

Articoli Selezionati

SCENARIO

11/10/18	Giorno - Carlino - Nazione	21	Ogni over 65 costa 38mila euro Quasi tutto a carico dello Stato	Lazzari Annamaria	1
16/10/18	Repubblica Salute	10	Riservato - Medici in piazza: al governo non interessa la salute degli italiani	Bocci Michele	2
17/10/18	Stampa	5	Sanità, il super ticket non sarà cancellato Al palo le cure gratuite per 110 malattie rare	Russo Paolo	3
17/10/18	Sole 24 Ore .lavoro	33	È detraibile l'Iva sugli acquisti per i piani di welfare	De Fusco Enzo	5
19/10/18	Giorno - Carlino - Nazione	12	Sanità lumaca, sei milioni di italiani rinunciano alle cure - Sanità lumaca, allarme Nord-Sud «Sei milioni rinunciano alle cure»	Prosperetti Giulia	6
21/10/18	Libero Quotidiano	21	I 'Patient's Digital Health'	E.SER.	8

Ogni over 65 costa 38mila euro Quasi tutto a carico dello Stato

Report Swiss Re: assicurazioni all'1%, agli ultimi posti nel mondo



In pillole

La quota 73%

In Italia il 73% della spesa pro-capite per ogni over 65 è a carico dello Stato, l'11% sulla famiglia, il 15% pesa sui risparmi privati e solo l'1% sulle assicurazioni

L'ECONOMISTA CISNETTO
Società sempre più anziana
L'economia sarà rivoluzionata
Serve maggior spinta privata

Annamaria Lazzari
■ MILANO

L'ITALIA spende 44mila dollari (circa 38mila euro) per ogni persona che ha superato i 65 anni. Un record? Non proprio. Il nostro Paese è all'ottavo posto nella classifica sul costo dell'invecchiamento nelle 13 nazioni più importanti al mondo. Lo rivela il report *'Who is paying for ageing?'*, realizzato da Swiss Re, compagnia di assicurazione, presentato ieri a Milano. Il rapporto analizza la suddivisione del costo di mantenimento per ciascun over 65 tra finanze pubbliche, risparmi privati, famiglie e assicurazioni. E qui cominciano le dolenti note.

NEL Bel Paese il 73% della spesa pro-capite per ogni over 65 è a carico dello Stato, l'11% sulla famiglia, il 15% pesa sui risparmi privati e solo l'1% conta sulle assicurazioni. In termini di spesa media annua pro capite, è l'Olanda quella che sborsa di più, con 70.000

Nel 2050

Secondo le stime, gli over 65 nel mondo raddoppieranno entro il 2050. Gli anziani passeranno dall'8,3% al 15,8% della popolazione mondiale

11 mila miliardi

La spesa complessiva nel mondo per gli over 65 è di 11 mila miliardi di dollari, con una media pro-capite all'anno di 41.000 dollari (35mila euro circa)

70mila euro

L'Olanda spende più di tutti: 70.000 dollari per ogni over 65 (circa 60mila euro), poi gli Usa (66.000 dollari, 57mila euro) e la Francia (59.000 dollari, circa 51mila euro)

dollari per ogni over 65 (circa 60mila euro), poi gli Stati Uniti (66.000 dollari, circa 57mila euro) e al terzo posto Francia (59.000 dollari, circa 51mila euro). L'Italia viene dopo Giappone, Germania, Canada e Australia. Ma prima di Regno Unito, Hong Kong, Corea del Sud, Polonia, Cina.

LA SPESA complessiva nel mondo per gli over 65 è di 11 mila miliardi di dollari, con una media pro-capite all'anno di 41.000 dollari (35mila euro circa). Il 60% delle spese è a carico dello Stato, il 10% della famiglia, i risparmi personali sono al 25%, le assicurazioni coprono il 5%.

