

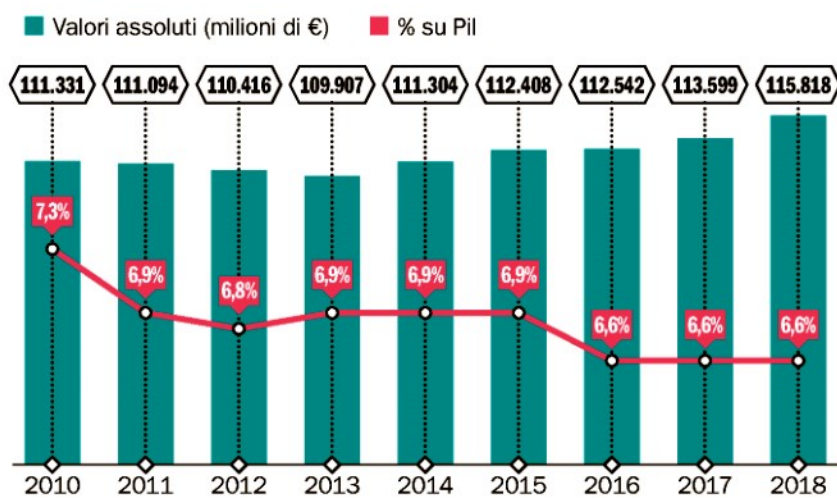
Articoli Selezionati

SCENARIO

01/07/18	Espresso	16	Lo Stato risparmia il cittadino paga	...	1
01/07/18	Espresso	10	***Io, la mia malattia e il patto spezzato - Aggiornato	Mannocchi Francesca	3
02/07/18	Repubblica Affari&Finanza	51	Rapporti imprese - Sanità privata, pagano i deboli più tutele con polizze e fondi	De Ceglia Vito	9
04/07/18	Sole 24 Ore .lavoro	28	Così il bonus può diventare una polizza sanitaria	De Fusco Enzo	11
05/07/18	Repubblica	16	Venti milioni con problemi economici rinunciano a curarsi o si indebitano	...	12
09/07/18	Repubblica Affari&Finanza	31	"Caregiver", il welfare aziendale si sposta sugli anziani	Liberatore Livia	13
09/07/18	Il Fatto Quotidiano	18	Micro¯o - Fondi, iscritti e giovani: la relazione Covip tradotta dall'italiano in italiano	Scienza Beppe	14

Lo Stato risparmia il cittadino paga

La spesa pubblica in Italia...



Così nel mondo (% su Pil)

1 Germania	9,5	11 Austria	7,8
2 Svezia	9,2	12 Regno Unito	7,7
3 Giappone	9,1	13 Canada	7,4
4 Norvegia	8,9	14 Nuova Zelanda	7,4
5 Danimarca	8,7	15 Irlanda	7
6 Francia	8,6	16 Finlandia	7
7 Olanda	8,5	17 Italia	6,6
8 Stati Uniti	8,4	18 Australia	6,5
9 Belgio	8	19 Spagna	6,3
10 Svizzera	7,9	20 Slovenia	6,1

Fonti: documento di Economia e Finanza varato dal Cdm nell'aprile 2018; OECD

Sclerosi: colpiti più di centomila italiani

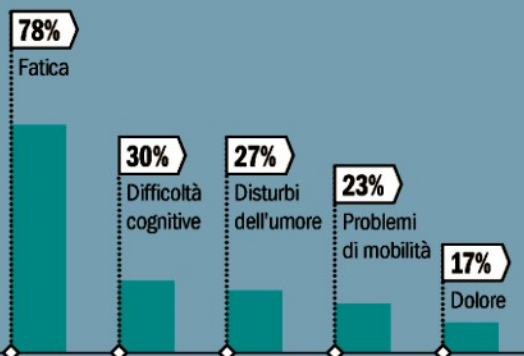
I numeri della sclerosi multipla in Italia e nel mondo



Fonte: AISM Associazione Italiana Sclerosi Multipla, 2018

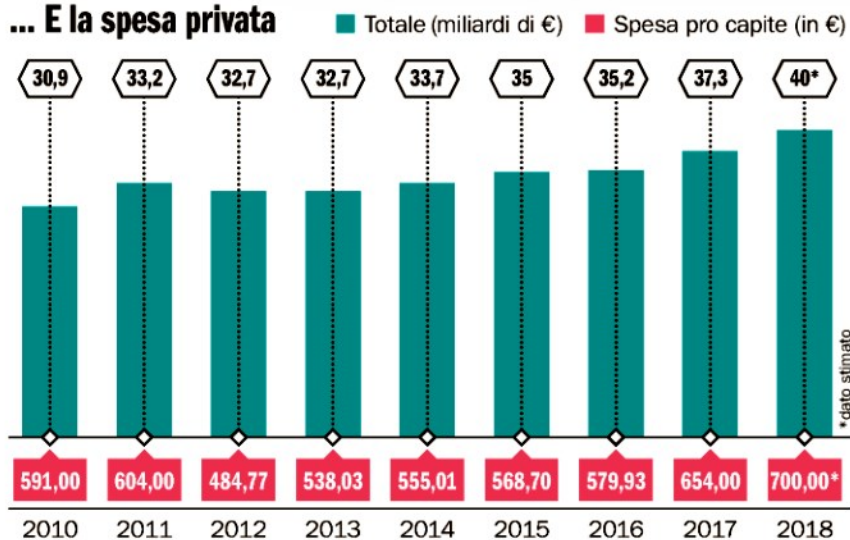
Sintomi più invalidanti

(rispetto a campione che lavora)



La spesa pubblica per la sanità in Italia è ferma. Cresce invece quella privata. Nel mondo sviluppato siamo tra quelli che impiegano meno risorse per la salute. Ecco tutti i numeri

... E la spesa privata

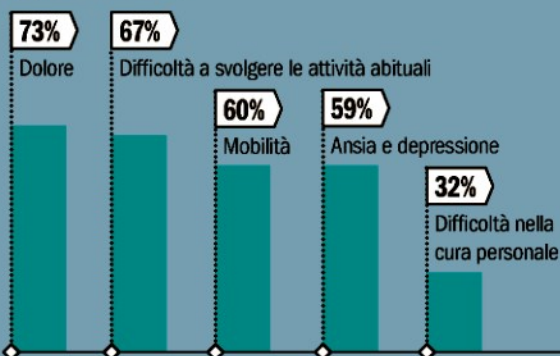


Così nel mondo (% su Pil)

