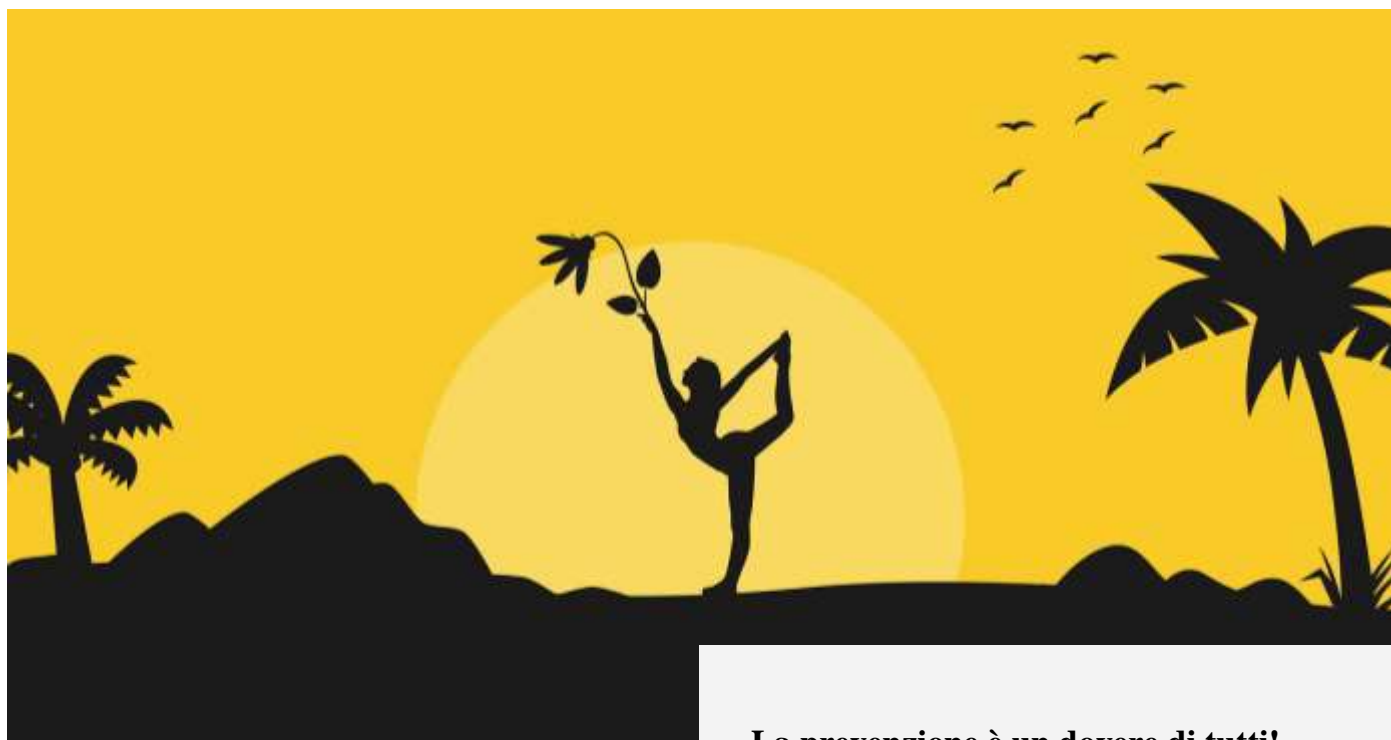




LA RICERCA DEL BENESSERE!



“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente.” – Arthur Schopenhauer

La prevenzione è un dovere di tutti!

“La medicina crea persone malate, la matematica persone tristi e la teologia peccatori.” – MARTIN LUTERO

LA SALUTE PER NOI ASSICURATORI

Noi assicuratori siamo abituati a trattare l'argomento salute, come qualcosa legato esclusivamente alla sfera delle polizze malattia. Ci riferiamo quindi a tutta una serie di coperture che hanno come obiettivo quello di mettere a

disposizione del nostro assicurato strumenti economici per far fronte ad eventi legati alla morbilità.

A me invece piacerebbe in questo secondo numero della nostra “newsletter” trattare il tema salute da molte angolazioni.