«IN ITALIA il binomio famiglia + Stato (84%) ha il tasso di spesa più alto del mondo, mentre si rileva uno tra i più bassi per quanto riguarda il carico sulle assicurazioni, pari all'1%. In Francia le assicurazioni coprono il 3%, negli Stati Uniti si arriva all'11%» ha spiegato Domenico Savarese, head of ageing di Swiss Re Zurich. «Lo Stato in Italia è il maggior finanziatore ma lo sarà sempre meno nel futuro». E non solo per l'indebitamento pregresso. Gli anziani saranno sempre più numerosi. Si

stima che gli over 65 nel mondo raddoppieranno entro il 2050, passando dall'8,3% al 15,8% della popolazione mondiale. «Un mutamento demografico che possiamo definire una rivoluzione, in grado di cambiare in modo strutturale la società e l'economia» ha detto l'editorialista ed economista Enrico Cisnetto.

SE «LA SPESA è destinata ad un significativo incremento» come si può evitare un default? «Ci vuole una collaborazione fra pubblico e privato. I consumatori over 65 devono essere al centro di un messaggio positivo da parte delle assicurazioni» spiega Daniela D'Andrea, ceo Swiss Re Italia. Se «per mantenere la salute di corpo e mente è fondamentale l'alimentazione» dice Rosanna Lambertucci, giornalista e scrittrice, non meno importante, in una società coi capelli bianchi, è adottare «un parametro culturale inclusivo, per le persone anziane, come in Giappone», secondo Luca Buccoliero, professore di Marketing alla Bocconi che conclude: «Il paradosso dell'Italia è quella di una popolazione che invecchia sempre di più e bene ma è espulsa, dai processi produttivi, in età sempre più giovane».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





RISERVATO

di Michele Bocci

Medici in piazza: al governo non interessa la salute degli italiani

La prima categoria di lavoratori ad andare in piazza contro il governo

giallo-verde è quella dei medici ospedalieri. Non sono bastati i tentativi della ministra alla Salute Giulia Grillo di convincere i camici bianchi che i soldi per il loro contratto e più in generale per la sanità verranno trovati, il suo impegno a battersi per ottenere fondi dal Mef e una più generale disponibilità a stare dalla loro parte. Domani i sindacati che rappresentano medici e veterinari del servizio sanitario pubblico si troveranno di fronte a Montecitorio per fare una manifestazione. Più avanti ci saranno due giorni di sciopero: il 9 novembre si fermano tutte le sigle sindacali e il 23 novembre quella degli anestesisti.

La protesta, spiega Carlo Palermo segretario della realtà con più iscritti, l'Anaa, «è intanto per il mancato aumento del fondo sanitario nazionale, limitata allo striminzito miliardo in più rispetto al 2018 che già aveva previsto Gentiloni». Si tratta proprio di quel miliardo che aveva fatto gioire Grillo, la quale ha annunciato con enfasi nei giorni scorsi che per l'anno

prossimo il fondo avrebbe avuto un incremento grazie proprio al nuovo Governo. In realtà quei soldi erano già attesi e così nessuno nel mondo della sanità (Regioni e lavoratori) gioisce per il loro arrivo. La stessa Grillo quando si trovava all'opposizione criticava il governo di centrosinistra se annunciava un aumento del fondo già previsto come se fosse una novità.

«Ci vogliono più soldi, in pratica si continua con il definanziamento», sintetizza Palermo. Del resto i medici hanno aperto la questione del loro contratto, il cui rinnovo costerebbe un altro miliardo, che non si vuole far pesare sul fondo sanitario nazionale quindi avrebbe bisogno di risorse dedicate. «La ministra ci ha incontrato - dice Palermo - è stata gentilissima ma per ora effetti non se ne vedono. Oltretutto, visto quello che sta uscendo della manovra, non si capisce nemmeno se quel miliardo in più sarà mantenuto. Oltretutto la misura dei 100 anni per la pensione svuoterà i reparti. Qui è a rischio tutto il sistema, colpire la sanità vuol dire colpire prima di tutto la salute dei cittadini». I camici bianchi non si fidano e vanno in piazza.

