News
 TESTATA DI INFORMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA
 Registrazione Tribunale di Siena n°: 727 del 09-07-2002
 Financial Trend Analysis s.r.l.
 Sede Legale: Via Achille Sclavo, 9 - 53100 Siena
 Unità Locale: Via Messina, 38 - 20154 Milano
 Codice Fiscale 12845220156 P.IVA 00996530523 | Capitale Sociale: 20.000,00 Euro i.v.

[SERVIZI](#)
[BLOG](#)
[NOTIZIE](#)
[FORMAZIONE](#)
[TRADING SYSTEM](#)

ULTIME NOTIZIE

SFOGLIA IL PROSSIMO ARTICOLO ▶

FINANCIAL TREND ANALYSIS, PUBBLICATO: 2 ORE FA

Health Italia, accordo con la Popolare di Ragusa su piani sanitari

HEALTH ITALIA

[Health Italia](#), PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa e partner e socio coordinatore di [Mutua MBA](#), comunica che è stato recentemente sottoscritto un accordo con BAPR - Banca Agricola Popolare di Ragusa che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci.



[Health Italia](#), PMI innovativa quotata sul mercato AIM Italia, tra le più grandi realtà indipendenti del mercato italiano che operano nella Sanità Integrativa e partner e socio coordinatore di [Mutua MBA](#), comunica che è stato recentemente sottoscritto un accordo con *BAPR* - *Banca Agricola Popolare di Ragusa* che garantisce l'accesso ad una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci.

L'accordo triennale prevede, per i circa 16 mila Soci di BAPR, quattro differenti tipologie di piani sanitari a cui poter aderire con tariffe convenzionate e particolarmente competitive, piani sanitari adatti ad ogni fascia d'età e nucleo familiare, detraibili fiscalmente al 19% e darà accesso ai servizi della Centrale Salute gestita dalla controllata [Coopsalute](#) e ad una serie di servizi agevolati, tra cui quelli riservati alla conservazione delle cellule

HEALTH ITALIA, ACCORDO CON LA POPOLARE DI RAGUSA SU PIANI SANITARI

staminali erogati tramite la controllata StemWayBiotech LTD.

L'innovativo modello di business organizzato da [Health Italia S.p.A.](#) consente, infatti, la promozione dei sussidi mutualistici erogati dagli enti di sanità integrativa ai soci ed ai clienti degli istituti bancari in virtù di un sistema articolato rappresentato da prodotti dedicati, sistemi informatici flessibili e noninvasivi, assistenza sanitaria dedicata e servizi sanitari integrati.

Il Presidente di [Health Italia](#), l'ing. [Roberto Anzanello](#), ha dichiarato che "Lo sviluppo di un sistema articolato ed integrato per la promozione dei sussidi mutualistici tramite gli sportelli bancari, realizzato tramite il nostro innovativo modello di business, consente di personalizzare i prodotti ed i servizi forniti in funzione delle esigenze specifiche di ogni istituto bancario garantendo soluzioni dedicate in una logica di efficienza finalizzata allo sviluppo commerciale della sanità integrativa ed all'erogazione di servizi sanitari personalizzati per soci e clienti degli istituti bancari." Il Gruppo [Health Italia](#) opera con successo nell'ambito della Sanità Integrativa, con un capitale sociale di oltre 14 milioni di Euro, un patrimonio netto di gruppo, al 31-12-2017 pari ad Euro 25,39 milioni ed una rete di professionisti impegnati a garantire, agli oltre 350.000 assistiti, il miglior accesso ad un'assistenza sanitaria che completi ed integri quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

[CONTINUA A LEGGERE](#) 

AIMnews.it

IRTOPCONSULTING

CERCA

Inserisci ricerca



Ricerca avanzata

HOME CHI SIAMO COME QUOTARSI SOCIETÀ AIM ITALIA INVESTOR DAY NEWS PUBBLICAZIONI GLI SPECIALISTI AIM PARTNER ISCRIVITI



Servizi per il mercato azionario dedicato alle PMI

Health Italia lancia il progetto Banca Mutua

07/05/2019

MILANO (AIMnews.it) - [Health Italia](#) comunica che è stato sottoscritto un accordo con BAPR – Banca Agricola Popolare di Ragusa che garantisce l'accesso a una copertura sanitaria integrativa per tutti i Soci della Banca, con cinque piani sanitari, erogati da MBA, ed appositamente studiati, di cui uno completamente gratuito per i Soci. L'accordo ha durata triennale.

© Copyright AIMnews.it

LENBIC ADERISCE AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#): SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ

GEOS NEWS

delle visite: sostegno sanitario per chi non può

37 minuti fa



L'Ebic aderisce al progetto che offre sostegno a chi non può permettersi i costi e i tempi delle prestazioni sanitarie L'articolo L'ENBIC aderisce al progetto [Banca delle visite](#): sostegno sanitario per chi non può proviene da Roma da Leggere.

Leggi la notizia integrale su: [Roma da Leggere](#)

Il post dal titolo: «L'ENBIC aderisce al progetto [Banca delle visite](#): sostegno sanitario per chi non può» è apparso 37 minuti fa sul quotidiano online *Roma da Leggere* dove ogni giorno puoi trovare le ultime notizie dell'area geografica relativa a Roma.

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)

ITALIASERA

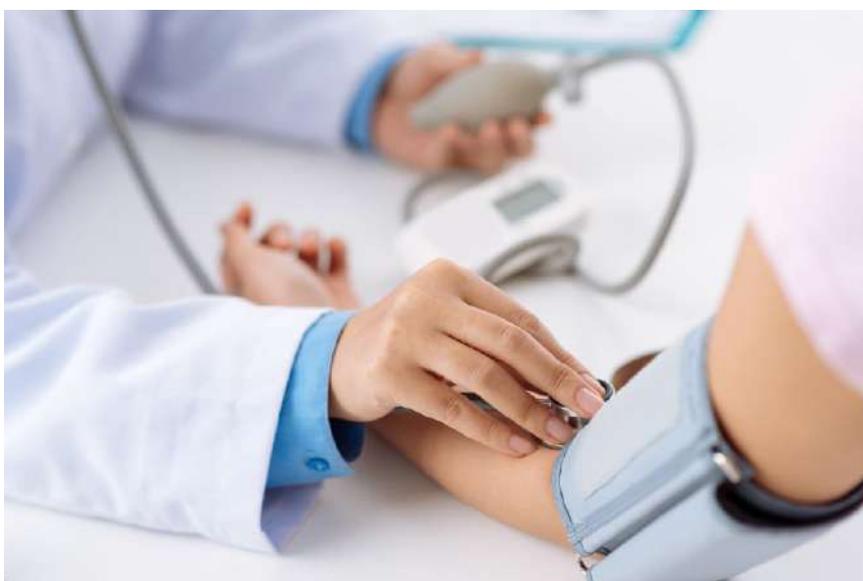


SALUTE E BENESSERE

ENBIC: fumata bianca, ok al progetto [Banca delle visite](#)

MASSIMILIANO TAMANTI • 15 MAGGIO 2019 •

ENBIC: fumata bianca, ok al progetto [Banca delle visite](#)



L' Enbic - Ente Bilaterale Confederale istituito dalle Organizzazioni Cisl Terziario e Anpit, Cidec ed Unica - ha formalizzato la propria adesione al progetto della ["Banca delle visite"](#) volto a dare sostegno a coloro che non riescono ad accedere a visite specialistiche e prestazioni sanitarie.

[Banca delle Visite](#) è una piattaforma web, che aiuta coloro i quali non possono permettersi una visita a pagamento o non possono attendere i tempi del Sistema Sanitario Nazionale ad accedere al servizio. Grazie all'aiuto concreto di privati cittadini ed aziende, che effettuano donazioni di denaro o acquistano direttamente prestazioni sanitarie, [Banca delle Visite](#) fornirà assistenza gratuita a chi ne avrà bisogno mediante specifica richiesta. Antonello Ceci, coordinatore nazionale di [Banca delle Visite](#), ha spiegato che "L'accesso al servizio è consentito mediante le donazioni di privati ed associazioni, che sostengono il progetto per far sì che circa 11 milioni di italiani, che non possono accedere alle visite mediche, riescano a superare i tempi della sanità pubblica eludendo anche lo scoglio dei costi dell'assistenza medica privata".

Questo è l'impegno di ENBIC ad un problema, che a causa della crisi ha ormai assunto rilevanza nazionale, quale è il sostegno a chi non può permettersi una visita medica a pagamento, chi non può attendere i tempi del Servizio Sanitario Pubblico o chi, infine, ha bisogno di cure immediate: "Il problema della salute dei lavoratori e dei loro familiari è sempre stato un obiettivo prioritario di ENBIC", ha dichiarato il Presidente Fulvio De Gregorio in accordo con il Presidente della [Mutua MBA](#), [Luciano Dragonetti](#), che ha dato pieno appoggio a questa importante iniziativa di solidarietà.



TAGS:

Estasi Lazio, la Coppa Italia è tua

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)



NOTIZIA PRECEDENTE

Rinnovo del CCNL, novità per il settore sanitario
NOTIZIA SUCCESSIVA



0 COMMENTI

Nessun commento

LASCIA UN COMMENTO

La tua email non verrà pubblicata. Campi richiesti*

Commento *

Il tuo nome *

La tua email *

Inserisci il risultato 11+0 = ? *

INVIA COMMENTO

ULTIME NOTIZIE



ECONOMIA

L'Onu attacca il decreto sicurezza, il governo si difende



SPORT

Roma, pareggio e addio alla Champions



ATTUALITÀ

La Notte dei Musei, appuntamento con l'Arte a 1 euro



POLITICA

Brexit, non c'è intesa fra May e Corbyn



SPORT

Ufficiale: Allegri lascia la Juventus



CRONACA

Finale Real-Juve, tragedia in piazza S.Carlo: 4 condanne

CRONACA

Napoli, agguato in ospedale: la situazione

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)



ATTUALITÀ

Prof sospesa per video su Salvini: arrivano messaggi di sostegno



SPORT

De Rossi, le versioni di un addio contestato



CRONACA

Londra, italiano trovato morto: indaga Scotland Yard



ATTUALITÀ

Giurato fa battuta su ragazza di colore: escluso dal concorso



POLITICA

Salvini a Napoli, scontri tra polizia e manifestanti

IN EVIDENZA



ECONOMIA

L'Onu attacca il decreto sicurezza, il governo si difende



SPORT

Roma, pareggio e addio alla Champions



ATTUALITÀ

La Notte dei Musei, appuntamento con l'Arte a 1 euro



POLITICA

Brexit, non c'è intesa fra May e Corbyn



SPORT

Ufficiale: Allegri lascia la Juventus



CRONACA

Finale Real-Juve, tragedia in piazza S.Carlo: 4 condanne

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)



CRONACA

Napoli, agguato in ospedale: la situazione

METEO

Roma
Italia > Lazio

Vuoi scoprire il meteo per la tua località?

Cerca...

dom 19 14°C 18°C	lun 20 12°C 19°C	mar 21 12°C 20°C
mer 22 13°C 21°C	gio 23 11°C 23°C	ven 24 12°C 22°C

GUIDA TV

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)







 I CANALI T'ASERA I FILM LO SPORTORA IN TV

ORA IN TV Dom 19/05/2019

18:45

 [L'eredità Giochi e quiz](#)

Rai 1 presenta L'Eredità Il quiz Campione di Ascoli più longevo della televisione italiana riprende il suo posto sugli schermi di Rai1, tutti ([Continua...](#))

18:05

 [Novantesimo minuto Sport](#)

Rai Sport Novantesimo Minuto 90° minuto, la storica rubrica di Rai Sport anche quest'anno condotta da Simona Rolandi e Alessandro Antinelli, con ([Continua...](#))

19:00

 [Tutto Nuovo](#)

OROSCOPO

<<

Ariete

 Non mancheranno stimoli e opportunità, ma attenti: con Sole e Marte dissonanti non è il caso di valutare con superficialità eventuali proposte di collaborazione! Il settore affettivo sarà malandrino per molti di voi, in particolare per i giovanissimi. Affidatevi ai suggerimenti e ai programmi degli amici, e tutto andrà bene. Non mancherà qualche tentazione avventurosa per chi soffre di solitudine o è in crisi col partner. Prendetevi un po' di tempo per far visita ad un amico; investite parte delle vostre energie in un progetto forse poco realistico, ma che vi sta molto a cuore.

CAMERA DEI DEPUTATI TV**SENATO DELLA REPUBBLICA TV****ASSEMBLEA CAPITOLINA TV**

ENBIC: FUMATA BIANCA, OK AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#)
PARLAMENTO EUROPEO TV

I TEMI "CALDI": VIOLENZA SULLE DONNE | MOSTRE DEL MESE | SPETTACOLI DEL MESE | CONCERTI DEL MESE |
EVENTI GASTRONOMICI DEL MESE



HOME COSA FARE A ROMA COME FARE PER... MONDO SOCIALE

LA FINESTRA SUL DIRITTO

LAVORO A ROMA · NEWS DALLA CAPITALE

HOME > Mondo volontariato > L'ENBIC aderisce al progetto [Banca delle visite](#): sostegno sanitario per chi non può

NEWS

[HOMEPAGE](#)
[ISCRIVITI AL FEED RSS](#)

L'ENBIC aderisce al progetto [Banca delle visite](#): sostegno sanitario per chi non può



maggio 15 20:35
2019

by [Enrica Di Carlo](#)

[Stampa questo articolo](#)
[Condividi con gli amici](#)

[Banca delle visite](#): l'Ebic aderisce al progetto che offre sostegno a chi non può permettersi i costi e i tempi delle prestazioni sanitarie

Progetto [Banca delle Visite](#), aderisce l'Ebic – Ente Bilaterale Confederale istituito dalle Organizzazioni Cisl Terziario e Anpit. Il progetto è volto a dare sostegno a coloro che non riescono ad accedere a visite specialistiche e prestazioni sanitarie.

[Banca delle Visite](#) è una piattaforma web, che aiuta coloro i quali non possono permettersi una visita a pagamento o non possono attendere i tempi del Sistema Sanitario Nazionale ad accedere al servizio. Grazie all'aiuto concreto di privati cittadini ed aziende, che effettuano donazioni di denaro o acquistano direttamente prestazioni sanitarie, [Banca delle Visite](#) fornirà assistenza gratuita a chi ne avrà bisogno mediante specifica richiesta.

Antonello Ceci, coordinatore nazionale di [Banca delle Visite](#), ha spiegato che "L'accesso al servizio è consentito mediante le donazioni di privati ed associazioni, che sostengono il progetto per far sì che circa 11 milioni di italiani, che non possono accedere alle visite mediche, riescano a superare i tempi della sanità pubblica eludendo anche lo scoglio dei costi dell'assistenza medica privata".

Questo è l'impegno di ENBIC ad un problema, che a causa della crisi ha ormai assunto rilevanza nazionale, quale è il sostegno a chi non può permettersi una visita medica a pagamento, chi non può attendere i tempi del Servizio Sanitario Pubblico o chi, infine, ha bisogno di cure immediate: "Il problema della salute dei lavoratori e dei loro familiari è sempre stato un obiettivo prioritario di ENBIC", ha dichiarato il **Presidente Fulvio De Gregorio** in accordo con il **Presidente della Mutua**

LENBIC ADERISCE AL PROGETTO **BANCA DELLE VISITE**: SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ

MBA, [Luciano Dragonetti](#), che ha dato pieno appoggio a questa importante iniziativa di solidarietà.

Tags [banca delle visite](#)

Condividi [CONDIVID](#) [TWEET](#) [+1](#) [CONDIVID](#) [CONDIVID](#)

0 COMMENTI

TORNA SU
SCRIVI UN COMMENTO

**Ancora nessun
Commento!**

Non ci sono commenti per ora, vuoi aggiungere uno?

[Scrivi un commento](#)

SCRIVI UN COMMENTO

TORNA SU

SEGUICI



NEWS DALLA CAPITALE

[ALTRI ARTICOLI](#)



Tabellino Atalanta-Lazio 0-2: Milinkovic e Correa, per i biancocelesti Coppa e Europa

[Leggi l'Articolo Completo](#)



Rinnovo del CCNL: regole unitarie per tutte le categorie di dipendenti

[Leggi l'Articolo Completo](#)

VIVERE ROMA

[ALTRI ARTICOLI](#)



LENBIC ADERISCE AL PROGETTO **BANCA DELLE VISITE**: SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ

Tabellino Atalanta-Lazio 0-2: Milinkovic e Correa, per i biancocelesti Coppa e Europa

[Leggi l'Articolo Completo](#)



Rinnovo del CCNL: regole unitarie per tutte le categorie di dipendenti

[Leggi l'Articolo Completo](#)

COME FARE PER

ALTRI ARTICOLI



Ora legale 2019, come prepararsi a dormire (per l'ultima volta?) per una notte un'ora di meno

[Leggi l'Articolo Completo](#)



Come richiedere un rimborso aereo

[Leggi l'Articolo Completo](#)

MONDO SOCIALE

ALTRI ARTICOLI



L'ENBIC aderisce al progetto **Banca delle visite**: sostegno sanitario per chi non può

[Leggi l'Articolo Completo](#)

IL METEO A ROMA



[Apri il link](#)

LENBIC ADERISCE AL PROGETTO [BANCA DELLE VISITE](#): SOSTEGNO SANITARIO PER CHI NON PUÒ

Previsioni ROMA					
	Fenomeni intensi	Tempo	Min	Max	V
Mer			11°	12°	
Gio			8°	21°	
Ven			10°	22°	
Sab			14°	20°	

A cura del [Servizio Meteorologico dell'Aeronautica Militare](#)



TITOLARE DI BAR DI RICCIONE DEVOLVE SOLDI DEL CAFFÈ PER PAGARE VISITE MEDICHE ALLE DONNE BISOGNOSE



altarimini.it
Il portale d'informazione di Rimini e Provincia



ROBERTO BASCHETTI
SINDACO



Venerdì 17 Maggio 14:13:56

HOME **ATTUALITÀ** CRONACA EVENTI SPORT TURISMO ALTRO ▾

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

ARTISTI in PIAZZA Pennabilli Festival [Prevendite liveticket.it](#) Pennabilli RN | 13 | 14 | 15 | 16 | giugno 2019

Titolare di bar di Riccione devolve soldi del caffè per pagare visite mediche alle donne bisognose

L'iniziativa della 24enne Giulia Stumpo attraverso la Banca delle visite'

Riccione | 14:46 - 17 Maggio 2019

AA AA
Attualità



Giulia Stumpo.

Giulia Stumpo, titolare del Bar Milano a Riccione Paese, ha deciso di devolvere in beneficenza un terzo del ricavato dei caffè della settimana compresa tra il 18 e il 25 maggio. La giovane imprenditrice, 24 anni, verserà il denaro incassato alla "Banca delle visite", organizzazione nonprofit nazionale che raccoglie donazioni per dare la possibilità alle persone indigenti di svolgere visite mediche specialistiche. Il ricavato dell'iniziativa servirà per sovvenzionare mammografie, che potranno poi essere effettuate, tramite prenotazione dal sito della "Banca delle visite", da chi non può permetterselo: un'iniziativa "rosa", colore del Giro d'Italia, che transita a Riccione, ma soprattutto colore della solidarietà da donna a donna.

IL MESSAGGIO DI GIULIA. "Frenesia, stress, fretta, ritardo: ecco a cosa siamo abituati. Ogni giorno quasi la vita ci sfugge, tra impegni e messaggi che ci tengono la faccia incollata al cellulare. Forse non ci accorgiamo, ma tra noi siamo sempre più lontani, separati da muri virtuali che ci tengono sempre "online" ma ci sconnettono dalla realtà. Tra un post è un altro a volte ci dimentichiamo di guardarci negli occhi, di cogliere la bellezza in ciò che ci circonda. Invece c'è ancora qualcosa che unisce: lo sport. Ci unisce da sempre, ci unisce una fede, una speranza, una passione, la voglia di mettersi in gioco, spronarci a fare sempre meglio, sempre di più. E sapete cos'altro ci unisce? Il caffè. Il caffè non è solo un caffè, il caffè è una scusa: una scusa per condividere un attimo con qualcuno, per rompere la routine, per alleggerirsi con un sorriso, per mordere un attimo di leggerezza. Ecco perché abbiamo pensato di scegliere come occasione la tappa del Giro d'Italia nella nostra Riccione e la scusa di un buon caffè per sposare una causa che ci sta molto a cuore: la prevenzione dei tumori al seno. Ho deciso che per la settimana che va da Sabato 18 a Sabato 25 maggio il ricavato della vendita di un caffè su tre lo doneremo in beneficenza per non sentirci più solo dei singoli individui, ma parte di un tutto, non più divisi ma uniti per riscoprire la bellezza, la gioia che si prova nel donare un sorriso a qualcuno".

Vota

#SAMORANI SINDACO




Genghini Ferramenta e Utensileria




Dal 1967 Genghini è competenza ed esperienza nel campo della ferramenta, negozio di Morciano di Romagna che da sempre pone attenzione...



CROSSLAND X.

VERSATILITÀ SEMPRE CONNESSA.

DA 139€ AL MESE CON SILENT RATE FIN 4.40% TAEG 4.50%





ASD PERLA VERDE CALCIO

Dal 2011 il buon calcio a Riccione!



Gloriano Junior

Stagione 2018/19

Rete dei Teatri della

Valmarecchia







AA AA

TITOLARE DI BAR DI RICCIONE DEVOLVE SOLDI DEL CAFFÈ PER PAGARE VISITE MEDICHE ALLE DONNE BISOGNOSE



ATTUALITÀ



Fuochi d'artificio e una maxi torta per accogliere i campioni del giro d'Italia a Riccione



No alle droghe e stop Cyberbullismo: la lezione del capitano Carabinieri Silvia Guerrini



Una nuova casa popolare grazie alla ristrutturazione di un fabbricato a Sant'Ermete



CRONACA



Sequestrati 10 milioni di beni a imprenditrice, anche una Villa a Misano



Ritrovato dopo due giorni di ricerche senza sosta il corpo di Gabriella



Rapina in banca, i banditi, dentro, aspettavano i dipendenti all'orario di...



Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici





Home [»](#) Lifestyle [»](#) Un Caffè con... [»](#) Riccione: al bar di Giulia un caffè su tre in beneficenza per...

Lifestyle [»](#) Un Caffè con...

Riccione: al bar di Giulia un caffè su tre in beneficenza per pagare visite mediche a chi non può permetterselo

21/05/2019

2822

[Facebook](#)

[Twitter](#)

[Google+](#)

[Pinterest](#)



Lei è **Giulia Stumpo**, ha 24 anni ed è la titolare del **Caffè Milano a Riccione**. Non solo è giovane, brava e capace, ma ha anche un cuore d'oro. Giulia, infatti, ha deciso che questa settimana – quella che va dal 18 al 25 maggio, in concomitanza con il passaggio del Giro d'Italia nella città romagnola – devolverà in beneficenza un terzo del ricavato dei caffè. I fondi raccolti saranno destinati alla "Banca delle visite", organizzazione nonprofit che consente a chi non potrebbe permetterselo di sottoporsi a visite specialistiche. In particolare, i soldi ricavati dalla vendita dei caffè serviranno a pagare mammografie, in un'ottica di prevenzione del tumore al seno.



Uniti dallo sport e dal caffè

"Frenesia, stress, fretta, ritardo: ecco a cosa siamo abituati. Ogni giorno quasi la vita ci sfugge, tra impegni e messaggi che ci tengono la faccia incollata al cellulare. Forse non ci accorgiamo, ma tra noi siamo sempre più lontani, separati da muri virtuali che ci tengono sempre

RICCIONE: AL BAR DI GIULIA UN CAFFÈ SU TRE IN BENEFICIENZA PER PAGARE VISITE MEDICHE A CHI NON PUÒ PERMETTERSELO

CAFFÈ GALLERY In ogni post è un altro a volte ci dimentichiamo di guardarci negli occhi, di cogliere la bellezza in ciò che ci

circonda. Invece c'è ancora qualcosa che unisce: lo sport. Ci unisce da sempre, ci unisce una fede, una speranza, una passione, la voglia di mettersi in gioco, spronarci a fare sempre meglio, sempre di più" racconta Giulia. "E sapete cos'altro ci unisce? Il caffè. Il caffè non è solo un caffè, il caffè è una scusa: una scusa per condividere un attimo con qualcuno, per rompere la routine, per alleggerirsi con un sorriso, per mordere un attimo di leggerezza. Ecco perché abbiamo pensato di scegliere come occasione la tappa del Giro d'Italia nella nostra Riccione e la scusa di un buon caffè per sposare una causa che ci sta molto a cuore: la prevenzione dei tumori al seno. Il ricavato della vendita di un caffè su tre lo doneremo in beneficenza per non sentirci più solo dei singoli individui, ma parte di un tutto, non più divisi ma uniti per riscoprire la bellezza, la gioia che si prova nel donare un sorriso a qualcuno. Perché a volte basta davvero poco, basta un caffè! E poi il rosa.. il rosa sta bene con tutto!".



HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESE

T Cup 2019

gui la sfida per l'Olimpo del Live Trading, trader professionisti e dilettanti si sfidano a colpi di Certificati Vontobel

Vontobel

**TRADER
LINK**

SIFICA

Quotazioni e Grafici | Graduatorie | Pattern | Analisi tecnica | News | Analisi | Raccomandazioni | Video | Didattica | **Cloud**

Cerca BORSA ITALIANA **Bitcoin 8.754 0,78%** **Spread 279,95 -0,36%** **Eur/USD 1,1128 -0,03%**

Health Italia stipula importante accordo istituzionale con Assoimprese

29/05/2019 20:19



Health Italia S.p.A., società leader nella gestione dei processi del benessere e della sanità integrativa, quotata al mercato AIM dal 9 febbraio 2017, comunica di avere stipulato un accordo istituzionale con Assoimprese, Associazione Industriale delle Piccole e Medie Imprese Nazionali, finalizzato a promuovere alle imprese associate i servizi di Welfare Aziendale, Sanità Integrativa, Telemedicina e Gestione Fondi Sanitari.

Assoimprese si propone come punto di riferimento, in tutto il mondo per le centinaia di migliaia di imprese associate e non, per la crescita della loro struttura produttiva, accompagnando gli imprenditori nel loro progetto di sviluppo siano essi a livello locale, nazionale od internazionale, offrendo alle aziende associate diversi servizi tra cui convenzioni che permettano loro di trovare le soluzioni più idonee alle loro necessità.

