

## **Conferenza stampa di giovedì 6 aprile 2017, Martigny** **Presentazione di Karin Perraudin, presidente del Comitato del Groupe Mutuel**

Signore e Signori,

sono lieta di darvi il benvenuto alla nostra conferenza stampa annuale, l'occasione per fare il punto sulla nostra impresa, il mercato dei nostri affari e le sfide che ci attendono in futuro.

Il Groupe Mutuel conserva la sua forte presenza sul mercato dell'assicurazione malattia in Svizzera. Con oltre 1,4 milioni di assicurati (di cui più di 1,2 milioni di persone assicurate all'assicurazione di base LAMal), un fatturato «Salute» di 5,3 miliardi di franchi e una crescita del 7.2% rispetto al 2015, siamo chiaramente tra i leader del settore. Un vero e proprio motivo di soddisfazione per noi, tanto più che è il settimo anno che ci posizioniamo tra i primi in classifica nel nostro settore. I risultati del 2016 soddisfano le nostre aspettative e i nostri obiettivi. Possiamo affermare di aver ritrovato l'equilibrio e di disporre oggi di basi solide per affrontare il futuro con serenità.

Constatiamo inoltre che la strategia di diversificazione delle nostre fonti di reddito sta dando buoni risultati, consentendoci di avanzare sia nel settore delle assicurazioni impresa sia in quello delle assicurazioni di cose e del patrimonio. In questo modo progrediamo su più fronti e siamo in grado di proporre ai nostri clienti soluzioni assicurative multiple provenienti da un solo sportello o un fornitore unico. Si tratta di un'agevolazione gradita dal cliente, soprattutto in un'epoca in cui tutto va veloce, le procedure amministrative sovrabbondano e in cui una moltitudine di compiti complessi incombe ormai su chiunque. Se è vero che miriamo a semplificare le procedure, ci assicuriamo però al contempo che i nostri prodotti assicurativi soddisfino le esigenze particolari del cliente e, soprattutto, che il loro costo sia ragionevole. Il nostro obiettivo è di offrire un sentimento di sicurezza a un buon prezzo. Siamo infatti consapevoli che i budget individuali e delle famiglie sono sempre più sollecitati.

Questa nostra volontà si distingue inoltre per un'intensa attività di consulenza ai nostri assicurati. Negli scorsi anni abbiamo consolidato – e continueremo a farlo – l'assistenza alla nostra clientela. Quale che sia il livello, dalle risposte da dare a qualsiasi tipo di domanda fino alla gestione dei reclami, vogliamo offrire ai nostri assicurati un aiuto e un sostegno che semplifichi loro la vita. Si tratta di un'attività in continuo sviluppo, poiché le regole, le direttive e le sfide politiche influenzano la quotidianità degli assicurati. Spetta a noi, quindi, orientarli, affinché non perdano troppo tempo né energia.

Tutte le nostre attività non potrebbero evolvere senza il supporto di uno strumento informatico e digitale efficiente. Nel settore dei servizi, in particolare nella professione assicurativa, la digitalizzazione rappresenta la nuova sfida, poiché diventa indispensabile per creare e realizzare qualsiasi cosa. L'enorme massa di dati che dobbiamo trattare assieme alla necessità di rispondere nel modo più rapido ed efficace possibile alle esigenze dei nostri assicurati e a quelle degli operatori sanitari ci obbligano a perfezionare questi strumenti. È palese che in questo settore l'innovazione non ha limiti, nulla è inconcepibile. Bisogna però stare attenti a non perdere di vista la dimensione umana, poiché un rapporto personalizzato e di vicinanza con la nostra clientela resta essenziale sia per gli operatori sanitari che per noi stessi. Riteniamo che un approccio alla digitalizzazione ben gestito possa migliorare il nostro rapporto con i clienti, i quali, da parte loro, sono sempre più connessi.

Infine, dal punto di vista organizzativo, abbiamo svolto un grande lavoro di ammodernamento delle nostre strutture a tutti i livelli. Un'ulteriore tappa di questa iniziativa sarà l'istituzione, a partire dall'anno prossimo, di una «holding» che renderà la nostra impresa più chiara e semplice.

Come sapete, la nostra attività, in particolare quella che concerne la salute, dipende da numerose iniziative e decisioni politiche. In proposito siamo contenti e soddisfatti che il Parlamento abbia introdotto una nuova classe di età nel sistema di compensazione dei rischi LAMal. Si tratta di un aspetto che il Groupe Mutuel aveva evocato e promosso già più di 10 anni fa, dopo aver constatato che i giovani adulti in formazione tra i 19 e i 25 anni contribuivano in modo troppo oneroso alla solidarietà intergenerazionale. Per quanto ci riguarda, avremmo auspicato uno sgravio anche degli assicurati nella fascia di età tra i 26 e i 35 anni, ma il Parlamento non è entrato in materia. La decisione adottata durante la sessione primaverile delle Camere federali rappresenta comunque un passo nella giusta direzione: non solo non mette in discussione il principio di solidarietà, poiché i giovani continueranno a contribuire, seppur in misura minore, ai costi dei premi degli anziani, ma non intacca nemmeno il principio della solidarietà tra le persone in buona salute e i malati. Stando alle stime, i giovani beneficeranno di una riduzione di circa 92 franchi, compensata da un aumento del premio di 10 franchi a partire dai 26 anni. Questa soluzione ridurrà l'onere dei Cantoni a livello di sussidi dei premi; l'importo liberato dovrà essere utilizzato per ridurre i premi dei bambini e dei giovani provenienti da famiglie a basso reddito. Questa misura renderà il sistema sanitario più stabile, evitandone il rifiuto da parte delle famiglie e dei giovani in questione.