Sanità, il super ticket non sarà cancellato

Al palo le cure gratuite per 110 malattie rare

La ministra Giulia Grillo aveva chiesto due miliardi ma il Mef ha detto no
L'aumento del fondo nazionale servirà per il contratto dei medici

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Niente abrogazione del super-ticket e solo un miliardo in più di fondo sanitario già programmato dal governo Renzi, che se ne andrà quasi tutto per rinnovare il contratto dei medici sul piede di guerra. La sanità esce con le ossa rotte dalla manovra, almeno rispetto alle aspettative del Ministro della salute Giulia Grillo, che di miliardi puntava a portarne a casa due e con quelli cancellare il balzello di dieci euro su visite e analisi, che secondo le stime del dicastero valeva non più di 380 milioni. Poca roba ma sempre troppa per l'Economia, che ha rispedito al mittente la proposta, specificando con il vice-ministro leghista Massimo Garavaglia che il miliardo in più «servirà quasi esclusivamente a finanziare il contratto dei medici», fermo al palo da ormai dieci anni. Mentre i 284 milioni iscritti nella legge di Bilancio approvata lunedì «servono per coprire tutte le risorse mancanti a coprire i rinnovi di tutto il personale della sanità nel solo 2018».

Medici in sciopero

Parole che non convincono i camici bianchi, fermi nel confermare la doppia tornata di scioperi il 9 e 23 novembre, proprio nella fase calda dell'esame parlamentare della legge di Bilancio. «Teoricamente il miliardo stanziato ser-

virebbe anche per finanziare i Lea, i nuovi livelli essenziali di assistenza, l'ingresso dei costosissimi nuovi farmaci innovativi, l'adeguamento tecnologico degli ospedali», spiega Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anaa, il più rappresentativo sindacato dei medici ospedalieri. «Non vorremmo entrare in una competizione iniqua tra le giuste richieste dei cittadini a terapie moderne ed efficaci e il diritto di chi quelle cure deve poi erogarle». Resta il fatto che portando il fondo sanitario da 113,4 a 114,4 miliardi, una volta pagati ai medici gli aumenti non corrisposti per il periodo 2016-18 e quelli futuri da qui al 2019 «per le altre voci resta pochino», ammette Garavaglia. E così rischiano di rimanere al palo i nuovi Lea, che avrebbero tra le altre cose dovuto garantire le cure gratuite a 110 nuove malattie rare, così come non si vedono risorse per finanziare le tremila borse di studio per specializzare i medici che dovrebbero rimpiazzare quelli sempre più numerosi in uscita. Anche perché, secondo l'Anaa, ai 40 mila che mancheranno all'appello da qui a dieci anni, rischiano di aggiungersene d'un sol colpo altri 25 mila per effetto di «quota 100». Alzare il numero di accesso alle facoltà di medicina, come promette il governo, significa attendere almeno dieci anni prima di avere nuovi camici bianchi da immettere nelle corsie. Per questo il ministero della salute sta mettendo a punto due provve-

dimenti che marceranno parallelamente alla manovra. Uno «sblocca concorsi», che consentirà di guadagnare tempo aprendo le selezioni ai neo laureati in medicina, senza aspettare che si specializzino. E poi un contratto atipico per gli specializzandi che potrebbero così essere assunti nell'ultimo anno di formazione con compiti assistenziali meno complessi.

Cup unico per le prenotazioni

Nei meandri del bilancio sono spuntate invece risorse non spese, cinque miliardi per l'edilizia sanitaria più un fondo Inail di 500 milioni per le stesse finalità, che serviranno a finanziare il «piano Marshall» pluriennale da 32 miliardi per il rinnovamento degli ospedali.

Un Cup unico per le prenotazioni dovrebbe poi evitare sorpassi indebiti nelle liste d'attesa, per abbattere le quali la manovra stanziava una manciata da 50 milioni.

Finisce invece nel decreto semplificazioni la norma che non consente più ai governatori delle regioni in piano di rientro dai deficit di ricoprire con la carica di commissario il doppio ruolo di controllore e controllato. Mossa che costringe i presidenti di Lazio e Campania, Zingaretti e De Luca, a fare un passo indietro sulla sanità.