1 Stati Uniti	8,7	11 Spagna	2,6
2 Svizzera	4,5	12 Austria	2,5
3 Grecia	3,5	13 Lettonia	2,5
4 Corea	3,3	14 Ungheria	2,4
5 Cile	3,3	15 Slovenia	2,4
6 Canada	3,1	16 Belgio	2,4
7 Australia	3	17 Finlandia	2,3
8 Portogallo	3	18 Irlanda	2,3
9 Israele	2,9	19 Francia	2,3
10 Messico	2,8	20 Italia	2,2

Fonti: elaborazione RBM Assicurazione Salute su dati dell'ISTAT; OECD

Impatto sulla qualità della vita (rispetto al totale)



5 mld di euro
Costo annuo totale per la sclerosi multipla in Italia

45.000 euro
Costo medio annuo per persona con SM in Italia

7.300
I beneficiari degli assegni ordinari di invalidità

38%
delle persone con SM non riceve gratuitamente i farmaci sintomatici

1.650
Le pensioni di inabilità

Infografiche: Studio Mistaker

SETTIMANALE DI POLITICA CULTURA ECONOMIA N.27 ANNO LXIV 1 LUGLIO 2018
DOMENICA 2,50 EURO L'ESPRESSO + LA REPUBBLICA
IN ITALIA ABBINAMENTO OBBLIGATORIO ALLA DOMENICA - GLI ALTRI GIORNI SOLO L'ESPRESSO 3 EURO

L'Espresso

IO, LA MIA MALATTIA E IL PATTO SPEZZATO

di Francesca Mannocchi

Paese origine: F. A. Sped. in A.P.D.L. 353/03 con in vigore 27/02/04 n.40 art.1 comma 1-203 Roma Austria Belgio Francia Germania Grecia Lussemburgo Olanda Portogallo Principato di Monaco Slovenia Spagna € 5,50 - C.T. € 0,60 Svizzera Sfr. 0,80 - Inghilterra £ 1,70

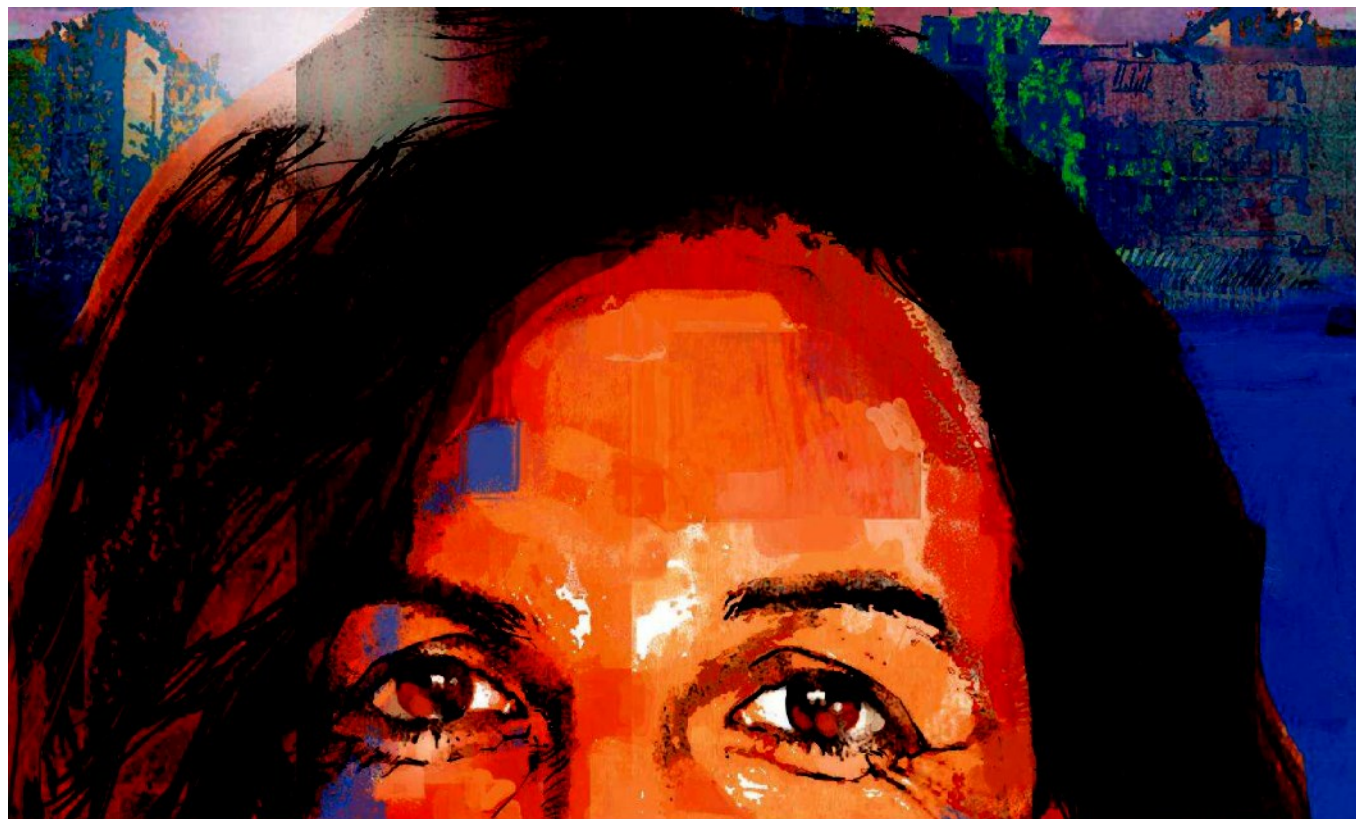


Io, la mia malattia e il patto spezzato

di **FRANCESCA MANNOCCI**

illustrazioni di Emanuele Fucecchi

La scoperta di una grave sindrome degenerativa. Le cure, costose ma gratuite grazie alla Sanità pubblica. Messe a rischio da scelte politiche come la flat tax. Una giornalista racconta





LA SETTIMANA SCORSA ero in coda alla farmacia territoriale del quartiere in cui vivo, a Roma.

La farmacia territoriale è quel posto in cui le persone affette da malattie che prevedono una terapia coperta del tutto o in parte dal sistema sanitario nazionale si recano per ricevere i farmaci previsti dal proprio piano terapeutico.

La farmacia territoriale è un luogo tristemente democratico. Ci sono giovani e anziani, professionisti e operai, uomini e donne.

Ci sono credenti e atei. C'è chi ha votato a destra, chi a sinistra, chi cinquestelle.

Purtroppo a volte ci sono genitori con i propri figli. E i figli sono i malati.

