

Oltre il fondo sanitario integrativo: il welfare come sistema integrato

L'esperienza in Intesa Sanpaolo

Pietro De Sarlo – responsabile Welfare di Gruppo

Milano, 6 luglio 2010

Indice dei contenuti

- Incipit
- Il welfare come parte integrante del piano di impresa
- I numeri di un fenomeno
- L'approccio dei 4 pilastri
- Il focus sul cambio di visione per la sanità integrativa aziendale
- Separare “statuti” e macchina delle *operations*
- La qualificazione delle reti sanitarie

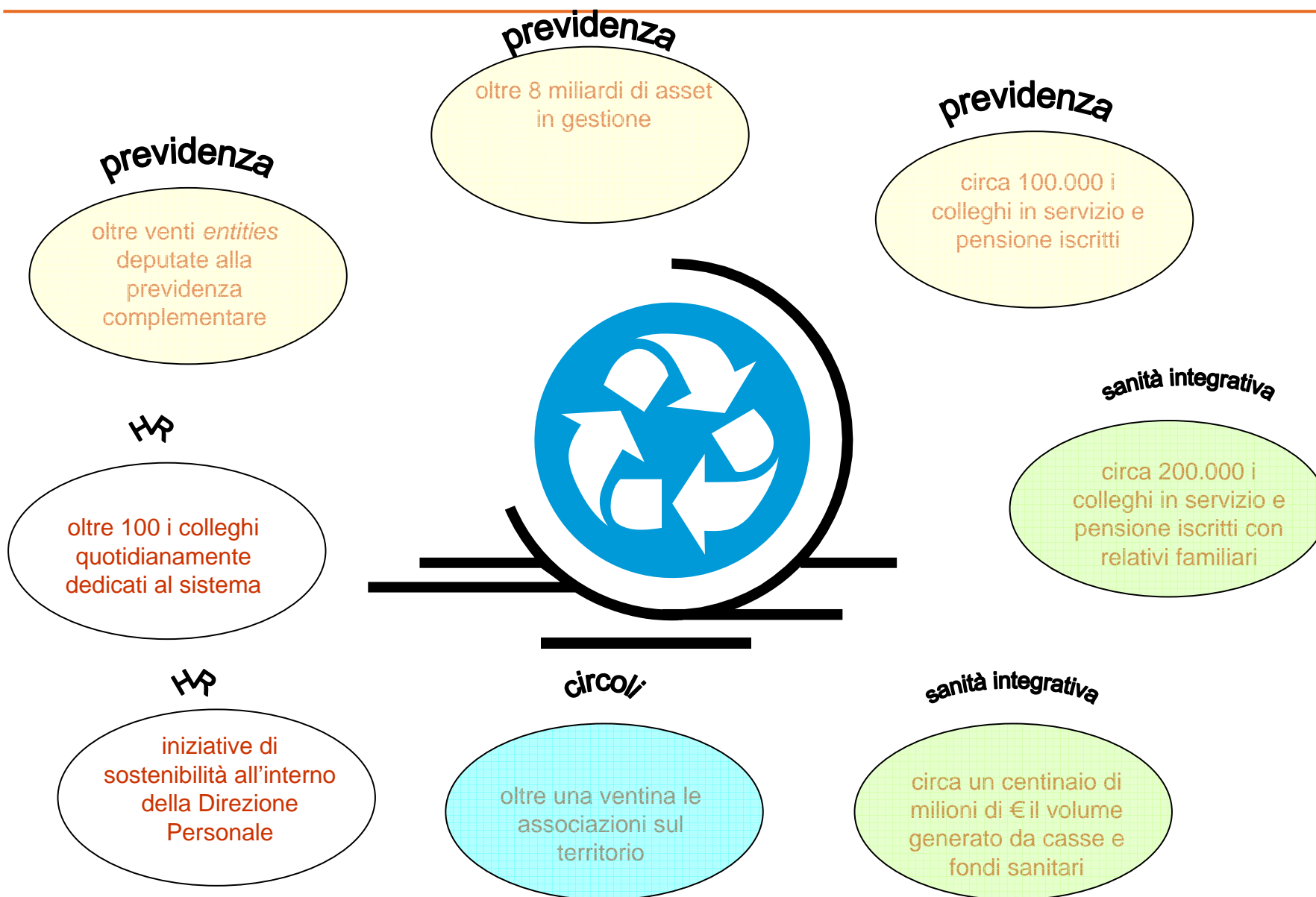
Vogliamo parlare di **sistema aziendale di welfare**, che è tale perché non si tratta di singole, seppur importanti, iniziative isolate, bensì deve essere percepito e vissuto come un elemento qualificante e integrato che caratterizza l'appartenenza al Gruppo Intesa Sanpaolo