Queste misure sono certamente gradite, sebbene non frenino l'aumento dei costi, una tendenza che per ora sembra consolidarsi. Maggiori dettagli in merito vi saranno forniti più avanti dal signor Rabaglia.

Un recente studio pubblicato da Crédit Suisse è chiaro in proposito: senza misure coraggiose a livello di prestazioni, il raddoppio dei premi entro il 2040 è ormai una prospettiva realistica. Per convincersene, basta volgere lo sguardo al passato: tra il 2001 e il 2016 i premi sono quasi raddoppiati, passando da 160 franchi a più di 300 franchi. Questo dato di fatto ci mostra che potremo gestire l'aumento dei premi soltanto gestendo meglio le spese legate alla salute. Sappiamo inoltre – come dimostrato da numerose perizie indipendenti tra loro – che il nostro sistema trabocca di incentivi che ne pregiudicano una gestione più efficace, poiché non consentono di controllare meglio le spese, sebbene sia proprio questo l'obiettivo riconosciuto e auspicato. Ciò riguarda anzitutto il settore ospedaliero. Un primo intervento urgente consiste nel ripristinare l'equilibrio tra le cure ambulatoriali ospedaliere e le cure di degenza, affinché i pazienti e gli assicurati traggano beneficio dai costi inferiori generati da un trattamento ambulatoriale rispetto a quelli causati da una degenza.

Anche gli altri blocchi di costo devono dare il loro contributo, ad esempio quello dei medicinali. Se gli assicuratori malattia rivendicano ormai da anni un controllo annuo dei prezzi, un motivo c'è. Questo controllo è essenziale, poiché constatiamo che numerosi nuovi medicinali sono molto costosi e, quando si dimostrano efficaci, sono anche richiesti. D'altro canto esistono prodotti dall'efficacia ormai superata che vengono mantenuti inutilmente nell'elenco delle specialità a prezzi esagerati.

Lo sviluppo del settore sanitario è però anche sinonimo di progressi apprezzabili. Si pensi ad esempio alle Case Mediche: il loro aumento compensa le difficoltà riscontrate dagli studi medici individuali nel

passaggio di testimone. Siamo di fronte a una razionalizzazione gradita che non pregiudica la qualità dell'approvvigionamento. Vale quindi la pena portare avanti gli sforzi profusi in questo senso.

Per chiudere questo capitolo dedicato alla politica vorrei citare brevemente il nuovo progetto di cassa unica in fase di elaborazione. Dal 2003 ci troviamo ormai per la quarta volta di fronte allo stesso approccio, vale a dire accusare gli assicuratori malattia dell'aumento dei costi della salute. E per la quarta volta si sta prendendo di mira l'obiettivo sbagliato. Se questo progetto dovesse riscuotere consensi, il sistema sanitario e i suoi attori sarebbero di nuovo ostaggi di un dibattito sbagliato, obbligati a doversi accusare o difendere, mentre in realtà le soluzioni sono altrove. Tuttavia, nulla vieta ai Cantoni che lo desiderano di creare sul loro territorio una cassa malati pubblica che rispetti le stesse regole e gli stessi obblighi posti agli assicuratori attuali. La LAMal non vieta assolutamente una procedura simile e in passato ci sono già state organizzazioni di questo tipo. La creazione di un organismo esclusivo – di fatto una statalizzazione del sistema assicurativo – pregiudicherebbe invece il sistema e gli assicurati, poiché li priverebbe di uno dei pochi elementi di confronto e concorrenza che caratterizzano la nostra organizzazione sanitaria.

Per concludere, desidero menzionare ancora due tappe importanti di carattere logistico per la nostra impresa. Come sapete, ci stiamo dotando di un nuovo centro servizi a Sion: i lavori procedono a buon ritmo e i nostri collaboratori, principalmente quelli di Sion, potranno traslocare a partire dal mese di marzo 2018. Questo nuovo strumento di lavoro soddisferà le esigenze più recenti che ci pone la nostra professione e agevolerà il lavoro dei nostri colleghi.

A Zurigo-Oerlikon stiamo inoltre rinnovando il centro servizi in funzione dal 2004. I locali devono essere adeguati allo sviluppo della nostra impresa, soprattutto nella Svizzera tedesca. Durante i lavori occuperemo locali affittati non lontano dal centro in fase di ristrutturazione. Il cantiere inizierà alla fine di questo mese e i nuovi locali saranno pronti nel luglio 2018.

Come vedete, non siamo a corto né di progetti né di sfide imprenditoriali, e siamo contenti che sia così.

Vi ringrazio per l'attenzione.