Health Italia S.p.A., che anche nel 2018 ha realizzato una significativa crescita dei ricavi (+31%), ha implementato, per l'importante mercato delle PMI Italiane, un modello di business innovativo, articolato ed integrato utile a gestire sistemi di welfare aziendale, progetti di sanità integrativa, prestazioni in telemedicina e realizzazione di fondi sanitari dedicati.

L'accordo sottoscritto per due anni prevede che **Health Italia** S.p.A., con la collaborazione di Assoimprese e tramite una comune commissione "Sanità e Welfare" costituita in proposito, proponga soluzioni integrate utili a tutte le imprese associate per gestire i sistemi di welfare aziendale, attivare modelli mirati di sanità integrativa, implementare, con il supporto dei più moderni strumenti di telemedicina, programmi di prevenzione per i dipendenti delle imprese stesse, fino alla creazione e gestione di fondi sanitari dedicati.

Il Presidente di Assoimprese, Giovanni Mondelli, esprimendo grande soddisfazione per l'accordo sottoscritto ha dichiarato che questo "consentirà alle imprese associate e non, lo sviluppo di sistemi organizzati di welfare aziendale e sanità integrativa finalizzati a garantire una maggiore fidelizzazione delle risorse umane ed un incremento della produttività aziendale, nell'ambito degli scopi associativi".

Il Presidente di **Health Italia**, **Roberto Anzanello**, ha dichiarato "l'accordo con Assoimprese costituisce un ulteriore importante tassello del percorso di crescita di **Health Italia** S.p.A. che, da sempre, ha dedicato grande impegno per realizzare sistemi organizzati per l'importante mondo delle PMI Italiane, alle quali, tramite Assoimprese, garantiremo tutto il nostro supporto per la creazione di innovativi ed utili modelli di Welfare Aziendale, Sanità Integrativa e Telemedicina".

(RV - www.ftaonline.com)

Fonte: News Trend Online

Ti è piaciuto questo articolo?

TAG: [Mercati](#) [Supporti e resistenze](#)

GRAFICI: [Health italia](#) [Pmi](#)

DISCLAIMER Leggi bene le nostre avvertenze!

Altri di Trend-Online.Com



Spagna. Inflazione preliminare maggio +0,8% a/a da +1,5% (atteso +1,2%)

In Spagna l'Istituto di statistica INE ha annunciato che la stima preliminare dell'inflazione (indice dei prezzi al consumo armonizzato HICP) mostra nel mese di maggio una crescita attesa dello

Prossimi eventi didattici



05/06/2019
LIVE TRADING: Opera con i professionisti del trading

Scelti per te



MONEY.IT
ETF Terre rare: market timing con l'analisi tecnica



Paola Migliorino
Gli indicatori avvertono di ulteriori ribassi in arrivo



Rossana Prezioso
Calendario macro: i market mover della settimana



Carlo Vallotto
Vallotto: petrolio in fase ribassista. Intanto occhio al rame



Disclaimer
Le informazioni contenute in questo sito non costituiscono consigli né offerte di servizi di investimento. Leggi il [Disclaimer](#).

HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESE

Petroliferi positivi grazie a rimbalzo greggio

Buon avvio per i petroliferi grazie al recupero del greggio dai minimi da marzo toccati ieri pomeriggio.....
 ULTIME NEWS - 30/05/2019 09:09


Stefanel, aggiornamento sulla procedura di concordato

Stefanel comunica che il 29 maggio 2019 il Consiglio d'Amministrazione della Società, proseguendo i lavori della riunione tenutasi in data 23 maggio u.....
 ULTIME NEWS - 30/05/2019 09:06


Rimbalzano le borse europee

Rimbalzano le Borse europee con il Cac40 di Parigi che sale dello 0,44%.....
 ULTIME NEWS - 30/05/2019 09:06


Campari: titolo -3% in avvio

.....
 ULTIME NEWS - 30/05/2019 09:02

Tutti di Trend-Online.Com

Scopri anche tu la NUOVA APP GRATUITA

TRADERLINK Cloud

traderlinkcloud.com

Notizie


Ftsemib future: livelli chiave per la giornata di oggi
 09:12



Spagna. Inflazione preliminare maggio +0,8% a/a da +1,5%
 09:11



Petroliferi positivi grazie a rimbalzo greggio
 09:09

Truffatore e truffato

Il grande mago dallo sguardo ipnotico, uomo che conosce anche ciò che non dovrebbe conoscere. Il trading e la magia hanno molti punti di contatto, se da un lato con...



» Consulta il blog di Traderpedia

Copyright © 1996-2019 Traderlink Srl
contact@traderlink.it



[Commenti e segnalazioni](#)
[Chi siamo](#)
[Prodotti e servizi](#)
[Rassegna stampa](#)
[Partner](#)
[Siti di borsa](#)
[Contattaci](#)
[Privacy](#)
[Cookie](#)

BORSA ITALIANA
 Quotazioni di borsa differite di 20 min.

MERCATO USA
 Dati differiti di 20 min. (fonte Morningstar)

FOREX:
 Quotazioni fornite da FXCM

DISCLAIMER Leggi bene le nostre avvertenze!

Disclaimer

Le informazioni contenute in questo sito non costituiscono consigli né offerte di servizi di investimento. Leggi il [Disclaimer](#).

HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESI



Home > Notizie

30/05/2019 08:44:08

Health Italia stipula importante accordo istituzionale con Assoimprese

Health Italia S.p.A., società leader nella gestione dei processi del benessere e della sanità integrativa, quotata al mercato AIM dal 9 febbraio 2017, comunica di avere stipulato un accordo istituzionale con Assoimprese, Associazione Industriale delle Piccole e Medie Imprese Nazionali, finalizzato a promuovere alle imprese associate i servizi di Welfare Aziendale, Sanità Integrativa, Telemedicina e Gestione Fondi Sanitari. Assoimprese si propone come punto di riferimento, in tutto il mondo per le centinaia di migliaia di imprese associate e non, per la crescita della loro struttura produttiva, accompagnando gli imprenditori nel loro progetto di sviluppo siano essi a livello locale, nazionale od internazionale, offrendo alle aziende associate diversi servizi tra cui convenzioni che permettano loro di trovare le soluzioni più idonee alle loro necessità. **Health Italia** S.p.A., che anche nel 2018 ha realizzato una significativa crescita dei ricavi (+31%), ha implementato, per l'importante mercato delle PMI Italiane, un modello di business innovativo, articolato ed integrato utile a gestire sistemi di welfare aziendale, progetti di sanità integrativa, prestazioni in telemedicina e realizzazione di fondi sanitari dedicati. L'accordo sottoscritto per due anni prevede che **Health Italia** S.p.A., con la collaborazione di Assoimprese e tramite una comune commissione "Sanità e Welfare" costituita in proposito, proponga soluzioni integrate utili a tutte le imprese associate per gestire i sistemi di welfare aziendale, attivare modelli mirati di sanità integrativa, implementare, con il supporto dei più moderni strumenti di telemedicina, programmi di prevenzione per i dipendenti delle imprese stesse, fino alla creazione e gestione di fondi sanitari dedicati. Il Presidente di Assoimprese, Giovanni Mondelli, esprimendo grande soddisfazione per l'accordo sottoscritto ha dichiarato che questo "consentirà alle imprese associate e non, lo sviluppo di sistemi organizzati di welfare aziendale e sanità integrativa finalizzati a garantire una maggiore fidelizzazione delle risorse umane ed un incremento della produttività aziendale, nell'ambito degli scopi associativi". Il Presidente di **Health Italia**, **Roberto Anzanello**, ha dichiarato "l'accordo con Assoimprese costituisce un ulteriore importante tassello del percorso di crescita di **Health Italia** S.p.A. che, da sempre, ha dedicato grande impegno per realizzare sistemi organizzati per l'importante mondo delle PMI Italiane, alle quali, tramite Assoimprese, garantiremo tutto il nostro supporto per la creazione di innovativi ed utili modelli di Welfare Aziendale, Sanità Integrativa e Telemedicina".

RV - www.ftaonline.com

Comunicati titoli italia | Mercato Italiano

Tweets by @Fta_Public


ftaonline.com/news/borsa-ita...



 May 8, 2019

ftaonline.com/news/borsa-ita...


TRADING SYSTEM

dati validi per la giornata del 30/05/2019

Strumento	Ultimo segnale	Risultato
FINCOBANK	Vendita	22.10%
PIRELLI & C	Vendita	19.00%
CNH INDUSTRIAL	Vendita	18.80%

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario

HEALTH ITALIA STIPULA IMPORTANTE ACCORDO ISTITUZIONALE CON ASSOIMPRESSE

TELECOM ITALIA	Vendita	17.30%
BANCO BPM	Vendita	16.80%
INTESA SANPAOLO	Vendita	16.80%
BPER BANCA	Vendita	14.50%
UNICREDIT	Vendita	13.70%
UBI BANCA	Vendita	13.60%
STMICROELECTRONICS	Vendita	13.50%

ACCEDI

VIDEO

Azimut, Fca, Intesa e Recordati, prospettive e obiettivi

Borsa debole, Amplifon, Telecom e Tenaris galleggiano in positivo



CANALE YOUTUBE

NEWSLETTER



Newsletter Italia



Newsletter Indici Azionari

SOCIAL



CHI SIAMO

CONTATTI

PARTNERS

DISCLAIMER

PRIVACY

INFORMATIVA COOKIES

FTA Online News

TESTATA DI INFORMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Registrazione Tribunale di Siena n°: 727 del 09-07-2002

Financial Trend Analysis s.r.l.

Sede Legale: Via Achille Sclavo, 9 - 53100 Siena

Unità Locale: Via Messina, 38 - 20154 Milano

Codice Fiscale 12845220156 P.IVA 00996530523 | Capitale Sociale: 20.000,00 Euro i.v.

SERVIZI

BLOG

NOTIZIE

FORMAZIONE

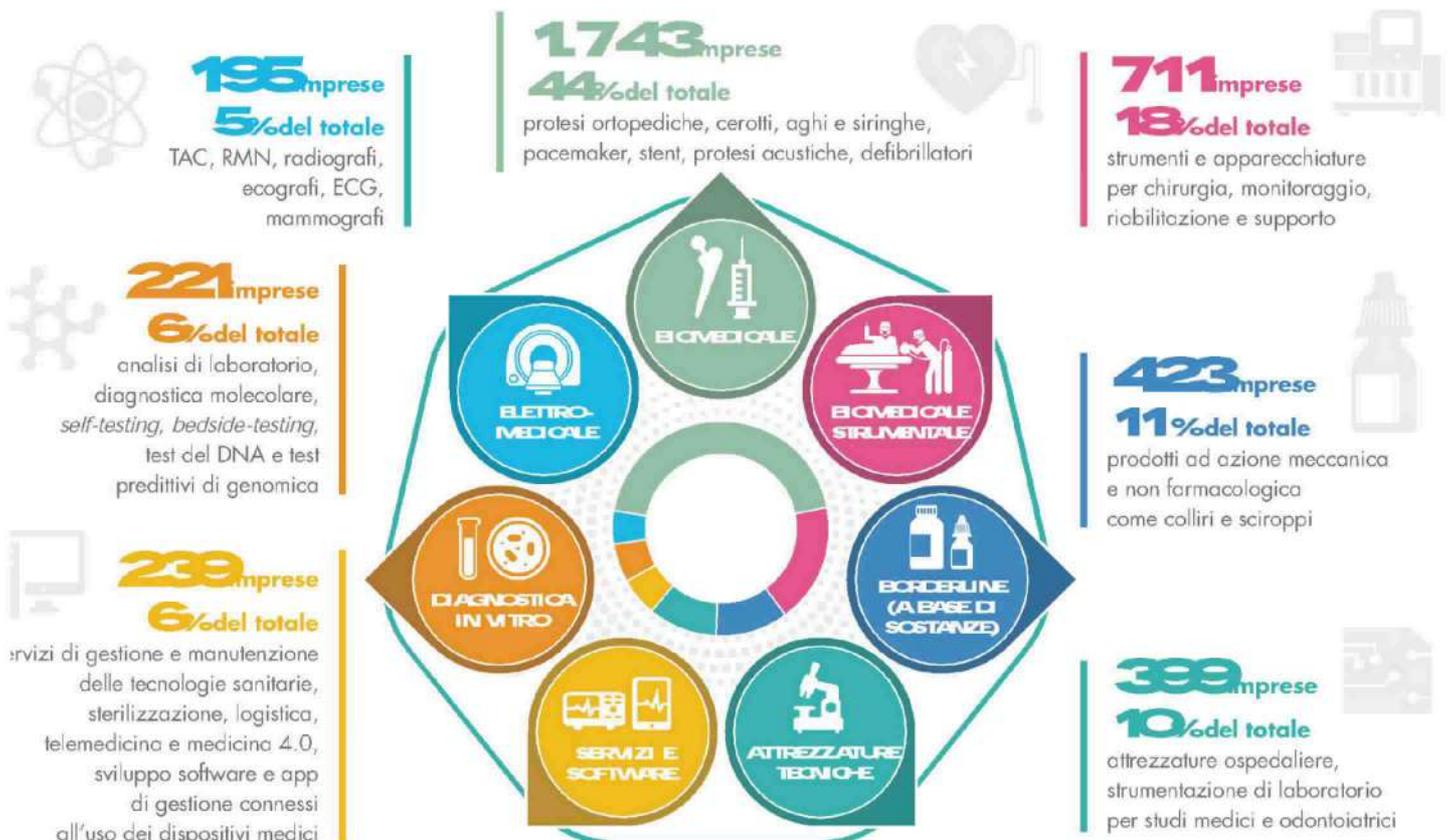
TRADING SYSTEM

Le sfide per il futuro della salute 4.0

Dobbiamo mettere l'Italia in condizione di agganciare la rivoluzione della medicina oggi in atto.

di Massimiliano Boggetti*

IL SETTORE DEI DISPOSITIVI MEDICI E I SUOI 8 COMPARTI*



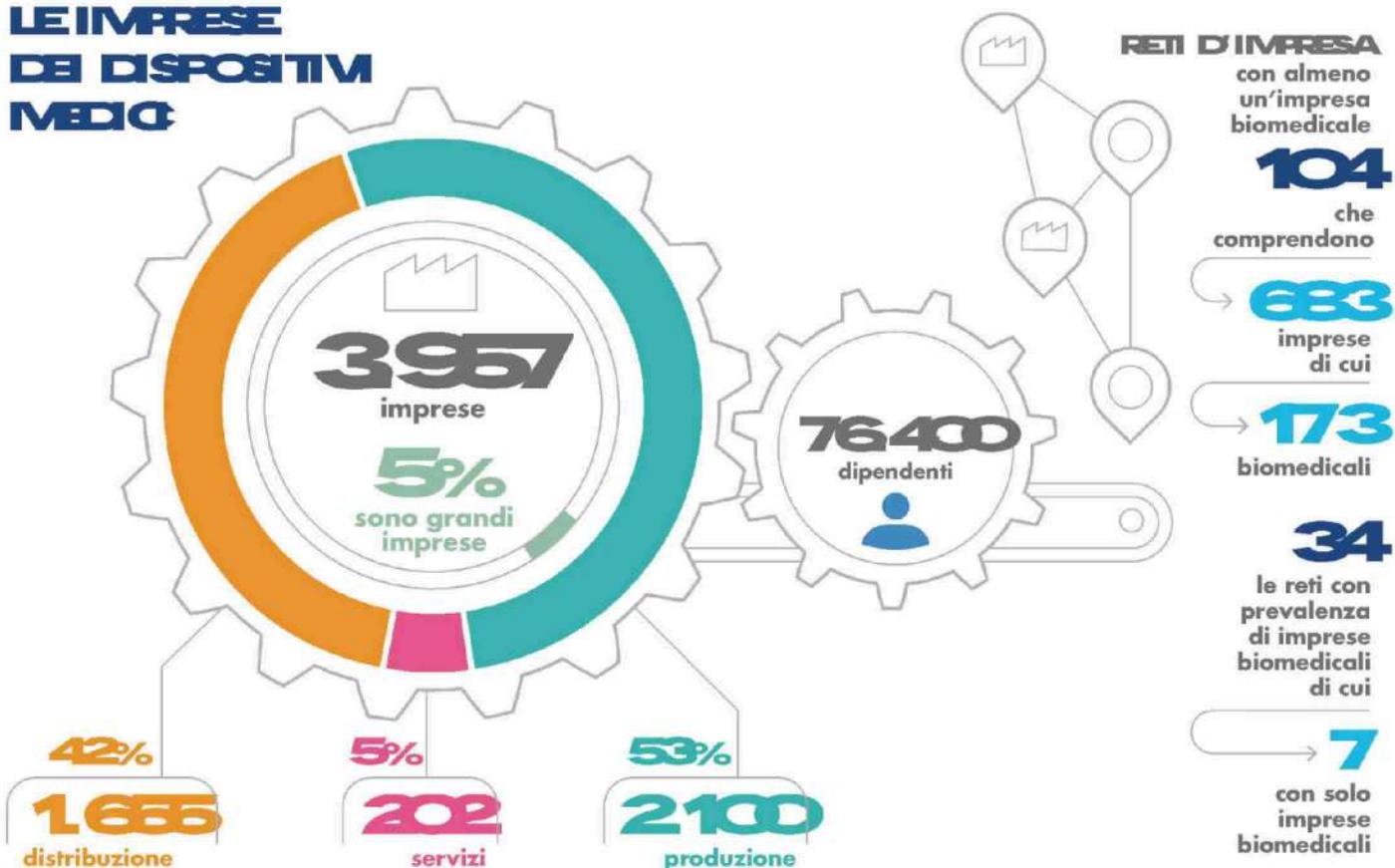
*L'1% delle imprese opera in più comparti per cui sono state attribuite a quello prevalente

Fonti: dati anno 2017 - Centro studi Confindustria Dispositivi Medici

Il settore dei dispositivi medici in Italia genera un mercato che vale 16,5 miliardi di euro tra export e mercato interno e conta 3.957 aziende, che occupano 76.400 dipendenti. Abbiamo voluto riunire l'intero mondo delle imprese di dispositivi medici in Confindustria Dispositivi Medici per dare voce a un mercato in espansione, composto anche dalle nuovissime categorie di prodotti che stanno entrando in questi ultimi anni nella medicina e nella vita delle persone. Si tratta di 1 milione e mezzo di device che vanno

dalle attrezzature chirurgiche alle grandi apparecchiature diagnostiche, dai test di laboratorio a quelli genetici per predire alcune patologie, dai software per il monitoraggio dei parametri vitali grazie alla telemedicina alle app mediche, dalle protesi dentali agli ausili sanitari. Ma sono dispositivi medici anche i biosensori, la robotica o l'intelligenza artificiale applicata alla salute, oltre alle stampanti 3D che un giorno permetteranno di stampare tessuti umani o interi organi e magari usarli per i trapianti. Una rivoluzione che

LE IMPRESE DEI DISPOSITIVI MEDICI



Fonti: dati riferiti all'anno 2017 – Centro studi Confindustria Dispositivi Medici; per le Reti di impresa Confindustria (2018)

le imprese del settore presenti in Italia stanno contribuendo a realizzare, accogliendo le sfide della salute 4.0. Confindustria Dispositivi Medici sarà la casa comune di tutte le imprese che operano nel settore. Essa sarà più rappresentativa del diversificato mondo in cui eticamente operiamo grazie a un mix di competenze che creano contaminazione e valore, sarà capace di comunicare il valore che le nostre innovazioni tecnologiche portano alla medicina moderna, sarà motore e attore principale della rivoluzione della medicina del futuro, una medicina che migliorerà e allungherà la vita dei cittadini in modo sostenibile. L'industria dei dispositivi medici, e più in generale la white economy che rappresenta oltre il 10% del PIL italiano, hanno tutte le caratteristiche per essere il punto di slancio del nostro Paese e lavoreremo con forza in questa direzione. Parliamo di un ecosistema vivace,

fatto di tecnologie innovative che rispondono a molteplici bisogni di salute grazie agli investimenti in ricerca e innovazione, pari al 7% del fatturato, che ogni anno le imprese del settore mettono in campo. Per valorizzare tutto questo bisogna fare di più per far sì che l'innovazione, che viaggia a una velocità sostenuta, sia accessibile a tutti i cittadini, su tutto il territorio nazionale, da nord a sud. Oggi la sfida dei moderni sistemi sanitari è infatti quella di garantire il massimo livello d'innovazione in medicina in modo sostenibile. Si può fare. Però, a condizione che si cominci a investire nella medicina delle 4P (predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa), ossia una medicina in grado di prevenire oggi anziché curare domani. Così saremo in grado di andare verso una personalizzazione delle cure e abbandonare una gestione standardizzata della salute. La Governance dei dispositivi medici

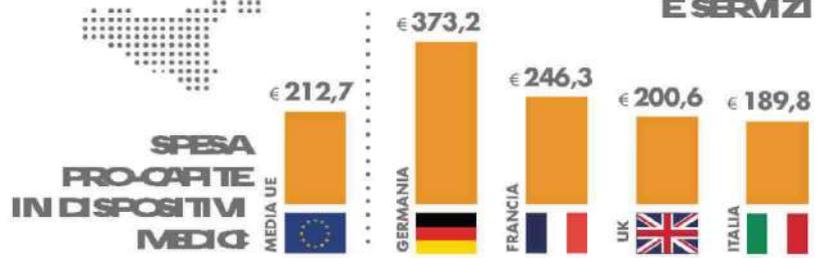
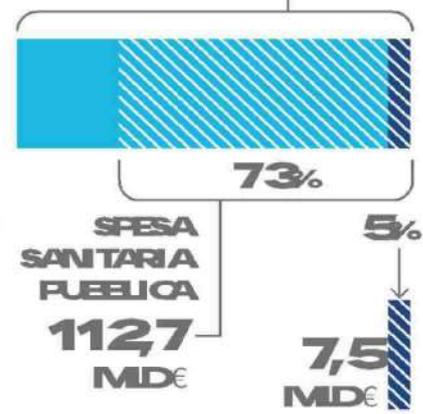
presentata dal Ministero della Salute a marzo scorso riconosce senz'altro il valore dell'innovazione delle tecnologie mediche, delineando e rafforzando il sistema di valutazione Hta e prevedendo al tempo stesso un coinvolgimento dell'industria nella conoscenza e pianificazione delle innovazioni in arrivo sul mercato. Senza però un finanziamento dell'Hta questa Governance peggiora la situazione e svilisce l'innovazione. Fondamentale invece nella nuova Governance l'istituzione di un piano di vigilanza e sorveglianza del mercato, che rappresenterà una tutela per le imprese serie che lavorano e investono in qualità e sicurezza. La nuova Governance fa poi riferimento all'introduzione di cluster di prodotto e prezzi di riferimento senza considerare che criteri di clusterizzazione sono inapplicabili ai dispositivi medici in quanto l'aggregazione non fa che svilire l'innovazione e la personalizzazione delle nostre tecnologie. Dare valore all'innovazione significa in primis dare la possibilità ai

pazienti di usufruire di prodotti non standardizzati in linea con una medicina sempre più centrata sulle specifiche esigenze della persona. Tutto questo verrà vanificato se i prezzi di riferimento non terranno conto di questi aspetti e andranno verso una massificazione degli acquisti orientata esclusivamente al risparmio. Il dispositivo medico va considerato come prestazione sanitaria e non come bene di largo consumo senza escludere tutti gli aspetti che concorrono a comporre la fornitura di quella determinata tecnologia e senza i quali il singolo prodotto non può essere utilizzato nel pieno delle sue potenzialità. È fondamentale fare in modo che nella definizione dei prezzi di riferimento si tenga dunque conto della specificità dei dispositivi medici e dei servizi aggiuntivi ad essi strettamente connessi, quali l'assistenza tecnica in loco, le eventuali richieste di consegna urgente, la fornitura di strumenti accessori per l'impianto, il follow up post impianto o da remoto, la qualità dei processi e dei materiali di produ-

L'INDUSTRIA DEI DISPOSITIVI MEDICI IN ITALIA



SPESA SANITARIA 152,4 (pubblica + privata) MD€



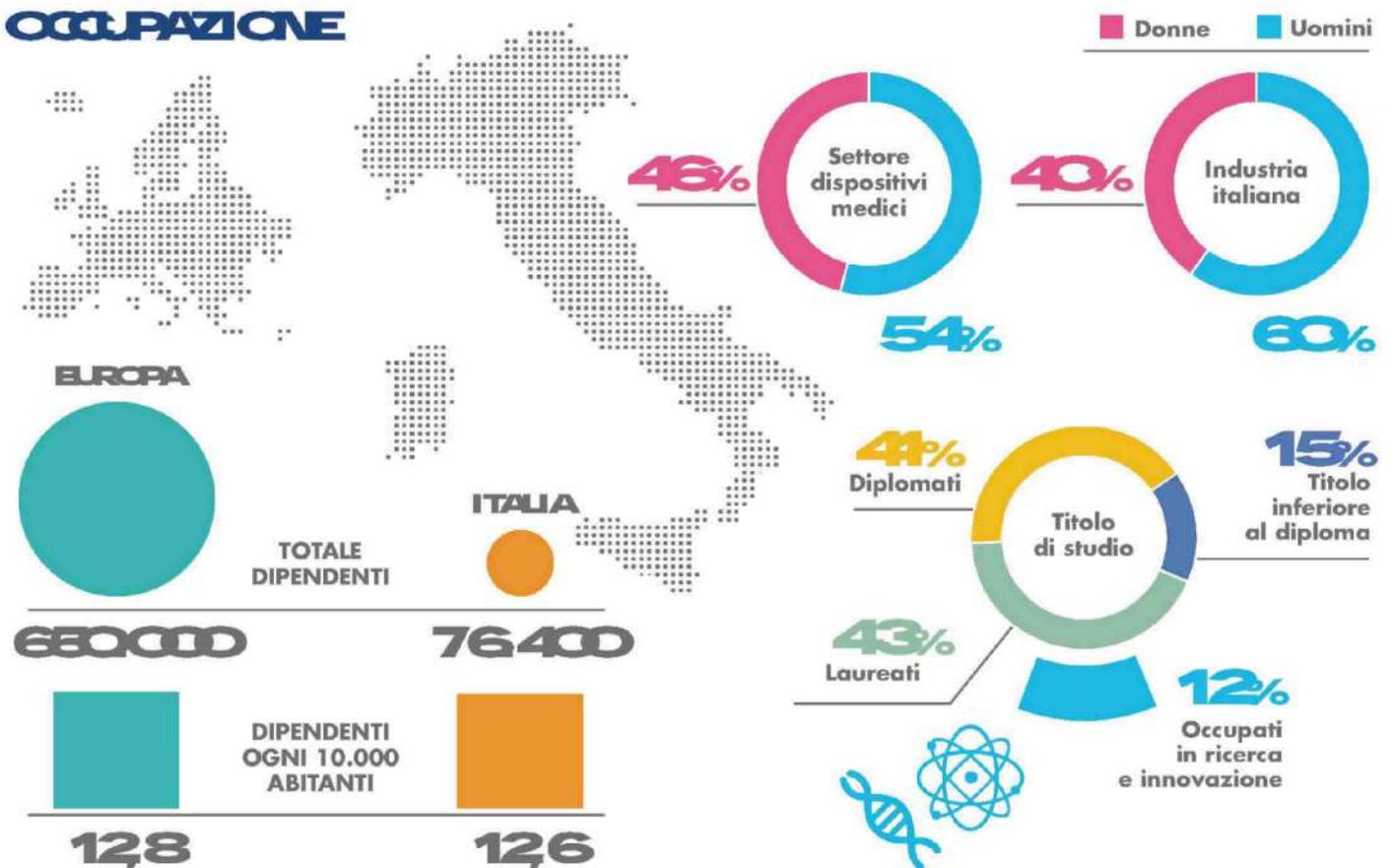
Fonti: dati 2017 - Centro studi Confindustria Dispositivi Medici; elaborazione dati su spesa pro-capite EU su dati MedTech Europe; dati spesa sanitaria OECD e CE (2018); dati mercato PRODCOM (2018)

zione, il conto deposito, i ritardati pagamenti, l'evoluzione tecnologica del prodotto. Il problema va quindi affrontato in modo strutturale e non con misure che definiscono solo il prezzo unitario, mettendo a rischio la qualità delle prestazioni e della Sanità pubblica. La nostra Federazione auspica di poter collaborare in modo serio e trasparente con le istituzioni affinché tali strumenti siano davvero utili alla sostenibilità del sistema e alle scelte di qualità e innovazione, rendendo il nostro Paese attrattivo per gli investimenti in questo settore. Dobbiamo mettere l'Italia in condizione di agganciare la rivoluzione della medicina oggi in atto, incentivando lo sviluppo

di un ecosistema che ha bisogno di slancio per partecipare da protagonista al progresso di una Sanità sempre più predittiva e personalizzata, frutto della ricerca e collaborazione tra industria e mondo della ricerca medico-scientifica. Questo significherebbe nascita di nuove imprese, attrazione di capitali dall'estero per la ricerca e per lo sviluppo, ammodernamento del sistema sanitario, arrivo di ricercatori nel nostro Paese, aumento delle quote di export. Si tratta di una sfida possibile, ci auguriamo che se ne colga l'opportunità per il futuro del Paese.