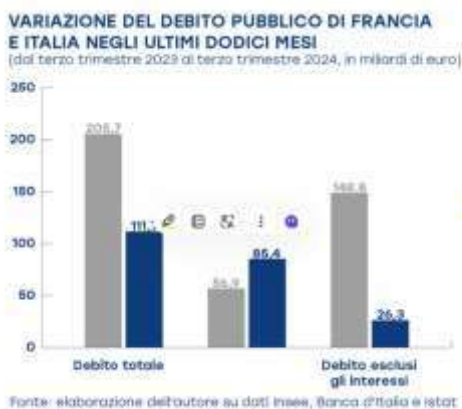
Partirei quindi dal affrontare la salute intesa come **lo stato di benessere** del nostro paese.

Per fare questo prendo spunto da un interessantissimo articolo che ho avuto modo di leggere sulla rivista “[edi – eccellenze di impresa](#)” a firma **Marco Fortis**.

In un passo iniziale del articolo l’autore mette in evidenza che: “*le maggiori critiche rivolte dal mainstream¹ all’economia italiana riguardano l’alto rapporto debito pubblico/PIL, il basso rapporto Ricerca & Sviluppo/PIL, la piccola dimensione delle nostre imprese, nonché la produttività, la competitività e la crescita, tutte e tre ritenute basse. Inoltre, un tipico cavallo di battaglia del mainstream è la tesi di una **perdita progressiva del potere d’acquisto** delle famiglie italiane, una sorta di tendenza irreversibile, che le classi politiche e i governi, specie i più recenti, non riuscirebbero a contrastare per incapacità o scarsa determinazione. Un’altra colpa dei nostri governi, secondo la vulgata del mainstream, sarebbe quella di non essere capaci di fare le “riforme” (salvo poi essere duramente criticati, come nel caso del Jobs Act, quando esse vengono fatte).*”

Se proseguiamo nella lettura dell’articolo ci rendiamo conto che forse, il nostro paese, così tanto bistrattato in realtà è sicuramente molto più performante di altre nazioni che sono da sempre ritenute un esempio a livello europeo.

L’articolo prosegue con un paragrafo, che riporto integralmente, dal titolo:



Lo stereotipo dell’Italia “spendacciona”

Premesso che riteniamo che un elevato debito pubblico sia un problema serio e che sia assolutamente fondamentale tenerlo rigidamente sotto controllo (ci mancherebbe altro!), non condividiamo assolutamente la linea del mainstream. Continuare a descrivere l’Italia come una nazione “spendacciona” che sperpera denaro pubblico a piene mani, o addirittura arrivare a giustificare in modo masochistico i bassi giudizi attribuiti dalle agenzie di rating al nostro debito sovrano, come sono arrivati a fare alcuni “campioni” del mainstream, significa ignorare:

- 1. che ormai **tutti i maggiori Paesi avanzati**, con la sola eccezione della Germania, presentano rapporti **debito pubblico/PIL sopra il 100%**; l’Italia non è dunque più, come 20-30 anni fa, un caso negativo quasi isolato, assieme al Giappone;*
- 2. che dopo l’austerità fino al Covid l’**Italia è riuscita a ridurre il debito/PIL** grazie a una corretta ed equilibrata combinazione di crescita e rigore, specie nel periodo dei governi Renzi-Gentiloni con il supporto del ministro dell’economia Padoan, entrambi governi peraltro fortemente criticati dal mainstream;*
- 3. che dopo il Covid e le eccezionali iniezioni di spesa pubblica avvenute in tutto il mondo, l’Italia è l’unico Paese del G-7 ad aver **riportato il debito/PIL ai livelli pre-Covid**;*
- 4. che il nostro debito è per circa la metà saldamente in mani italiane, grazie alla elevata ricchezza privata del nostro Paese; un altro 20% circa è “parcheggiato” presso la Banca Centrale (a seguito degli acquisti di sostegno degli scorsi anni che hanno interessato in analogo misura tutti i Paesi europei, Germania e Francia in testa); soltanto una quota inferiore al 30% del debito pubblico totale italiano è finanziata da investitori non residenti, cioè una delle quote più basse nell’UE; altri debiti pubblici elevati, come ad esempio quello della Francia, sono invece finanziati da investitori stranieri per oltre la metà del*

¹ Con questo termine si intende una corrente di pensiero prevalente, specie tra coloro che fanno opinione. Nel caso dell’economia italiana, il mainstream è assolutamente negativo su tutta la linea e anche un po’ autocompiaciuto. In più, come se non bastassero i banali luoghi comuni che nel corso del tempo ci hanno cucito addosso gli stranieri, il nostro mainstream ha

portato costantemente acqua al mulino di tali stereotipi, **facendo così all’Italia la peggiore pubblicità possibile all’estero.**

totale e sono quindi più vulnerabili del debito italiano;

