

Articoli Selezionati

SCENARIO

21/03/18	Corriere di Bologna	2 Il modello Emilia che sa attrarre - Ma nei nostri ospedali arrivano da tutta Italia Così funziona il modello	Amaduzzi Marina	1
26/03/18	Italia Oggi Sette	47 Un beneficio per tutti	...	2
26/03/18	Italia Oggi Sette	49 Polizze, un motore di benessere	...	4
26/03/18	Sole 24 Ore Scenari	2 Sanità digitale e cittadini	...	6
29/03/18	Sole 24 Ore	13 Eataly estende la sanità integrativa	...	7
30/03/18	Sole 24 Ore	3 Esenti i contributi per le polizze contro la non autosufficienza	E.D.F.	8

COSA FUNZIONA

IL MODELLO EMILIA
CHE SA ATTRARREdi **Marina Amaduzzi**

Di scuro la sanità dell'Emilia-Romagna piace. La regione è infatti al primo posto in Italia per numero di pazienti che arrivano da fuori. È solo uno dei suoi primati.

a pagina 2

I dati sui primati dell'Emilia-Romagna Ma nei nostri ospedali arrivano da tutta Italia Così funziona il modello

358**Milioni**Soldi in più
per la mobilità
dei pazienti**78****Milioni**Sbloccati per
pareggio di
bilancio e Lea**I fondi**

Il Sant'Orsola riceverà
solamente nei
prossimi cinque anni
120 milioni di euro

Come funziona la sanità in Emilia-Romagna non piacerà molto al Pd bolognese. Piace invece, e molto, al resto d'Italia. A dimostrarlo sono gli ultimi dati disponibili sulla mobilità attiva e passiva dei pazienti tra le regioni. L'Emilia-Romagna nel 2017 (dati 2016 ovviamente) è risultata al primo posto in Italia per il saldo positivo del 9% sul totale dei ricoveri. In cifre: su 640.000 ricoveri, 129.000 sono stati di cittadini che da altre regioni sono venuti negli ospedali lungo la via Emilia, solo 53.000 gli emiliano-romagnoli che si sono andati a curare altrove. In termini economici, guardando al saldo mobilità nel riparto del Fondo sanitario nazionale del 2017, questo ha significato che so-

no entrati 358,5 milioni di euro nelle casse dell'Emilia-Romagna, il 58% sui crediti (secondi in Italia solo alla Lombardia).

Anche nel fare i bilanci e nel rispettare i livelli essenziali di assistenza (che sono l'insieme di servizi che i cittadini hanno diritto di ricevere gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale) l'Emilia-Romagna primeggia. È di fine febbraio la notizia che la nostra sanità regionale è stata promossa dal ministero dell'Economia e delle Finanze al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria per il 2016. Promozione su tutti i fronti, per pareggio di bilancio e piena erogazione dei Lea, un bollino verde condiviso con Lombardia, Veneto e Marche, che ha reso possibile lo sblocco di 78 milioni di euro del Fondo sanitario, soldi che Viale Aldo Moro girerà alle aziende sanitarie per stabilizzare ulteriormente i già buoni tempi di pagamento raggiunti nel 2017: tutte le Ausl infatti alla fine dell'anno scorso avevano rispettato il termine di legge fissato in 60 giorni per pagare i fornitori. L'anno prima l'Emilia-Romagna era stata scelta dal governo tra le cinque Regioni benchmark (insieme a Lombardia, Veneto, Marche e Umbria) per diventare punto di riferimento e di confronto per determinare i costi standard in sanità, elemento per procedere al riparto del Fondo sanitario nazionale.

Negli ultimi due anni l'Emilia-Romagna è stata modello

per tutta Italia anche per due settori non trascurabili della sanità pubblica. In primo luogo nell'abbattimento delle liste d'attesa per visite ed esami, riportate in tutta la regione quasi nel 100% dei casi entro rispettivamente i 30 e 60 giorni. Un risultato di cui il presidente Bonaccini si è vantato molto spesso nella tribuna nazionale. L'altro settore è quello dei vaccini: l'Emilia ha fatto da apripista con la legge che introduceva l'obbligo dei nidi, poi ripresa ed allargata da quella nazionale.