*Presidente Confindustria Dispositivi Medici

OCCUPAZIONE



Fonti: dati riferiti all'anno 2017 - Centro studi Confindustria Dispositivi Medici; Dati ISTAT 2018

Smart hospital: gli ospedali di domani

Lù del Frate

Gli ospedali come li conosciamo oggi sono destinati a cambiare volto. Le strutture sanitarie del futuro consentiranno un impiego migliore delle risorse disponibili per la cura del paziente, riducendo i costi gestionali legati alla frammentazione e al numero degli ospedali oggi attivi

All'interno delle strutture sanitarie tutti i sistemi devono assicurare un funzionamento ottimale 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno. In tal senso, Bosch propone soluzioni per l'efficienza, la sicurezza e la connettività, ponendosi come partner ottimale per gli ospedali di domani. "L'Internet of Things ha finalmente raggiunto il settore sanitario" ha spiegato Alberto Bollea, responsabile commerciale di Bosch Energy and Building Solutions Italy, intervenuto nel corso dell'evento *'Rebuilding Healthcare: la sanità del futuro tra riorganizzazione e cura'*, tenutosi a Milano e patrocinato da Regione Lombardia, Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) e Siais (Società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la sanità).

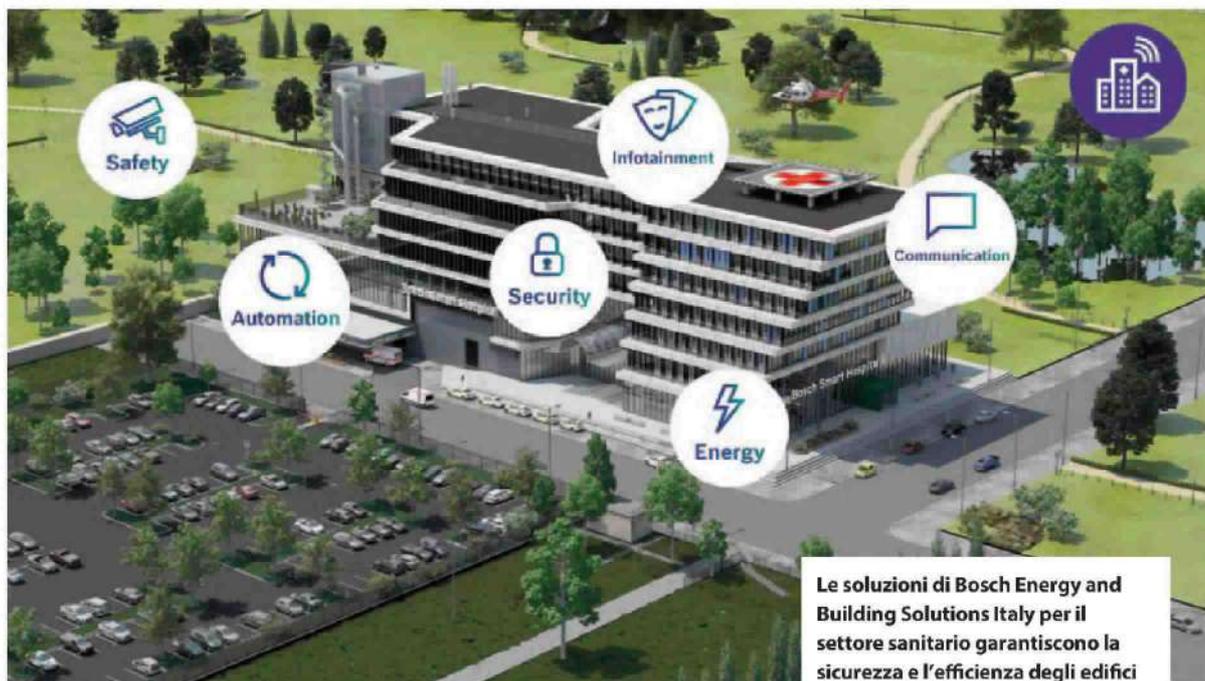
"In Italia abbiamo realizzato una serie di progetti per strutture sanitarie pubbliche e private, grazie al nostro know-how nella progettazione, realizzazione e gestione di centrali tecnologiche di riscaldamento, raffrescamento, illuminazione, soluzioni per la sicurezza e la building automation. A oggi stiamo implementando la nostra offerta in qualità di system integrator per la realizzazione di strutture sanitarie 4.0 che prevedano anche soluzioni per la mobilità e sistemi di energy management".

Ha quindi affermato Davide Rizzardi, responsabile scientifico dell'evento: "Parlare di un nuovo paradigma legato alla prestazione delle cure all'attuale popolazione, ma ancor di più a quella del futuro, oggi è obbligatorio per meglio garantire la qualità di vita degli stessi attori che si trovano a essere i decisori e/o i contributori di tale cambiamento. Risulta pertanto essenziale, nel contesto italiano di adeguamento delle strutture sanitarie e del sistema a esse collegato, progettare ospedali che facciano dell'efficienza, sotto tutti gli aspetti, uno dei loro primi motivi di essere. Efficientare, infatti, significa veicolare meglio le risorse disponibili verso lo scopo primario per cui l'opera viene realizzata, ovvero la cura del paziente. Risparmiare in consumi energetici significa avere maggiori risorse da spendere in organizzazione e tecnologia, utili per la cura a saldo invariato".

Italia: soluzioni per il settore pubblico e privato

Nel settore sanitario privato, due esperienze rilevanti sono rappresentate dall'Ospedale San Raffaele di Milano e dalle tre strutture facenti capo a Eurosanità a Roma.





L'Irccs Ospedale San Raffaele, a seguito di un aumento dei fabbisogni energetici, ha scelto di affidarsi a Bosch Energy and Building Solutions Italy per il potenziamento della centrale termica tramite la fornitura e l'installazione 'chiavi in mano' di due caldaie per la produzione di vapore e acqua calda e il retrofitting delle caldaie esistenti. A Roma, Bosch Energy and Building Solutions Italy ha stipulato con Eurosanità un contratto per il Servizio di Efficienza Energetica (SEE) della durata di 12 anni, per la riduzione delle energie primarie utilizzate e la corrispondente diminuzione del costo di approvvigionamento di energia elettrica, termica e frigorifera per le strutture di Policlinico Casilino, Casa di Villa Stuart e Casa di Cura Quisisana della Capitale.

In ambito pubblico, Bosch Energy and Building Solutions Italy è stata scelta per i servizi di gestione calore ed efficientamento energetico del Polo Tecnologico dell'Ospedale G. Salvini di Garbagnate Milanese (con una potenza installata di 2.400 kW_e e 18.000 kW_t, strutturato con logica modulare che utilizza differenti tecnologie), al fine di ottenere la massima efficienza energetica e ambientale.

Una solida presenza all'estero

In Nord America, Climatec, una controllata di Bosch, è da tempo partner di Banner Health che, con 29 strutture in sette Stati, è uno dei maggiori enti no profit di assistenza sanitaria degli Stati Uniti. Bosch pianifica, sviluppa e integra soluzioni in ospedali nuovi e ristrutturati per conto di questo cliente. Presso 15 delle strutture Banner, Bosch fornisce apparecchiature per l'automazione degli edifici, il condizionamento dell'aria e il rilevamento degli incendi, oltre a sistemi di chiamata infermiere e infotainment per i pazienti. Lo scopo è utilizzare soluzioni connesse che rendano confortevoli gli ambienti di cura dei pazienti e che siano al contempo economiche e affidabili.

Da dicembre 2016, Bosch è partner per le forniture energetiche di un centro di cure oncologiche a Bangalore, in India, che dispone di 750 posti letto e tratta circa 390.000 pazienti all'anno. Questa struttura fa parte della catena Narayana Hrudayalaya (NH), uno

dei maggiori operatori sanitari dell'India, con 30 ospedali dislocati in 18 sedi. Cuore del progetto è una soluzione energetica basata su sensori e software, che assicurerà un alto grado di efficienza nel lungo termine garantendo, nel contempo, il massimo livello di praticità e comfort per i pazienti e il personale. Inoltre, Bosch supporta la gestione della struttura nelle sue attività quotidiane con un innovativo sistema di gestione e monitoraggio dell'energia, che permette un abbattimento dei costi del 12% circa. I membri del personale possono utilizzare i loro smartphone, tablet e portatili per accedere in qualsiasi momento ai dati energetici e attivarsi immediatamente se rilevano delle irregolarità.

Infine, nell'ospedale Rechts der Isar di Monaco, uno dei maggiori centri medici di tutta la Germania, Bosch ha realizzato un centro



Le soluzioni connesse possono rendere più confortevoli gli ambienti di cura dei pazienti e al contempo ridurre i costi energetici e di gestione

di controllo da cui il personale può monitorare gli accessi, i sistemi interfono e le videocamere installate, consentendo il controllo degli ambulatori, dei reparti, del perimetro e dell'esterno della struttura, per esempio avvisando il personale ospedaliero dell'atterraggio degli elicotteri di soccorso. Il progetto Bosch ha consentito di abbassare i costi d'esercizio della struttura, permettendo al personale medico di dedicarsi completamente ai pazienti. ●

Robert Bosch - www.bosch.it

EPRESS

Abbonamento n. 6125 valido dal 28/05/2018 al 27/05/2019 - Licenza esclusiva a piergiorgio ma

**INTELLIGENZA
ARTIFICIALE**

di Emilia Garito*, esperto@millionaire.it

 La capacità d'analisi dell'IA
potrà essere di supporto al
medico, ma non sostituirsi a lui

**L'INTELLIGENZA
ARTIFICIALE
CI CURERÀ MEGLIO?**

La nostra esperta

* Ingegnere informatico, Emilia Garito è fondatrice e Ad di Quantum Leap (www.quantumleap-ip.com). Progetta percorsi formativi di innovazione, supporta centri di ricerca, pm e startup, membro Task force sull'AI di Agid, Expert EU per progetti H2020 su AI e robotica, Ambassador XPrize, è organizer e curatore della conferenza TEDxRoma. Emilia Garito risponde ai vostri dubbi in tema di intelligenza artificiale. Scrivere a esperto@millionaire.it, oggetto "IA".

L'intelligenza artificiale è già parte preponderante della nostra vita. La questione sta nel livello di impatto che le sue applicazioni riescono a generare, quanto siano sostenibili e accettabili dall'uomo. Di fatto, i software di intelligenza artificiale più riusciti saranno quelli in grado di capire le abitudini dell'individuo, le sue motivazioni e i gusti che dettano le sue scelte, e prevedere ambizioni future. Un'intelligenza che non sia umana, ma programmata dai software potrà avere le stesse caratteristiche dell'uomo anche in termini di emotività, creatività ed empatia? O forse dovrebbero essere proprio la sua neutralità e freddezza di calcolo a dare in futuro quella garanzia di affidabilità necessaria a prendere le giuste decisioni?

Se pensiamo tutto questo applicato a soluzioni per la salute e per la gestione della qualità della vita di un paziente, o nella prevenzione di malattie, la situazione si complica. Oltre alla dicotomia tra l'esponenzialità dell'IA e la velocità limitata del ritmo umano, rimane il dilemma delle responsabilità delle scelte e delle azioni. Pensiamo al Giuramento di Ippocrate e a come questo imponga a chi si occupa di medicina di curare la salute, mantenendo centrale la propria missione etica. Potremmo un domani delegare il giuramento di Ippocrate alle intelligenze artificiali? E chi risponderà dell'errore?

STRUMENTO POTENTE, MA DA CALIBRARE

Abbiamo tre categorie da esplorare in futuro: le applicazioni finalizzate alla diagnostica e alla prevenzione, l'area

della gestione sanitaria delle strutture preposte alle cure, infine la medicina, in cui genetica e biologia si intersecano sempre più spesso con le neuroscienze.

La grande sfida sarà di far crescere lo sviluppo delle intelligenze artificiali, e gestire i dati necessari a tale sviluppo, così da potenziare la capacità di analisi dei dati a supporto delle decisioni dell'uomo, mantenendo però inalterata la responsabilità di quest'ultimo di interpretare i risultati e motivare le scelte. L'uso di questi dati, inoltre, dovrebbe essere teso a trovare soluzioni democratiche per cure e prevenzione. Immaginiamo un'applicazione di IA attraverso la quale un giorno (già adesso) potremo mappare le informazioni genetiche di intere popolazioni al fine di sapere a quali malattie possono essere soggette. Se questa mappatura fosse fatta solo su un campione, quelle più raggiungibili o viventi nei Paesi più ricchi in cui si hanno risorse per acquistare farmaci, avremmo portato avanti una ricerca parziale. Ma con l'IA e una corretta estrapolazione dei dati che riduca l'errore, avremmo trovato soluzioni estendibili a tutta la popolazione mondiale, perché l'intelligenza artificiale ci suggerisce così, ma avremmo effettuato un'analisi discriminante perché basata su dati parziali non attribuibili ai diversi campioni di popolazione.

Dunque, l'uso dell'IA nell'*healthcare* è un'opportunità potente per il miglioramento della vita, ma per trasformare questa opportunità in reale vantaggio per la specie umana dovranno essere fatte scelte coraggiose e democratiche nei prossimi anni.

6,6 miliardi
di dollari, valore
del mercato
dell'IA nel settore
Healthcare
prevista per il
2021. Nel 2014
era di 600 milioni.
Il che significa un
aumento di oltre
10 volte in 5 anni.

Fonte: Frost & Sullivan


I NUMERI

150 miliardi
di dollari in risparmi annuali
entro il 2026 nei soli Usa: con
l'uso di applicazioni di IA per
la salute (fonte: Accenture).



6 miliardi
di dollari: fondi
raccolti dal 2013 dalle
startup che operano nel mercato
dell'intelligenza artificiale.

400 milioni

di dollari: fondi raccolti dal 2013 dalle
startup di intelligenza artificiale che
operano nell'Healthcare (Osservatorio
Artificial Intelligence della School of
Management del Politecnico di Milano).



Dalle pensioni integrative ai buoni spesa

Meglio i benefit del salario minimo

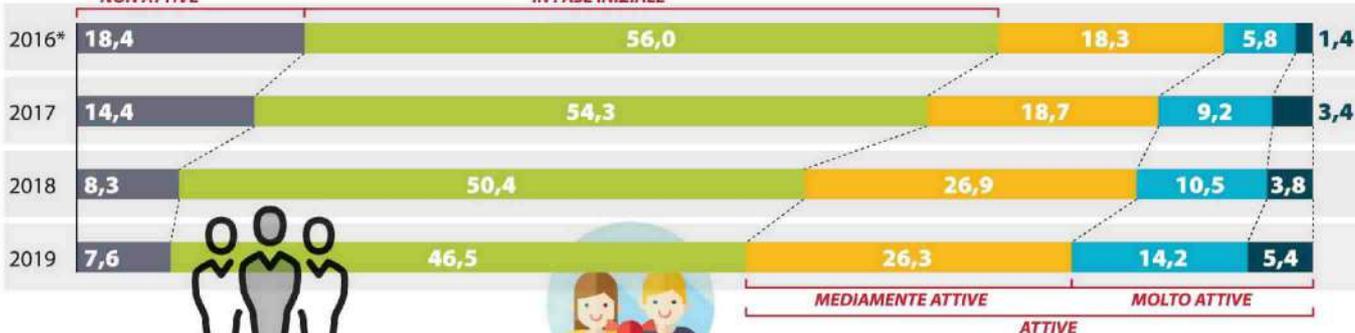
Alla paga base del M5S la Lega risponde con un disegno di legge che amplia le esenzioni fiscali e aumenta il potere d'acquisto

IL WELFARE AZIENDALE

L'AMPIEZZA

Percentuale di imprese per numero di aree coperte (considerata almeno una iniziativa per area)

■ Nessuna ■ 1-3 aree ■ 4-5 aree ■ 6-7 aree ■ 8-12 aree



LE 12 AREE

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| 1 Previdenza integrativa | 5 Conciliazione vita e lavoro, sostegno ai genitori | 9 Cultura e tempo libero |
| 2 Servizi di assistenza | 6 Formazione per i dipendenti | 10 Sicurezza e prevenzione degli incidenti |
| 3 Sanità integrativa | 7 Sostegno economico ai dipendenti | 11 Sostegno ai soggetti deboli e integrazione sociale |
| 4 Polizze assicurative | 8 Sostegno all'istruzione di figli e familiari | 12 Welfare allargato alla comunità |

P&G/L * I dati 2016 sono stati integrati con stime per consentire la comparazione su basi omogenee, su un universo di imprese da 6 a 1.000 addetti

Fonte: Welfare Index Pmi 2019

■ Mentre l'Istat certifica che al 31 marzo 2019 sono 41 i contratti collettivi in attesa di rinnovo, con circa 6,5 milioni di lavoratori coinvolti, i partiti di governo si muovono in direzioni opposte per migliorare e accrescere gli stipendi di quanti lavorano. Il salario minimo garantito, che non riscuote grande successo tra le associazioni datoriali e una gran parte del sindacato, è il percorso privilegiato del Movimento 5 Stelle, mentre il welfare aziendale è la nuova frontiera del lavoro della Lega, che si appresta a presentare un disegno di legge per modificare ed estendere l'attuale disciplina.

Per welfare aziendale si in-

tendono tutte quelle misure rivolte al miglioramento del benessere dei lavoratori, con un legame praticamente indissolubile tra incremento della produttività per le imprese e aumento del potere d'acquisto dei salari. Con la Legge di stabilità 2016 sono state introdotte numerose modifiche alla disciplina del welfare aziendale contenuta nel Testo unico delle imposte sui redditi. In particolare in materia di *benefit* a vantaggio dei lavoratori, sono state ampliate le iniziative per le quali le parti variabili della retribuzione (fino a 3mila euro) non sono imponibili, vale a dire non costituiscono reddito di lavoro.

In genere, i piani di welfare aziendale sono oggetto di contrattazione di secondo livello, aziendale o territoriale e grazie anche all'obbligo di deposito telematico presso il Ministero del lavoro in vigore dal 2015 per poter beneficiare degli sgravi contributivi e fiscali, negli ultimi anni si è registrato un notevole aumento degli accordi sindacali soprattutto nelle grandi imprese.

Stando al Rapporto 2019 Welfare Index Pmi curato da Generali Italia migliora anche l'estensione del welfare aziendale presso le piccole e medie imprese, mentre rimane ancora molto da fare per le microattività (da 0 a 5 dipendenti),

costituite principalmente da negozianti e artigiani, che non hanno una controparte sindacale con cui trattare la materia e che andrebbero supportate nella stesura di regolamenti aziendali unilaterali o nella costituzione di accordi di rete territoriali per lo sviluppo delle iniziative di welfare a favore dei loro dipendenti.

Previdenza e sanità integrative, polizze assicurative, formazione ma anche sostegno economico sotto forma di benefit: il welfare aziendale è destinato ad allargarsi e oltre ai vantaggi fiscali assicura un rafforzamento del potere d'acquisto. Il salario minimo rischia di ridurlo.

ADRIANO BASCAPÈ

CASSE NEGOZIALI

Sanità integrativa, estesa la «non commercialità»

Grazie alla modifica del Tuir incluse nel regime le prestazioni a corrispettivo

Michela Magnani
Marta Saccaro

Grazie all'articolo 14 del Dl Crescita i fondi sanitari costituiti come fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (articolo 10, lettera e-ter del Tuir) ovvero le casse di derivazione negoziale (articolo 51, comma 2, lettera a del Tuir), anche dopo l'entrata in vigore del Codice del terzo settore (Cts) potranno continuare a fruire del regime fiscale della non commercialità per le prestazioni rese ai propri associati a fronte del versamento di specifici corrispettivi.

L'articolo 89, comma 4, del Cts (Dlgs 117/17) ha modificato il comma 3 dell'articolo 148 del Tuir - che entrerà in vigore a partire dal periodo d'imposta successivo a quello di operatività del Registro unico nazionale del terzo settore (Runts) - escludendo gli enti assistenziali - cui sono riconducibili i fondi e le casse sanitarie - dal novero delle as-

sociazioni "privilegiate", che possono cioè effettuare, in regime fiscale di non commercialità, prestazioni ai propri associati o partecipanti, anche a fronte del versamento di specifici corrispettivi.

Le conseguenze

Se il decreto Crescita non avesse reinserito nell'articolo 148, comma 3 del Tuir queste prestazioni assistenziali, una volta operative le disposizioni del Cts, i fondi e le casse sanitarie aziendali di derivazione negoziale, per mantenere la qualifica non commerciale in relazione all'attività di assistenza sanitaria complessivamente erogata, avrebbero dovuto verificare che, sulla base del loro Statuto, non sia prevista l'erogazione ai propri associati di prestazioni a fronte di corrispettivi specifici, pena il rischio di perdere la qualifica di ente non commerciale. Se la modifica normativa sopra richiamata verrà confermata in sede di conversione, anche dopo l'entrata in vigore delle disposizioni del Cts i fondi sanitari

potranno continuare ad erogare prestazioni ulteriori ai propri soci, in aggiunta a quelle istituzionali e dietro pagamento di corrispettivi specifici, senza che questa attività sia considerata commerciale.

Il precedente

Un analogo tentativo di modifica del contenuto del Cts era stato già inserito in un decreto legislativo (quello che poi è diventato il Dlgs 105/18) che però aveva ricevuto parere contrario - e quindi non era poi confluito nel testo definitivo del provvedimento - da parte del Consiglio di Stato a causa del contenuto innovativo (cosiddetto eccesso di delega) della disposizione rispetto alla legge istitutiva del Cts (legge 106/16 la cui attuazione è stata effettuata ad opera del Dlgs 117/17).

Il Dl Crescita ha invece la forma del decreto legge e dovrà essere convertito in legge entro 90 giorni dalla sua pubblicazione in Gazzetta, quindi le casse sanitarie, per avere conferma sul loro assetto attuale, confidano che il provvedimento non incontri difficoltà in fase di conversione in legge.



SANITÀ DIGITALE L'ITALIA ECCELLENTE

di **Daniele Manca e Roberto Viola**

L'Europa ha varato
la cartella clinica
elettronica: il nostro
Paese può consolidare
il suo primato a livello
continentale

Godere dei benefici dell'Europa: l'Italia ci riesce ancora poco, nonostante decenni passati a costruire quello che resta il mercato più ricco al mondo. Il futuro, potrebbe essere ben diverso se solo accettassimo in pieno l'idea di un'Europa che è lì anche per farci guadagnare in competitività. L'Unione, vista come singoli stati membri, anche grandi, sembra non essere granché rispetto alla potenza della Cina o degli Stati Uniti. Ma l'Europa come Europa è la prima al mondo con i suoi 500 milioni di cittadini. Quando fa gioco di squadra ha una forza d'urto impressionante: come capacità tecnologica, di produzione e di innovazione, come terreno competitivo. La combinazione fra regole, innovazione e alta tecnologia, unita alla qualità della vita, ne fa un'area unica al mondo.

Regole e diritti

Pensiamo all'Europa come culla della democrazia nell'ottica digitale: l'Unione è l'unico blocco economico basato su Internet libero, e dove la neutralità della rete, abolita negli Stati Uniti, è una realtà. Web libero è la regola di base in Europa, ma fondata sulla protezione dei nostri dati. Si crea così un ambiente in cui chi beneficia dell'alta

tecnologia può vivere protetto.

Si pensi alla sanità. In Europa si vive più a lungo e in particolare noi siamo uno dei Paesi più longevi al mondo. Un bel primato che però porta con sé un fardello enorme. Il costo della spesa sanitaria. La trasformazione digitale del sistema della salute apre le porte alla medicina personalizzata. Che è una grandissima opportunità per il paziente e anche un'occasione senza precedenti per la diminuzione della

spesa sanitaria. Più qualità e meno costi grazie al digitale. La sfida si vince però se ciascun cittadino può essere dotato di una cartella clinica digitale che permette di personalizzare le cure e monitorare anche a distanza la propria salute.