5. *che l'Italia è l'economia avanzata che dal 1995 al 2029 ha prodotto e produrrà più bilanci dello Stato in attivo prima del pagamento degli interessi, ovvero surplus primari; l'Italia, dunque, ha una lunga storia di Paese debitore "onorabile" e non certo di Paese "spendaccione", visto che il suo debito è aumentato per ripetuti lustri soltanto a causa degli interessi;*
6. *che la posizione patrimoniale sull'estero dell'Italia è ampiamente positiva (225 miliardi di surplus alla fine del secondo trimestre 2024); ciò significa che lo stock di crediti privati sull'estero dell'Italia (grazie soprattutto ai ripetuti surplus commerciali e della bilancia turistica) è superiore a quello del debito pubblico italiano finanziato dai non residenti; altri importanti Paesi UE, come ad esempio la Francia e la Spagna, presentano invece posizioni patrimoniali sull'estero negative, entrambe caratterizzate da passivi vicini agli 800 miliardi di euro;*
7. *che il cosiddetto Indice "S2" di sostenibilità dei debiti pubblici nel lungo termine a fronte dei costi futuri per pensioni, sanità e invecchiamento della popolazione - un indicatore elaborato dalla stessa Commissione Europea - segnala l'Italia come un Paese a "basso" rischio, mentre Francia, Spagna e la stessa Germania sono a "medio" rischio. Ciò grazie a quelle riforme che, secondo il Mainstream, l'Italia non saprebbe fare, tra cui quelle delle pensioni.*

Forse alla fine potremmo cominciare ad essere convinti che tutto sommato l'Italia è un paese che gode di una discreta salute economica.

LA POLIZZA MALATTIA

In tutti i corsi che faccio sul argomento pongo sempre ai partecipanti la stessa domanda: "perché in Italia, dove la sanità pubblica mediamente funziona bene un cittadino dovrebbe sottoscrivere

una polizza malattia?"; la risposta è sempre la stessa e cioè fa riferimento ai tempi di attesa della sanità pubblica.

Ora a mio avviso è necessario invece prestare attenzione ai molteplici argomenti che portano il nostro cliente a scegliere di assicurarsi.

Chi come me si occupa di formazione a tempo pieno, sa quanto sia importante distinguersi dai cosiddetti "venditori di assicurazioni" indirizzando la nostra consulenza attraverso dei modelli di analisi decisamente più in linea con la preparazione dei clienti oggi. Anche la terminologia che dovremmo usare nella relazione consulenziale con il cliente "prospect" dovrebbe assumere toni ben più sofisticati rispetto alla semplice affermazione *le assicurazioni trasferiscono il rischio alla compagnia*. Una affermazione questa che mi fa sorridere da una parte e riflettere dall'altra. Si perché quando in aula io comincio a scardinare la terminologia assicurativa o le definizioni a cui noi siamo abituati, vedo che i convenuti cominciano a vacillare su quelli che sono stati i capisaldi della loro formazione assicurativa. Un esempio? La domanda che faccio quando introduco il concetto di rischio e di trasferimento di rischio è la seguente:

- possiamo definire la morte come un rischio?
- Uno che si assicura trasferisce il proprio rischio morte (che ripeto non è un rischio, ma un evento certo) alla compagnia?

Se ci riflettete bene vedrete come parlare di rischio morte e di suo trasferimento attraverso la TCM, Temporanea Caso Morte (anche qui gioco spesso sulle definizioni di noi assicuratori scherzando sul nome della polizza...la polizza pasquale, cioè per coloro che muoiono temporaneamente) alla compagnia assicurativa sia da considerarsi una stortura comunicativa.

Cominciamo quindi con il dire che le assicurazioni mettono in sicurezza i clienti davanti ad eventi rischiosi che creano danni, normalmente economici (o fisici con risvolti economici) al assicurato o alle persone che dipendono economicamente da lui.