I sindacati hanno attaccato spesso la Regione per i tagli, soprattutto nei posti di lavoro. Polemiche rintuzzate sempre dal governatore che ha sbandierato in più occasioni la copertura del turn-over del 125% nel 2017, salita al 160% per gli infermieri: 3.292 assunzioni contro 2.642 cessazioni, saldo positivo di 650 posti di lavoro. È evidente che non sono bastati a chi lavora nel settore. Ultimo cenno alla sanità bolognese: il solo Sant'Orsola riceverà nei prossimi 5 anni 120 milioni dalla Regione per rimettersi a nuovo.

Marina Amaduzzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli effetti dello squilibrio demografico su pensioni e sanità e le soluzioni del welfare comunitario

UN BENEFICIO PER TUTTI

I vantaggi di una rete che ponga i lavoratori al centro

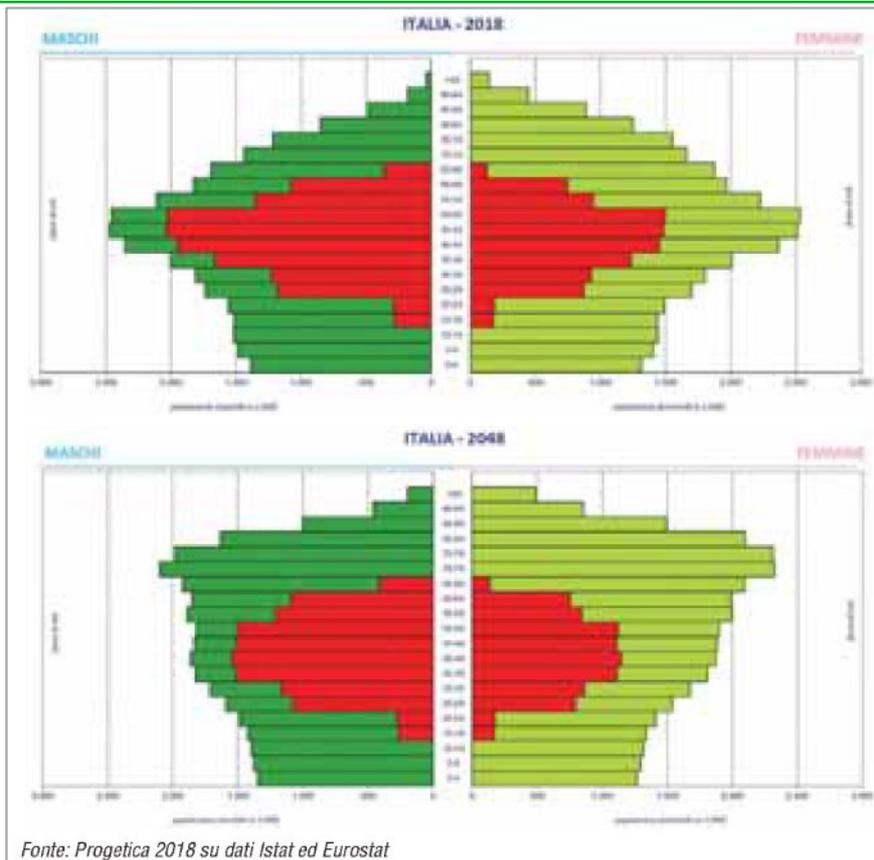
In Italia ci sono 11 milioni di under 19 e 17,5 milioni di over 65 (fonte: Neodemos 2018). Il tasso di occupazione femminile è pari a 49,3%, quello maschile a 67% (dati provvisori Istat gennaio 2018); il 46% dei contribuenti dichiara un reddito inferiore ai 15 mila euro e solo il 4% del totale dichiara più di 50 mila euro. Dati che destano non poche preoccupazioni perché le pensioni, la sanità, l'assistenza si reggono sulla redistribuzione delle imposte e dei contributi di chi lavora: se pochi lavorano, e contribuiscono poco, chi, o che cosa, ci aiuterà a costruire stabilità e futuro?