La novità

Il 6 febbraio scorso la Commissione europea ha varato un provvedimento per rendere interoperabili le cartelle cliniche elettroniche in Europa. Che ci si stia avviando verso una medicina sempre più personalizzata è un fatto. Poter disporre in modo sicuro, e nel pieno rispetto della privacy, di una propria cartella digitale che raccoglie la nostra storia clinica diventa fondamentale per migliorare i servizi sanitari. L'accesso ai dati permetterà inoltre di sfruttare appieno le potenzialità dell'intelligenza artificiale, uno strumento essenziale per migliorare prevenzione, diagnosi e cura.

Va in questo senso anche l'iniziativa promossa in Europa e sostenuta già da 20 paesi, tra cui l'Italia, di federare l'accesso ad almeno un milione di sequenze di genoma umano entro il 2022 in modo da favorire lo studio e lo sviluppo di soluzioni personalizzate per la lotta al cancro, alle malattie rare

e per la prevenzione personalizzata.

Ci sono eccellenze in Italia che hanno compreso la potenzialità insita nell'avere una sorta di diario della propria salute a portata di mano. Nella provincia di Trento esiste TreC, la Cartella clinica del cittadino. Si tratta di una piattaforma di servizi online che oltre a permettere di accedere ai propri dati via web, con smartphone, tablet e computer, consente al cittadino di usare quelle informazioni a suo bene-

ficio. Sulla piattaforma si possono caricare referti medici, esami di laboratorio, in alcuni casi automaticamente. Piano piano il cittadino potrà formare la sua storia sanitaria dove tenere conto dei farmaci e delle terapie seguite. E dare spazio al grande filone della prevenzione. Ovviamente, una tale piattaforma permette di effettuare pagamenti e cambi di medico.

Un'eccellenza che dovrebbe ispirare

Il caso della provincia di Trento: una piattaforma di servizi online che permette di accedere ai propri dati via tablet, pc e smartphone

tutta l'Italia tutta, ma puntando sull'Europa e usando la raccomandazione del 6 febbraio come cornice. Adottare il modello europeo permetterebbe appunto di proporsi come Paese all'avanguardia nel settore quale sicuramente siamo. Certo si dovrebbe laicamente lavorare molto di più sul coordinamento. Non accontentarsi di eccellenze in Lombardia o Veneto, ma procedere in modo coordinato a livello nazionale. Garantendosi anche quella

spending review della quale tanto si parla ma che resta spesso lettera morta.

Risparmi

Con un'informatizzazione completa della sanità si potrebbe arrivare a risparmi intorno al 5% della spesa. Il digitale poi, permettendo la consultazione e la cura a distanza, renderebbe i risparmi più vicini al 20% nel caso di malati cronici. Non solo. Siamo ormai abituati a parlare di sanità solo in termini di tagli, mentre in questo caso i risparmi sarebbero a fronte di investi-

menti che di per sé sono volano di sviluppo.

Ci sono anche aspetti di equità da tenere conto. Oggi la spesa sanitaria è attorno ai 150-160 miliardi. Di questi, tre quarti, circa 110-120 miliardi sono garantiti dallo Stato, mentre il resto è pagato dai privati che si rivolgono a strutture al di fuori dal servizio sanitario nazionale o a pagamento. Questa quota è cresciuta di decine di punti percentuali negli ultimi anni. Aumentano i cittadini che tendono a servirsi di un'offerta fuori dal servizio sanitario. Poco male per le famiglie abbienti.

Ma se la tendenza dovesse continuare si creerebbero storture evidenti. Già oggi oltre 13 milioni di italiani si servono di un'assistenza integrativa. È evidente come strutture pubbliche e private debbano integrarsi e trovare ciascuna un loro modo di operare.

Le nuove tecnologie permettono di fare salti di competitività e anche di efficienza in questo senso. Sta ai singoli Stati come l'Italia, che possono contare su talenti e servizi efficaci, continuare a investire su di essi.

 daniele_manca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

160

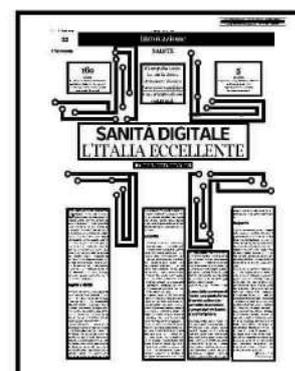
miliardi

Il costo complessivo del sistema sanitario in Italia. Per tre quarti è coperto dallo Stato, il resto ricade sulle spalle dei privati

5

per cento

I risparmi che si potrebbero ottenere sulla spesa grazie alla digitalizzazione completa del sistema sanitario



Sanità, liste d'attesa monstre. E le cliniche private battono cassa

GIUSI SPICA

Il rapporto dell'Aiop sul primato negativo della Sicilia. Boom di ricoveri dai pronto soccorso. Razza: "Rivedremo i budget"

I siciliani attendono fino a due mesi per visite ed esami che per legge dovrebbero essere garantiti in tre giorni. E nell'ultimo anno sono raddoppiati i ricoveri in clinica dei pazienti che si rivolgono ai Pronto soccorso pubblici. Quanto basta per far rialzare la voce ai privati convenzionati, che oggi si spartiscono una torta da 900 milioni di euro l'anno. Spalleggiati da uno sponsor d'eccezione, il presidente dell'Ars Gianfranco Miccichè: «La Lombardia ha dato un enorme spazio agli operatori sanitari privati, rivoluzionando un settore che oggi è più efficiente ed economico rispetto agli anni passati». E la Regione annuncia un aumento del budget a partire dal 2020.

L'endorsement di Miccichè a favore del modello Lombardia arriva proprio nel momento in cui quel modello è messo in discussione dallo stesso governatore lombardo Attilio Fontana (Lega): dopo la condanna definitiva del suo predecessore Roberto Formigoni per un'inchiesta sul colosso Maugeri, Fontana ha infatti imposto una stretta al grande business della sanità privata, riducendo il bud-

get e chiedendo agli imprenditori di erogare esami utili, non solo quelli più remunerativi.

A riaprire il dibattito ieri all'Ars la presentazione del rapporto "Ospedali e Salute 2018" dell'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata). Le liste più lunghe in Sicilia per l'ecocolordoppler cardiaco (57,2 giorni per il 21% degli pazienti) e la colonscopia (50 giorni nel 41% dei casi). Tempi troppo lunghi anche per mammografia bilaterale (88 giorni anziché dieci per il 30% delle pazienti). Attese bibliche anche per i ricoveri: il 13% dei pazienti attende fino al doppio del tempo per un ricovero che dovrebbe essere assicurato in un mese e 105 giorni per un day hospital. Forse anche per questo tre pazienti su dieci scelgono di pagare privatamente le prestazioni o rivolgersi ad ospedali di altre regioni. Il tema è uno dei crucci dell'assessore alla Salute Ruggero Raza, che nelle settimane scorse ha emanato una direttiva chiedendo agli ospedali pubblici di tenere aperti gli ambulatori anche nei fine settimana e di sera e ha fatto appelli ai privati per smaltire le liste del pubblico. «Le liste d'attesa rappresentano un elemento di forte disuguaglianza sociale - sottolinea la presidente dell'Aiop Barbara Cittadini - per questo serve la piena integrazione tra pubblico e privato». Più esplicito, nei giorni scorsi, il presidente del sindacato Branche a visita che rappresenta

gli specialisti convenzionati, Salvatore Gibiino. In una nota ha chiesto l'aumento del budget e ha puntato il dito sul sistema dell'intramoenia (le prestazioni private rese dai medici pubblici): «Più al lunghi le liste d'attesa più intramoenia puoi fare». L'appello di Miccichè, che per la presidente Aiop Barbara Cittadini nutre anche stima politica (avrebbe voluto candidarla come presidente della Regione del centrodestra alle scorse Regionali), sembra aver fatto breccia su Raza: «E' vero che ci si può muovere all'interno di risorse, ma la politica deve fare delle scelte. Si aprirà un tavolo con Aiop prima dell'estate ma dal primo gennaio del 2020 non sarà più possibile tenere per le strutture private in Sicilia lo stesso budget di quindici, vent'anni fa anni fa, senza che esso sia profondamente rivisto e innovato», ha detto l'assessore. Ma se i convenzionati esultano, i sindacati dei medici storcono il naso. «L'iniziativa assessoriale sulle liste d'attesa - accusa in una nota la Cimo - sembra aver suscitato gli insaziabili e mai paghi appetiti del privato accreditato, che si presenta immediatamente a batter cassa. Il dottor Gibiino si permette persino di insinuare che le liste d'attesa vengano allungate ad arte negli ospedali». Ormai però la strada è tracciata: dal 2020 per i privati si riapriranno i rubinetti di mamma Regione.



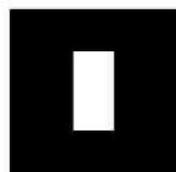
STATO SOCIALE ADDIO?

Chance e rischi del secondo welfare

di FRANCA MAINO e LORENZO BANDERA

direttrice e responsabile comunicazione di Percorsi di Secondo Welfare

Fra crisi e inefficienze il pubblico non è più in grado di assicurare l'intera gamma dei servizi sociali. Dalle banche alle assicurazioni, dai fondi previdenziali al Terzo settore: ecco chi sta occupando quello spazio. I pericoli? Ci sono. Le opportunità? Anche



Il termine "secondo welfare" è ormai entrato nel vocabolario comune di chi si occupa di politiche sociali. Si tratta di un concetto al

quale possono essere ricondotte tutte quelle forme di protezione sociale che non sono direttamente sostenute del Pubblico attraverso il Welfare State e che sono realizzate da soggetti privati, parti sociali e realtà del Terzo settore che a vario titolo intervengono a sostegno di rischi e bisogni sociali emergenti. A causa di diversi problemi strutturali esacerbati dalla crisi economica, infatti, le necessità di chi vive nel nostro Paese negli ultimi anni sono aumentate e si sono diversificate richiedendo, accanto al tradizionale intervento dello Stato, nuove forme di aiuto e sostegno.

La crisi del Welfare State e del welfare "dai da te"

Il nostro Paese è particolarmente

21,1%

Gli italiani con oltre 65 anni di età. La media degli altri Paesi europei è del 13,3%

esposto a profondi cambiamenti demografici, economici, sociali e culturali che ormai da diverso tempo mettono sotto pressione il suo sistema di welfare. Sullo sfondo c'è l'imponente mutamento demografico in atto. Da un lato nascono sempre meno bambini (458 mila nel 2018, il numero più basso dall'unità d'Italia), dall'altro l'aspettativa di vita continua a crescere (83,5 anni nel 2018; nel 1960 era di 69,1). Il risultato è che oggi gli over 65 sono il 21,1% della popolazione italiana (contro una media Ue28 del 13,3%), mentre gli over 80 sono il 6,3% (Ue28, 5,1%). A meno di sconvolgimenti imprevedibili (guerre, carestie, etc.), nel 2060 gli over 65 saranno il 30% (Ue28, 16,6%) e gli over 80 il 13,1% (Ue28, 11,8%). Una situazione che inevitabilmente avrà profonde conseguenze sul sistema previdenziale e socio-sanitario che già oggi risulta in profonda sofferenza.

Accanto a questo fenomeno assistiamo a un rapido mutamento sociale e culturale che sta impattando soprattutto sul-

le strutture familiari “tradizionali”. In appena trent'anni il numero di matrimoni si è praticamente dimezzato (erano 315mila nel 1987; 191mila nel 2017) mentre le separazioni e i divorzi sono in continuo aumento. Una situazione che sta mettendo in profonda crisi quel sistema di “welfare-fai-da-te” che per anni ha integrato le lacune del welfare pubblico. Dove lo Stato non arrivava — specialmente sul fronte dei servizi di cura e di conciliazione vita-lavoro — abbiamo sempre potuto fare affidamento sulle reti familiari, che oggi però risultano sempre meno ampie e diffuse. E quindi incapaci di supportare adeguatamente i propri componenti.

Gli altri dati su cui riflettere, meno legati a dinamiche strutturali di lungo periodo e riconducibili principalmente alla crisi economica e finanziaria, sono quelli relativi all'aumento della povertà e delle diseguaglianze. Circa il 12,3% delle famiglie residenti nel 2017 erano in povertà relativa — cioè al di sotto di una soglia statistica calcolata ogni anno da Istat —, 10 anni fa erano pari all'11,1%. Se parliamo di povertà assoluta — dato molto più realistico, perché basato sulla capacità di acquisto rilevata in base alla numerosità dei nuclei e alla loro collocazione geografica — i riscontri sono ancora più drammatici: nel 2017 riguardava il 6,9% delle famiglie; nel 2007 si attestava al 4,1%. Questo significa che sempre più famiglie italiane — soprattutto quelle che hanno minori al pro-

6,9%

le famiglie considerate in povertà relativa (dato 2017). Nel 2007 erano il 4,1%

29,7%

la spesa sociale italiana rispetto al Pil. La media europea è pari a 28,2%

prio interno — sono impossibilitate ad accedere a beni e servizi ritenuti essenziali per avere una vita dignitosa, costrette a comprimere le spese per alimentazione, vestiario, cultura e salute pur di pagare bollette e mutui. A volte senza successo. Una situazione che, ovviamente, risulta fortemente legata ai grandi cambiamenti in atto del mercato del lavoro, su cui tuttavia non abbiamo modo di soffermarci in questa sede.

Davanti a questa fotografia impietosa la domanda che dovrebbe sorgere spontanea è: in che modo lo Stato affronta tali problematiche? La spesa sociale pubblica italiana, a differenza di quanto si pensi normalmente, non è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi europei. È anzi più alta della media UE28: 29,7% del Pil contro il 28,2%. Il problema è quindi da ricercare non nel quanto ma nel come spendiamo. Oggi più di due terzi della nostra spesa per il welfare è destinata alle voci Malattia (31,1%) e Vecchiaia (48,7%), mentre restano molto limitate le quote per Famiglia, maternità e infanzia (6,3%) e per Disoccupazione ed esclusione sociale (7,1%).

E così il nostro sistema di welfare si trova in una condizione di crescente difficoltà che lo rende incapace di rispondere a molti dei bisogni sociali vecchi e nuovi che stanno emergen-



80%

do negli ultimi anni. Nonostante alcuni tentativi di "ricalibratura" della spesa sociale avviati fin dall'inizio degli anni Novanta, l'Italia ad oggi sconta gli squilibri di un sistema di protezione sociale disfunzionale in termini di copertura dei rischi e dei beneficiari e di ripartizione della spesa per settori. Le ragioni che spiegano tale "incapacità" sono molteplici e riconducibili sia a fattori strutturali – articolazione interna della spesa, scelta dei destinatari degli interventi, difficoltà nel valutare l'impatto generato dalle riforme – sia a pressioni trasversali che sono andate aumentando nel corso degli ultimi anni. È in questo scenario di sfide e trasformazioni che è andata delineandosi la necessità di individuare un "secondo welfare" che permetta di rispondere in modo più efficace a domande di tutela sociale sempre più differenziate e complesse e, nel contempo, consenta di tenere sotto controllo i costi crescenti della spesa sociale.

do negli ultimi anni. Nonostante alcuni tentativi di "ricalibratura" della spesa sociale avviati fin dall'inizio degli anni Novanta, l'Italia ad oggi sconta gli squilibri di un sistema di protezione sociale disfunzionale in termini di copertura dei rischi e dei beneficiari e di ripartizione della spesa per settori. Le ragioni che spiegano tale "incapacità" sono molteplici e riconducibili sia a fattori strutturali – articolazione interna della spesa, scelta dei destinatari degli interventi, difficoltà nel valutare l'impatto generato dalle riforme – sia a pressioni trasversali che sono andate aumentando nel corso degli ultimi anni. È in questo scenario di sfide e trasformazioni che è andata delineandosi la necessità di individuare un "secondo welfare" che permetta di rispondere in modo più efficace a domande di tutela sociale sempre più differenziate e complesse e, nel contempo, consenta di tenere sotto controllo i costi crescenti della spesa sociale.

All'origine del secondo welfare

Quello di secondo welfare è un concetto volutamente ampio e inclusivo, una sorta di "ombrello" sotto cui trovano spazio le molte definizioni che in questi anni sono state utilizzate per inquadrare i cambiamenti in atto nel wel-

Il Centro Studi di Confindustria ha rilevato che poco meno di sei associate su dieci garantiscono almeno un servizio di welfare ai propri dipendenti; un dato confermato anche da ricerche su base regionale, come quella svolta dal Laboratorio di percorsi di Secondo Welfare sull'Emilia Romagna dove il 56,1% delle imprese con meno di 350 dipendenti fanno welfare aziendale

fare italiano – aziendale, contrattuale, comunitario, generativo, sussidiario, integrativo, solo per citare le più diffuse – e pensato per tenere insieme la complessità dei cambiamenti trasversali a settori, funzioni e territori.

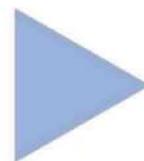
L'idea nacque nel 2011 da un'intuizione di Maurizio Ferrera, docente dell'Università degli Studi di Milano. Ne nacque un dibattito che coinvolse accademici, imprenditori, sindacalisti e operatori del Terzo settore che aiutò a definire il concetto e che portò alla nascita di un Laboratorio – Percorsi di secondo welfare – che potesse identificare, approfondire e raccontare lo sviluppo di queste nuove forme di welfare.

Nella sua definizione "classica" il secondo welfare è indicato come un "mix di protezione e investimenti sociali a finanziamento non pubblico, forniti da una vasta gamma di attori economici e sociali collegati in reti caratterizzate dal forte ancoraggio territoriale, ma aperte al confronto e alle collaborazioni trans-locali, che vanno progressivamente affiancandosi al primo welfare di natura pubblica ed obbligatoria". Sullo "sfondo" si delineano almeno tre dinamiche principali su cui riflettere. In primo luogo il fatto che nel campo del welfare siano sempre più numerosi gli attori del mercato e del Terzo settore che si affiancano a quelli pubblici che, specialmente a livello locale, avviano sinergie per intervenire nelle aree di bi-

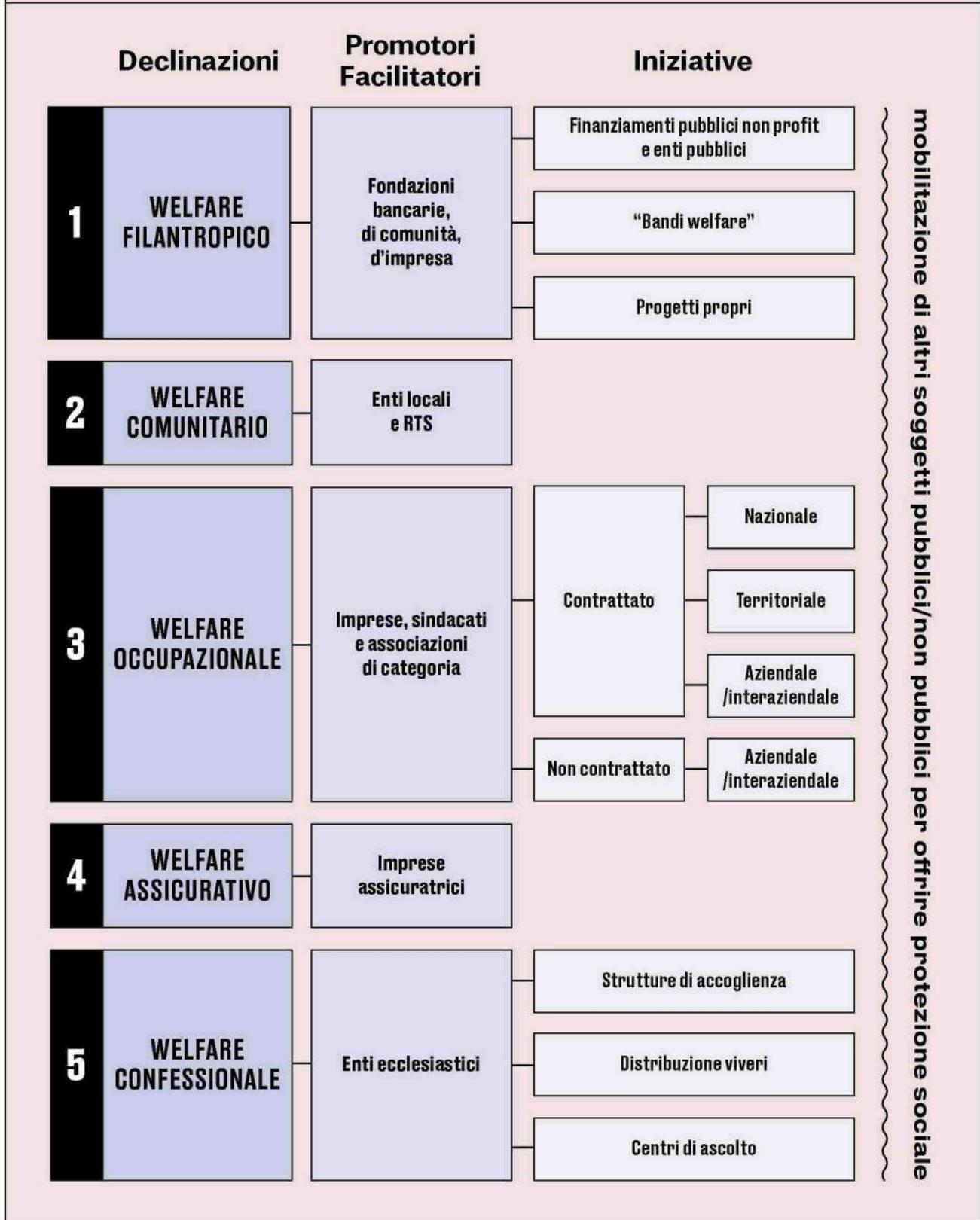
Le attività messe in campo dagli attori del secondo welfare si caratterizzano per il tentativo, più o meno consapevole, di generare innovazione sociale: offrendo nuovi beni e servizi, modificando (o creando) modelli di governance che definiscano le linee di intervento, sperimentando modalità di azione più adeguate ai problemi contingenti

sogno giudicate più significative. Secondariamente, le attività messe in campo dagli attori del secondo welfare si caratterizzano per il tentativo, più o meno consapevole, di generare innovazione sociale: offrendo nuovi beni e servizi, modificando (o creando) modelli di governance che definiscano le linee di intervento, sperimentando modalità di azione più adeguate ai problemi contingenti. Da ultimo, le iniziative di secondo welfare si caratterizzano per la tendenza a favorire l'empowerment dei beneficiari, incentivando – con intensità variabile – partecipazione, responsabilizzazione e co-progettazione, e dove possibile anche co-produzione e co-finanziamento dei servizi stessi.

Mentre però nel primo welfare, di natura pubblica e obbligatoria, rientrano prestazioni e servizi considerati "essenziali" per una sopravvivenza decorosa e un'adeguata integrazione nella comunità, che garantiscono il godimento dei diritti di cittadinanza (previdenza e sanità pubblica, ammortizzatori sociali, schemi di reddito minimo, ecc.), il secondo welfare ricomprende – nel campo delle pensioni e della salute – forme di protezione sociale di natura volontaria e integrativa, nonché quella parte di servizi sociali che il settore pubblico non è oggi in grado di garantire per fronteggiare i nuovi rischi legati, ad



Un modello a rete



esempio, alla non autosufficienza, alla precarietà lavorativa e ai problemi di conciliazione vita personale e lavorativa. Primo e secondo welfare, dunque, non sono da considerarsi due ambiti contrapposti o, peggio, due compartimenti stagni. Sono piuttosto sfere che sfumano l'una nell'altra a seconda delle politiche e delle aree di bisogno, in cui la seconda, sussidiariamente, si configura come integrativa e non sostitutiva rispetto alla prima.

Il "peso" del secondo welfare nel sistema italiano

Imprese, assicurazioni, banche, fondi integrativi, fondazioni, associazioni di volontariato, cooperative, imprese sociali, mutue, enti religiosi, sindacati, associazioni di categoria, enti bilaterali: sono alcuni degli attori che operano nel campo del secondo welfare. Si tratta di realtà molto diverse fra loro ma accomunate dalle caratteristiche che poco più sopra abbiamo provato a identificare. Data questa eterogeneità, definire con precisione i confini, e soprattutto il "peso" del secondo welfare non è cosa facile, specialmente in termini economici. Tuttavia alcuni dati e riflessioni possono aiutare a comprendere meglio come si tratti sempre più di un fenomeno che si declina con modalità diverse in un numero crescente di settori e ambiti.