La farmacia territoriale del quartiere in cui vivo, a Roma, è un sottoscala di un ospedale. C'è poca luce, fatta eccezione per quelle artificiali, al neon. Si accede attraverso una scala laterale dell'ospedale in una stanza al piano menouno, che ha una sola finestra, in alto sulla parete, da cui filtra una luce appena accennata.

C'è una sala d'aspetto, di solito molto affollata già dalle prime ore del mattino.

Qualcuno si lamenta, qualcuno parla del calcio o del tempo, qualcuno parla di politica, qualcuno cammina lungo il corridoio con il catetere vescicale.

Qualcuno non cammina, e si muove con la sedia a rotelle.

Qualcuno parla della propria malattia, altri invece no. Hanno pudore. Come se volessero dimenticare la propria condizione di malati. Qualcuno vive quel luogo come una catarsi, a guardarci intorno siamo tutti uguali, siamo malati.

Qualcuno esce dalla stanza dopo aver ricevuto i farmaci con il sorriso sulle labbra, portando le scatole di medicine come

**Mi sono svegliata una mattina
con la parte destra del corpo
addormentata. Visite, esami, prelievi.
Poi è arrivata la diagnosi:
sclerosi multipla recidivante remittente**

fossero normali oggetti che costruiscono il mosaico della vita quotidiana.

Qualcuno invece i farmaci li nasconde, in una borsa, uno zaino, qualcuno usa le buste del pane, per camuffare la cura, per camuffare una condizione vissuta come invalidante, o peggio, vergognosa. La condizione di malato.

C'è chi deve prendere l'ossigeno liquido, chi le sacche nutrizionali, c'è chi ha la fibrosi cistica, chi la talassemia, chi le nefropatie.

Io devo prendere i farmaci per la sclerosi multipla. Per questo ero in coda alla farmacia territoriale del mio quartiere, a Roma.

Poco più di un anno fa mi sono svegliata una mattina con la parte destra del corpo addormentata. Poi la parte sinistra del corpo ha cominciato a sovrareagire agli stimoli nervosi. Sono seguite visite specialistiche, risonanze magnetiche, una rachicentesi, cioè il prelievo del midollo spinale. E infine, la diagnosi: sclerosi multipla recidivante remittente.

È una malattia cronica del sistema nervoso centrale, cervello, nervi ottici, midollo spinale. «Ho il sospetto che tu abbia una sindrome demielinizzante», mi disse il medico di famiglia dopo i primi sintomi. Demielinizzante? E che vuol dire?

Vuol dire che le fratture create dalla malattia alterano la trasmissione dei messaggi nervosi dal cervello alle altre parti del corpo. Significa che quando hai ricadute cammini male, oppure rischi di avere disturbi della vista, oppure non riesci a deglutire, oppure peggio ti svegli e non ci vedi. Oppure ti svegli e non cammini.

È una malattia di cui non si conoscono precisamente le cause, ma su cui la ricerca, cioè la ricerca sulle terapie che ne bloccano il peggioramento, la ricerca che doma la bestia che può diventare la malattia, ha fatto progressi incredibili.

Sono i progressi che fanno sì che da quando ho iniziato a curarmi, da quando ho iniziato il mio piano terapeutico convivendo con Lei, con la malattia, come se fosse un ospite non gradito. Nessuno l'ha invitata, certo.

Ma lei è entrata nella mia vita dalla porta principale e senza bussare. Si è sistemata in casa mia, nel mio corpo, per ora convivendo con lei, come con un fastidio.

Un mese fa quando sono andata a prendere le medicine l'ultima volta, uno degli addetti della farmacia territoriale mi ha detto: «Ne è rimasta ancora una scatola, sei fortunata, le ho ordinate ma ancora non arrivano, e se non mandano i soldi per i prossimi mesi non arriveranno le medicine, speriamo bene», ha detto e ha sorriso.

Speriamo bene ha detto, con il sorriso obliquo, per metà rassicurante e per metà rassegnato, che ho visto tante volte in questi mesi.

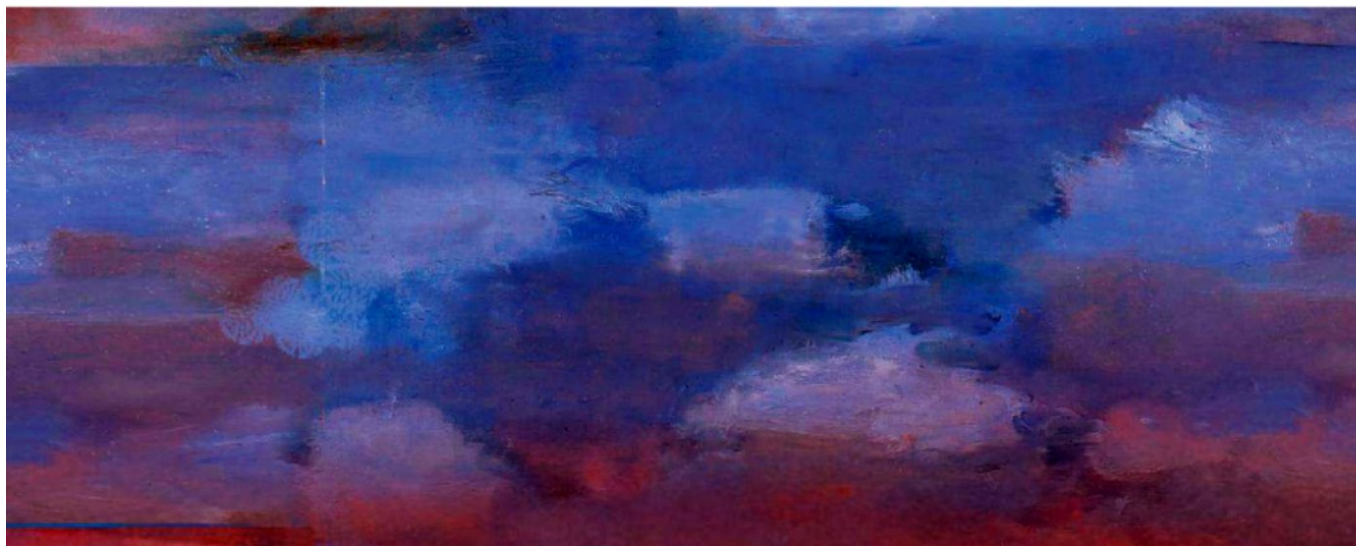
L'ho visto nelle ore di anticamera del reparto di neurologia dell'ospedale presso cui sono in cura, tra stampelle e carrozzelle e persone che stanno male ma non lo diresti mai.