Sbloccati infine 500 milioni del cosiddetto pay back, il ripiano dei debiti farmaceutici a carico dell'industria della pillola. Soldi buttati su un piatto che per la sanità continua a piangere. —

© BY NC ND ALDUNI DIRITTI RISERVATI



I progetti finanziati e quelli senza copertura

1

Resta il balzello su visite e analisi

L'abolizione del ticket di dieci euro su visite e analisi, che secondo le stime del dicastero valeva non più di 380 milioni è stata uno dei cavalli di battaglia del M5S ma i soldi messi a disposizione dal Mef non bastano

2

Medici

Il viceministro dell'Economia, Garavaglia, ha spiegato che il miliardo in più assegnato al fondo sanitario nazionale servirà quasi esclusivamente a finanziare il contratto dei medici fermo da dieci anni

3

Borse di studio

Non ci sono le risorse per finanziare borse di studio per specializzare i medici che dovrebbero rimpiazzare quelli sempre più numerosi in uscita. Secondo l'Anaa da qui a dieci anni ne mancheranno 40 mila

I PROVVEDIMENTI

Ecobonus

Prorogate fino al 2019 le detrazioni per ristrutturazione edilizia, interventi di efficienza energetica, bonus mobili e bonus giardini. Per gli interventi ristrutturazione edilizia bonus prorogato al 50% (da suddividere in 10 quote annuali). Per gli interventi di efficienza energetica prevista la ma in misura inferiore per alcune fattispecie (50% invece che 65%). Estesa la detrazione al 36% per interventi di cura, ristrutturazione e irrigazione del verde privato.

CC BY-NC-ND ALGUNO DIRITTI RISERVATI

Cedolare secca sui negozi

Nella legge di Bilancio arriva una cedolare secca per gli affitti anche di negozi e capannoni. È una delle misure della prossima manovra annunciata dal governo nel comunicato diffuso al termine del consiglio dei Ministri. La manovra - scrive il governo - prevede una flat tax per gli affitti con l'introduzione di una cedolare fissa al 21 per cento sui nuovi contratti di affitto degli immobili commerciali, come i capannoni. Una misura voluta fortemente dalla Lega.

CC BY-NC-ND ALGUNO DIRITTI RISERVATI

Proroga opzione donna

La prima manovra economica del governo Lega-Cinque Stelle prevede la proroga di «Opzione donna», che permette alle lavoratrici con 58 anni, se dipendenti, o 59 anni, se autonome, e 35 anni di contributi, di andare in pensione.

Oltre a questo in materia di pensioni è prevista l'introduzione di Quota 100 voluta dalla Lega, con 62 anni di età e 38 di contributi, così da superare la legge Fornero. Inoltre per le pensioni minime sono previsti aumenti fino a 780 euro, una misura chiesta dai Cinque Stelle.

CC BY-NC-ND ALGUNO DIRITTI RISERVATI

Gli aspetti fiscali

È detraibile l'Iva sugli acquisti per i piani di welfare

Enzo De Fusco

Un'azienda ha diritto a detrarre l'Iva sugli acquisti connessi al piano welfare perché tali spese rientrano tra i costi generali che sostiene il datore di lavoro per la sua impresa. Così ha stabilito la Corte di cassazione con la sentenza 22332/2018 respingendo il ricorso presentato dall'agenzia delle Entrate.

Il tema riguarda la detraibilità dell'Iva riferita all'acquisto di beni e servizi che compongono i numerosissimi piani welfare avviati dalle aziende. Beni e servizi che il più delle volte non hanno una specifica inerENZA con l'attività svolta dall'impresa, proprio perché rivolti a soddisfare esigenze e benessere dei dipendenti. Ma proprio sul presupposto della non inerENZA l'agenzia delle Entrate aveva escluso la detraibilità.

La posizione era stata espressa dalla direzione regionale Lombardia con la risposta all'interpello 904-603 del 20 luglio 2017 su un piano che prevedeva il riconoscimento ai lavoratori dell'abbonamento mensile alla pay-tv. L'Agenzia ha tracciato, in via generale, i criteri di detraibilità dell'Iva chia-

rendo che, in base all'articolo 19 del Dpr 633/1972, il diritto alla detrazione dell'imposta spetta quando si rispettano tre parametri:

- inerENZA del bene e servizio acquistato con l'attività economica svolta dal soggetto passivo;
- i beni e i servizi acquistati sono afferenti a operazioni imponibili o ad esse assimilate dalla legge ai fini dell'esercizio della detrazione;
- nesso diretto e immediato tra le spese collegate alle prestazioni a monte e il complesso delle attività economiche del soggetto d'imposta, in quanto l'Iva può essere detratta a condizione che sia «connessa al trattamento delle operazioni effettuate a valle, cui gli acquisti si riferiscono».