Se guardiamo all'universo degli attori privati, ad esempio, è ormai evidente

32%

La quota di accordi sindacali siglati nel 2017 che prevedono forme di welfare aziendale (nel 2014/2015 erano il 18%)

51%

La percentuale di servizi di welfare all'interno dei contratti di secondo livello (dato a marzo 2019)

come sia cresciuto il numero di aziende che investono in misure di welfare per i propri dipendenti, le loro famiglie e, sempre più spesso, anche per le comunità in cui operano. Il Centro Studi di Confindustria ha rilevato che circa il 58% delle proprie associate garantisce almeno un servizio di welfare ai propri dipendenti; un dato confermato anche da ricerche su base regionale, come quella svolta dal Laboratorio di percorsi di Secondo Welfare sull'Emilia Romagna dove il 56,1% delle imprese con meno di 350 dipendenti fanno welfare aziendale. Allargando lo sguardo appaiono particolarmente interessanti i dati di Ocsel, l'Osservatorio Cisl sulla contrattazione di secondo livello: oltre il 32% degli accordi siglati nel 2017 prevedevano forme di welfare aziendale (erano il 18% nel biennio 2014/2015). Una tendenza confermata anche dal ministero del Lavoro che, a marzo 2019, indicava la presenza di servizi di welfare in oltre il 51% dei contratti di secondo livello che prevedono forme premiali correlate alla produttività (nel luglio 2016 erano appena il 17%). In tal senso appaiono degni di grande attenzione anche i numeri relativi alla bilateralità: circa il 51% dei 426 enti bilaterali dei settori agricolo, edile, artigiano, servizi e turismo offrono almeno una prestazione di welfare. Accanto a



L'ALTRO WELFARE

La torre di Babele di
Athanasius Kircher, (1602-
1680) dalla The New York
Public Library

queste dimensioni bisogna poi considerare il ruolo crescente di flessibilità oraria, smart working e coworking che, anche se difficilmente quantificabili su scala nazionale, oggi sono più che mai fondamentali per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

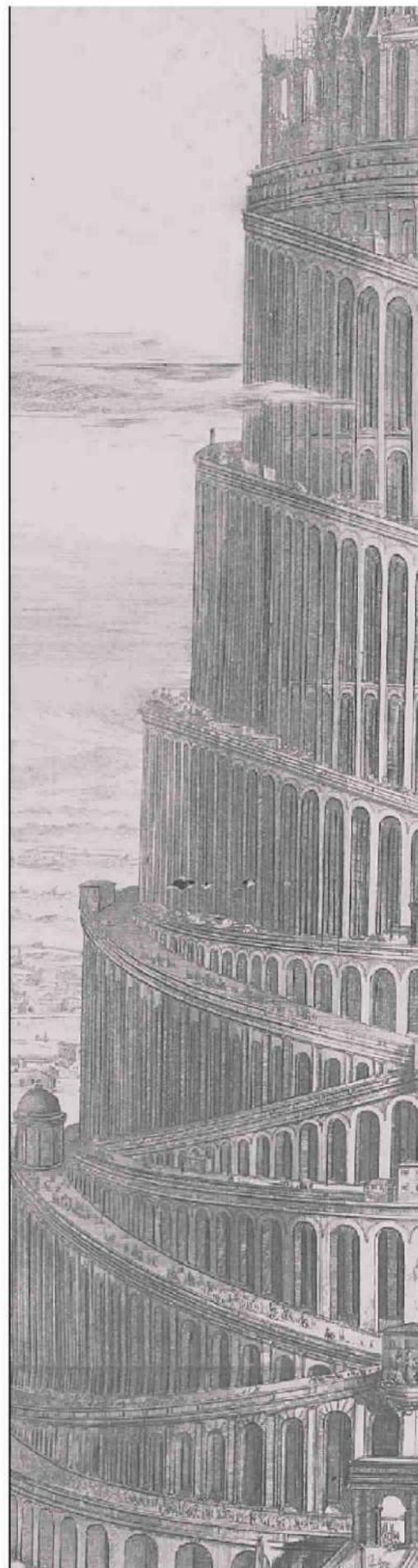
Il ruolo del Terzo settore e dei corpi intermedi

Molto significativi sono poi i numeri relativi al Terzo settore. A farla "da padrone" sono ovviamente le Fondazioni di origine bancaria che, nonostante le minori risorse a loro disposizione a causa della crisi, hanno investito una quota crescente di fondi nel campo del welfare e dei servizi alla persona: nel 2017 le erogazioni delle Fob hanno sfiorato il miliardo di euro e circa il 42% di esse è andato al welfare.

Negli ultimi dieci anni si è inoltre consolidato il ruolo delle oltre cento Fondazioni di impresa operanti nel nostro Paese che, nonostante rappresentino ancora una percentuale modesta rispetto al totale delle fondazioni (sia in termini numerici che di risorse economiche), stanno contribuendo in maniera consistente all'innovazione degli strumenti e dei servizi sociali: sperimentando modelli innovativi di intervento, offrendo risorse aggiuntive al li-

vello locale, valorizzando le eccellenze emergenti nel campo del welfare. O, ancora, si pensi al ruolo assunto dalle 39 Fondazioni comunitarie, che si distinguono per la loro capacità di catalizzare risorse economiche, sviluppare idee, sostenere e aggregare organizzazioni del Terzo settore per affrontare i bisogni emergenti a livello territoriale. E insieme alle istituzioni va tenuto in forte considerazione il ruolo del volontariato sia formale (che coinvolge l'11,2% della popolazione secondo Eurostat) sia informale (12%).

Occorre poi prendere in considerazione i corpi intermedi operanti a diversi livelli. Pensiamo ad esempio al ruolo assunto da numerose associazioni nazionali impegnate nel contrasto all'esclusione sociale, che hanno dato vita all'Alleanza contro la povertà che in questi anni ha giocato un ruolo di primo piano per indirizzare le politiche pubbliche verso il sostegno ai più poveri. Oppure a quelle organizzazioni che hanno scelto di mettere in discussione il proprio modello di intervento nel campo del welfare, come Confartigianato con Nuovo Sociale/Welfare Insieme, avviando processi pluriennali di rinnovamento. O, ancora, alle centinaia di azioni avviate a livello locale grazie al protagonismo assunto dalle associazioni di categoria e dai sindacati.



1. WELFARE IBRIDO

LA BABELLE DEI NUOVI WELFARE

FABIO FOLGHERAITER

Università Cattolica
di Milano e Brescia

Due fenomeni che riguardano il nostro Welfare italiano sorprendono soprattutto. In primo luogo, il fatto che esso sia considerato da sempre in crisi. Il sistema di contrasto al disagio, è esso stesso in un disagio perenne. Dall'altro, il fatto che da sempre tanti studiosi si siano dichiarati convinti di avere scoperto la ricetta di come risanarlo.

Siamo presi quindi in una sorta di paradosso. Consideriamo il welfare malato cronico, ma lo trattiamo in realtà come acuto, e quindi lo mettiamo continuamente sotto i ferri d'illuminare ma evidentemente inutili terapie. In questo fraintendimento c'è un lato tragicomico, come direbbe Kierkegaard. Il tema è drammaticamente serio ma assieme ci muove un poco al riso (perché quando c'è da ridere, è difficile trattenersi).

Il lato tragico...

Il lato tragico emerge innanzitutto proprio dall'idea di una crisi continua, senza tregua. Idea che è contraria alla logica. Una crisi perdurante è un ossimoro. Una contraddizione in termini. Una crisi è un collasso acuto di un certo qual funzionamento che, per definizione, se non si arresta, sfocia in un catafascio. Se davvero il welfare fosse in crisi dal tempo immemorabile di cui si dice (fin dalla sua nascita, o dalle riforme degli anni settanta) i nostri sistemi di protezione sociale non ci sarebbero più. Il Welfare sarebbe una specie estinta Guardandolo nel lungo periodo sotto questa lente osservativa, il nostro pur fragile Welfare, in realtà, non è mai stato, tecnicamente, in crisi. Parola tanto abusata ma forse non troppo a proposito. Se concordiamo con la diagnosi di cui sopra e diciamo che la situazione attuale è peggiore di quella di dieci, e più ancora, di venti anni fa, dobbiamo dedurre piuttosto che il sistema dei servizi sociali e sanitari è in un progressivo lento decadimento. Da tanto tempo annaspa e scivola indietro dolcemente. Come si dice per i continenti, è in una deriva che nessuna forza o buona volontà sembra capace di tamponare.

...e il lato comico

Il lato comico ha a che fare con una certa nostra presunzione intellettuale. Divertente è l'esplosione di modelli e di etichette che segnano i confini entro cui ognuno cerca di affermare una propria superiore vision. Fin che si rimane entro limiti accettabili, tutto questo cozzare di modelli, questo darsi sulle corna l'uno con l'altro, rientra nelle logiche ordinarie della dialettica intellettuale, e

in generale politica. Il problema nasce quando i "nuovi welfare" spuntano uno sull'altro come i funghi.

Vediamola allora questa ammucchiata di etichette, ciascuna buona in sé e ciascuna pretendente ad essere "il" nuovo welfare.

Welfare sussidiario, welfare liquido, welfare solidale, welfare mix, welfare plurale, welfare di prossimità, welfare generativo, welfare responsabile, welfare neoliberale, welfare societario, welfare comunitario, welfare territoriale (di community care), welfare relazionale, welfare di caseggiato, welfare umanistico, welfare di personalizzazione, welfare civico, welfare di mutualità, welfare municipale, welfare locale, welfare integrato o sistemico, welfare di rete, welfare postmoderno, welfare mercantile, welfare delle partnership, welfare partecipativo, welfare competitivo, welfare del "fare assieme" welfare di "buona vita", welfare ecclesiale, welfare dialogico, welfare del rammento, welfare dell'aggancio, secondo welfare, welfare di sviluppo, welfare delle capabilities (o dell'empowerment), welfare attivo, welfare dell'impiego (workfare), welfare minimo (dei Lea), welfare dei diritti, welfare consumeristico, welfare pro-sumer, welfare di "quarto settore", welfare managerialistico, welfare di cittadinanza attiva, welfare motivazionale, welfare prestazionale, welfare riflessivo, welfare di sobrietà, welfare a km zero, welfare aziendale, welfare trinitario

I puntini di sospensione segnalano che altri slogan, che ora sfuggono, saranno in realtà sparsi in giro; se pure non ci fossero, saranno senz'altro in gestazione nella mente di qualcuno. Statene certi.

L'ALTRO WELFARE



E, infine, sullo sfondo, va ricordato il notevole peso dei fondi sanitari integrativi, che contano quasi 12 milioni di iscritti, il ricorso alla previdenza complementare, che

riguarda 7,8 milioni di persone, ma anche il ritorno in auge delle società di mutuo soccorso, realtà che sembrano appartenere a una storia ormai lontana, ma che oggi contano quasi un milione di soci.

A otto anni di distanza dall'avvio dell'attività di ricerca sul secondo welfare, possiamo quindi confermare che la maggior parte degli interventi realizzati da questi attori sono oggi finanziati attraverso risorse non pubbliche, sono orientati verso le categorie più vulnerabili, presentano spesso caratteri di innovatività, vengono realizzati da attori che si pongono in rete fra loro e, nella maggior parte dei casi, si sviluppano a livello territoriale.

Tra potenzialità evidenti e rischi da non sottovalutare

Se nel corso degli anni Novanta il "welfare mix" si è per lo più limitato all'implementazione delle politiche in un contesto di esternalizzazione dei servizi da parte dell'amministrazione pubblica o al semplice finanziamento degli interventi, negli ultimi anni il ruolo e il coinvolgimento di attori privati nel campo del

Gli attori privati dovrebbero sempre tendere verso una complementarità con gli altri soggetti operanti nel campo delle politiche sociali, soprattutto con le pubbliche amministrazioni. Anche attraverso la costituzione di reti multi-attore più o meno formalizzate. Ma questo non accade sempre

welfare si è fatto molto più articolato. A seconda delle loro caratteristiche, questi soggetti oggi tendono a realizzare azioni in modo mirato e strategico, e sempre meno "generico" ed episodico, dando vita a esperienze significative e, sempre più spesso, a veri e propri modelli di intervento e di governance. In questo modo va crescendo l'interazione con le politiche di protezione sociale e di pari passo aumenta la probabilità di innescare sinergie e pratiche di nesting tra primo e secondo welfare. Affinché questa dinamica prenda piede è tuttavia necessario che una serie di elementi contraddistinguano i soggetti coinvolti:

- la presenza di una cultura capace di concepire il welfare non solo come un costo ma anche come investimento;
- la capacità di individuare i bisogni e trovare soluzioni in modo collettivo, andando oltre l'individualismo e aprendosi al raggiungimento di interessi comuni;
- la presenza di attori in grado di agire da "collante" tra i partner delle reti e di assumere un ruolo decisivo nelle fasi di impostazione degli interventi e per favorire scelte condivise;
- una struttura di governance interna che funga da "cabina di regia" delle reti, costituita dai rappresentanti di tutte le realtà aderenti con compiti e funzioni definite per accompagnare e dare impulso alle azioni e ai processi;
- amministrazioni locali attive e sensi-

1. WELFARE IBRIDO

bili al tema del nuovo welfare, favorevoli al superamento delle tradizionali divisioni di competenze tra pubblico e privato e in grado di promuovere un modello di welfare inclusivo e integrato attraverso forme di condivisione, partecipazione collaborativa e progettazione negoziata tra tutti i soggetti interessati allo sviluppo della comunità locale.

- la disponibilità di risorse finanziarie ma, soprattutto, di risorse ideative.

Lo sviluppo del secondo welfare non è tuttavia esente da rischi e criticità. In primo luogo gli attori privati che operano nell'ambito del welfare dovrebbero sempre tendere, come detto, verso una complementarità con gli altri soggetti operanti nel campo delle politiche sociali, soprattutto con le pubbliche amministrazioni. Anche attraverso la costituzione di reti multi-attore più o meno formalizzate. Ma questo non accade sempre. Gli stakeholder possono infatti optare per comportamenti individualistici, non favorevoli alla collaborazione e alla condivisione di esperienze, competenze e know-how per l'implementazione di interventi e servizi di welfare. O, ancora, muoversi senza conoscere i reali bisogni dei territori, andando a sviluppare servizi e interventi che non sono necessari o che vanno sovrapporsi a quelli già esistenti. Un altro elemento di criticità riguarda i divari territoriali, specialmente tra Nord e Sud del Paese. Si tratta di una delle grandi questioni strutturali del modello so-

7,8 Mln

i cittadini che ricorrono a forme di previdenza complementare

12 Mln

i cittadini iscritti a fondi sanitari integrativi

cio-economico italiano e non deve sorprendere che questa si ripresenti anche a livello di secondo welfare. Tuttavia è evidente il tentativo di alcuni soggetti di trovare modalità di intervento che possano permettere di affrontare anche questa criticità – pensiamo ad esempio alla scelta delle Fondazioni di origine bancaria e dell'Acri di costituire la Fondazione Con il Sud per favorire interventi di innovazione sociale nel Mezzogiorno. C'è poi un'altra questione complessa su cui occorre riflettere: il nesso fra secondo welfare ed equità. Il primo welfare italiano soffre ancora della cosiddetta "doppia distorsione" del welfare pubblico già denunciata vent'anni fa dalla commissione Onofri. Da un lato, la quota maggioritaria di risorse pubbliche per le politiche sociali è oggi destinata al rischio vecchiaia a discapito di altri problemi complessi (politiche familiari, tutela della non autosufficienza, precarietà lavorativa, politiche di inclusione sociale); dall'altro, le politiche pubbliche restano tendenzialmente orientate verso gli insider, ovvero chi è già largamente tutelato, a discapito degli outsider. Sarebbe sempre più necessario un intreccio sinergico fra secondo e primo welfare anche in termini di ricalibratura equitativa dei diritti e delle politiche pubbliche, che eviti il crearsi di sacche di disuguaglianza, fenomeni di opportunismo e rendita a discapito della sostenibilità e della solidarietà a cui dovrebbe tendere il "nuovo" welfare. ♦



HEALTHCARE CON IL CUORE RINNOVATO

Moritz Dullinger*
twitter @PictetAMItalia

I fondi tematici si basano sull'individuazione di società innovative in grado di impattare in modo determinante sulle nostre abitudini di vita. Uno dei mega trend che Pictet AM sta monitorando da tempo è quello relativo all'healthcare, che è un settore che sta investendo molto nelle più importanti innovazioni in campo medico. A marzo, ad esempio, per qualche giorno a New Orleans si è sentito parlare solo di cuore: infatti, la città della Louisiana ha ospitato l'appuntamento annuale dell'American College of Cardiology (ACC), che ha riunito 16.600 partecipanti, principalmente cardiologi. La star indiscussa di quest'anno è stata la società Edwards Lifesciences, che ha presentato i primi dati sulla sua procedura di sostituzione della valvola aortica transcateretere (Transcatheter Aortic Valve Replacement - TAVR), che è stata testata su un gruppo di pazienti a basso rischio. I dati mostrano una chiara superiorità di questa procedura rispetto alla classica

sostituzione chirurgica della valvola aortica. La valvola aortica è una delle quattro valvole nel cuore che assicurano che il sangue scorra nella giusta direzione: se la valvola smette di funzionare correttamente, il sangue potrebbe tornare indietro, nella direzione sbagliata. La valvola potrebbe anche essere troppo stretta, facendo sì che il cuore debba aumentare il suo sforzo; nel tempo questo potrebbe causare un'insufficienza cardiaca. In alcuni casi, il problema alla valvola aortica è abbastanza grave da richiedere una sostituzione della valvola.

Fino ad ora, per sostituire una valvola, il paziente doveva subire un intervento a cuore aperto. Ciò richiede che il chirurgo apra la gabbia toracica per accedere al cuore ed eseguire la procedura. Al contrario, con un TAVR il medico può introdurre la valvola nell'organismo attraverso una piccola incisione nella coscia, spostarla attraverso l'arteria femorale con un catetere ed innestarla nella posizione giusta del cuore. I dati parlano da soli: c'è una riduzione del 46% del rischio di morte, ictus o riospedalizzazione dopo un anno per i pazienti trattati con il metodo transcateretere rispetto ai pazienti trattati con l'approccio chirurgico classico.

La valvola di Edwards è già stata approvata per il trattamento di pazienti che non possono sottoporsi ad un intervento chirurgico a cuore aperto e per i pazienti con rischio chirurgico elevato, ma questi nuovi dati permetteranno di espandere in modo significativo il mercato per il TAVR fino ad un totale di 7 miliardi di dollari entro il 2024, visto che i pazienti a basso rischio rappresentano il 30-40% dei pazienti che hanno bisogno della sostituzione della valvola aortica.

Tale dispositivo permette, infatti, al paziente di stare meglio, ma consente anche di risparmiare sui costi. Il costo della valvola è infatti molto più alto - 32.500 dollari contro i 5.000 dollari per la valvola chirurgica. Tuttavia,

**NEL SETTORE SANITARIO
È NECESSARIO
CONCENTRARSI
SU SOCIETÀ TECNOLOGICHE
E CHE SODDISFANO
RICHIESTE...**

ciò che impatta sui costi totali sono soprattutto la durata della degenza ospedaliera e le complicazioni, che portano il paziente a dover spendere più tempo presso l'unità di terapia intensiva. Il costo totale dopo un anno, inclusa la valvola, è quindi in realtà inferiore per il prodotto Edwards, poiché i pazienti trascorrono molto meno tempo in ospedale e in terapia intensiva.

Questo è un esempio su come andare ad individuare all'interno del mercato della sanità, quelle che sembrano essere le opportunità più interessanti. Il fondo tematico di Pictet fa proprio questo. Investe in aziende in grado di migliorare in modo innovativo ed economicamente conveniente la salute delle persone, sia tramite la prevenzione sia tramite il trattamento. A nostro avviso, visto che c'è sempre più pressione sui costi della sanità a livello globale, le società in grado di ridurre tali costi e fornire cure migliori sono destinate ad essere premiate dai mercati. Edwards Lifesciences rappresenta un chiaro esempio di questo genere di aziende.

PROSPETTIVE DI MERCATO

In un'ottica di medio e lungo termine crediamo ancora che la sanità offrirà buone performance per diverse ragioni fondamentali. In primis il cambiamento demografico, in quanto l'invecchiamento della popolazione mondiale costituirà un potente driver per la ricerca innovativa e per standard di cura migliori e più efficienti. Inoltre in campo medico ci sono molte esigenze non ancora soddisfatte o gestite in modo inadeguato.

Questo ha portato a studiare nuovi trattamenti, sia nel settore biofarmaceutico sia in quello delle tecnologie mediche. In tutto il mondo sono in fase di sviluppo clinico oltre 7.000 medicinali contro un ampio spettro di malattie. Inoltre, con l'aumento del benessere economico, le persone sono disposte a investire nella propria salute, generando una maggiore domanda di soluzioni sanitarie innovative. L'attenzione posta sui costi

della sanità e sui possibili cambiamenti proposti dal governo Trump influenza il sentiment, ma le questioni importanti per l'industria sanitaria sono altre.

Il cuore del settore è infatti rappresentato dall'innovazione. I rivoluzionari progressi sul fronte del trattamento delle malattie, associati a terapie più efficaci e sicure, determineranno prezzi che sosterranno il settore. Il comparto si concentra su società innovative che stanno entrando in nuovi cicli di prodotto e sono in grado di far fronte a esigenze non ancora soddisfatte in campo medico. L'attività di M&A potrebbe beneficiare

COSTI TOTALI RIDOTTI PER IL SISTEMA NONOSTANTE IL PREZZO PIÙ ALTO DEL DISPOSITIVO PER IL TAVR...



Fonte: Pictet Asset Management; dati in dollari

della legge sul rimpatrio dei capitali negli USA: le grandi società biofarmaceutiche di tecnologie mediche e di diagnostica potrebbero infatti acquistare asset interessanti negli Stati Uniti.

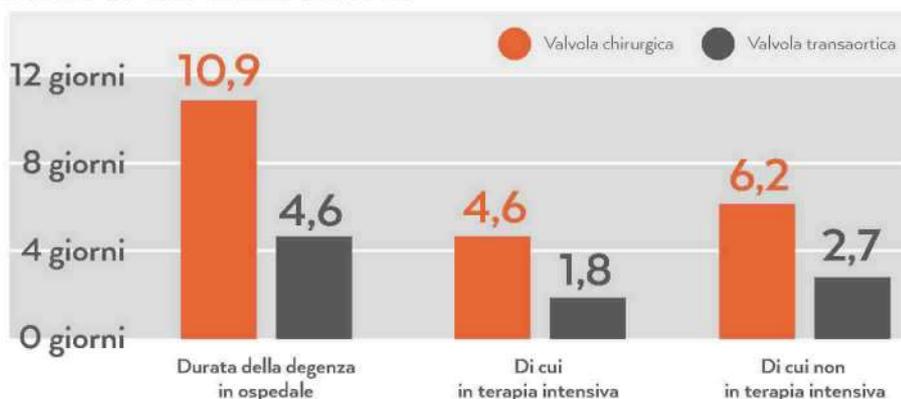
STRATEGIA DI PORTAFOGLIO

Vogliamo rafforzare l'esposizione a società alla ricerca di nuovi modi per affrontare le sfide globali per aiutare le persone a mantenersi il più a lungo possibile in salute e offrire un'assistenza sanitaria migliore a livello

mondiale. Investire nelle società che potrebbero cambiare lo scenario sanitario dei prossimi decenni sarà fondamentale per offrire opportunità di crescita agli investitori. La strategia Health punta sulla prevenzione delle malattie, sulla loro diagnosi e individuazione, sui diversi trattamenti e sui rispettivi provider e sulle società che sostengono lo sviluppo e l'accesso a tali cure. Il comparto mira a individuare le opportunità di investimento più interessanti nelle seguenti aree: prevenzione e individuazione delle patologie, innovazione nella produzione di nuovi medicinali, ulteriori progressi nell'offerta di attrezzature mediche e servizi medici, sviluppo e implementazione di strumenti e tecnologie più efficaci in ambito sanitario.

* senior investment manager
Pictet Asset Management

...CON I RISPARMI DETERMINATI DAI COSTI ASSOCIATI ALL'OSPEDALIZZAZIONE



Fonte: Pictet Asset Management

La sanità verso il multipilastro

La creazione di un sistema pubblico-privato appare ineludibile. Su questo leitmotiv, Marco Vecchietti di Rbm Assicurazione Salute ha presentato a Roma il libro “La salute è un diritto. Di tutti”, in cui emerge la necessità di una spesa intermediata per garantire più equità ai cittadini e una maggiore sostenibilità del sistema ed efficienza delle risorse

“L’azienda Salute Italia è un investimento per il nostro Paese e non può continuare a essere considerata un costo”. Con questa affermazione si è aperta mercoledì scorso, alla Camera dei Deputati, la presentazione del libro di **Marco Vecchietti**, ad e dg di **Rbm Assicurazione Salute**, intitolato *La Salute è un Diritto. Di Tutti* e realizzato per supportare istituzioni, parti sociali e stakeholder nel superamento dell’attuale sistema sanitario in vista di maggiore inclusione, equità e sostenibilità.

L’evento è stato aperto dalla vice presidente della Camera, **Mara Carfagna**, che ha ricordato il 40ennale del Servizio sanitario nazionale, sottolineando l’eccellenza italiana nella cura di molte patologie. Tuttavia peggiora l’accesso ai servizi sanitari, aumentano le disuguaglianze e, tra le sfide, emerge la gestione delle patologie ambientali, croniche e terminali che richiedono “l’irrobustimento del secondo pilastro” per sgravare il sistema pubblico, “integrando partnership con associazioni sul territorio”.



Un momento dell’evento

I NUMERI DELLA DISUGUAGLIANZA

Protagonista dell’evento è stato, Marco Vecchietti, che ha illustrato “l’emergenza sanitaria” partendo dai numeri: più di sette italiani su dieci pagano ogni anno di tasca propria almeno una prestazione sanitaria, con una spesa *out of pocket* complessiva che sfiora i 40 miliardi di euro. Un fenomeno in costante espansione (+9,9% tra il 2013 ed il 2018) che produce un esborso medio di circa 655 euro per cittadino e che, secondo Vecchietti, rappresenta una grande forma di disuguaglianza perché diversifica le possibilità di cura esclusivamente in base al reddito disponibile.

“A partire dal 2025, il fabbisogno assistenziale della popolazione richiederà un incremento della spesa in sanità di ulteriori 20 miliardi di euro” (fonte **Rgs**), ha avvertito Vecchietti, e per mantenere inalterati gli attuali *Lea* gli italiani dovranno pagare di tasca propria, per le cure private, da 580 euro a 1.074 euro pro capite. Il *Ssn* ha ridotto la propria capacità assistenziale di oltre il 10% e a farne le spese sono stati gli 8,1 milioni di italiani (13,5%), prevalentemente i malati cronici, quelli a basso reddito, le donne e i non autosufficienti.

UN TAGLIANDO DEL SISTEMA SANITARIO

Per affrontare questa emergenza va favorita la cultura del secondo pilastro: un sistema a governance pubblica e a gestione privata per garantire inclusività, universalità e uguaglianza. “Vogliamo mettere nell’agenda del governo – ha spiegato l’autore del libro – un robusto tagliando del sistema sanitario”, favorendo la diversificazione delle fonti di finanziamento aggiuntive per il governo della spesa sanitaria *out of pocket*, sul modello delle *best practice* europee di welfare.

(continua da pag. 1)

DAL WELFARE OCCUPAZIONE AL WELFARE DI CITTADINANZA

Tra le proposte, quella di alimentare il reddito di salute con un prelievo di scopo per sviluppare un sistema di assicurazione sociale diffuso, che includa le categorie che non possono accedere al secondo pilastro e sviluppi i fondi sanitari territoriali per un regionalismo differenziato "non diseguale". Secondo Vecchiotti, l'introduzione di un sistema sanitario integrativo raddoppierebbe il diritto alla salute degli italiani, che non sarebbero più costretti alle lunghe attese del Ssn soprattutto in alcune aree (oltre 60 giorni al Centro e Sud contro i 30 del Nord), offrendo un'alternativa al pagamento di tasca propria o addirittura alla rinuncia alle cure (il 38% al Centro Italia e il 28% al Sud).