Speriamo bene, ha detto. E quando sono uscita dalla farmacia territoriale, con le mie punture sotto il braccio, le punture di interferone che mi faccio da sola sulle gambe o sulla pancia una volta ogni due settimane, mentre intorno a noi la Lega e i Cinque Stelle ancora guerreggiavano tra loro e con il Quirinale per la formazione del governo, per la prima volta ho avuto paura.

E se tutto questo salta? - mi sono chiesta - se salta questo patto che permette a me e alle migliaia come me di prendere il numeretto alla farmacia territoriale, una volta al mese un mercoledì mattina, e ritirare le medicine che costano più di mille euro al mese e che non pago, perché sono coperte interamente dal sistema sanitario nazionale - mi sono detta - se salta questo patto, che succede?

Ho 36 anni, lavoro a partita Iva, pago le tasse regolarmente, ho un figlio di quasi due anni. E ho una malattia neurologica degenerativa.

Ma sono fortunata, mi sono detta, uscendo un mese fa dalla farmacia territoriale, insieme ad altri uomini e donne, malati di altre malattie ma malati come me.



Sono fortunata perché vivo in un paese che partecipa oppure copre le mie spese sanitarie. Un paese in cui - in linea di principio - tutti abbiamo accesso alle cure. In cui possiamo entrare in un pronto soccorso, e aspettare otto ore certo per una lastra, e correre il rischio di finire degenti in un corridoio su una barella anziché in un letto, certo - ma entriamo in un pronto soccorso, pubblico, senza alcuna assicurazione sanitaria, uomini e donne, italiani e non italiani, anziani, giovani e bambini e veniamo curati. Tutti allo stesso modo.

Su cosa si tiene questo patto?

Questo patto si tiene sull'articolo 53 della Costituzione: «tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività».

Progressività significa che chi ha di più deve contribuire di più alla spesa pubblica, per garantire a chi ha di meno di potere accedere ai servizi, che devono essere uguali, per tutti.

Progressività significa che chi guadagna di più contribuisce alle spese pubbliche anche per me, che senza ospedali e piani terapeutici e farmacie territoriali coperte dal sistema sanitario nazionale, non potrei permettermi una terapia costosa ed efficace come quella che sto seguendo.

Progressività significa che posso fare una risonanza magnetica per controllare se la bestia della mia malattia è domata oppure no, e lo Stato, cioè le tasse di tutti noi, coprono le spese.

Progressività significa che chi ha di più, chi guadagna di più, aiuta la comunità ad avere i medesimi diritti che ha lui, affinché restino diritti, e non diventino privilegi.

È un patto sociale quello della progressività delle imposte, un patto che rischia di dissolversi nella propaganda della flat tax.

In Italia i malati di sclerosi multipla sono 118 mila. 3400 casi ogni anno. Uomini e donne che convivono con una disabilità progressiva. Il costo medio per un paziente è di circa 45 mila euro l'anno, che moltiplicato per 118 mila fa cinque miliardi di euro. A cui va aggiunto il peso per le famiglie, la perdita della qualità della vita, la necessità crescente di assegni e pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento. I centri per la riabilitazione ricevono fondi insufficienti, un solo neurologo in Italia gestisce un numero di pazienti che varia dai 141 nei centri più piccoli agli 837 nei centri più grandi.

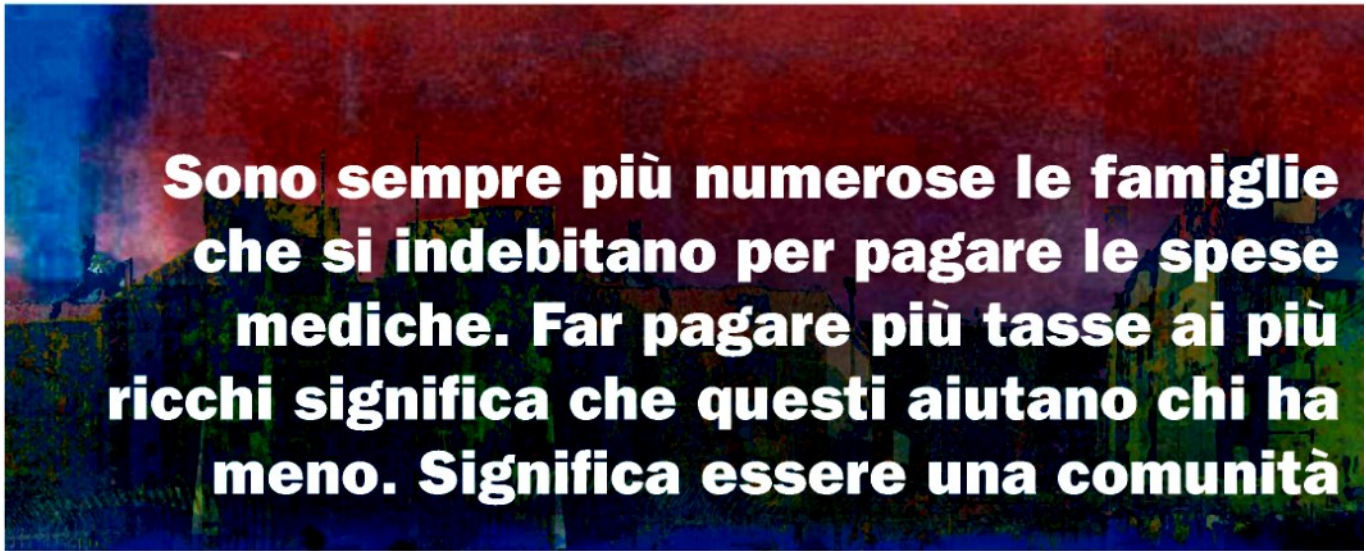
Come si sostengono i numeri del Sistema sanitario nazionale?

Con le tasse. Con l'apporto della comunità alla comunità. Con il sostegno degli uni verso gli altri, «informato a criteri di progressività», come dice la Costituzione. Su cui i ministri giurano, entrando nell'esercizio delle proprie funzioni.

Lo scorso 6 giugno il Censis ha pubblicato un rapporto in cui si calcola che il valore complessivo della spesa sanitaria privata degli italiani arriverà a fine anno a 40 miliardi di euro contro i 37,3 dello scorso anno.