Secondo la direzione regionale Lombardia (confermata nei fatti anche dalla direzione generale), il riconoscimento del canone di abbonamento alla pay tv riconosciuto al lavoratore per effetto dell'applicazione del piano welfare non soddisfa questi requisiti e quindi ha ritenuto non legittima la detraibilità dell'Iva.

La Corte di cassazione ha analizzato il tema della detraibilità dell'Iva pagata dall'azienda per acqui-

stare soggiorni estivi per i propri dipendenti e per la formazione di dipendenti di altre società del gruppo, e ha respinto le argomentazioni proposte dalle Entrate accogliendo quelle dell'azienda.

La Corte è giunta a questa conclusione precisando che la detraibilità dell'Iva spetta non solo quando sussiste un nesso diretto e immediato tra una specifica operazione a monte e una o più operazioni effettuate a valle, ma anche quando i costi dei servizi in questione facciano parte delle spese generali del soggetto passivo.

Secondo la Cassazione, grazie anche alle indicazioni della Corte di giustizia europea con la sentenza del 18 luglio 2013 (causa Maritza East), i costi sostenuti per i servizi offerti dal datore di lavoro ai propri dipendenti possono essere considerati come aventi un nesso economico con il complesso delle attività economiche del contribuente, risolvendosi nella acquisizione di prestazioni accessorie rispetto alle esigenze di impresa, per cui assumono rilevanza quali spese generali connesse al complesso delle attività economiche del soggetto passivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN SINTESI

Il divieto

Secondo l'agenzia delle Entrate per beneficiare della detraibilità dell'Iva, le spese sostenute dall'azienda per i piani di welfare devono rispettare determinati requisiti, tra cui quello che richiede un nesso diretto e immediato con l'attività economica dell'impresa. Una situazione non comune, dato che i piani di welfare includono molte prestazioni non inerenti l'attività svolta

L'apertura

Per la Corte di cassazione i costi dei servizi offerti ai dipendenti hanno un nesso con l'attività economica dell'azienda e quindi possono beneficiare della detraibilità dell'Iva

3

I PARAMETRI

Il diritto alla detrazione dell'Iva scatta se si rispettano tre parametri che prevedono, tra l'altro, l'inerENZA del bene e servizio acquistato con l'attività del soggetto passivo



ALLARME AL NORD

Sanità lumaca, sei milioni di italiani rinunciano alle cure

PROSPERETTI e DEL NINNO
 ■ Alle pagine 12 e 13

Sanità lumaca, allarme Nord-Sud «Sei milioni rinunciano alle cure»

Il dossier: liste d'attesa infinite, tempi ridottissimi se si sceglie il privato



La legge

Per una visita oncologica o neurologica nel sistema sanitario pubblico non si dovrebbero superare per legge i trenta giorni di attesa

Diritto poco noto

Se non ci sono strutture alternative, il cittadino ha infatti il diritto di accedere a una prestazione intramoenia pagando l'equivalente del ticket, senza maggiorazione

Giulia Prosperetti
 ■ ROMA

REGIONE che vai, sanità che trovi. E non sempre al Nord va meglio che al Sud. Il quadro che emerge dal VI Rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, presentato ieri da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, racconta un'Italia in cui le disuguaglianze sui tempi di attesa appaiono sempre più marcate fra le varie aree del Paese. Per quanto riguarda la garanzia dei servizi il confronto tra le regio-

Veneto virtuoso

Stilata una graduatoria della situazione nelle varie regioni. Al primo posto, con ben 85 punti di scarto dall'ultima della lista, eccelle il Veneto

Priorità

Il medico può applicare un codice di priorità alla prestazione richiesta. Il codice U (urgente) prevede che la prestazione sia erogata entro 72 ore



Per una coronarografia si attende più in provincia di Bolzano (44 giorni) che in Puglia (10 giorni)

ni è impietoso. La maglia nera spetta alla Campania che, insieme alla Calabria, il Ministero della Salute valuta inadempiente rispetto all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre al primo posto, con ben 85 punti di scarto dall'ultima della lista, eccelle il Veneto. Se al Nord si investe di più e meglio per l'ammodernamento delle strutture e dei macchinari, con regioni come Veneto, Emilia Romagna, Toscana che hanno sottoscritto il cento per cento delle risorse destinate, il problema delle



Per effettuare una visita oculistica in Campania, servono 100 giorni e 5 se si sceglie il canale privato

liste d'attesa affligge anche le aree settentrionali.