INTEGRAZIONE E NON SOSTITUZIONE

Concordano sull'utilità di una spesa intermediata e regolata da regole pubbliche anche le istituzioni presenti. Secondo **Franco Zaffini**, membro della commissione Sanità al Senato, "la salute è un tema su cui bisogna produrre alleanze politiche andando oltre gli steccati di partito" e la commissione può essere un buon strumento per affrontare la "creazione di un secondo e forse terzo pilastro ancillare al Ssn".

"È ora che il servizio sanitario cambi vestito", conclude **Pierpaolo Sileri**, presidente della commissione Sanità al Senato, sottolineando che "c'è spazio per un'integrazione e non per una sostituzione del Ssn, soprattutto laddove ci sono delle carenze, quali la prevenzione e la spesa farmaceutica delle famiglie".



Laura Servidio

SCHEDE OSPEDALIERE

Riabilitazione e meno culle Primari invariati cresce il privato

Approvate dalla giunta regionale le nuove schede ospedaliere: più riabilitazione e meno culle, mentre cresce il privato. TOSATTO / APAG.19



L'Ospedale Civile di Venezia

LA REGIONE APPROVA LE SCHEDE OSPEDALIERE 2019-2024

Più riabilitazione, meno culle Ecco il nuovo sistema sanitario

Il Veneto può contare su 18 mila posti letto: in calo quelli pubblici, cresce il privato Pressoché invariati primariati e reparti. Zaia: «Qui nessuno rimarrà senza cure»

Filippo Tosatto

Una rimodulazione della sanità che riflette i capelli bianchi e le culle vuote del Veneto. Che accresce le risorse erogate alla medicina e alla riabilitazione dell'età adulta e taglia quelle destinate al polo materno-infantile. Che sconta l'esodo di medici dal servizio pubblico e attinge in misura crescente all'offerta privata. Che evita le sforbiccate al circuito degli ospedali confermando – nella sostanza almeno – degenze, reparti e primariati. È questo il *leit motiv* delle schede ospedaliere 2019-2024 allegate al Piano sociosanitario: dopo il via libera in commissione ed il confronto con le parti, nel pomeriggio la Giunta di Luca Zaia le ha approvate in via definitiva.

TASSO DI OCCUPAZIONE

Nel complesso, il sistema veneto di assistenza e cura potrà contare su 17.990 posti letto contro i 17.861 della precedente programmazione: di questi, 14.901 per pazienti acuti (compresi 398 riservati agli extraveneti) e 3089 per la riabilitazione (274 per chi arriva da altre regioni). A questi se ne aggiungono 2013 nelle strutture intermedie, pensate per assistere al meglio i pazienti nella fase intermedia tra il ricovero e rientro a casa ma, ad oggi, rimaste perlopiù sulla carta. Un capitolo, quello dei posti letto, oggetto di valutazioni contrastanti: la sanità di Palazzo Balbi privilegia il criterio del tasso di occupazione medio rispetto alla dotazione teorica di partenza; i medici di Anaa e Assomed ne contestano la riduzione

ne in termini reali, la Cgil critica il calo di degenze in ambito pubblico a fronte dell'aumento di prestazioni private (giudicate più convenienti sul versante della spesa). Nel dettaglio, il documento di programmazione distingue cinque grandi comparti, comparando il trend del quinquennio precedente e il confronto tra vecchie e nuove dotazioni.

POPOLAZIONE IN CALO

In Area Medica nel 2013 i posti letto erano 6707 (nelle nuove schede sono 7091) mentre il tasso di occupazione reale è stato pari a 6201. Nell'Area Chirurgica, i pl risultavano 4830 (sono diventati 4873) dei quali 3031 occupati. Area Terapia Intensiva: erano 696, sono saliti a 717, l'occupazione ha raggiunto quota 520. La

Riabilitazione sale invece da 2662 a 2815 posti letto (il tasso precedente è stato di 2288). Fa eccezione, si diceva, l'Area Materno Infantile, condizionata dalla forte e generalizzata flessione delle nascite: qui le 2013 degenze disponibili (1078 delle quali effettivamente occupate) sono scese a 1822 nelle nuove schede. Ancora: negli ultimi 5 anni la popolazione complessiva ha segnato un -1%; gli ultrasessantenni sono aumentati del 13% e identica percentuale - ma in negativo - ha scandito l'andamento

delle nascite. La degenza media chirurgica è diminuita del 4%, i ricoveri in riabilitazione del 7% ed è cresciuto del 20% il numero di veneti che hanno fatto la riabilitazione altrove.

GLI OBIETTIVI DEL FUTURO

«A dispetto dei catastrofismi fatti circolare a piene mani, è stato cercato e trovato il giusto equilibrio tra i vari fattori che determinano le scelte programmatiche in sanità», commenta il governatore Zaia «non ci sono stati né tagli né ridimensionamenti, ma una rivi-

sitazione delle dotazioni sulla base dei servizi da erogare per rispondere alle nuove esigenze di cura. Questa manovra dà forma e sostanza alla sanità veneta dei prossimi anni, con l'obiettivo di farla crescere rispetto ai già ottimi livelli attuali, a più riprese riconosciuti a livello nazionale e ministeriale»; «Forse qualcuno lo sperava, ma in Veneto ancora una volta nessuno rimarrà senza cure né tanto meno, morirà sulla porta di un ospedale». —



Èquipe in sala operatoria: le schede ospedaliere 2019-2024 aumentano i posti letto riservati alle chirurgie



Un esame su due è più caro negli ospedali statali

La sanità privata costa meno della pubblica

ANTONIO CASTRO

soprattutto la sorpresa sui costi: per le visite mediche più frequenti e comuni (...)

segue → a pagina 17

Non solo i tempi d'attesa che nella sanità pubblica nella maggior parte dei casi superano i 60 giorni, ma

Il servizio nazionale è incurabile

Sanità pubblica peggio dei privati pure quando si fa pagare la parcella

Un esame clinico su due costa più negli ospedali con l'intramoenia che nelle cliniche capaci di stare sul mercato con le proprie gambe. E i tempi di attesa si allungano se a saldare è lo Stato

segue dalla prima

ANTONIO CASTRO

(...) quasi nel 50% dei casi il costo da sostenere «è inferiore nel privato piuttosto che in intramoenia», vale a dire quelle visite eseguite dai medici di ospedale in regime di libera professione.

Il secondo Rapporto Cgil Fp, sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali (Fondazione Luoghi Comuni e Crea), conferma, pur variando le Regioni sottoposte ad analisi, che i tagli di spesa e de-finanziamento pubblico degli ultimi anni hanno avuto un notevole impatto sui tempi del Servizio sanitario pubblico. Ma il vero rischio è che se si «proseguirà con la politica dei tagli la sostenibilità del Ssn» potrebbe, ammonisce Crea, «diventare critica».

SSN A RISCHIO

Rispetto alla ricerca del 2017 l'analisi 2018, presentata ieri, ha riguardato centinaia di strutture pubbliche e private in quattro regioni diverse (Emilia-Romagna, Liguria, Marche e Sicilia), ma a parte alcune eccellenze i problemi, e i tempi d'attesa, restano sostanzialmente gli stessi. E così salta fuori che è necessaria ancora un'attesa lunga due mesi per effettuare una visita medica nella

sanità pubblica a fronte di una sola settimana nel privato.

Anche la Cgil Funzione pubblica riconosce che sui costi ormai - tra l'aumento dei ticket e la revisioni dei livelli di assistenza - l'entità di spesa tra pubblico e privato è ormai livellata. Anzi. Una ecocardiografia, «in intramoenia costa in media 109 euro, contro i 98 del privato», spiega il dossier realizzato dal Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata. Una gastroscopia in intramoenia arriva a costare mediamente, in queste quattro regioni, 207 euro a fronte di 187; una RX agli arti 65 rispetto ai 58 euro della media. Insomma, nel privato si trovano «costi spesso sovrapponibili o più economici» e «con tempi di attesa enormemente inferiori».

DI TASCA PROPRIA

La contrazione della spesa pubblica, l'invecchiamento medio della popolazione e il progressivo aumento dei costi di compartecipazione può ben spiegare il sempre più frequente ricorso degli italiani al privato. Logico quindi che per curarsi in tempi ragionevoli preferiscano pagare di tasca propria per effettuare visite mediche delicate. Complessivamente la spesa privata dei cittadini sfiora i 35 miliardi di euro. C'è

da dire che buona parte della spesa pubblica in sanità finisce in stipendi, ma ben poco per ringiovanire gli organici. Tanto più che secondo le proiezioni dell'Enpam (l'Ente di previdenza dei medici), oltre 52mila camici bianchi andranno in pensione entro il 2025. E la grande fuga riguarderà anche il personale sanitario infermieristico. Se l'Emilia-Romagna - stando alla ricerca - guadagna quest'anno attestati d'eccellenza è pure perché nell'ultimo biennio ha investito sul personale (con oltre 5mila assunzioni, di cui 1.450 precari stabilizzati).



Le attese della sanità

*Per una tac con il solo ticket si può arrivare anche a febbraio 2020
 A pagamento tempi azzerati sia al centralino sia alla prenotazione*

di **Alessandra Corica e Federica Venni** • alle pagine 2 e 3

Antisanità

Alla Mangiagalli una mammografia con il ticket si può fare solo nel 2020, ma se si pagano 152 euro c'è posto il giorno dopo

E così è ovunque negli ospedali pubblici e privati, dove ti lasciano in attesa al telefono anche per un'ora: ecco i risultati di un test fatto nei giorni scorsi per quattro specialità

di **Alessandra Corica e Federica Venni**

E alla fine, dopo un'ora e due minuti di attesa al telefono, con il disco registrato che da 20 continua a ripeterti che «la tua posizione in attesa è la numero quattro», rinunci. E la mammografia bilaterale desisti dal fissarla con il ticket e la prenoti in regime privato, pagando 170 euro e ottenendo l'appuntamento nel giro di 24 ore, o al massimo il 24 maggio prossimo: ci metti in tutto cinque minuti, visto che l'operatore che fissa le visite a pagamento, al San Raffaele, ti tiene in linea appena due minuti prima di risponderti. Perché nella sanità che funziona due velocità, in Lombardia, succede pure questo. Che alla fine, esasperati dalle attese e dalla corsa ostacoli che si rivela essere prenotare una visita o un esame, chi può lo fa privatamente.

Repubblica ha provato a prenota-

re, sia in regime privato che con il servizio sanitario nazionale (che prevede il pagamento del solo ticket), quattro prestazioni: una visita ginecologica, una gastroenterologica, una tac lombo-sacrale (che serve, per esempio, per diagnosticare un'ernia del disco) e una mammografia bilaterale. Le telefonate sono state fatte sia al numero verde regionale sia ai call center dei singoli ospedali, tra il 9 e il 14 maggio scorso, tra le 10 e le 14. Chiedendo, ogni volta, sempre la stessa prestazione. E quanto c'era da attendere se si prenotava con la ricetta (rossa o bianca) che permette di pagare solo il ticket (28 euro e 50 centesimi per le visite, 51 euro per gli esami), e quanto se invece si decideva di mettere mano al portafogli con il cosiddetto regime di solvenza.

Le strutture

Sei gli ospedali controllati: il San Raffaele e l'Humanitas, l'Auxologico e la Multimedita per quanto riguarda i privati. E poi il Policlinico e il Niguarda, i più grossi e ricettivi in termini di pazienti curati ogni anno, per quanto riguarda il pubblico. Risultato? Tra attese di ore al telefono, operatori svogliati che non rispondono alle domande e, soprattutto, attese infinite se si vuole (o si può) pagare solo il ticket, di fatto la prenotazione di un semplice controllo può trasformarsi in una vera e propria odissea.

Certo, si tratta di centri di eccellenza, sia pubblici sia privati. Nei quali, quindi, c'è maggiore afflusso di pazienti, in arrivo sia dal resto della Lombardia che dall'Italia, con conseguente "intasamento" delle

code. Eppure.

Agende chiuse

Si parte con una visita ginecologica: un primo controllo, non urgente. Ma non per questo non importante. Se non fosse, però, che trovare posto con il ticket è un terno al lotto: alla Mangiagalli (che dipende dal Policlinico) i giorni di attesa sono 108, al Niguarda non c'è nessuna disponibilità. Al San Raffaele e al San Giuseppe se ne parla a gennaio 2020, all'Humanitas il 18 giugno, mentre all'Auxologico il primo appuntamento è per novembre 2019. Se però si è disposti a sborsare un bel po' di più dei 28,50 euro del ticket, ecco che magicamente le agende si aprono. E di posti a disposizione ce n'è eccome: alla Mangiagalli, per esempio, in *intramoenia* (ossia: il medico ospedaliero riceve a pagamento in ospedale) c'è posto tutti i giorni, con tariffa che va dai 120 euro in su. Al Niguarda se si chiama il venerdì, c'è posto già per il lunedì successivo pagando 87 euro, al San Raffaele l'appuntamento è disponibile nel giro di un giorno per 120 euro, come all'Humanitas dove però la tariffa sale a 132 euro. Al San Giuseppe e all'Auxologico si paga di meno grazie alla tariffa "semi-privata": si attende una decina di giorni, ma in compenso si pagano, rispet-

tivamente, 55 e 65 euro.

Le attese più lunghe

Uno dei record è quello dell'attesa necessaria al San Raffaele per fare una tac lombo-sacrale, senza mezzo di contrasto, pagando solo i 51 euro di ticket: la prima disponibilità è il 12 febbraio 2020. Se però si è disposti a decuplicare la spesa, e a pagare 516 euro, in via Olgettina l'esame lo si può fare già il 20 maggio. Non è da meno però anche il Policlinico: per una mammografia bilaterale in Mangiagalli con il ticket prima del marzo 2020 ci si può mettere il cuore in pace. Che però torna ben contento se il portafogli si alleggerisce di 152 euro: in quel caso, la "mammo" in via della Comenda si può fare prenotando oggi per domani. E ancora: per una visita gastroenterologica (non urgente) all'Humanitas se si vuole pagare solo il ticket, bisogna rassegnarsi ad avere pazienza fino a giugno 2020. Se però invece dei 28,50 del ticket si è disposti a pagare tariffe che variano dai 120 ai 250 euro, a seconda dello specialista che fa il controllo, la visita è disponibile già nelle 24 ore successive. Attenzione, ci sono anche le eccezioni: la tac lombo-sacrale all'Auxologico si può fare dopo solo otto giorni di attesa con il ticket e al Policlinico dopo 15, così come la mammografia che all'Humanitas, con il servi-

zio sanitario pubblico, è disponibile per il 6 giugno prossimo. In generale, però, la "regola" sembra essere quella del "o paghi, o aspetti".

I centralini intasati

La doppia velocità non c'è solo per le prenotazioni. Perché anche solo riuscire a prendere la linea è un gioco da ragazzi se si sceglie il centralino riservato alle visite e agli esami a pagamento. Ed è un terno al lotto, invece, se si vuole pagare solo il ticket: per prenotare una tac lombo-sacrale senza mezzo di contrasto pagando il ticket, all'Humanitas chiamando alle 11.38 si deve pazientare un bel po', visto che le persone in "coda" prima di te sono 13. Ma non solo. Perché a un certo punto un disco registrato ti annuncia che viste le lunghe attese, la linea cadrà e tu sarai richiamato di lì a poco. Cosa che però non accade. Tanto che per riuscire a fissare la visita, devi armarti di pazienza e richiamare di nuovo. Stessa scena ai centralini di San Raffaele e Multimedica. Se però, alla stessa ora, si chiama il centralino dello stesso ospedale selezionando il canale delle visite a pagamento, la risposta non tarda. E in massimo cinque minuti si parla con l'operatore e prenota il controllo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le attese per le visite negli ospedali



VISITA GINECOLOGICA

	Ticket	A pagamento		
		Attesa (giorni)	Costo (euro)	
Policlinico	28.50 €	108 giorni	1	150
Niguarda		nd	1	87
Humanitas		28 giugno 2019	1	132
Multimedica (Osp. San Giuseppe)		gennaio 2020	4	120
Auxologico (casa di cura San Carlo)		novembre 2019	4	125
San Raffaele		gennaio 2020	1	120

nd: nessuna disponibilità



TAC LOMBO SACRALE SENZA MEZZO CONTRASTO

	Ticket	A pagamento		
		Attesa (giorni)	Costo (euro)	
Policlinico	51 €	15 giorni	1	152
Niguarda		24 giorni	3	253*
Humanitas (San Pio X)		26 giugno 2019	(°)	300
Humanitas (Rozzano)		ottobre 2019	7	300
Multimedica (Osp. San Giuseppe)		29 maggio	3	100
Auxologico (Osp. San Luca)		8 giorni	1	93^
San Raffaele		12 febbraio 2020	10	516

(°) il giorno stesso alla San Pio X -

* (181 euro+70 supporto tecnico+2 euro bollo) - ^ tariffa semiprivata



VISITA GASTROENTEROLOGICA

	Ticket	A pagamento		
		Attesa (giorni)	Costo (euro)	
Policlinico	28.50 €	nd	3	200
Niguarda		185 giorni	4	87
Humanitas		giugno 2020	1	100
Multimedica (Osp. San Giuseppe)		settembre 2019	27 maggio	55*
Auxologico (casa di cura San Carlo)		4 luglio 2019	4	125
San Raffaele		nd	5	250^/ 130

nd: nessuna disponibilità - * con tariffa semiprivata - ^ con il primario



MAMMOGRAFIA BILATERALE

	Ticket	A pagamento	
		Attesa (giorni)	Costo (euro)
Policlinico	marzo 2020	1	152
Niguarda	fine 2019	*	120
Humanitas	6 giugno	1	150
Multimedica (Osp. San Giuseppe)	28 maggio	1	85[^]
Auxologico (Osp. San Luca)	21 maggio	1	165
San Raffaele	impossibile prendere la linea con il centralino per prenotare	1	170

* non c'è calendario disponibile - ^ tariffa semiprivata

centimetri



La sanità

**Tempi di attesa
 la Regione promette
 più visite**

• a pagina 4

Test della Regione 10% di visite in più per tagliare le code

Call center unico per gli ospedali pubblici e privati e investimento da 15 milioni per aumentare le prestazioni in 14 settori giudicati più critici degli altri
 L'assessore: «È tutta colpa dei tagli al personale»

di **Alessandra Corica**
 e **Federica Venni**

Un call center unico per prenotare con il ticket negli ospedali pubblici e privati. E un investimento da 7,5 milioni su Milano (15 in tutta la Regione) per aumentare del 10 per cento il numero delle visite e degli esami da fare con il servizio sanitario regionale. Obiettivo, accorciare le code. La Regione interviene per assottigliare le liste d'attesa che i milanesi devono sorbirsi per fare un controllo col ticket, come denunciato in un'inchiesta da *Repubblica Milano*. «Quello delle liste d'attesa è il tema dei temi a livello nazionale, tanto che il ministro Giulia Grillo ha focalizzato proprio qui la sua attenzione – spiega l'assessore regionale al Welfare Giulio Gallera –. È un problema dettato dal fatto che in questi anni abbiamo dovuto ridurre il personale e che i privati hanno dovuto ridurre

il budget, bloccato al 2011. Certo è che stiamo lavorando molto».

Su Milano sono state individuate 14 tipi di prestazioni critiche. Ossia, in cui si aspetta troppo: così tanto che, spesso, alla fine si desiste e si prenota a pagamento. Come, appunto, nel caso della visita gastroenterologica, per la quale – telefono alla mano – *Repubblica* ha documentato che si possono aspettare con il ticket a Niguarda 185 giorni e all'Humanitas fino a giugno, ma del 2020. O la mammografia, che alla Mangiagalli stando alla nostra rilevazione è disponibile solo a marzo 2020, al Niguarda a fine 2019 e al San Raffaele è impossibile da prenotare visto che non si riesce a parlare con un operatore. Un'odissea, insomma.

Per queste 14 prestazioni, allora, la Regione ha deciso di potenziare gli slot. Prevedendone 299.715 mila in più negli ospedali pubblici e convenzionati cittadini. «È una speri-

mentazione che sta partendo ora» spiega Gallera. Che annuncia che per le prestazioni “controllate speciali” sarà varato anche un call center unico: chiamando l'800 638 638, i cittadini potranno prenotarle sia negli ospedali pubblici sia in quelli privati. «È una semplificazione che permetterà di avere un'unica agenda – dice Gallera, che ha presentato un emendamento in Consiglio regionale –. Ci permetterà di tagliare quei 4 milioni, su un totale di 39 milioni, di prestazioni che vengono prenotate, ma non disdette». Il call center unico la Regione, a dire il vero, lo annuncia da tempo: «Adesso parte e lo estenderemo a tutte le prestazioni in un anno e mezzo».

Obiettivo, risolvere così l'altro problema sottolineato da *Repubblica*. Ossia, l'impresa che può rivelarsi prenotare un controllo viste le lunghissime attese al telefono, gli operatori che talvolta non forniscono le

informazioni corrette, le difficoltà a prendere la linea. «A queste novità si aggiunge il meccanismo della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei medici di medicina generale e l'accordo sulla telemedicina», aggiungono dalla Regione. Dove ieri

mattina, per verificare i tempi di attesa riportati dalla nostra inchiesta, si sono "auto-chiamati": «Chiamando questa mattina (ieri ndr) il numero verde abbiamo riscontrato tempi diversi – dice Gallera –. Per la mam-

mografia, per esempio, alla Mangiagalli ci hanno dato appuntamento alle 14 del 22 maggio oppure per una visita ginecologica in Macedonio Melloni ci hanno dato appuntamento il 21 giugno alle 10.30».

L'emergenza nazionale



L'assessore regionale Giulio Gallera ammette che il tema delle liste d'attesa è un'emergenza nazionale determinata dalla riduzione del personale sia nel pubblico che nel privato



Il parere del presidente del Fondo Easi, Badalin

Focus sulla sanità

Assistenza integrativa essenziale

DI ANNA TAURO

Nel 2019 lo Stato italiano spenderà il 6,4% del pil per la sanità pubblica, una cifra inferiore al livello minimo indicato dall'Ocse per garantire la tutela della salute. È un quadro complesso che risente delle stime al ribasso sulla crescita del pil che potrebbe portare anche a importanti tagli nella sanità. D'altra parte sono sempre più numerosi i cittadini che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il sistema pubblico a volte fatica a garantire. L'incremento della domanda sanitaria, collegata all'allungamento della vita media e ai risultati della ricerca scientifica, si scontra con l'esigenza di contenimento della spesa pubblica.

In questo scenario l'assistenza sanitaria integrativa rappresenta un pilastro importante del welfare contrattuale e può svolgere un ruolo essenziale non solo nella integrazione delle prestazioni erogate dal Sistema sanitario nazionale, che rimane pur sempre una eccellenza italiana tra le migliori al mondo, ma anche nella più ampia riorganizzazione dell'intero sistema. È l'auspicio formulato da Giancarlo Badalin, presidente del Fondo Easi, l'Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti dei Ced, Ict, Professioni Digitali e Stp.

Domanda. Come si è evoluto nel corso degli anni il contratto nazionale del lavoro nel vostro settore di appartenenza?

Risposta. La contrattazione collettiva nazionale per i dipendenti dei Ced, Ict, Professioni Digitali e Stp è da tempo impegnata sui temi del welfare sanitario. Da più di dieci anni ormai il nostro contratto collettivo destina risorse a copertura delle esigenze sanitarie dei lavoratori. Lente di riferimento,

il Fondo Easi, è stato costituito nel 2007 dalle parti datoriali Assoced, Confterziario e Lait, con la rappresentanza sindacale dei lavoratori Ugl Terziario, e da allora opera registrando annualmente incrementi di adesioni. La costruzione di un secondo pilastro della sanità pubblica attraverso il nostro Ccnl nasce proprio dalla consapevolezza della progressiva riduzione del grado di sostenibilità finanziaria complessiva del sistema sanitario nazionale, sia per le dinamiche di contrazione della finanza pubblica che per l'invecchiamento della popolazione. Il nostro Fondo sanitario contrattuale opera nello stesso ambito del Ssn e costituisce lo strumento reale di completamento del sistema pubblico. Per questo motivo andrebbero previsti dal legislatore incentivi fiscali più incisivi a favore del sistema dei Fondi contrattuali sanitari, anche in considerazione del fatto che l'intermediazione dei fondi garantisce ormai da qualche anno anche la tracciabilità della spesa sanitaria privata. Anche il Fondo Easi è iscritto, come previsto dalla legge, all'Anagrafe dei Fondi sanitari istituita presso il ministero della salute e garantisce un patrimonio di informazioni e di monitoraggio aggiornato di tutto il sistema. Sarebbe importante utilizzare questo prezioso patrimonio di dati per sviluppare una più incisiva azione di coordinamento tra sanità pubblica e sistemi di welfare contrattuale.

D. A proposito, presidente Badalin, in che modo gli enti di assistenza sanitaria entrano in gioco in questo processo di integrazione?

R. Garantendo un ventaglio di prestazioni sempre più aderenti alle caratteristiche demografiche e sociali dei nostri lavoratori. Da questo punto di

vista il contratto collettivo dei Ced, Ict, Professioni Digitali e Stp, tra i primi a istituire un fondo di assistenza sanitaria integrativa di matrice contrattuale, precorre i tempi. Infatti, presso le aziende che applicano il nostro Ccnl, il ruolo del welfare contrattuale ha assunto un'enorme rilevanza attraverso una serie di misure che rispondono alle mutate esigenze socio-assistenziali degli iscritti.

D. Quali gli ambiti di intervento più rilevanti?

R. Si pensi per esempio al tema della non autosufficienza oppure a quello delle cure odontoiatriche. Nel corso degli anni abbiamo lanciato una serie di innovative garanzie in ambito odontoiatrico attraverso l'offerta di prestazioni di implantologia e di prestazioni odontoiatriche particolari, che hanno incontrato il favore dei dipendenti, soprattutto in un momento storico in cui gli effetti della crisi non hanno toccato soltanto il portafoglio ma anche la salute. E negli ultimi anni, come dimostrano le indagini condotte dal Censis, una delle prime voci di spesa tagliata dal budget familiare riguarda proprio le cure sanitarie, in particolare quelle odontoiatriche.