Nel periodo 2013-2017 la spesa sanitaria privata è aumentata del 9,6%, e nell'ultimo anno 44 milioni di italiani hanno speso soldi di tasca propria per pagare prestazioni sanitarie. Scrive Repubblica che «per gli operai l'intera tredicesima se ne va per pagare cure sanitarie familiari: quasi 1.100 euro all'anno. Per 7 famiglie a basso reddito su 10 la spesa privata per la salute incide pesantemente sulle risorse familiari. E c'è chi si indebita per pagare la sanità. Nell'ultimo anno, per pagare le spese per la salute 7 milioni di italiani si sono indebitati e 2,8 milioni hanno dovuto usare il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi».

Lo stesso giorno, il 6 giugno, il vicepresidente del Consiglio e ministro dell'Interno Matteo Salvini rispondendo alle critiche sull'inequità di una flat tax ha risposto: «Io spero che ci guadagnino tutti, il nostro obiettivo è che tutti riescano ad avere qualche lira in più nelle tasche da spendere».



Sono sempre più numerose le famiglie che si indebitano per pagare le spese mediche. Far pagare più tasse ai più ricchi significa che questi aiutano chi ha meno. Significa essere una comunità

La flat tax è giusta, dice il vicepresidente del Consiglio, e poco importa se i ricchi pagano meno tasse, poco importa se chi ha di più contribuisce meno di prima alla spesa pubblica, perché se gli lasciamo - ai più ricchi - più soldi in tasca, magari si rimette in modo l'economia.

Escono a cena, mangiano una pizza, comprano una macchina in più. Insomma, consumano.

Ma se chi guadagna di più paga di meno, alle spese pubbliche, ai diritti di tutti, chi ci pensa?

Se si rompe quel patto che è sociale ma è anche generazionale, come si garantiranno i diritti?

Me lo chiedo e me lo chiedo anche oggi, in sala d'aspetto di un ospedale qualunque di questo paese, un ospedale di anticamera affollate e nervose, di barelle nei corridoi, ma anche un ospedale di eccellenze, di medici che hanno deciso di restare a fare ricerca in Italia, nonostante l'Italia.

Di giovani uomini e giovani donne, mie coetanee, madri e dottoresse, che instancabilmente e pazientemente si prendono cura di tutti. Che cercano per tutti la terapia giusta, coperta dal sistema sanitario nazionale.

Cioè dal contributo che tutti noi diamo ai diritti degli altri.

Il 20 giugno il Ministro dell'Interno ha proposto di chiudere le cartelle esattoriali sotto i 100 mila euro, l'ha chiamata pace fiscale ma è ben più appropriato definirlo condono tombale, l'ennesimo.

In un paese in cui i grandi evasori sottraggono alle casse dello Stato - cioè a tutti noi - 2,3 miliardi di euro l'anno e i piccoli sono per esempio quelli che hanno chiesto e ricevuto rimborsi non dovuti per il terremoto del 2016: mezzo milione di euro. I 120 furbetti del rimborso, li hanno definiti i giornali locali. Forse quegli stessi furbetti del rimborso si lamentano delle attese al pronto soccorso, o protestano per l'assenza di asili nido, oppure sono sdegnati dalla mancata manutenzione delle strade. Dalla poca cura della cosa pubblica.

Di nuovo: come si tiene il patto sociale che garantisce i servizi? Con le tasse. E con la responsabilità di ognuno di noi.

Perché se c'è una cosa che è davvero democratica, davvero flat sono i bisogni.

Il governo Conte è in carica da un mese, il Ministro dell'Interno in queste quattro settimane ha indicato chiaramente i suoi nemici: le Ong, le persone in fuga dalla fame, i vaccini, e l'Europa che «ci ha lasciati soli».

Forse il ministro Salvini dovrebbe - con la medesima forza con cui chiede solidarietà per una emergenza migratoria che non esiste nei numeri - chiedere all'Europa un processo di armonizzazione fiscale. Cioè fare sì che non esista un'Unione in cui in uno stato si paga il 40% di tasse e in quello confinante il 15%.

Anche questo significa non essere lasciati soli.

Perché - di nuovo - le tasse pagano le nostre strade, le scuole, gli ospedali. Il diritto alla cura.

Ci pensavo meno, prima della diagnosi, prima di scoprire e di scoprirmi nello stato di malata, altra condizione tristemente democratica.

Pensavo agli ospedali e alla sanità più per le sue lacune e i suoi scandali e i suoi malfunzionamenti, la corruzione, le commesse truccate che per la sua eccellenza.

Poi nella mia vita è arrivata Lei, la sclerosi multipla.

E piano piano, nelle ore passate alla farmacia territoriale, o al terzo piano del reparto di neurologia dell'ospedale, nel tempo di attesa in mezzo agli altri diversi da me ma come me perché malati, ho capito cosa significhi la parola comunità, e quale sia il rischio spaventoso di perderla.

Comunità significa pensare all'altro. Pensare l'Altro. Tutelarla oggi e tutelare i suoi bisogni di domani. Perché di fronte ai bisogni dovremmo poter essere tutti uguali.

Questo significa comunità.

Non lasciare più soldi - da consumare - nelle tasche di chi ha di più. ■


 rapporti imprese

Sanità privata, pagano i deboli più tutele con polizze e fondi

GLI ITALIANI LO SCORSO ANNO HANNO PAGATO DI TASCA PROPRIA COMPLESSIVAMENTE 39,7 MILIARDI PER CURARSI. UNA QUOTA PIÙ ALTA DI QUELLA DEGLI USA. QUESTA È UNA DELLE PRINCIPALI FONTI DI DISEGUAGLIANZA NEL PAESE: MA GLI STRUMENTI CI SONO
Vito de Ceglia

Milano

Aprire il portafoglio per curarsi è ormai la normalità per gli italiani che lo scorso anno hanno pagato di tasca propria complessivamente 39,7 miliardi di euro. Il fenomeno, in costante crescita (+9,6% tra il 2013 e il 2017), riguarda più di 2 persone su 3 (oltre 44,1 milioni di persone) con un esborso medio di circa 655 euro per cittadino. In particolare, 7 italiani su 10 hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 su 10 hanno speso per visite specialistiche (per circa 7,5 miliardi), 4 su 10 per prestazioni odontoiatriche (per oltre 8 miliardi di euro), 5 su 10 per prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per poco meno di 3,8 miliardi), 2 su 10 per lenti ed occhiali (per circa 2 miliardi) e 1 su 10 per acquisto di protesi e presidi (per quasi 1 miliardo).