Il primo alleato su cui le generazioni precedenti potevano contare era il sistema pubblico. Oggi questa convinzione va rivista. Come si può osservare nei grafici qui accanto, la piramide demografica del 2018 e del 2048 rappresenta la popolazione suddivisa per fasce di età (in verticale), numerosità (in orizzontale) e genere (lato sinistro e destro). L'Italia del 2018 mostra pochi bambini e molti anziani; i lavoratori (evidenziati in rosso) sono in evidente minoranza in confronto alla popolazione intera e faticano a sostenere le necessità di tutti in materia di istruzione, assistenza, sicurezza e previdenza pensionistica. E in futuro, se nulla accade, le cose potrebbero peggiorare. Nei paesi a squilibrio demografico, lo Stato sociale spesso arretra e rischia di restituire i rischi ai cittadini. Così, ad esempio, in Giappone si teme che lo stesso concetto di pensione non reggerà a lungo, in Gran Bretagna il governo restituisce i contributi previdenziali ai cittadini che non chiedono il pagamento di vitalizi, in Francia si ridiscutono i sussidi per le maternità.

Questo mentre da noi le riforme pensionistiche ormai sono continue. Oggi in Italia convivono diversi modelli di welfare: la pensione dipende dalla misura dei contributi individuali, la sanità ci è garantita come cittadini ma l'assistenza ai disabili ed agli anziani è fortemente a carico della famiglia, e della «grande madre italiana». Certo, c'è il grande contributo del terzo settore, e nuove sensibilità locali cercano di tutelare i cittadini più fragili ma il modello «redistributivo» scricchiola sotto il peso dei dati e questo richiede sistemi innovativi, che connettano tra loro diverse componenti della società per sostenere il ciclo di vita delle persone. Una delle vie più efficaci per fare ciò consiste nel welfare comunitario, una rete coesa che mette il cittadino al centro dell'azione di soggetti (pubblici e privati). In questo disegno, ogni attore ha un ruolo preciso. La pubblica amministrazione definisce le regole e svolge una funzione di coordinamento; la famiglia fa crescere i figli, assiste i cari, trasferisce risorse economiche tra i propri membri; il terzo settore e l'associazionismo supportano le fragilità; il mercato finanziario, assicurativo e previdenziale

mette a disposizione competenze e strumenti per affrontare i rischi economici; infine l'azienda, che offre un contributo concreto al benessere dei propri collaboratori fornendo servizi utili e integrando le prestazioni del sistema pubblico. «Per il miglior funzionamento del welfare aziendale e per una sua capillare diffusione è fondamentale semplificare i processi di erogazione e le modalità di accesso al paniere dei benefit», commenta **Damien Joannes**, direttore business unit welfare aziendale Edenred Italia. «A questo scopo il Voucher introdotto con la legge di Stabilità 2016, ha allineato il nostro paese alle migliori esperienze europee. Il buono, attraverso il quale erogare tutti i servizi e i beni del paniere del welfare aziendale, ha il vantaggio, appunto, di rendere più fluido e facile l'intero processo, eliminando le complesse rendicontazioni che fino a poco tempo fa caratterizzavano la gestione e l'utilizzo degli strumenti di welfare. L'introduzione di questo strumento va di pari passo con la crescente diffusione del welfare aziendale in Italia e per molti aspetti è una delle condizioni organizzative e gestionali per la sua definitiva affermazione, sia nelle grandi che nelle medie e piccole imprese». Il welfare comunitario, insomma, unisce in comunanza di interessi impresa, lavoratore, parti sociali. Una convergenza che fa bene a tutti e che spiega da sola come mai il welfare aziendale sia oggi una prassi diffusa e in continuo ampliamento. (riproduzione riservata)





La tutela dai rischi rilevanti è oggetto di norme e incentivi sempre più frequenti nei piani di welfare

POLIZZE, UN MOTORE DI BENESSERE

Il principio di mutualità tutela aziende, dipendenti e assicurazioni

Parlare di rischi, infortuni o malattie non piace a nessuno. Meglio pensare ad altro, e così generalmente si fa. In fondo ognuno di noi desidera stare bene, far star bene i propri cari, disporre del denaro necessario a curarsi in caso di bisogno, senza rinunciare a mandare i figli all'università o a pagare il mutuo, e vivere una vecchiaia sana. Non tutto va però sempre per il verso giusto e allora possiamo permetterci di attendere i tempi del Servizio Sanitario Nazionale e aspettare 15 mesi per una mammografia, 12 mesi per una risonanza magnetica o 9 mesi per un controllo oncologico (*Fonte: XIX Rapporto PiT Salute 2016 - Cittadinanzattiva*)?