D. Le politiche di contenimento della spesa sanitaria nazionale in che modo potrebbero modificare l'equilibrio tra le risorse a disposizione del Fondo e le prestazioni erogate?

R. In prospettiva possiamo prevedere modifiche sensibili alla domanda dei servizi sanitari, soprattutto attraverso un maggior ricorso da parte degli iscritti a quelle prestazioni che potrebbero diventare più onerose per le famiglie. Il Fondo Easi effettua un'attività costante di monitoraggio su quella che è l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica allo scopo di poter

intervenire con opportuni correttivi e mantenere anche per il futuro l'equilibrio tra risorse e prestazioni. Già nel passato per esempio, le manovre finanziarie che si sono succedute hanno determinato un taglio complessivo di oltre 20 miliardi di euro alla sanità pubblica. L'effetto prodotto è stato il conseguente aumento dei ticket a carico dei cittadini che ha trovato immediato riscontro sulle prestazioni erogate dal Fondo Easi facendo registrare un aumento del 50% circa delle richieste per il sostegno dei ticket sanitari per gli accertamenti diagnostici. Più in generale l'escalation delle prestazioni erogate è cresciuta in misura proporzionale ai ta-

gli resi necessari dalle misure di contenimento della spesa pubblica.

D. Dunque ci si trova di fronte ad una sfida continua anche dal punto di vista gestionale?

R. Per un fondo sanitario integrativo di derivazione contrattuale come il Fondo Easi, è essenziale monitorare e governare i cambiamenti dell'offerta pubblica perché laddove non potrà arrivare la sanità pubblica, dovranno necessariamente intervenire i fondi sanitari integrativi e, se si considera il fatto che la spesa sanitaria delle famiglie non è più in grado di compensare quella dello Stato, il ruolo dei

fondi sanitari integrativi sarà sempre più incisivo.

D. Quali le prospettive?

R. La sanità integrativa è diventata un diritto contrattuale da cui non si può prescindere. Vogliamo che venga riconosciuto il ruolo fondamentale del welfare contrattuale. Siamo pronti ad avviare un confronto serio e articolato con le istituzioni su un progetto di medio e lungo periodo di integrazione dei due pilastri del sistema sanitario, nella consapevolezza che il nostro sistema di welfare fornisce risposte importanti alle esigenze di lavoratori e imprenditori.



Visite ed esami, aumentano i fondi per le strutture private

Sanità. La Provincia ha alzato i tetti di spesa di vari centri e laboratori accreditati: più 11 per cento dal 2018 al 2019. Si tratta anche di un'alleanza per attirare pazienti da fuori provincia e compensare la fuga altrove dei trentini



• La risonanza magnetica è uno degli esami più prescritti dai medici trentini, tanto che l'Azienda ha previsto un fondo di riserva per far fronte al carico di lavoro

ANDREA SELVA

TRENTO. Più soldi alle strutture sanitarie private per far fronte alle richieste dei cittadini sul fronte dell'assistenza specialistica. Non solo le richieste dei pazienti trentini, ma anche di quelli provenienti da fuori provincia, con l'obiettivo di compensare la fuga dei pazienti trentini.

I nuovi tetti di spesa

L'aumento risulta dall'ultima delibera con cui l'azienda sanitaria (in base agli accordi con la Provincia) ha fissato i tetti di spesa per pagare l'attività svolta dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti trentini e a carico dell'ente pubblico. Nel complesso l'aumento rispetto ai tetti che erano stati fissati inizialmente per il 2018 è dell'11%, anche se

bisogna rilevare che già l'anno scorso in settembre le soglie erano state ritoccate verso l'alto in seguito alla negoziazione tra la Provincia e gli operatori della sanità privata. Si tratta di oltre 2 milioni di aumento che portano il totale a 22,8 milioni di euro (compresi i fondi di riserva). Parliamo di prestazioni specialistiche e di diagnostica ambulatoriale (insomma: visite mediche ed esami) e non dell'assistenza ospedaliera che rappresenta una voce di spesa ben più sostanziosa per la sanità pubblica trentina.

Non solo pazienti trentini

L'aumento della spesa è motivato da più esigenze. Da un lato c'è il lavoro per assecondare le richieste di visite ed esami da parte dei pazienti trentini che non sempre trovano risposta all'interno del sistema pubblico. Ma

buona parte degli aumenti è motivata dall'obiettivo di portare in Trentino pazienti provenienti da fuori provincia, in modo da compensare (almeno in parte) la "fuga" dei pazienti trentini. E il caso - ad esempio - del laboratorio Magi's di Rovereto che ha registrato un aumento del tetto di spesa da 360 mila euro a 1,2 milioni di euro (il più alto fra tutte le strutture private accreditate, come emerge dalla tabella che pubblichiamo qui a lato) con l'obiettivo di effettuare esami genetici che non vengono garantiti dall'azienda sanitaria anche a pazienti non trentini. Si tratterebbe insomma di un'alleanza tra pubblico e privato, pagata dall'Azienda sanitaria di Trento che poi viene rimborsata dalle regioni di provenienza dei pazienti, ma in questa operazione si riserva comunque margini di gua-

La risonanza magnetica è uno degli esami più prescritti dai medici trentini, tanto che l'Azienda ha previsto un fondo di riserva per far fronte al carico di lavoro

dagno e - come detto - diminui-

• Il caso di Rovereto

Test genetici per pazienti di vari ospedali italiani

• Liste d'attesa

I pazienti potranno ricorrere al privato se i tempi si allungano

• Esami molto richiesti

Previsto un fondo speciale per pagare le risonanze magnetiche

sce la differenza tra pazienti in fuga e pazienti in arrivo che per il Trentino resta sempre una spina nel fianco.

I fondi di riserva

All'interno dei budget sono stati previsti dall'Azienda sanitaria anche circa 600 mila euro di fondi di riserva per imprevisti, ma anche in considerazione - come si legge nella delibera - della sospensione dell'attività di risonanza magnetica presso l'ospedale di Rovereto. Altre modifiche a questi tetti di spesa potrebbero essere stabilite in base a nuove esigenze dell'Azienda sanitaria, in particolare per quanto riguarda i tempi d'attesa. Il piano provinciale per il miglioramento dei tempi d'attesa prevede infatti che la Provincia possa integrare i fondi per l'attività sanitaria privata nel caso in cui dovessero allungarsi i tempi delle prestazioni specialistiche garantite dal pubblico. Ma questo solo nel caso di "primi accessi" (sono escluse quindi le visite di controllo) che vengono giudicati con un grado almeno minimo di priorità dal medico prescrittore.

BUDGET ASSISTENZA SPECIALISTICA PER IL 2019

	• 2019	• var. % su 2018
Solatrix Rovereto	€ 2.099.800	3,95%
Villa Bianca Trento	€ 2.110.400	0,02%
Eremo Arco	€ 1.885.000	17,08%
San Camillo Trento	€ 2.642.000	5,68%
San Pancrazio Arco	€ 1.275.000	28,14%
Laboratorio Adige	€ 911.000	1,22%
Magi's Rovereto	€ 1.220.000	238,89%
Tecnomed	€ 1.538.000	28,17%
Terme Comano	€ 10.000	0,00%
Cerin Rovereto	€ 280.000	0,00%
Cibio	€ 420.000	55,56%
Istituto de Tschiderer	€ 1.100.000	0,00%
Cst Mezzolombardo	€ 251.000	4,58%
Cst Trento	€ 793.500	25,95%
Atsm Trento	€ 500.000	0,00%
Irifor Trento	€ 145.000	0,00%
Agsat Trento	€ 170.000	0,00%
Anffas Trento	€ 170.000	0,00%
Rsa fkt	€ 165.000	3,13%
Studi odontoiatrici	€ 4.500.000	0,00%
	€ 22.185.700	11,65%



DOSSIER

PAOLO RUSSO

App e visite a distanza La sanità diventa digitale

P. 15



L'ITALIA CHE CAMBIA

App e visite a distanza, ecco la sanità digitale

Ospedali e Asl aumentano gli investimenti: 4 pazienti su 10 indossano dispositivi per monitorare la salute

PAOLO RUSSO
ROMA

App che consentono di visitare il paziente a distanza in 3D, come se fosse davanti al medico. Piattaforme che aiutano gli specialisti a stilare i referti degli esami diagnostici correggendone gli errori. Sistemi di alert che consentono di far arrivare i soccorritori più vicini a chi è vittima di un infarto. E sempre più dottori in grado di controllarci a distanza, tramite braccialetti, smart watch e

Braccialetti e smart watch controllano ritmo cardiaco e pressione

quant'altro in grado di monitorare i nostri parametri vitali, dal ritmo cardiaco alla pressione. Benvenuti nel presente della sanità digitale, in attesa del 5G, la nuova rete ultraveloce, che moltiplicando all'infinito la capacità di trasmissione di dati e informazioni promette di

curare sempre più da remoto.

Intanto Asl e ospedali provano a tenere il passo dell'innovazione: gli investimenti sono aumentati nel 2018 del 7% rispetto al 2017, fino a quota 1,39 miliardi, informa il rapporto dell'Osservatorio sull'innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano. Certo, medici e pazienti sembrano correre più veloci, visto che sei camicie bianche su 10 utilizzano WhatsApp, con qualche pericolo per la privacy dei propri assistiti, mentre il 41% dei pazienti usa app o dispositivi indossabili per controllare il proprio stato di salute. Ma il balzo avanti nella sanità pubblica c'è stato, visto che nel 2017 l'incremento degli investimenti era stato solo del 2%.

Il grosso del gruzzolo è andato alla messa in rete di pc e piattaforme on line, oggi troppo spesso non comunicanti, con la conseguenza che le informazioni non circolano facilmente tra ospedali e tantomeno da questi agli studi dei me-

dici di famiglia. Con il risultato che spesso mancano tutti gli elementi per una corretta diagnosi e si finisce magari per ripetere accertamenti fatti da poco. A ruota seguono gli investimenti per la cartella clinica elettronica, oggi attiva per 11 milioni di utenti, la maggioranza dei quali è monitorata ancora su carta, mentre digitalizzate sono il 40% delle ecografie e il 33% degli elettrocardiogrammi. Insomma, c'è ancora terreno da recuperare. Ma occorre sbrigarsi: a Chesterfield, Usa, grazie alla telemedicina un ospedale assiste da remoto 2.400 pazienti sparsi in luoghi lontani. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

1,39

**I miliardi investiti nel
2018 da Asl e ospedali
nell'innovazione:
+7% rispetto al 2017**

11

I milioni di persone
che utilizzano
la cartella clinica
elettronica

LE STORIE

L'innovazione al Maugeri di Pavia

Mammografie hi-tech per diagnosi sicure



PAVIA

La mammografia è considerata da tempo l'esame strumentale d'eccellenza per arrivare a una diagnosi precoce dei tumori al seno. Ma non sempre i risultati sono attendibili. A volte si hanno dei falsi positivi, e molte donne finiscono per sottoporsi inutilmente a invasivi trattamenti chemioterapici. In altri casi risultano falsi negativi, che consentano alla malattia di

avanzare impunemente.

A correggere il tiro ci ha pensato la piattaforma digitale "X-Rais", specializzata nella lettura ad alto tasso di precisione degli screening mammografici, ma che promette applicazioni anche per Tac ed ecografie. La utilizzano gli Istituti clinici scientifici Maugeri di Pavia. Un fiore all'occhiello della sanità italiana, che grazie al nuovo sistema ha incrementato il numero di indagini eseguite, fronteggiando così sia il problema della carenza di medici radiologi, sia l'aumento della domanda dovuto all'abbassamento dell'età delle donne che devono sottoporsi a controllo. Ma l'innovativa piattaforma digitale ha soprattutto ridotto gli errori diagnostici. Grazie alle sue reti neurali (un sistema complesso capace di interconnettere una enorme quantità di informazioni) X-Rais assiste il

medico nella refertazione, suggerendo automaticamente le aree sospette e la loro classificazione. Il sistema analizza autonomamente migliaia di immagini e presenta al radiologo il livello di densità della mammella e ogni anomalia rilevata dal mammografo.

Dal marzo del 2018 al febbraio scorso la piattaforma digitale del Maugeri ha analizzato seimila esami di screening mammografici, smascherando poco meno del 18% di falsi negativi e ben il 35% di falsi positivi, evitando a tante donne la chemioterapia.

I dati confermano, in assenza di sistemi digitali in grado di correggere gli errori, la fallibilità del test, che secondo uno studio canadese pubblicato dal British Medical Journal, darebbe responsi errati in un caso su cinque. **PA. RU.** —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

LE STORIE

Il sistema di allarme del 118 a Reggio Emilia

L'applicazione salva chi è colpito da infarto

REGGIO EMILIA

Soccorritori che si trovano nei pressi di chi è vittima di un infarto allertati da una app che indica loro dove sono i defibrillatori più vicini. Un'innovazione salva vita quella che il servizio 118 dell'Emilia Romagna ha reso operativa del settembre del 2017. Il sistema di allarme "RespondEr" funziona così: quando in una delle tre centrali del 118 regionale viene registrato un arresto cardiaco, codificato come "codice blu", oltre all'invio di un'ambulanza specifica, scatta automaticamente un sistema di allarme per i volontari che si trovano nel raggio di 3, al massimo 5 chilometri dal luogo dell'evento, geolocalizzandoli tramite smartphone, che mediante una app chiede la loro disponibilità a intervenire. I volontari tramite la stessa app ricevono le informazioni necessarie, compresa la propria distanza dal defibrillatore e, se ci sono le condizioni, premono sul display il tasto "Posso intervenire", senza perdere tempo in telefonate. La stessa app guida il volontario al defibrillatore più vicino, mentre la fase di soc-



REPORTERS

corso vera e propria avviene in contatto telefonico con il 118.

Da quando il sistema è in funzione i volontari hanno dato la disponibilità ad intervenire in un caso su 5 e 4 volte su 10 sono arrivati prima dell'ambulanza, risparmiando tempo prezioso. I dati raccolti dalla società italiana di medicina d'urgenza Simeu, confermano l'importanza della "golden hour", l'ora d'oro, considerata quella che può salvare la vita e impedire danni permanenti. Arrivare in ospedale o essere soccorsi entro sessanta minuti è considerato strategico per la gestione dell'infarto, di ictus, infezioni, traumi gravi. Patologie definite "tempo dipendenti", che in più del 50% dei casi se arrivano ad essere trattate entro la "golden hour" hanno un'alta probabilità di essere risolte senza fare troppi danni. PA. RU. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

La sperimentazione al Policlinico di Bari

Paziente e dati clinici sullo schermo in 3D

BARI

Una app che consente al medico specialista di osservare direttamente sullo schermo in 3D il paziente colpito da infarto o ictus, i suoi dati clinici e la Tac appena effettuata, risparmiando il tempo prezioso che si perderebbe per il trasporto del paziente. E' il "Mixed reality", la nuova tecnologia che fa interagire in tempo reale mondo fisico e virtuale e, applicata alla telecardiologia consente di salvare vite, facendo risparmiare tempo e denaro. A sperimentarlo con successo è stato il Policlinico di Bari, che per questo ha conquistato il Premio Fiaso (Federazione Asl e Ospedali) per l'innovazione tecnologica in sanità.

Il modello prevede oltre al tradizionale flusso in remoto di audio-video, anche la trasmissione di contenuti informativi complessi (ologrammi). Per mezzo di occhiali con visori 3D di mixed reality è possibile attuare un collegamento interattivo tra due operatori sanitari in remoto. Nello specifico, tramite una applicazione sul Pc, il medico specialista nella Control Room dell'ospedale di riferimento



REUTERS

risponde a chiamate di operatori sanitari degli altri ospedali, avviate con smartphone. Il medico vede in formato 3D dallo schermo del suo pc il paziente, dati clinici e immagini della Tac appena eseguita e può effettuare una consulenza a distanza, valutando se debba essere trasportato nell'ospedale specializzato o restare dov'è. Risparmiando così il tempo per l'eventuale trasporto dopo la Tac. Le chiamate gestite tramite il sistema sono state 36, con una durata media di 13,25 minuti. Lo scorso anno il Policlinico di Bari ha ridotto del 40% i ricoveri, risparmiando circa 30 milioni.

La "Mixed reality" applicata alla telecardiologia sarà a regime nel 2020, consentendo di accrescere la precisione delle diagnosi e la tempestività delle cure in situazione di emergenza. PA. RU. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



PERCHÉ SERVE LA SANITÀ PRIVATA

ROMANO VERANI

Di nuovo riemerge il dibattito politico sulla sanità pubblica e quella privata, indicando, come al solito, la seconda come un surrogato

della prima, forse inutile o addirittura dannosa, comunque ideologicamente censurabile. Il presidente dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata ha recen-

temente affermato che se le case di cura scomparissero, il sistema sanitario entrerebbe in crisi.

> Segue a pagina 13

PERCHÉ SERVE LA SANITÀ PRIVATA

ROMANO VERANI (*)

Questo è vero se accadesse dall'oggi al domani, ma non vi è alcun dubbio che la sanità pubblica sarebbe in grado, nel giro di poco tempo, di fagocitare quella privata senza alcun danno per i cittadini, certo dovrebbe assumere più personale, fare investimenti immobiliari insomma avrebbe bisogno di nuove risorse per ottenere al fine il monopolio dell'attività. Ma a quale prezzo e con quali vantaggi?

A parità di qualità delle prestazioni (come credo che sia in realtà o come dovrebbe essere, ma appurarlo è compito del Sistema in mano pubblica) è risaputo che il loro costo è maggiore (in certi casi assai maggiore) nel pubblico rispetto al privato, se non altro per un motivo molto semplice che vado a spiegare. Il privato viene retribuito per prestazione secondo costi standard (o per posto letto occupato nella riabilitazione e lungo degenza): solo se fai la prestazione o se occupi il posto letto vieni pagato; così, se non fai sufficienti ricoveri (provenienti dalla domanda provinciale) il bilancio della casa di cura ne risentirà fino alle estreme conseguenze cioè alla chiusura.

Ecco perché il privato cerca disperatamente di supplire all'insufficienza della domanda provinciale cercando pazienti in altre Regioni arrivando a coprire con essi fino al 60% del suo fabbisogno. Con un notevole beneficio della Provincia che in questo modo copre una parte cospicua dei maggiori costi derivanti dalle prestazioni che i trentini preferiscono richiedere agli ospedali extra provinciali. Il pubblico invece viene retribuito su base dei costi che ha sostenuto: se un reparto configurato per fare 100 prestazioni ne fa solo 75 tutti i suoi costi non utilizzati (personale, eccetera) gli verranno regolarmente rimborsati (è quello che accade regolarmente). Anche solo per questo motivo (evitiamo volutamente di parlare degli sprechi che per ovvi motivi il privato vede come fumo negli occhi) il privato costa meno. Ne consegue che la Provincia ha tutto l'interesse di "sfruttare" il più possibile il privato.

Esaminando sempre l'aspetto economico va ricordato che le case di cura pagano le tasse sui profitti derivanti sia dai ricoveri dei trentini che da quelli esterni, tasse (qualche milione l'anno) che rimangono in gran parte nella disponibilità provinciale e che si aggiungono ai possibili risparmi (almeno duecento milioni) che il sistema pubblico potrebbe realizzare adottando il sistema di retribuzione delle prestazioni usato per il privato (e previsto dalla legge 502 del 1992 ancora in essere anche se annacquata successivamente dalla ministra Bindi). Ma al di là degli aspetti economici ci sembra di poter affermare che qualsiasi tipo di monopolio, sia di stampo statalista che privato, sia controproducente per i cittadini. La sanità privata rimane un termine di paragone, rispetto a

quella pubblica, in termini di efficienza e di efficacia, una sorta di concorrenza senza la quale il sistema sanitario rimarrebbe in balia di una burocrazia statale autoreferente e priva di ogni controllo.

Se, nonostante tutto ciò, qualche politico in questi giorni ritiene di lamentare che i tagli alla sanità pubblica si traducono in regali a quella privata sarebbe bene che si rendesse finalmente conto che se quei tagli costituiscono un problema (e non si riferiscono all'eliminazione di sprechi, sempre dovuto) l'intervento privato sotto il controllo della Provincia dal punto di vista della qualità è la soluzione.

* presidente
Eremo
di Arco



«La porpora trombotica trombocitopenica fa diminuire l'apporto di ossigeno a vari organi»

Malattie rare, ora test più rapidi

Intervista all'ordinario della Statale Flora Peyvandi



Flora Peyvandi

DI RAFFAELE NESPOLI

Quando il tema è quello delle malattie rare c'è sempre da abbattere uno scoglio in più. Non basta concentrarsi sui sintomi e discutere delle possibili cure, prima ancora bisogna superare il muro della solitudine. Si deve arrivare ad una diagnosi. E questo è certamente il caso di quanti lottano contro la Porpora trombotica trombocitopenica, che colpisce circa una persona su 700 mila - 1 milione e nella maggior parte dei casi si tratta di donne (il rapporto è 1 a 3).

Tra le maggiori esperte in questo campo c'è **Flora Peyvandi**, ordinario di Medicina interna all'Università degli Studi di Milano e direttore del reparto di Medicina Generale - Emostasi e Trombosi del Policlinico di Milano, Centro Angelo Bianchi Bonomi. È lei a spiegare che si tratta di «una grave malattia

acuta del sangue, che porta alla formazione patologica di aggregati di piastrine (trombi) che, ostruendo i vasi sanguigni, provocano una pericolosa diminuzione dell'apporto di ossigeno a diversi organi». È una malattia autoimmune che nella maggior parte dei casi si manifesta tra i 30 e i 40 anni, in una fase della vita solitamente molto delicata, perché quella in cui si inizia a mettere su famiglia o a realizzare le proprie ambizioni. Per comprendere cosa significa essere malato di Porpora trombotica trombocitopenica acquisita si deve familiarizzare con qualche termine un po' complesso. Andiamo con ordine.

«Semplificando - dice Peyvandi - si ha una produzione di anticorpi che attaccano un enzima chiamato ADAMTS-13. Il problema è che questo enzima ha il compito di tagliare la molecola chiamata fattore di von Willebrand, e così si mantiene il sangue fluido. Se ADAMTS13

non riesce a fare questo lavoro, il fattore di von Willebrand non tagliato si lega molto più efficacemente alle piastrine creando dei microtrombi in circolo e inizia a creare danni. I pazienti iniziano a sviluppare una piastrinopenia, con i segni di sanguinamenti cutanei come petecchie o lividi, ma si può arrivare addirittura a vere e proprie emorragie cerebrali con stato comatoso. Altro problema serio è rappresentato dai coaguli che, come detto, possono creare gravi danni, anche a lungo termine, agli organi con importanti conseguenze».

Ma allora, come si interviene?

«Gli approcci - chiarisce l'esperta - sono due. Esiste una procedura che si chiama plasma exchange, letteralmente 'scambio di plasma', tramite la quale possiamo 'depurare' il sangue del paziente tramite l'accesso ad una vena centrale. Ma è un processo molto faticoso per chi lo subisce e anche rischioso. Altro approccio è l'immunosoppressione, che però ha bisogno di almeno sette giorni per essere efficace». Il fattore tempo è sempre cruciale. Un'arma in più è rappresentata da una nuova molecola, non ancora disponibile in Italia. «Una molecola che in sostanza si inserisce tra fattore di von Willebrand e piastrine e - conclude Peyvandi - ne evita il legame. Non cura la malattia, ma ci offre il tempo necessario ad intervenire tramite plasma exchange o immunosoppressione». La speranza di molti è che arrivi presto anche in Italia. Al di là di questa possibilità, molto c'è ancora da fare sullo sviluppo di centri specializzati ai quali i pazienti possano fare riferimento. Quello di Milano è un'eccellenza regionale, ma la situazione in alcune regioni d'Italia si muove ancora tra luci e ombre. Sarà anche

fondamentale, come spesso accade per le malattie rare, riuscire ad abbreviare i tempi della diagnosi. Difficile, vista

la genericità dei sintomi e il numero ridotto di pazienti. In questo senso si sta cercando di mettere a punto test più

rapidi e semplici per il dosaggio di ADAMTS-13, strumenti che sarebbero estremamente utili.



Uno studio dell'università Tor Vergata di Roma: trovato nel sangue il "marchio" della patologia, così si identificano i pazienti sui quali intervenire subito

Infarto, il rischio è nel Dna

LA SCOPERTA

Chi è a maggior rischio di infarto presenta un "marchio" specifico nel sangue. Ad individuare un nuovo marcatore genetico è uno studio italiano pubblicato sulla rivista "Plos One". I risultati permettono di individuare precocemente le persone sulle quali è opportuno intervenire con urgenza.

L'INTERVENTO

«Non è il primo biomarcatore dell'infarto finora identificato ma è il più importante. Consente, infatti, di individuare in un gruppo di soggetti a rischio, quelli a rischio più elevato e che necessitano, pertanto, di interventi terapeutici e preventivi immediati», spiega Giuseppe Novelli, rettore genetista dell'Università di Tor Vergata e tra gli autori principali del lavoro di ricerca. La malattia coronarica e la sua complicità

principale, l'infarto del miocardio, uccide ogni anno circa 70.000 persone in Italia ed è una delle principali cause di morte e disabilità.

Quasi tutte le sindromi coronariche acute presentano una coronaropatia sottostante e, a causarla, è un mix fra stili di vita ed ereditarietà. Capire la relazione tra queste due variabili è stato l'obiettivo dello studio guidato da Giuseppe Novelli, che dirige il laboratorio di Genetica medica

del Policlinico di Tor Vergata, e da Francesco Romeo, direttore della Cardiologia dell'Università di Tor Vergata. I ricercatori han-

IL RETTORE GENETISTA GIUSEPPE NOVELLI: «POSSIAMO PREVENIRE L'ATTACCO CON UNA STRATEGIA TERAPEUTICA»

no coinvolto pazienti con malattia coronarica stabile (senza infarto) e pazienti con malattia coronarica instabile (con infarto) per identificare le varianti molecolari che funzionano come biomarcatori, che permettono cioè di individuare chi potrebbe andare incontro ad un evento acuto in un breve tempo. In particolare, hanno analizzato l'espressione dei "piccoli messaggeri" di RNA non codificante circolante nel sangue (microRNA). Queste molecole, che agiscono da interruttori, hanno importanti ruoli di regolazione dell'espressione genica e possono controllare processi biologici come la proliferazione cellulare e lo sviluppo di tumori. Attraverso l'analisi molecolare è stato identificato, tra un pannello di 84 diversi microRNA espressi nel sangue, il comportamento anomalo di miR-423: risultava avere dei livelli bassi in pazienti con malattia coronarica dopo l'infarto rispetto a chi aveva la malattia coronarica stabile.