Allora forse è giunto il momento di considerare le polizze assicurative non come prodotti, ma come strumenti che mettono a disposizione del assicurato, da subito, ingenti fonti economiche. Seguendo questo ragionamento quindi, quando parliamo di polizza malattia abbiamo il dovere di metter il cliente di fronte ad eventi, legati alla sfera salute, che possono trovare benefici immediati sia economici che legati al benessere ed alle cure attraverso appunto uno strumento, la polizza salute che va a supplire a tutte le carenze della Sanità pubblica con elementi decisionali forti quali, la scelta del medico e della struttura, la possibilità di non sottostare ai tempi di attesa, la prevenzione, la disponibilità economica di ingenti somme per curarsi in strutture private, anche all'estero, senza la necessità di anticipare o peggio reperire capitali per le proprie cure sanitarie.

Solo attraverso strumenti assicurativi che hanno al loro interno anche forme di prevenzione (checkup) si riesce a far toccare con mano il valore reale delle polizze salute.

Se nel corso della trattativa, partendo proprio dai vantaggi che il cliente assicurato ha nel ambito del benessere/salute, riusciamo a far percepire il reale valore dello strumento che gli stiamo offrendo, probabilmente ci stupiremmo del fatto che alla domanda del cliente “sì ma quanto mi costa?” noi risponderemo “tu quanto sei disposto ad investire per questi vantaggi di cui abbiamo parlato”, il cliente si attestasse su di un premio assicurativo di circa il 20% in più di quello che noi gli avremmo chiesto.

Allontaniamoci dalle “tecniche di vendita”, che mal si conciliano con la nostra professione e percorriamo la strada delle “tecniche di acquisto” che sicuramente danno maggiore dignità alla nostra professione.

IL WELFARE STATE

In Italia oggi si parla sempre di più del Welfare State e di tutto quanto gira attorno al sistema

sanitario italiano; se ne parla spesso, ma non tutti sanno a cosa ci riferiamo.

Si definisce come “welfare state” un **modello di organizzazione politico-sociale** che ha come obiettivo quello di assicurare una serie di servizi e prestazioni che, oltre al benessere, favoriscano la sicurezza economica e la giustizia all'interno della società.

Secondo lo storico Asa Briggs, il welfare state ha fondamentalmente 3 obiettivi:

- garantire un tenore di vita minimo ai suoi cittadini;
- dare sicurezza alle persone in presenza di eventi naturali ed economici sfavorevoli;
- permettere ai cittadini di poter usufruire di servizi fondamentali come la sanità, l'istruzione, l'assistenza sociale e le pensioni.

Possiamo quindi dire che si basa su **principi di solidarietà e redistribuzione delle risorse**, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze e fornire opportunità equamente distribuite ai membri della comunità, e questo indipendentemente dal loro status economico e sociale.

Del welfare state italiano fanno parte sicuramente:

- **l'assistenza sanitaria universale**: garantita a tutti i cittadini attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che fornisce cure mediche gratuite o a costi molto bassi, inclusi servizi ospedalieri, visite specialistiche, farmaci e interventi chirurgici;
- **sicurezza sociale**: secondo cui il welfare state copre una serie di prestazioni, come sussidi di disoccupazione, pensioni, indennità di maternità e altre forme di sostegno economico;
- **assistenza agli anziani e alle persone con disabilità**;
- **assistenza sociale**.

Il welfare state in Italia quindi si caratterizza per una **vocazione universalistica** che ha come obiettivo quello di garantire a tutti i cittadini condizioni di vita dignitose e un eguale accesso ai servizi di protezione e assistenza

indipendentemente dalla propria estrazione sociale, reddito o occupazione.

Accanto al welfare pubblico, negli ultimi decenni, si è sempre più sviluppata una **componente privata** che affianca e sostiene quella pubblica con l'intervento di imprese, assicurazioni, banche, fondazioni, cooperative, imprese sociali, gruppi di volontari, associazioni datoriali, organizzazioni sindacali ed enti bilaterali.

Ebbene, per quanto riguarda il nostro mondo di assicuratori l'opportunità che ci riserva il welfare state, attraverso anche le sue carenze e lacune è data da piani ad hoc che non si sostituiscono certo al welfare pubblico ma che, piuttosto, lo completano.

Il welfare aziendale, infatti, propone un **intervento integrativo** in tutte le principali componenti di quello pubblico ossia previdenza, politiche sociali, sanità e istruzione.

Oggi più che mai il settore malattia e il settore previdenziale ricoprono un ruolo fondamentale della consulenza assicurativa aprendo tantissime opportunità a coloro che si vogliono specializzare in questa parte del mercato delle polizze.