A fotografare lo stato dell'arte della sanità nel nostro Paese è l'8° rapporto di Rbm Assicurazione Salute, compagnia che assicura oltre 120 fondi sanitari integrativi e casse di assistenza in Italia con circa 7 milioni di assistiti e una raccolta premi di 550 milioni di euro. Il rapporto, realizzato in collaborazione con il Censis, sfata subito alcuni luoghi comuni: chi pensa, ad esempio, che a pagare per la propria salute siano soltanto le persone appartenenti alle fasce di reddito più alte, è fuo-

riestrada. Il 32% della spesa sanitaria privata lo scorso anno riguarda infatti i cittadini con reddito compreso tra 35 mila e 60 mila euro annui, il 17,58% i redditi compresi tra i 15 mila ed i 35 mila euro annui ed il 6,43% i redditi inferiori a 15 mila euro annui. E nemmeno la diffusa convinzione che il fenomeno riguardi solo le Regioni del Nord a causa di un reddito pro capite più elevato o quelle del Sud dove il Ssn (Servizio sanitario nazionale) presenta maggiori difficoltà di accesso trova riscontro nei fatti.

Nel complesso, il livello di assicurazione della spesa sanitaria privata in Italia raggiunge il 14,5%, cioè il doppio rispetto a quella registrata negli Stati Uniti che notoriamente hanno un sistema sanitario prevalentemente privato. Ad aggravare il quadro, secondo il rapporto, è poi il fatto che il costo maggiore ricade soprattutto sui più deboli: il 58% delle cure acquistate privatamente riguarda i cronici, il 15% le persone con patologie acute e per oltre il 12% i non autosufficienti/inabili. Il costo medio pro capite sostenuto dagli anziani (1.356,23 euro annui) è più che doppio rispetto a quello registrato per il resto dei cittadini.

Una situazione che non garantisce di certo l'universalità, come fa notare Marco Vecchietti, amministratore delegato e direttore generale di Rbm Assicurazione Salute: «In Italia la spesa sanitaria privata è la principale fonte di disuguaglianza in sanità. La sua crescita è strutturale e inarrestabile come dimostrano le previsioni per il 2018 che stimano un incremento da 95 a 150 milioni di euro. E non si tratta certo di prestazioni superflue o voluttuarie». Secondo le ultime stime della Ragioneria Generale dello Stato, di qui al 2025 saranno necessari dai

20 ai 30 miliardi di euro in più per finanziare i nuovi bisogni di cura dei cittadini italiani.

«In questa prospettiva appare chiaro che se non si avvierà nel nostro Paese un secondo pilastro sanitario, attraverso un sistema di polizze e fondi sanitari aperti a tutti i cittadini — rincarare la dose l'ad — il costo delle cure che i cittadini dovranno pagare di tasca propria finirà per superare nel 2025 oltre 900 euro a testa, quasi 380 euro in più pro capite pur in presenza di un incremento fisiologico della Ssn in linea con le attuali politiche adottate in materia sanitaria».

A preoccupare non è solo il livello raggiunto dalla spesa sanitaria privata nel nostro Paese, ma anche il basso livello di intermediazione di tale spesa da parte della sanità integrativa (polizze sanitarie e fondi integrativi). Il rapporto rileva che solo il 3,7% della spesa sanitaria totale in Italia è assicurata attraverso forme integrative con la conseguenza che il costo grava indiscriminatamente sui redditi familiari. «Non è un caso che la quota di persone che dichiarano di aver rinunciato o differito cure di cui avevano bisogno in Italia è quasi il doppio della media Ue» sottolinea Vecchietti.

Un problema che potrebbe essere ovviato portando il livello di intermediazione della spesa sanitaria privata ai livelli analoghi a quelli gestiti nei principali paesi



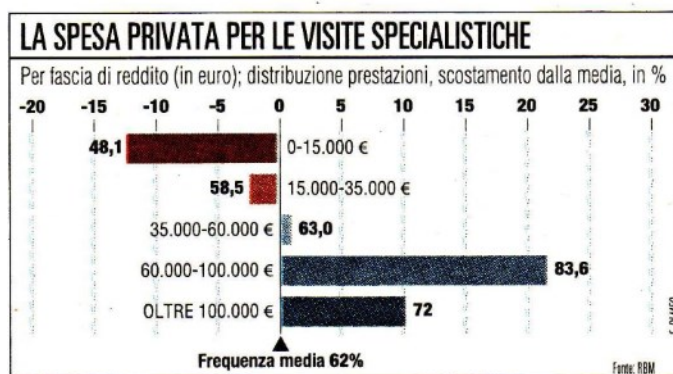
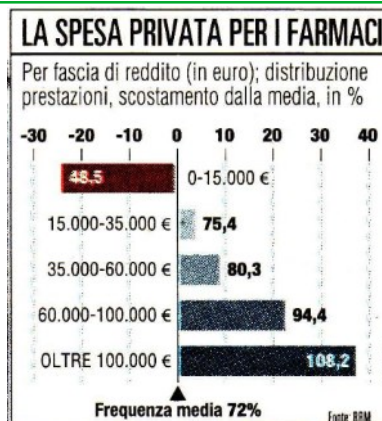
europci (UK, Germania e Francia). In questo scenario, riporta lo studio, il livello di intermediazione della spesa sanitaria privata passerebbe dall'attuale 14,5% (pari a circa 95,02 euro per cittadino) a poco più del 47% (pari a circa 487,97 euro pro capite). «Il sistema sanitario italiano, pur essendo prevalentemente pubblico, è già da tempo un sistema 'misto' che prevede un ruolo del privato in termini di finanziamento, di produzione dei servizi sanitari e di erogazione delle cure — spiega l'ad — In quest'ottica, l'affiancamento al Ssn di un secondo pilastro privato non inficerebbe la coerenza complessiva né minerebbe i fondamentali».

Di pari passo, segnala il rapporto, l'anomalia del meccanismo delle detrazioni in ambito sa-

nitario oggi produce degli effetti negativi sia dal punto di vista retributivo che sociale. I numeri parlano di 17 miliardi di euro l'anno (oltre il 60,6% dell'intero gettito delle detrazioni). A fruirne nel 2017 sono stati 18,1 milioni di italiani, a fronte di 40,9 milioni di contribuenti.