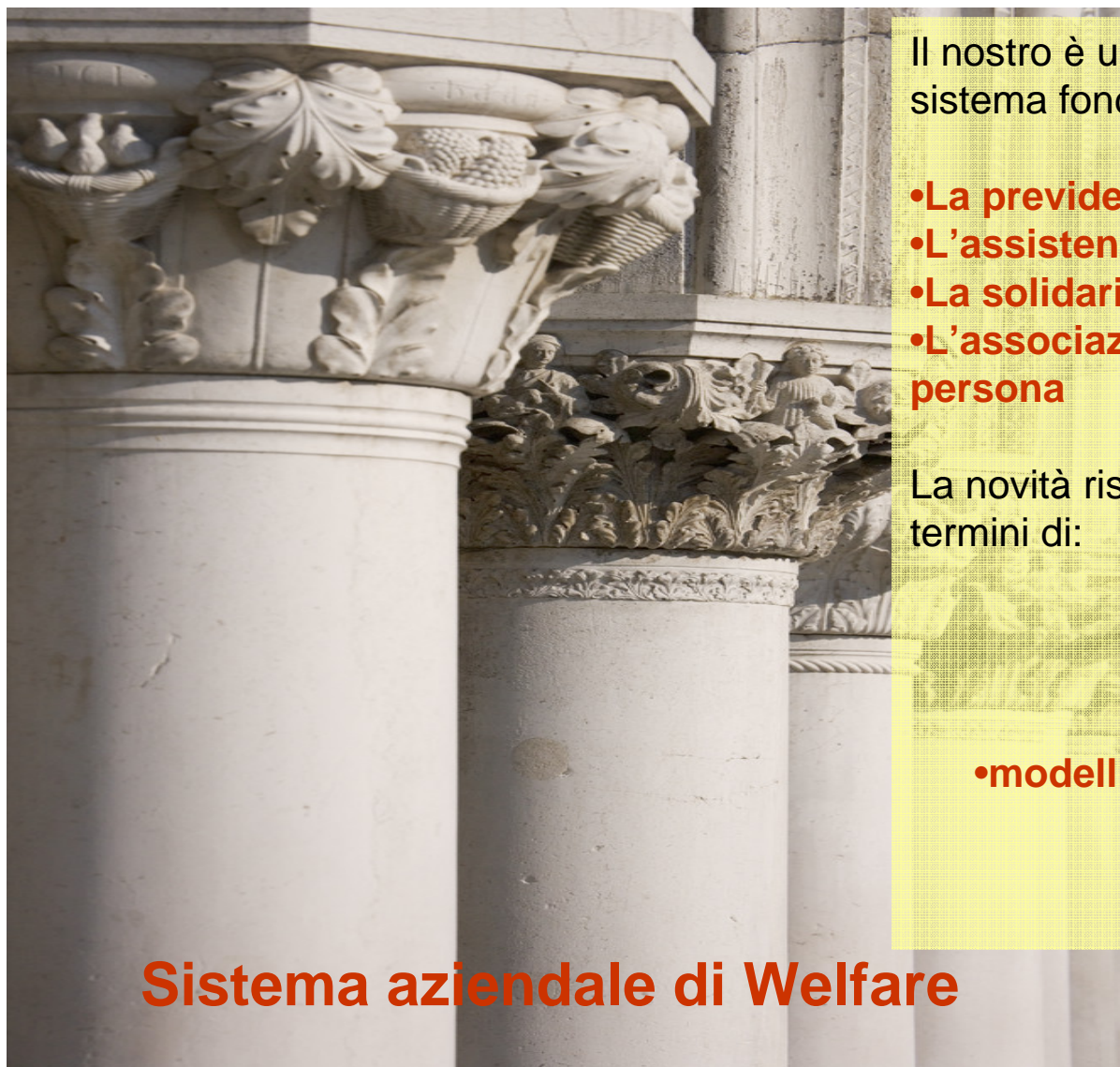
Il welfare come parte integrante del piano di impresa