IL TEST

La scoperta va nella direzione della medicina personalizzata. «Già oggi - spiega Novelli - vengono utilizzati algoritmi in grado di identificare le persone a rischio di infarto. Il nuovo marcatore individua un sottogruppo di soggetti ancora più a rischio e può tradursi in un test predittivo da effettuare come screening durante le visite o come test di da effettuare in coloro che arrivano al pronto soccorso con sospetto infarto».

R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ictus, più attenzione agli stili di vita

L'evento organizzato a Milano da Salus e Il Giorno esplora la correlazione tra questa patologia e il fumo

LA TERZA TAPPA del ciclo degli "Incontri di Salus" si terrà a Milano martedì 21 maggio, alle 18, nella sede della Regione Lombardia. L'evento, organizzato da Il Giorno e dal mensile Salus, è un'occasione per avviare con importanti figure di riferimento un confronto su temi d'attualità in campo sanitario, proprio come quello di cui si parlerà martedì: "Fumo e Ictus". Dopo l'introduzione di Sandro Neri, direttore del Giorno e il saluto dell'assessore regionale al Welfare, Giulio Gallera, intervorranno Silvio Garattini, presidente dell'Istituto Mario Negri;

Domenico Inzitari, del Dipartimento di Neurofarba dell'Università di Firenze; Eugenio Presti, dell'Istituto Neurologico Carlo Besta e Giulia Veronesi, responsabile della sezione di chirurgia robotica toracica e responsabile del Progetto Smac dell'Istituto Clinico Humanitas. Relatori d'eccellenza, i cui contributi qualificati stimoleranno l'interesse della platea: essendo i posti disponibili limitati, il consiglio è quello di confermare il proprio interesse ad essere presenti telefonando al numero 348/8801100, oppure scrivendo alla mail eventi@speweb.it

Eugenio Parati dell'Istituto Besta: «Più informazione tra i giovani»

Luca Tavecchio
MILANO

Dottor Eugenio Parati, direttore dell'Unità Malattie Cerebrovascolari dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano, cos'è esattamente l'ictus cerebrale?

«La parola ictus è latina e significa «colpo», in inglese il corrispettivo è «stroke». È un evento traumatico con un esordio spesso acuto che investe il cervello. È causato dalla chiusura o dalla rottura di un vaso cerebrale che impedisce l'afflusso di ossigeno alle cellule cerebrali. Nel mondo colpisce circa 15 milioni di persone all'anno, provocando 6,7 milioni di morti. In Italia i nuovi casi ogni anno sono circa 200mila».

Qual è la particolarità dell'ictus rispetto ad altre patologie?

«L'ictus ha un altissimo costo sociale.

Sia per quanto riguarda i costi diretti di cura e riabilitazione, sia per quelli indiretti che colpiscono il paziente e i suoi famigliari dopo la malattia. Innanzitutto perché colpisce soggetti in età lavorativa, senza fare distinzione tra lavoro usurante, lavoro intellettuale, sedentario o di fatica. C'è quindi un dan-

no economico diretto per chi ha avuto un ictus. Ci sono poi tutti i risvolti psicologici, che coinvolgono chi si ritrova, di colpo, con una disabilità magari grave. E infine le tante difficoltà che devono attraversare le persone che stanno accanto ai malati, mogli, figli, parenti».

Quali sono i fattori che aumentano il rischio di ictus?

«Senza dubbio le abitudini di vita dannose. L'ictus, come tutte le patologie legate alla circolazione sanguigna, è favorito dalla cattiva alimentazione, dalla sedentarietà, dal fumo».

Perché le sigarette sono considerate un fattore di rischio?

«I fumatori devono sapere che le sigarette non fanno «solo» fumo. Il loro consumo rilascia nell'organismo una grande quantità di sostanze. La prima è la nicotina, un principio attivo che stimola alcune attività del cervello, e garantisce rilassamento, efficienza, motivazione. Ha un effetto farmacologico simile a quello delle droghe e crea

dipendenza. Ecco perché è così difficile smettere. La nicotina ha però gravi effetti collaterali, ad iniziare dalla vasocostrizione. Più si fuma, più si restringono i capillari, diminuendo la quantità di ossigeno trasportato dal sangue. Un grave problema per un organo come il cervello, attraversato da una fitta rete di capillari e che consuma ossigeno più di ogni altro organo. Ci sono poi le sostanze prodotte dalla combustione, residui catramosi e monossido di carbonio che provocano sofferenza ipossica, diminuiscono cioè la quantità di ossigeno nel sangue».

Cosa manca per rendere la battaglia contro l'ictus più efficace?

«La rete d'intervento, cura e riabilitazione, soprattutto in Lombardia, funziona bene. Quello che manca, e che bisognerebbe realizzare, è invece una rete di prevenzione coordinata, che coinvolga più soggetti, dai medici alla scuola, passando dai mezzi di comunicazione. Il primo fronte è quello dell'informazione perché, soprattutto sui più giovani, i divieti e le proibizioni non servono, anzi, a volte sono controproducenti. Bisogna impegnarsi per evitare che si inizi a fumare, mentre per i fumatori si deve puntare sul concetto che smettere è possibile. E che in cinque-sette anni i rischi di venire colpiti da ictus sono uguali a quelli di chi non fuma».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

15
MILIONI

Le persone che ogni anno vengono colpite dall'ictus, patologia che ha un costo sociale elevatissimo, sia per quanto riguarda i costi diretti di cura e riabilitazione, sia quelli indiretti che colpiscono paziente e famigliari dopo la malattia

6,7
MILIONI

Il numero di decessi provocati ogni anno dall'ictus. In Italia i nuovi casi ammontano a 200mila l'anno e il loro insorgere viene favorito dalle abitudini di vita dannose: sedentarietà cattiva alimentazione e fumo su tutte.

5-7
ANNI

Il periodo di tempo che deve passare dopo aver smesso di fumare, affinché i rischi di venire colpiti da ictus diventino per un ex fumatore uguali a quelli di chi non fuma. Smettere di fumare si può.



“ EVITARE CHE SI INIZI A FUMARE

Il primo fronte è quello dell'informazione, soprattutto sui più giovani: bisogna impegnarsi per evitare che si inizi a fumare

“ COORDINARE LA PREVENZIONE

La rete d'intervento, cura e riabilitazione funziona bene. Manca una rete di prevenzione coordinata che coinvolga più soggetti, dai medici alle scuole.



MEDICINA DI PRECISIONE

Cancro la cura è su misura

Non più farmaci che vanno bene per migliaia di persone. E non più mirati sull'organo colpito. Ma terapie calibrate sul profilo genetico di ogni malato. A Chicago va in scena il futuro

di Daniela Minerva

Caring for every patient, learning from every patient (curare ogni paziente, imparare da ogni paziente). Un titolo quasi romantico per il meeting-tempio dell'oncologia scientifica, quella dei farmaci, dei protocolli, e del grande business.

Sorprendente: sembra la medicina del tempo antico, quella empatica ma poco efficiente di gusto ottocentesco quando Augusto Murri diceva: «Non c'è un paziente uguale all'altro». E invece, eccoci a Chicago, al meeting dell'American Society of Clinical Oncology, 39 mila oncologi, più di 5000 ricerche scientifiche presentate, milioni di dollari sul piatto: non sembrerebbe esserci spazio per il romanticismo. Eppure il motto fa perno su quell' "every", ciascuno. Il malato di cancro nella sua unicità, da curare e da cui imparare. Perché in quell'"every" si nasconde il fuoco vivo della rivoluzione, che ha portato la medicina di precisione, personalizzata, dall'essere un bel sogno scientifico a una realtà concreta. E che ha poco a che fare col "senso clinico", ma ben di più con fiumi di algoritmi, test genetici, pattern molecolari che disegnano la geografia patologica di ciascuno di noi e permettono ai medici di trovare, tra i tanti esistenti, i farmaci che "riaggiustano" il caos molecolare che ci ha fatto ammalare. Una faccenda complicatissima: il meeting dell'Asco, che si apre venerdì, la mette definitivamente al centro della guerra al cancro perché non è più solo una nicchia straordinariamente affascinante, ma forte di decine di farmaci già in uso diretti contro le mutazioni, è il futuro che si è fatto realtà.

Cominciamo col dire che il passaggio epocale è stato quello da terapie come la chemio o la radio, che curano il tumore di un organo specifico (mammella, colon, prostata...) in tutti i malati, a un'oncologia che usa terapie mirate a specifici target molecolari (i responsabili della cancerogenesi). L'archetipo, che segnò l'inizio della nuova era, è stato il trastuzumab, capace di curare le donne ammalate al seno nel cui tumore è presente la mutazione nota come Her2; ma molti altri ne sono seguiti: nel disegno li vedete tutti. Siamo, tuttavia, ancora un passo indietro: perché sono farmaci che funzionano per migliaia di pazienti secondo protocolli standard, non creati paziente per paziente.

Questo turbinio genetico, però, ha creato la massa di prove scientifiche per il cambio di passo. «Vogliamo identificare quelle mutazioni che possono essere colpite da farmaci già a nostra disposizione - spiega Paolo Marchetti, direttore dell'Oncologia medica al Policlinico Umberto I di Roma - a prescindere dall'organo in cui si manifesta il tumore». E così sarà il genoma del paziente a guidare l'azione dei medici. Per arrivare, aggiunge Pier Franco Conte, direttore dell'Oncologia medica del Policlinico di Padova, «a curare in maniera personalizzata tumori che oggi trattiamo come se tutti i pazienti avessero la stessa malattia». E invece, ogni paziente è un caso a sé, o meglio: un profilo genetico a sé.

La prova che tutto questo è possibile l'ha data la Fda americana quando, nel maggio del 2017, ha approvato un farmaco, il pembrolizumab (box in alto) a prescindere dall'organo colpito (ma in certe condizio-

ni genetiche). Gli addetti ai lavori li chiamano "farmaci agnostici", e sono già tre (vedi disegno). Insomma, lo scenario che si intravede è questo: il genoma di ogni paziente sarà sequenziato per evidenziare le anomalie molecolari che hanno finito col danneggiarlo e si va a cercare, tra i farmaci disponibili, quelli capaci di colpire l'anomalia. Senza intaccare l'organismo. Bello, ma di certo non semplice se si pensa che in Italia si ammalano ogni giorno circa 1000 persone e vivono oltre 3,5 milioni di persone che hanno combattuto e combattono il cancro. Con questi numeri, pensare di fare il profilo genetico a ciascuno, scovare un farmaco (di certo costosissimo) e poi fare una terapia personalizzata sembra davvero un'utopia. Mentre sappiamo che la vecchia medicina dei gruppi met-

te in sicurezza un gran numero di persone. «È una sfida - chiosa Conte - perché dovremo cambiare molte cose. Le regioni dovranno avere il coraggio di scegliere i centri di eccellenza e noi dobbiamo sapere che per patologie e farmaci che ci assicurano già un buon successo dovremo procedere come facciamo ora. Ma la buona notizia è che le tecnologie di sequenziamento diventano di giorno in giorno più economiche e che, quando possiamo prescrivere i farmaci con la certezza che funzionano, perché mirati su mutazioni

Il caso Una molecola per mille malattie

Si chiama "approvazione agnostica". Ed è il nuovo modo di usare i farmaci nella medicina personalizzata. L'apripista è stato negli Usa il pembrolizumab, farmaco immunoterapico già in uso per diversi tumori (melanoma, polmone, rene). Ma nel maggio del 2017 arriva il segnale del cambiamento: è ok il,

Lo studio E adesso vediamo se funziona meglio di quella standard

Il Rome - From Histology to target è uno studio clinico che vuole valutare se e quanto le terapie target scelte sulla base del profilo genetico del tumore di uno specifico paziente siano più efficaci delle cure normalmente usate per quel tumore. Il progetto coinvolgerà 52 centri di eccellenza

che abbiamo trovato, risparmiamo molto».

Restano comunque parecchie zone d'ombra: a che punto e a chi si deciderà di fare i test avanzati in grado di analizzare le alterazioni molecolari del tumore? E quali regioni saranno in grado di affrontare questo parapiglia? Quali sperimentazioni serviranno per avere prove di efficacia? Insomma, come si fa a far diventare di massa una medicina che oggi si pratica solo in pochissimi centri di eccellenza nel mondo? Asco 2019 lancia la sfida: è dai dati molecolari di ciascun malato che gli oncologi reimpareranno a fare il loro mestiere. Col fiato sul collo di migliaia di pazienti in attesa. Che la rivoluzione si traduca in speranza per ognuno di loro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

—“—
Oggi trattiamo i tumori come se tutti i pazienti avessero la stessa cosa. E invece ogni persona è un caso a sé. O meglio: un genoma a sé

"pembro" come già lo usiamo, dice la Fda, ma non basta. Le prove indicano che funziona per ogni neoplasia solida, posto che abbia un certo profilo genetico (elevata sensibilità ai microsatelliti e deficit di cosiddetto "mismatch repair"). Un anno e mezzo dopo (novembre 2018), stessa logica per il larotrectenib, utilizzabile per tutti i tumori solidi che presentino un'anomalia nel gene NTRK. E, poche settimane fa, via libera a entrectenib.

in tutto il paese e prevede il reclutamento di circa 1.200 pazienti in fase precoce di malattia colpiti da tumori del polmone, della mammella, del tratto gastroenterico (esclusi quelli del colon retto) e rari. I malati saranno

divisi in due bracci: un gruppo verrà curato come sempre si fa e l'altro riceverà un farmaco basato sul genoma dei malati. A decidere il da farsi per ogni malato sarà un team multidisciplinare. I risultati si avranno in 18-24 mesi.

Farmaci oncologici

Colpiscono il gene per curare la malattia

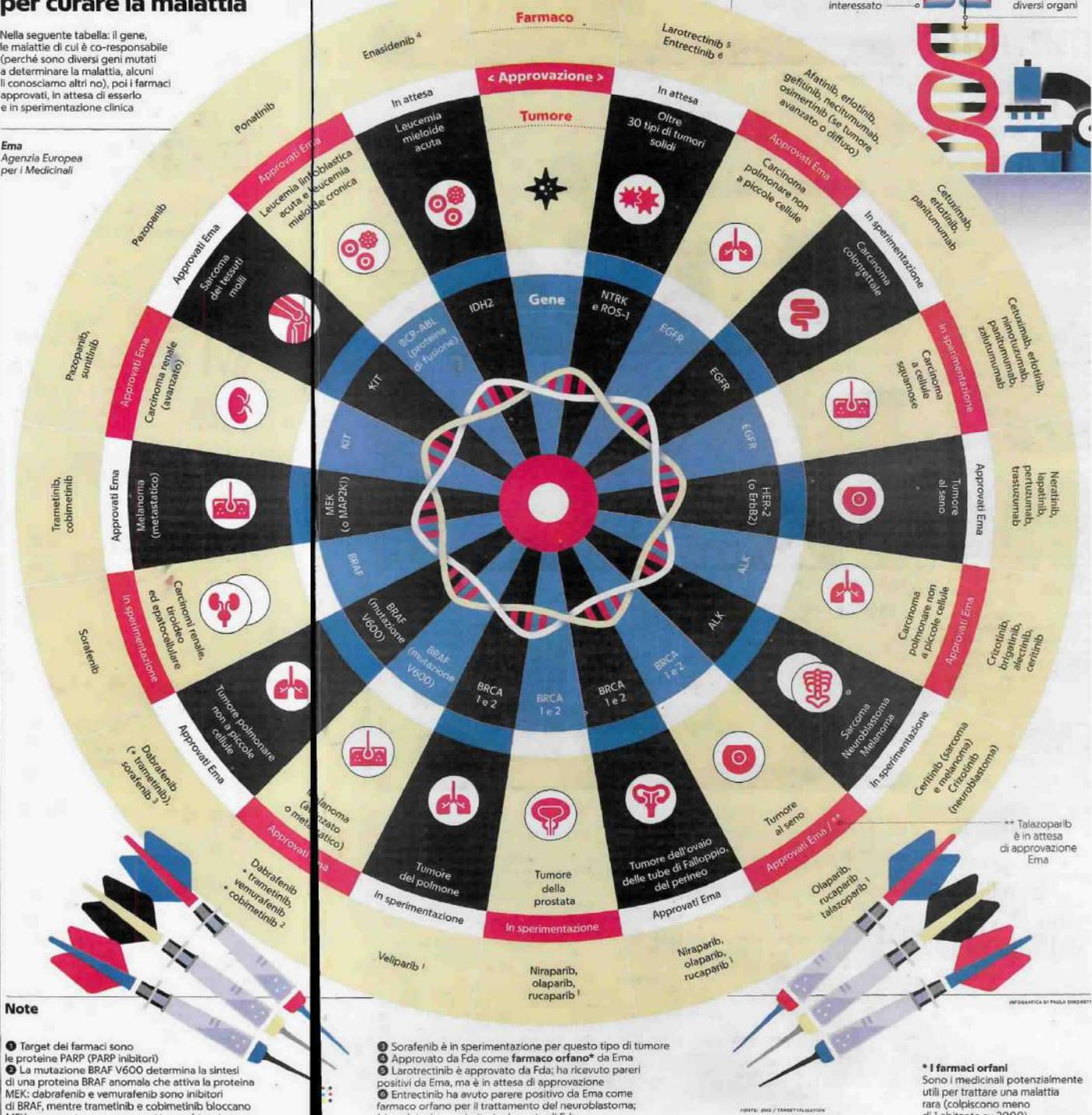
Nella seguente tabella: il gene, le malattie di cui è co-responsabile (perché sono diversi geni mutati a determinare la malattia, alcuni li conosciamo altri no), poi i farmaci approvati, in attesa di esserlo e in sperimentazione clinica

EmA Agenzia Europea per i Medicinali

Cosa sono le terapie di precisione

Sono cure studiate e approvate sulla base dell'organo interessato

Ma si parte dal gene mutato che è responsabile del tumore di diversi organi

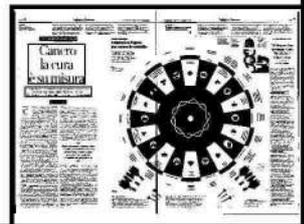


Note

- Target dei farmaci sono le proteine PARP (PARP inibitori)
- La mutazione BRAF V600 determina la sintesi di una proteina BRAF anomala che attiva la proteina MEK; dabrafenib e vemurafenib sono inibitori di BRAF, mentre trametinib e cobimetinib bloccano MEK, per questo vengono usati in combinazione

- Sorafenib è in sperimentazione per questo tipo di tumore
- Approvato da Fda come **farmaco orfano*** da EmA
- Larotrectinib è approvato da Fda; ha ricevuto pareri positivi da EmA, ma è in attesa di approvazione
- Entrectinib ha avuto parere positivo da EmA come **farmaco orfano** per il trattamento del neuroblastoma; è in valutazione prioritaria da parte di Fda

*** I farmaci orfani**
Sono i medicinali potenzialmente utili per trattare una malattia rara (colpiscono meno di 1 abitante su 2000)



C'è chi vola negli Usa: i costi sono proibitivi e le prospettive di guarigione molto limitate. L'agenzia europea ha dato l'ok a due super-farmaci, ma non sono ancora disponibili in Italia

Ultima possibilità, la Car-T

Boom di viaggi della speranza per le terapie immunoterapiche

"Ecco le opportunità e i rischi"

GENETICA/1

DANIELE BANFI

Un annuncio tipo è: «In Italia non ci hanno dato più speranze. L'ultima possibilità è volare negli Usa per tentare una nuova cura. I costi sono proibitivi e occorrono 500 mila euro». Sulle piattaforme di «crowdfunding» - siti web che permettono di raccogliere fondi per scopi benefici - messaggi simili si moltiplicano. Nella maggior parte dei casi si tratta di malati di cancro che vorrebbero sottoporsi alle cure Car-T, acronimo di «Chimeric antigen receptor T cell», l'ultima evoluzione dell'immunoterapia contro i tumori. Situazioni estreme, in cui la lucidità non sempre vince: queste terapie si sono dimostrate efficaci solo in particolari tumori del sangue e per un limitato numero di pazienti attentamente selezionati. Ecco perché muoversi da soli, alla disperata ricerca di una presunta cura risolutiva con le Car-T, spesso espone non solo al disastro economico, ma, quasi certamente, al fallimento della cura.

Le cellule ingegnerizzate. In 10 anni la lotta al cancro è

stata rivoluzionata dall'immunoterapia: se in passato la lotta alle metastasi era legata all'idea di eliminarle con molecole capaci di colpire le cellule cancerose, ora nel mirino finisce il sistema immunitario. Spetta a lui combattere la malattia. Il concetto è sfruttare la capacità delle cellule che ci difendono di riconoscere il cancro. Lo si può fare in diversi modi. Ultimo in ordine di tempo sono proprio le Car-T. «La tecnica - spiega Paolo Corradini, direttore della divisione di ematologia della Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori di Milano - consiste nel prelievo dei linfociti T del malato per poi modificarli geneticamente in modo che sulla superficie esprimano un recettore chiamato Car. La sua presenza ha come effetto un potenziamento dei linfociti stessi, che li rende in grado, una volta reinfusi, di riconoscere e attaccare le cellule tumorali presenti nel sangue e nel midollo, fino a eliminarle».

Tumori del sangue. Non tutte le Car-T sono uguali: se esprimono sempre il recettore chimerico, tuttavia differiscono per le molecole di co-stimolazione. Ecco perché alcune terapie agiscono come una fiammata e, appena reinfuse,

hanno un'azione fortissima e immediata, mentre altre hanno un'azione meno esplosiva, ma possono agire nell'organismo per tempi più lunghi. Al momento l'approccio si è dimostrato efficace per alcuni tumori del sangue e dall'agosto dello scorso anno l'Ema, l'Agenzia europea per i medicinali, ha autorizzato la commercializzazione di Tisagenlecleucel (Novartis) e Axicabtagene ciloleucel (Gilead): il primo farmaco è destinato alla leucemia linfoblastica acuta a cellule B nei pazienti pediatrici e fino ai 25 anni di età e per il linfoma diffuso a grandi cellule B negli adulti, mentre il secondo farmaco è destinato agli adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B e con linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B.

Si tratta di terapie che sono risultate efficaci nel dare una risposta duratura contro la malattia nel 35-40% dei casi. Trattamenti che al momento, in Italia, non sono sul mercato - l'unica via, al momento, è la somministrazione ad uso compassionevole - a causa della negoziazione del prezzo ancora in corso tra l'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) e le aziende produttrici.

Solo in casi selezionati. «Pur essendo terapie salvavita

da utilizzare quando non si hanno più altre armi a disposizione, ciò non significa che per tutte le persone affette da questi tumori le Car-T siano indicate. Tutt'altro. La selezione avviene attraverso criteri molto stringenti: spesso, se la malattia ha caratteristiche aggressive e ha compromesso organi importanti come il rene, una terapia Car-T avrebbe effetti devastanti sul malato. Non può, quindi, passare il messaggio illusorio che le Car-T siano la soluzione», precisa Corradini.

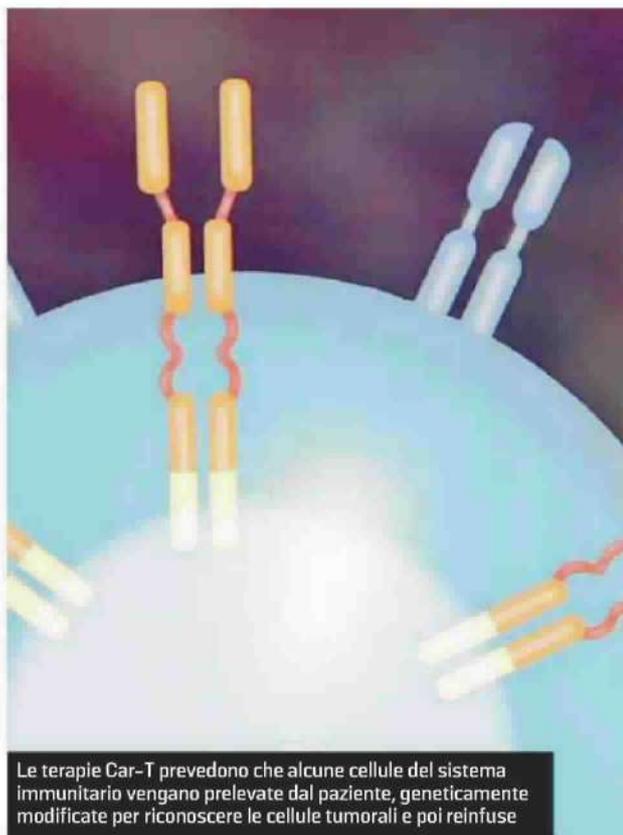
Intanto, al di là delle due terapie già approvate, al mondo sono centinaia le sperimentazioni in atto. Protocolli di cura sperimentali che,

in quanto tali, non richiedono alcun pagamento. Eventuali iniziative di «crowdfunding», in questi casi, sono dunque destinate a supportare un soggiorno all'estero.

Diverso è il discorso per le terapie Car-T già approvate. Nell'attesa che possano essere disponibili anche in Italia la scelta di recarsi all'estero per «comprare» la cura espone a rischi elevatissimi. Se alcuni modelli sanitari diversi dal nostro, come quello degli Usa, consentono, per chi se lo può permettere, di accedere comunque alle terapie, spendendo fino all'equivalente di un milione di euro, non ci sono mai garanzie: in molti casi sottoporsi a queste cure sperimentali è comunque inutile o,

addirittura, pericoloso.

Cure all'avanguardia. «Le Car-T, almeno per ora, sono indicate in un numero ristretto di pazienti e spesso chi prende la strada dei viaggi della speranza lo fa nuocendo a se stesso e creando illusioni ad altri», ammonisce lo specialista. Non solo. «Pensare che negli Usa ci siano cure migliori - e parlo anche dell'Italia - è un falso mito. Proprio per il modello sanitario differente, se negli Usa sono disponibili più farmaci, non significa che questi portino a maggiori benefici clinici. Il nostro Paese tramite il Servizio sanitario - seppur perfezionabile - è in grado di fornire cure tra le più all'avanguardia. Non dimentichiamolo». —



Le terapie Car-T prevedono che alcune cellule del sistema immunitario vengano prelevate dal paziente, geneticamente modificate per riconoscere le cellule tumorali e poi reinfuse