RISORSE E DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ: il parere dei medici europei

La scarsità delle risorse destinate all'assistenza sanitaria è una realtà cui i sistemi sanitari devono rispondere adottando politiche di contenimento della spesa e individuando priorità negli interventi. La mancanza di risorse destinate alla sanità pubblica può portare infatti a gravissime conseguenze, prima tra tutte la carenza dei servizi e l'inaccessibilità delle cure ai gruppi di pazienti economicamente o socialmente più svantaggiati.

L'argomento è stato trattato in una [Un'indagine condotta in quattro Paesi europei](#) (Gran Bretagna, Italia, Norvegia e Svizzera) e pubblicata su *BMC*

Health Services Research ha valutato la percezione dei medici riguardo la disponibilità delle risorse e l'efficienza dei loro sistemi sanitari. Lo studio è stato effettuato tramite un questionario rivolto a 1600 medici di medicina generale: si tratta di un target molto significativo, in quanto i Mmg convivono quotidianamente con questi problemi e possono dare un importante contributo per arrivare a capire l'impatto delle strategie di contenimento sull'efficienza del sistema sanitario.

Il risultato per quanto ci riguarda è il seguente:

La situazione italiana

Tra i quattro Paesi analizzati, l'Italia è quello con la maggiore concentrazione di medici (4,1 medici 1000 abitanti, contro i 2,2 dell'Inghilterra) e con la minore concentrazione di infermieri (5,4 ogni 1000 abitanti, contro i 10,7 della Svizzera). La percentuale di medici presenti nelle aree urbane italiane è maggiore rispetto agli altri Paesi oggetto di studio ed è pari al 49% del totale.

Per quanto riguarda le spese destinate al sistema sanitario, l'Italia è all'ultimo posto in quanto a finanziamenti pubblici pro-capite, ma è anche al penultimo posto in quanto a richieste di contributo spese da parte del cittadino. I servizi offerti dal sistema italiano si discostano da quelli degli altri Paesi soprattutto per quanto riguarda l'assistenza infermieristica a casa, decisamente inferiore rispetto a quelle di Svizzera, Gran Bretagna e Norvegia e in parte probabilmente dovuta all'esiguo numero di infermieri stessi.

Considerando i tempi di attesa per un appuntamento, l'Italia è il secondo Paese in quanto a efficienza e velocità: mediamente i pazienti vengono visitati entro una settimana, contro le 4 settimane dell'Inghilterra e le 24 ore della Svizzera.

La percezione della scarsità da parte dei medici italiani è seconda solo a quella della Gran Bretagna: in Italia il 50,4% dei medici riporta esempi di pazienti che non hanno potuto accedere alle cure per ragioni economiche. Anche i danni conseguenti alla mancanza di risorse sono percepiti come molto gravosi sul sistema sanitario, il 64,2% dei medici italiani ritiene che la limitatezza dei mezzi abbia ripercussioni sull'efficienza delle cure. Particolarmente carenti in Italia risultano l'assistenza dopo incidenti, l'assistenza

infermieristica a casa e i servizi destinati alla salute mentale.

I medici italiani riscontrano meno dei loro colleghi inglesi, norvegesi e svizzeri la discriminazione di particolari categorie di malati nell'accesso alle cure. Ad ogni modo, anche in Italia si evidenziano delle categorie più a rischio che sono quelle dei malati mentali, dei malati cronici e degli anziani, e non, come in Svizzera, quelle degli immigrati o dei pazienti che non sono in grado di pagare le cure.

Come inglesi, norvegesi e svizzeri anche i medici italiani sono favorevoli alle politiche di contenimento dei costi, in particolare all'assegnazione di priorità agli interventi più urgenti. Si dichiarano favorevoli anche alla riduzione dei posti letto negli ospedali, pratica ritenuta inaccettabile negli altri Paesi. I medici italiani mostrano di voler partecipare alla gestione del sistema sanitario, di cui potrebbero sensibilmente rendere più efficienti i servizi, limitando gli sprechi ed investendo le risorse là dove maggiormente scarseggiano.

Annuario 2021, i dati aggiornati del Servizio sanitario nazionale



Il Servizio Sanitario Nazionale dispone di oltre 214 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,5% nelle strutture private accreditate. A livello nazionale sono disponibili 4,0 posti letto ogni 1.000 abitanti.