PER UN intervento di protesi d'anca si attende di più in Veneto



(107 giorni) che in Calabria (28 giorni), per una coronarografia più in provincia di Bolzano (44 giorni) che in Puglia (10 giorni) mentre le liste d'attesa per effettuare un intervento di ernia inguinale possono variare dai 156 giorni in Valle d'Aosta ai 31 della Sicilia. A fronte di oltre undici milioni di cittadini, che addebitano a tempi di attesa troppo lunghi la loro rinuncia o il ritardo nell'effettuazione di una prestazione, i maggiori disagi si riscontrano nel Centro Italia e a farne le spese sono, soprattutto, gli anziani sopra i 65 anni. E sono 6,2 milioni i cittadini che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione per motivi economici. Se per l'accesso alle chemioterapie si registrano tempi piuttosto contenuti in tutte le regioni - ad eccezione dell'Umbria dove si attendono anche 20 giorni e della provincia di Trento che, al contrario, con 4,5 giorni registra un'attesa inferiore alla media - per quanto riguarda gli interventi le liste variano nettamente a seconda dell'area geografica. Dal Rapporto emerge, infatti, che i pazienti affetti da tumore al polmone devono attendere circa 13 giorni in Basilicata e Valle d'Aosta, oltre 43 in Veneto e addirittura 61 giorni in Calabria.

Per il tumore all'utero i tempi variano, invece, tra gli 11 giorni della provincia di Bolzano e i 34 del Lazio mentre nel caso di intervento per tumore alla mammella l'attesa in lista va dai 16 giorni di Bolzano ai 52 registrati in Valle d'Aosta.

UN'ALTRA eclatante differenza è quella tra pubblico e intramoenia. Per effettuare una visita oculista in Campania, ad esempio, sono necessari oltre 100 giorni a fronte dei 5 se si sceglie il canale intramurario. Una tendenza che si registra in tutte le regioni con numerosi casi limite come i 175 giorni d'attesa nel Lazio per una colonscopia contro i 6 se la prestazione viene effettuata in intramoenia o i 98 giorni richiesti in Lombardia per un ecodoppler venoso nel pubblico contro i 4 giorni se si sceglie la via intramuraria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MINISTRA La titolare della Salute Giulia Grillo (5 Stelle) mentre visita un ospedale in Campania

Assegnati i premi della Fondazione MSD

I 'Patient's Digital Health'

■■■ Mirrorable, Reability, L'anatomia patologica a un click per il paziente ed Elysium sono i progetti vincitori della prima edizione del Patients' Digital Health Awards, bando di concorso ideato da 40 associazioni pazienti con la collaborazione della Digital Health Academy e il contributo incondizionato di Fondazione MSD, per premiare l'ideazione e la realizzazione di progetti di salute digitale che, nell'ottica dei pazienti, possono concorrere a migliorare la qualità di vita di chi vive la malattia in prima persona e dei caregiver e/o a facilitare l'iter assistenziale. Due le categorie premiate: 1) soluzioni tecnologiche che sono già state sviluppate, sperimentate o utilizzate; 2) soluzioni ideate e progettate, ma che non hanno ancora trovato realizzazione o applicazione nella realtà. 45 i progetti o idee di start-up e organizzazioni sanitarie che hanno risposto con entusiasmo al bando, a partire dai risultati di una indagine sugli unmet needs, da loro stessi somministrata a oltre 800 pazienti: proposte che spaziano dalle aree di supporto psicologico e logistico al paziente, a strumenti di riabilitazione cognitiva di pazienti pediatrici, a reti digitali di condivisione di esperienze ma anche di dati e informazioni su terapie e centri di cura per facilitare l'iter assistenziale, alla telemedicina e ai device per il monitoraggio in remoto e il coaching per migliorare stili di vita, ad App di supporto alla gestione della patologia e all'aderenza alla terapia. **(E. SER.)**