Tuttavia, l'80% dei costi sostenuti dai cittadini con il meccanismo delle detrazioni va a beneficio di chi ha possiede redditi superiori a 60 mila euro (oltre il 50% per i cittadini con redditi superiori a 100 mila euro). Il paradosso è che la fetta più grande delle agevolazioni è a favore dei redditi medio-alti, che sarebbero maggiormente in condizione di sostenere in modo autonomo la spesa sanitaria privata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 32% della spesa sanitaria privata lo scorso anno riguarda i cittadini con reddito compreso tra 35 mila e 60 mila euro annui

IL CASO

Malati cronici e non autosufficienti: l'assicurazione conviene

La spesa sanitaria privata è la spesa dei cittadini più fragili in termini di salute. I cronici (23,7 milioni di persone) e i non autosufficienti (2,5 milioni di persone) rappresentano ormai nel nostro Paese oltre il 40% della popolazione. Numeri che testimoniano quanto sia fondamentale sviluppare la sanità integrativa per ridurre il costo che lo Stato sostiene sul fronte delle detrazioni e per ottenere un miglior controllo al fine di contrastare fenomeni di elusione o evasione nella sanità privata sti-

mabile in almeno 2 miliardi di euro tra visite specialistiche e badanti.

Sulla base delle simulazioni condotte dallo studio di Rbm-Censis, la scelta di sottoscrivere una polizza sanitaria o aderire ad un fondo integrativo risulta più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private sebbene parzialmente rimborsato attraverso il meccanismo delle detrazioni. Meccanismo che ha un costo medio pro capite per ciascun contribuente di 82,26 euro e garan-

tisce un vantaggio medio pro-capite di 55,49 euro per cittadino. Diversamente, la sanità integrativa presenta un costo medio pro capite di 93,41 euro ed assicura un vantaggio medio pro capite per ciascun cittadino di 95,02 euro. In conclusione, la sottoscrizione di una forma sanitaria integrativa, rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private, assicura in media al cittadino un beneficio economico di circa il 60% in termini di minori costi. (v.d.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Benefit

Così il bonus
può diventare
una polizza
sanitaria

Enzo De Fusco

Il lavoratore può trasformare il premio di risultato per stipulare una polizza sanitaria anche a integrazione di quanto già disposto dal datore di lavoro. Questa possibilità è ammessa su specifica opzione del lavoratore dalla lettera b) del comma 184-bis dell'articolo 1 della legge n. 208/15.

La norma stabilisce che ai fini dell'applicazione del comma 184 non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente, né sono soggetti all'imposta sostitutiva disciplinata dai commi da 182 a 191: ...b) i contributi di assistenza sanitaria di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del Tuir, di cui al Dpr 22 dicembre 1986, n. 917, versati per scelta del lavoratore in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme di cui al comma 182 del presente articolo, anche se eccedenti i limiti indicati nel medesimo articolo 51, comma 2, lettera a). L'articolo 51, lettera a) del Tuir prevede l'esenzione fiscale e previdenziale per i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente a 3.615,20 euro.

Da un punto di vista dei limiti di esenzione inizialmente le Entrate,

con la circolare n. 28/16, avevano precisato che se ai sensi della citata lettera a) sono versati alla cassa contributi per 3mila euro, il premio agevolato può essere convertito in contributi esenti per un ammontare non eccedente 615,20 euro.

Con la successiva circolare 5/18 l'Agenzia ha, invece, precisato che all'importo di 3.615,20 euro potrà aggiungersi l'ulteriore importo di contributi esclusi dal reddito nel limite massimo di 3mila euro (elevato a 4mila in caso di premi erogati da aziende che abbiano adottato forme di coinvolgimento paritetico dei lavoratori nella organizzazione del lavoro sulla base di contratti stipulati entro il 24 aprile 2017).

La norma però non ha dettato disposizioni sugli effetti della detassazione dei contributi in esame sulla prestazione sanitaria resa dalla cassa sanitaria e in particolare sulla deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie rimborsate dalla cassa. Secondo le Entrate, quindi, si applicano i principi generali in base ai quali la deduzione o detrazione degli oneri è possibile nella misura in cui la relativa spesa sia rimasta a carico del contribuente.

Pertanto, la condizione di deducibilità o detraibilità della spesa da parte del contribuente non sussiste qualora la spesa sia sostenuta o rimborsata a seguito di contributi dedotti dal reddito o che non hanno concorso alla formazione del reddito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricerca di Confcooperative

Venti milioni con problemi economici rinunciano a curarsi o si indebitano

La povertà impedisce a oltre 20 milioni di italiani di curarsi in maniera adeguata. Confcooperative Sanità ha rielaborato i dati Istat e Censis e messo a fuoco la fotografia del disagio sociale: sono 12,2 milioni gli italiani che rinunciano del tutto a curarsi, 7 milioni si indebitano per farlo e 2,8 milioni sono costretti a vendere la casa per assicurarsi visite o medicine. Soltanto 11 milioni i connazionali che hanno provveduto a stipulare un'assicurazione per la copertura sanitaria.

«È la mappa della disegualianza del Paese – sottolinea Giuseppe Milanese, confermato alla presidenza di Confcooperative Sanità – Il risultato è l'intasamento delle strutture ospedaliere dove un ricovero costa non meno di 700-800 euro al giorno. Con gli stessi soldi si potrebbero assistere, quotidianamente, 10 persone fuori dall'ospedale». E il futuro non è roseo, prevede il dossier, perché crescerà la richiesta di prestazioni a fronte di un calo di medici e infermieri impiegati nel Servizio sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Caregiver”, il welfare aziendale si sposta sugli anziani

UNA VOLTA AL CENTRO DEI BENEFIT C'ERA LA MATERNITÀ, ADESSO C'È IL SOSTEGNO DA PARTE DI FIGLI E PARENTI A UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE. E LE IMPRESE METTONO A DISPOSIZIONE UNA SERIE DI AIUTI

Livia Liberatore

Roma

Una volta era la maternità il centro del welfare aziendale, adesso il sostegno ai *caregiver*. Ovvero a figli, parenti che si occupano di un familiare non autosufficiente. «È un ambito dove non c'è ancora una forte domanda. Ma con l'invecchiamento della popolazione le imprese dovranno trovare strumenti per facilitare ai dipendenti la conciliazione fra lavoro e assistenza ai genitori anziani», sostiene Valentino Santoni, ricercatore del laboratorio creato dal Centro Luigi Einaudi di Torino “Percorsi di secondo welfare”.

L'Italia è lo Stato con più anziani in Europa e lo sarà sempre di più: entro il 2050, il 34,3 per cento della popolazione sarà composto da over 65, passando da un quinto a un terzo dei residenti. I *caregiver* nel nostro Paese sono più di tre milioni, secondo l'Istat, donne in maggioranza, con un genitore anziano o malato o un figlio disabile. Che spendono in media sette ore al giorno nell'assistenza.