Questi alcuni dei dati, relativi al 2021, evidenziati nell'ultima edizione dell'[Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale](#), realizzato dall'Ufficio di statistica del Ministero della Salute. La pubblicazione presenta i dati statistici sulle strutture della rete di offerta sanitaria e sui servizi connessi, sulle caratteristiche organizzative, sui

fattori produttivi e i dati sull'attività di assistenza territoriale e ospedaliera.

Le informazioni vengono elaborate sulla base dei flussi informativi rilevati in base al D.M. 5 dicembre 2006 "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie", che disciplina la trasmissione dei dati da Regioni e Province autonome al Ministero della Salute.

L'assistenza ospedaliera

Nel 2021 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 995 istituti di cura, di cui il 51,4% pubblici e il rimanente 48,6% privati accreditati. Il 63,6% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10,4% da Aziende Ospedaliere e il restante 26,0% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Il Servizio Sanitario Nazionale dispone di oltre 214 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,5% nelle strutture private accreditate, 12.027 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (88,6%) e di 8.132 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,7%). A livello nazionale sono disponibili 4,0 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti.

Nell'analizzare i dati dell'assistenza ospedaliera occorre tenere presente l'impatto che l'emergenza pandemica ha avuto in alcune regioni, che ha comportato la riorganizzazione delle strutture e delle attività ospedaliere. Nell'Annuario è stato inserito, come per il 2020, un focus specifico relativo ai posti letto e alle strutture dedicate all'assistenza dei pazienti Covid-19.

L'assistenza distrettuale: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

L'assistenza distrettuale, che coordina e integra tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino, si avvale soprattutto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

In media a livello nazionale ogni medico di base ha potenzialmente come pazienti 1.295 adulti residenti. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni.

Il numero medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 985 bambini, con un'ampia variabilità territoriale (da un valore di 842 bambini per pediatra in Puglia a 1.262 bambini per pediatra nella Provincia Autonoma di Bolzano).

Il contratto dei medici di medicina generale e di pediatria prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni) e ciascun pediatra 800 bambini (di età compresa fra 0 e 13 anni).

IL WELFARE AZIENDALE

In Italia lo sviluppo del Welfare aziendale ha avuto negli ultimi anni un notevole impulso.

In particolare il ricorso a forme di assistenza sanitaria integrativa è stato favorito ed incoraggiato dalle sentite esigenze della popolazione e da alcune normative in tema fiscale e contributivo di grande rilievo.

La problematica del Welfare ha assunto nell'ambito aziendale una forte rilevanza e costituisce oggi un elemento fondamentale nel delicato rapporto tra Datore di Lavoro e Dipendenti.

Una delle forme più significative di Welfare riguarda proprio l'erogazione di prestazioni di carattere assistenziale e sanitario a favore dei Dipendenti, tramite la stipula di polizze nei Rami Vita, Infortuni, Invalidità Permanente e Rimborsamento Spese Mediche.

La legislazione italiana ha in particolare inteso favorire lo sviluppo di queste forme ed ha emanato una serie di agevolazioni a cui i Lavoratori e le Aziende possono accedere, utilizzando appositi Enti definiti "Casse di Assistenza"

La Cassa di Assistenza è dunque un istituto sempre più utilizzato dagli Imprenditori per poter fornire benefits e servizi ai Dipendenti, ottenendo nel contempo notevoli vantaggi fiscali sia per le Aziende che per i dipendenti stessi.

La Cassa consente pertanto di dare pratica attuazione ai trattamenti assistenziali previsti dai vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro,

dagli eventuali contratti integrativi aziendali nel rispetto dei regolamenti e/o accordi aziendali che ne costituiscono presupposto ineliminabile.

Le Casse di Assistenza forniscono i loro servizi anche tramite la stipula di convenzioni con Imprese di Assicurazione al fine di garantire e tutelare al meglio i propri Aderenti.

Per realizzare questo si avvalgono di Intermediari Assicurativi che dispongono di una apposita struttura organizzativa sia per quanto attiene la fase di stipula delle polizze sia per l'importante aspetto inerente la liquidazione dei sinistri.

Alcuni provvedimenti legislativi hanno individuato e specificato i requisiti e le caratteristiche degli Enti di Assistenza, tra cui in particolare le Casse di Assistenza.