- Il livello di importanza di un tema viene anche stabilito dal *sponsorship* che lo accompagna. Nel caso di Intesa Sanpaolo l'inserimento del capitolo welfare all'interno del piano di impresa nella parte del contributo HR è stato determinante per un rilancio delle iniziative concrete.
- Tre sono i driver su cui si è puntato:



I numeri di un fenomeno





Il nostro è un approccio che vede il sistema fondarsi su 4 pilastri:

- **La previdenza integrativa**
- **L'assistenza sanitaria**
- **La solidarietà**
- **L'associazionismo ed i servizi alla persona**

La novità risiede nell'approccio integrato in termini di:

- **visibilità**
- **comunicazione**
- **assetto organizzativo**
- **modelli di pianificazione e controllo**

Sistema aziendale di Welfare

Il focus sul cambio di visione per la sanità integrativa aziendale

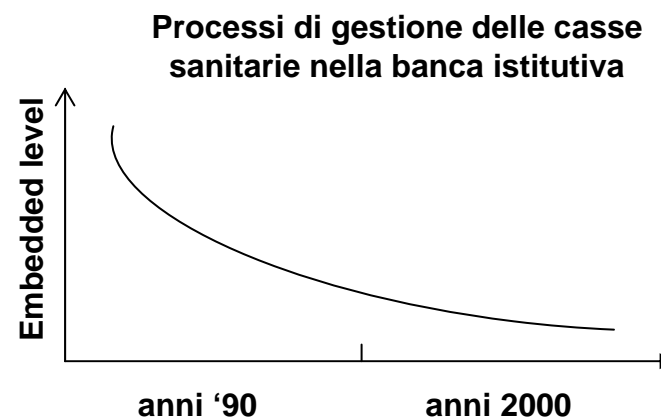
Documentazione
riservata ®



- Il quadro delle iniziative per attuare il programma si sviluppa essenzialmente attraverso:
 - tendere all'unificazione degli enti che gestiscono la sanità integrativa, in modo da ampliare al massimo le masse critiche;
 - elevare il livello dei servizi volti alla promozione del benessere e sostegno nel momento del disagio, in particolare agendo su:
 - piani di prevenzione
 - tutoraggio per la gestione dei gravi accadimenti
 - selezione e qualificazione di un network sanitario di elevato standard
 - stipulare partnership con un soggetto di mercato profondo conoscitore delle reti sanitarie in termini di **eccellenza medica, stretto rispetto deontologico ed alta motivazione nell'esercizio della professione medica**, stanti i livelli di costo già oggi soddisfacenti

Separare “statuti” e macchina delle *operations*

- Storicamente i processi di gestione ed amministrazione delle *entities* dedicate alla sanità integrativa, si sono “confusi” nell’ambito delle unità amministrative del personale della banca, ad ulteriore testimonianza dello stretto nesso del tema con la componente di relazioni industriali.
- Se il nesso “relazionale” è tuttora, come naturale, lasciato all’equilibrio del tavolo di confronto con le parti sociali, da qualche tempo sono in essere dei meccanismi di spostamento verso il mercato per quella componente che possiamo definire “macchina operativa” del soggetto che eroga sanità integrativa; in effetti è evidente come si possa distinguere chiaramente tra equilibrio tra prestazioni / contribuzioni (con meccanismi più o meno di solidarietà e con perimetri storicamente diversi) ed invece esecuzione di servizi di incasso e pagamento, liquidazione, motore anagrafico e di calcolo delle regole, gestione delle reti, servizi web.
- Tali servizi si prestano a raggiungere economie di scale significative se eseguite in grande numero, tipicamente da fornitori specializzati.
- Attività di riallocazione comportano ingenti sforzi di ridisegno processi, ma aprono potenzialmente la possibilità di raggiungere importanti riduzioni di costi medi per iscritto.