«Negli ultimi anni sono nate esperienze interessanti», continua Santoni, «in particolare le piattaforme digitali che semplificano il contatto fra l'impiegato e il proprio caro». All'inizio di giugno Ferrovie dello Stato Italiane ha iniziato a usare il programma *Fragilità* della piattaforma di welfare aziendale *Jointly*. «Tra i nostri dipendenti, con età media intorno ai 48 anni, abbiamo avuto un primo riscontro molto positivo, con 35 persone che hanno approfittato dell'opportunità», racconta Mauro Ghilardi, direttore Risorse umane e Organizzazione del gruppo Fs Italiane. Alcuni dei servizi più utilizzati sono la ricerca e selezione di assistenti familiari, l'aiuto amministrativo, do-

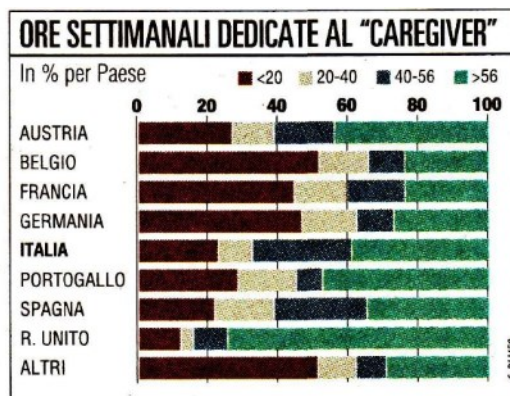
miciliare, la ricerca di case di riposo. «Abbiamo persone che lavorano su turni e spesso da fuori dell'ufficio. Per loro queste misure sono di grande aiuto», continua Ghilardi.

Oltre che da Fs, *Fragilità* è stato scelto da grandi compagnie e banche come Unipol, Unicredit, Sea Aeroporti, Eni, Ricoh, Sace. Il programma offre pacchetti di formazione, con presenza fisica o online, uno sportello di orientamento con un team specializzato, che elabora un piano di cura specifico per ogni situazione. «Fra i nuovi servizi che abbiamo introdotto ci sono quelli di sollievo», spiega Francesca Rizzi, cofondatrice e Ceo della startup *Jointly*, «per persone che devono allontanarsi per un breve periodo e chiedono una sostituzione. E tutti quelli legati alla domotica, al telecontrollo, ai servizi da remoto di cui dotare il familiare a casa in modo che non sia necessaria la continua presenza fisica del *caregiver*».

Sea Aeroporti Milano ha iniziato la collaborazione con *Jointly* da marzo 2017. Ha preso la decisione dopo un sondaggio fra i 2800 impiegati della società a Linate e Malpensa sulle misure di welfare aziendale di cui avrebbero avuto più bisogno: la maggior parte delle risposte si è concentrata sulla possibilità di un aiuto per l'assistenza ai parenti non autosufficienti, in termini di incontri di formazione e di contributi economici.

Anche la startup *VillageCare*, nata nel 2015, lavora con le aziende, in particolare quelle di medio grandi dimensioni, e con le piattaforme di servizi di welfare. Il portale funziona così: una volta ricevuta la richiesta da parte del dipendente, viene attivato un consulente familiare e steso un rapporto con le soluzioni consigliate. Case di riposo, ricerca e gestione di badanti, assistenza a domicilio. «Se desiderato facciamo prenotazioni, sopralluoghi, preventivi», spiega Silvia Turzio, cofondatrice e ceo di *VillageCare*, «Mettiamo la persona in contatto con interlocutori nel territorio, soprattutto nei casi, molto frequenti, di figli che vivono lontano dai genitori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1



2

Valentino Santoni (1), ricercatore di “Percorsi di secondo welfare” del Centro Luigi Einaudi di Torino e **Francesca Rizzi (2)**, cofondatrice e ceo della startup *Jointly*



MICRO&MACRO

L'organo di vigilanza su fondi pensione ha pubblicato i dati del 2017 con una sintesi che non fa capire come stanno le cose

Fondi, iscritti e giovani: la relazione Covip tradotta dall'italiano in italiano

» **BEPPE SCIENZA**

L'organo di vigilanza su fondi pensione e simili (Covip) ha recentemente pubblicato i dati del 2017 con una sintesi del presidente Mario Padula. Peccato che molte parti debbano essere tradotte, per capire come stanno le cose. Per esempio leggiamo che "gli iscritti ai fondi negoziali sono aumentati del 7,8%. Come già nel 2016 la crescita è determinata principalmente dalle nuove adesioni contrattuali". Traduzione. Per quanto si sgolino, i sindacalisti-assicuratori non convincono più; per fortuna funzionano le cattive maniere, ovvero le iscrizioni coatte nei fondi chiusi. Però "il forte aumento delle iscrizioni [...] contrattuali si è tradotto in un aumento modesto dei flussi contributivi" per cui ora "all'adesione contrattuale debbono fare seguito iniziative [...] per promuovere un'adesione piena dal punto di vista contributivo". Traduzione: Li abbiano iscritti a viva forza, ora voi sindacalisti, economisti e giornalisti non battete la fiacca! Convinceteli ad aprire il portafoglio e versare altri soldi!

INVECE, "GLI ISCRITTI ai fondi aperti [Nota: collocati a domicilio e in banca] sono aumentati del 9,2%, confermando l'andamento dinamico del 2016" il che rinfranca il cuore: Almeno i venditori porta a porta e sportello a sportello riescono ad abbindolare nuovi clienti.

Ma in generale "il 23,5% degli iscritti alla previdenza nel 2017 non ha effettuato contribuzioni" che significa: Purtroppo un

quarto degli intrappolati ha mangiato la foglia. Uscire non può, ma si guarda bene dal metterci altri soldi.

Inoltre "i giovani rimangono ai margini del sistema di previdenza complementare" che si traduce in: mica scemi i giovani! Non si lasciano legare la mani per 40-50 anni.

Comunque "le prestazioni pensionistiche sono state erogate in capitale per 2,6 miliardi e in rendita per circa 700 milioni di euro". Ovvero: altroché pensioni di scorta. Appena può, la stragrande maggioranza agguanta i soldi e scappa.

INFINE, per concludere la Covip chiede "l'attribuzione della vigilanza a un'unica autorità nei settori della previdenza complementare e della sanità integrativa", tipo il fondo Metasalute dei metalmeccanici, ecc. In parole povere sarebbe: date a noi della Covip anche la vigilanza sulla sanità integrativa. È vero che non c'entra un tubo, ma così incasseremo più soldi, potremo gonfiare l'organico e avremo più potere. Un accorato appello della serie "Cicero pro domo sua".

www.beppe-scienza.it

Twitter @beppe-scienza