Infatti il combinato disposto delle norme previste dal D.Lgs. Turco del 31/3/2008 e del D.Lgs. Sacconi del 27/10/2009 interviene in questa materia e:

- a) definisce le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale e degli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni;
- b) definisce i criteri e le modalità per il calcolo della quota di risorse destinate all'erogazione delle prestazioni di cui al comma 2, lettera d), e per la verifica che tale quota non sia inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti da parte degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale.
- c) Più in particolare si fa riferimento a:
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a

domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio;

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

Possono usufruire dei servizi delle Casse di Assistenza le seguenti categorie:

- Amministratori di Società
- Dipendenti (Operai, Impiegati, Quadri, Dirigenti ecc..)

VANTAGGI FISCALI

Il Decreto Legislativo n° 314/97 ha modificato l'art. 49 del T.U.I.R. (Testo Unico Imposte sui Redditi 22/12/1986) nella "determinazione del reddito di lavoro dipendente".

Attualmente l'art. 51 del T.U.I.R. prevede una serie di esenzioni dall'imponibile I.R.P.E.F. in relazione al reddito da

lavoro dipendente. Riportiamo di seguito il comma 2 che stabilisce i criteri di interesse per le Casse di Assistenza.

2. Non concorrono a formare il reddito:

- a) i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro 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 del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad € 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)

Questa norma comporta dunque una deducibilità fiscale dei contributi versati alle Casse di Assistenza per tutti i Lavoratori Aderenti operante:

- a) per i contributi versati dal Datore di lavoro, che non vengono inseriti tra le voci tassabili sul cedolino;
- b) per quelli versati dal Lavoratore aderente, anche per il nucleo familiare, che vengono dedotti dal reddito in sede di dichiarazione fiscale (Modello Unico 730 / 740).

Il limite massimo complessivo che può fruire di questo importante vantaggio è di € 3.615,20 per ogni Lavoratore aderente.

Ricordiamo che, a seguito dell'interpello all'Agenzia delle Entrate n. 954-1535_2017, la contribuzione erogata in favore dell'AMMINISTRATORE UNICO, risultando disposta *ad personam*, non rientra nell'ambito applicativo dell'art. 51, comma 2, lett. a), del TUIR: l'Amministratore Unico ha quindi facoltà di aderire alla Cassa di Assistenza senza però poter beneficiare dei vantaggi fiscali derivanti dall'adesione alla stessa.

VANTAGGI CONTRIBUTIVI

Oltre al vantaggio in ambito fiscale, vi sono poi altre agevolazioni in ambito di oneri sociali (INPS / INAIL etc) Ricordiamo che sulla retribuzione erogata al dipendente gravano i seguenti oneri aggiuntivi:

- Oltre il 30% per gli oneri sociali a carico del datore di lavoro (la percentuale può variare secondo i settori di attività economica);
- 9% circa a carico del dipendente per lo stesso titolo.



La norma in deroga prevede che le retribuzioni erogate in forma di contributi a enti con esclusivi fini assistenziali e nel rispetto di un accordo o regolamento aziendale vengono assoggettate al solo contributo di solidarietà del 10% a carico del datore di lavoro mentre il Dipendente ne risulta esente.

Ne scaturirà dunque un risparmio nell'ordine del 20% circa a favore dell'Azienda ed un risparmio del 9% circa a favore del Lavoratore Aderente, rispetto alle forme tradizionali di remunerazione.



I presupposti fondamentali per la fruizione dei vantaggi fiscali e contributivi sono quindi:

- **L'attribuzione del benefit** a categorie totalitarie ed omogenee di Dipendenti/Amministratori/Collaboratori;
- **La presenza di un rapporto di lavoro dipendente o di una remunerazione con busta paga o compensi /emolumenti deliberati in misura fissa** (per gli Amministratori);
- **L'emanazione di un regolamento aziendale oppure l'esistenza di un contratto integrativo aziendale** che preveda l'erogazione a categorie totalitarie ed omogenee di dipendenti/collaboratori;
- **In caso di erogazione del benefit ai componenti del CDA, si richiede un verbale di Assemblea** che porti all'ODG l'erogazione del benefit stesso all'intero CDA e successiva emanazione di apposito regolamento in materia.

Roberto Soldati

La nostra associazione si sta attivando per poter proporre a tutti gli associati una copertura sanitaria "aperta", utilizzando queste tipologie di Casse di Assistenza fornite però di adeguata ricopertura con primaria compagnia di assicurazione.