La qualificazione delle reti sanitarie

Esempio di rete in outsourcing

Documentazione
riservata ®

REGIONI	CASE DI CURA	CENTRI DIAGNOSTICI E LABORATORI	CENTRI FKT	MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI c/o STRUTTURE	MEDICI SPECIALISTI IN CONVENZIONE AUTONOMA	OPERATORI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI	RESIDENZE SOCIO ASSISTENZIALI	ODONTOIATRI	TOTALE CONVENZIONI
LOMBARDIA	121	1970	227	9.905	390	1.506	55	842	15016
LAZIO	69	1355	186	5.648	872	3.748	31	583	12492
PIEMONTE	28	623	79	2.292	82	273	13	280	3670
VALLE D'AOSTA	1	9	2	82	5	366	-	3	468
EMILIA ROMAGNA	37	569	146	3.029	104	101	17	195	4198
TOSCANA	25	453	84	2.047	15	511	11	176	3322
SICILIA	26	533	60	2.128	134	233	12	239	3365
VENETO	20	529	106	1.637	52	361	9	209	2923
PUGLIA	17	402	31	1.392	89	264	8	192	2395
LIGURIA	13	282	53	1.064	66	564	6	101	2149
CAMPANIA	14	545	42	1.146	148	154	6	259	2314
ABRUZZO	12	201	27	982	40	167	5	82	1516
FRIULI - V. GIULIA	8	106	27	655	49	48	4	40	937
MARCHE	5	149	7	409	13	70	2	69	724
UMBRIA	4	110	12	327	20	48	2	53	576
CALABRIA	10	193	21	819	20	35	5	87	1190
TRENTINO - A. ADIGE	3	42	5	246	11	357	1	17	682
SARDEGNA	4	176	18	327	95	70	2	81	773
BASILICATA	1	64	4	82	25	20	-	36	232
MOLISE	1	69	11	82	5	2	-	30	200
TOTALE CONVENZIONI	419	8380	1148	34299	2235	8898	189	3574	59.142

La qualificazione delle reti sanitarie

Esempio di rete proprietaria

ISTITUTI DI RICERCA A CARATTERE SCIENTIFICO

16

PRIMARIE CASE DI CURA

25

Regione	Totale assistiti per regione	Rapporto percentuale sul totale nazionale degli associati	Totale enti per regione	Rapporto percentuale sul totale nazionale degli enti
Lombardia	50.844	53,10%	368	54,20%
Lazio	6.632	6,93%	48	7,07%
Veneto	6.429	6,71%	21	3,09%
Piemonte	5.368	5,61%	65	9,57%
Emilia-Romagna	4.140	4,32%	25	3,68%
Sicilia	3.971	4,15%	18	2,65%
Puglia	3.963	4,14%	21	3,09%
Liguria	2.859	2,99%	37	5,45%
Toscana	2.809	2,93%	16	2,36%
Campania	2.575	2,69%	22	3,24%
Sardegna	2.110	2,20%	11	1,62%
Calabria	1.565	1,63%	6	0,88%
Friuli-Venezia Giulia	672	0,70%	5	0,74%
Abruzzo	534	0,56%	5	0,74%
Marche	354	0,37%	1	0,15%
Umbria	327	0,34%	3	0,44%
Trentino-Alto Adige	293	0,31%	3	0,44%
Basilicata	190	0,20%	1	0,15%
Molise	52	0,05%	2	0,29%
STATO ESTERO	35	0,04%	0	0,00%
Valle d'Aosta	26	0,03%	1	0,15%
	95.748	100,00%	679	100,00%