Dalla tutela della salute da adulti, alla protezione della salute da anziani: con l'aumentare della speranza di vita, oggi in Italia un maschio può attendersi di vivere 19 anni in condizioni di salute non buone, una femmina 22 (*Fonte: Bes 2017*). Un tempo lunghissimo che non ammette riflessioni ritardatarie. Peccato però che, secondo il Ministero della Salute, solamente 370mila over 65, su un totale di circa 3 milioni, possono contare su un'assistenza domiciliare per la cura a lungo termine.

La perdita di un papà o di una mamma che lavora, o la sua improvvisa inabilità, sono altri due casi che non possono essere sottovalutati: 1.076 € per i maschi e 691 € per le femmine sono gli impor-

ti lordi medi mensili della pensione di inabilità Inps 2016,

destinata agli invalidi al 100%, che non possono più lavorare. Circa 1.500 euro al mese è invece lo stipendio medio di una persona specializzata che presta assistenza continuativa a domicilio. È, questo, un equilibrio sostenibile dalle famiglie italiane?

In questo quadro, il mondo assicurativo assume un ruolo tutt'altro che residuale nel panorama del welfare aziendale. Permettere al lavoratore, in caso di bisogno, di usufruire di una polizza sanitaria che dà diritto a visite specialistiche in tempi brevi e che rimborsa le spese mediche, o poter contare su un capitale in caso di gravi invalidità, di premorienza, o di grandi interventi chirurgici può davvero fare la differenza nel-

la vita personale e familiare. La tutela dai rischi rilevanti è oggetto di norme ed incentivi connessi al welfare aziendale. Oggi è possibile, ad esempio, far rientrare in un piano di welfare aziendale i contributi e premi versati dall'azienda per assicurazioni che tutelano dalla non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o dall'insorgere di gravi malattie o, ancora, coperture in caso di morte e invalidità permanente.

Gli strumenti assicurativi si basano su un concetto, prezioso, che è quello della mutualità, un grandissimo motore di benessere che permette al lavoratore di condividere il rischio con altri «come lui» e, privandosi di poco, di non doversi mai privar di molto. I supporti conseguenti consistono nella fornitura di coperture assicurative a condizioni agevolate, fungendo l'azienda da «gruppo di acquisto» che consente economie di scala. (riproduzione riservata)





■ AISDET / A Bari il primo Congresso dedicato, il 27 e il 28 settembre 2018

Sanità digitale e cittadini

Ambienti digitali, valore e social return per innovare il Ssn

Pensare gli ambienti digitali dal punto di vista del cittadino e delle esigenze del personale medico è la scommessa dei prossimi anni.

Spostare la barra dell'attenzione e la declinazione delle soluzioni digitali per la maggiore inclusione dei bisogni di chi assiste e di chi domanda salute, è uno dei luoghi cruciali per la ridefinizione della relazione di cura e di assistenza e per la maggiore focalizzazione del Ssn come servizio. Servizio, in cui la Sanità digitale e la Telemedicina non possono che facilitarne obiettivi e finalità.

Il I Congresso nazionale AiSdeT, che si terrà a Bari (27-28 settembre), intende focalizzare questo tema, spingendo l'attenzione anche sul valore generato dall'utilizzo delle soluzioni digitali.

“La domanda del mondo clinico e più in generale medico - afferma Ottavio Di Cillo, presidente AiSdeT - chiede di avere strumenti flessibili e duttili in grado di modellarsi al processo di cura”.

“Non a caso si parla, con sempre maggiore frequenza, di

compliance, ma si tratta di fare un ulteriore passo avanti verso la co-progettazione e la collaborazione applicativa per ambienti integrati e interoperabili, che facilitino la comunicazione tra gli attori della Sanità e tra questi e il cittadino, rendendo evidenti i processi e fruibili i dati informativi. Un obiettivo, che vede il cittadino attivamente e responsabilmente coinvolto nel proprio percorso di cura, facilitato nell'utilizzo dei servizi e al loro accesso e appropriatamente orientato nel proprio percorso”. “Il cittadino, insomma - conclude Di Cillo - come fuoco dell'assistenza sanitaria, è l'orizzonte su cui puntare, rendendolo effettivamente raggiungibile, con il sostegno, ormai ineludibile, di quanto la Sanità digitale e la Telemedicina possono offrire in base all'evidenza dei risultati ottenuti da anni di sperimentazioni e di attività progettuali. Un passo avanti per la sostenibilità dell'equità e dell'universalità del Ssn”. Per ulteriori informazioni: www.aisdet.it.



WELFARE

Eataly estende la sanità integrativa

■ Per 12 mila addetti di Eataly pacchetto di welfare più corposo. Grazie all'intesa raggiunta da azienda e Filcams, Fisascat e Uiltucs l'accantonamento di 300 mila euro previsto dal contratto integrativo del 2015 sarà destinato ad ampliare le prestazioni offerte dal fondo di assistenza sanitaria integrativa di settore Fondo Est. Dal 1° maggio ci sarà una nuova convenzione sanitaria che amplia le prestazioni e sarà estesa la copertura assicurativa su base volontaria a figli, coniugi o conviventi a fronte del pagamento di un contributo.



Salute. Non rientra nel reddito quanto pagato dal datore di lavoro

Essenti i contributi per le polizze contro la non autosufficienza

LE VOCI SCONTATE

La regola

■ Non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente i contributi e i premi versati per le polizze cosiddette «Long Term Care» e «Dread Disease», ovvero per le polizze volte ad assicurare le terapie di lungo corso e le malattie gravi

Long Term Care

■ Sono riconducibili alla prima tipologia, le polizze dirette a garantire una copertura assicurativa per stati di non autosufficienza del dipendente, che richiedono generalmente il sostenimento di spese per lunga degenza

Dread Disease

■ Appartengono, invece, alla seconda categoria (Dread Disease) le polizze dirette a garantire una copertura assicurativa contro il rischio di insorgenza di malattie particolarmente gravi

IL PRINCIPIO

Il beneficio solo per la quota versata in favore del dipendente
Sono tassate le somme destinate ai familiari

■ Non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente i contributi e i premi versati per le polizze «long term care» e «dread disease», ossia per le polizze che hanno lo scopo di assicurare le terapie di lungo corso e le malattie gravi.

È questo un altro dei chiarimenti forniti dall'agenzia delle Entrate con la circolare 5/2018, emanata ieri, interpretando le novità normative introdotte dalla legge di Bilancio 2017.

Le modifiche introdotte al Testo unico delle imposte sui redditi (nuova lettera f-quater dell'articolo 51, comma 2) stabiliscono che non concorrono a formare il reddito «i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, le cui caratteristiche sono definite dall'articolo 2, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2), del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16 gennaio 2010, o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie».

Quindi sono due le patologie tutelate dal fisco e che devono riguardare il dipen-

dente e non anche i suoi familiari:

- il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- il rischio di gravi patologie.

Con riferimento all'individuazione delle persone non autosufficienti si deve fare riferimento ai criteri di una precedente circolare delle Entrate (la circolare 28/E del 2016, paragrafo 2.3) vale a dire, coloro che non sono in grado di compiere gli atti della vita quotidiana quali, ad esempio, assumere alimenti, provvedere all'igiene personale, deambulare, indossare gli indumenti.

Per quanto riguarda le gravi patologie, l'Agenzia ritiene di poter fare riferimento all'elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia all'ispettorato del Lavoro, contenuta nel Dm 19 aprile 1973, e da ultimo aggiornato con Dm 10 giugno 2014, anche se questo elenco non può ritenersi tassativo.

Relativamente alle polizze «long term care», le caratteristiche delle prestazioni che devono essere garantite sono l'assistenza tutelare e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Si tratta, ad esempio, dell'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, dell'aiuto domestico familiare, della promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Con riferimento al beneficio fiscale, l'Agenzia spiega che i termini «contributi e premi» senza altra specificazione, portano a ritenere

che beneficiano dell'esenzione i contributi versati alle casse aventi esclusivamente fine assistenziale nonché i contributi versati a fondi sanitari non iscritti all'anagrafe e agli enti bilaterali.

Infine, per poter fruire del beneficio il versamento del premio o del contributo deve essere eseguito dal datore di lavoro in favore della generalità o di categorie di dipendenti.

La non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente prevista dalla legge esclude in ogni caso che in relazione ai premi versati sia possibile per il contribuente fruire della detrazione d'imposta prevista dall'articolo 15, comma 1, lettera f) del Tuir.

Qualora la polizza prevedesse la tutela anche per i familiari del dipendente, la quota parte del premio concorrerebbe alla formazione del reddito del dipendente e potrebbe determinare l'applicazione della detrazione di imposta.

E.D.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

