del 04 Febbraio 2018

Il Sole 24 ORE
QUOTIDIANO: MILANO

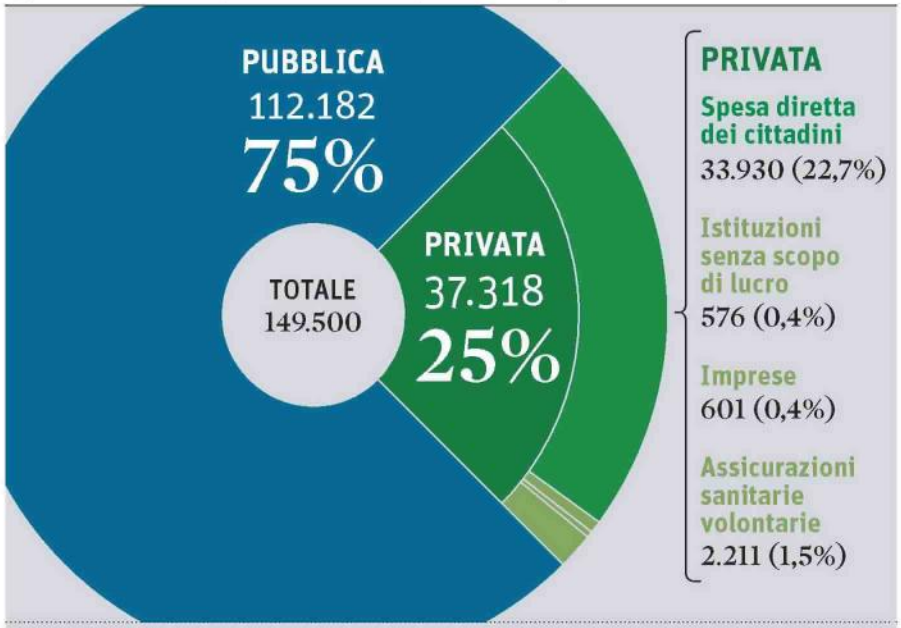
estratto da pag. 1, 2, 3

La copertura del sistema pubblico diminuisce - Spesa privata a quota 37 miliardi

# Sanità, parte il mercato per il nuovo welfare

## Fondi, polizze, patti aziendali: le strade da seguire

**Quanto vale la spesa sanitaria pubblica e privata**

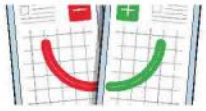



Dati in milioni di euro — Fonte: Istat

Tra tagli alla spesa, invecchiamento della popolazione ed evoluzione della domanda di benessere, il Sistema sanitario nazionale negli ultimi anni ha perso terreno mentre la spesa a carico delle famiglie è cresciuta fino a 37 miliardi. Nei fatti sta nascendo un nuovo mercato per diversi attori. Dai fondi integrativi alle polizze assicurative, fino agli accordi di welfare aziendale ecco le opzioni per rimettere ordine nel "secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria.

Servizi ▸ pagine 2-3

**Healthcare e aziende**
CACCIA A UN NUOVO MODELLO



**I fattori di cambiamento**
Riduzione della spesa pubblica, invecchiamento della popolazione e domanda di benessere che evolve fanno pressione sul Ssn

# Sanità, spesa sempre più privata

## Fondi integrativi, accordi aziendali e polizze per superare il caos «secondo pilastro»

**Barbara Gobbi**
**Rosanna Magnano**
ROMA

La gigantesca newco per il welfare sanitario aziendale annunciata negli Usa da JP Morgan, Buffet e Amazon ha lanciato il classico sasso nello stagno del dibattito nostrano sul futuro del sistema delle cure e dell'assistenza. Riflettori accesi, quindi, sul pianeta della sanità integrativa, fino a oggi quel "secondo pilastro" del servizio sanitario nazionale, rimasto sottotraccia e cresciuto negli anni in modo a dir poco disordinato. Un caos non più accettabile: il modello Beveridge in cui lo Stato si assume l'onere totale dell'assistenza ai cittadini è arrivato a un bivio e ogni ipotesi di integrazione sembra non poter prescindere dall'ingresso di nuovi attori. Nessuna strada può essere esclusa e, anche solo a guardare le prospettive di mercato e le varie componenti della spesa sanitaria, è probabile che la soluzione si trovi in un mix di ricette. Purché non si rinunci a una governance politica "forte", che garantisca libertà di scelta all'interno di un sistema di tutele complessive.

I dati parlano chiaro: i cittadini sono arrivati a pagare di tasca propria 37 miliardi di euro (valore in crescita), pari a un quarto dell'inte-

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ra spesa sanitaria nazionale (150 miliardi di euro circa). Complice una serie di fattori: i tagli massicci degli ultimi anni (stimati in 10,5 miliardi di euro) al finanziamento pubblico delle cure, l'invecchiamento della popolazione e la mancata riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, ma anche una domanda di benessere che continua a evolvere, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha perso terreno. L'altra faccia della medaglia sono liste d'attesa e un accesso disomogeneo alle prestazioni. Senza contare la grande chance dei farmaci innovativi, che mette a dura prova la tenuta della spesa ospedaliera ma che nel lungo periodo riduce i costi di ricoveri e long term care e gli impatti socio-economici indiretti. In questo contesto, la pressione per ricette alternative cresce. E la sanità integrativa cerca nuovi spazi. Soprattutto, per ora, sul fronte del welfare aziendale, che anche in Italia si declina nelle principali industrie, entrando nei nuovi contratti grazie anche a politiche fiscali favorevoli. A fare il punto, nei giorni scorsi, è stata proprio Confindustria, nel suo primo rapporto sulla filiera della salute. Una presa d'atto di un settore che da solo vale l'11% del Pil e che non può più essere guardato come una mera voce di spesa, ma come un'opportunità. Anche di mercato.

**I NODI DA SCIOGLIERE**

Liste d'attesa, accesso disomogeneo alle prestazioni e finanziamento dei farmaci innovativi che grava sulla spesa ospedaliera

A certificare lo scenario, è arrivata poche settimane fa l'Indagine conoscitiva del Parlamento sulla sostenibilità del Ssn. Che dà conto di un territorio, quello del II pilastro, molto controverso. A partire dai fondi sanitari integrativi ancora nel far west e perciò da sistematizzare. Una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse e enti eterogenei fra loro per coperture, premi, gestione delle attività e prestazioni. A prevalere sono i fondi aziendali, comunque mal distribuiti tra nord e sud del Paese. In campo anche le compagnie assicurative con le loro polizze malattia, che presentano costi tra i più elevati in Europa: non a caso, forse, le assicurazioni sanitarie volontarie coprono ancora appena l'1,5% della spesa privata. Infine, ma certo non per ordine di importanza, gli accordi di welfare integrativo che – sottolineano ancora i parlamentari – avrebbero l'effetto di tutelare soltanto i ceti medi e medio-alti. O comunque, chi un lavoro già ce l'ha.

La grande scommessa è far quadrare il cerchio: garantire a tutti l'assistenza, in un quadro di finanza sostenibile. Con un debito pubblico secondo soltanto alla Grecia e con un bilancio dello Stato sotto costante osservazione dei partner Ue, l'Italia non ha grandi spazi di manovra. Del resto, anche Paesi come la Francia, che alla sanità destinano il 2% di Pil in più rispetto a noi, hanno scelto un sistema ibrido, tra Beveridge e Bismarck. Che significa riservare la sanità pubblica alle fasce deboli e ai casi più gravi e aprire gestione della cronicità, nuovi bisogni di cura e riabilitazione a forme integrative private. In definitiva, a una mutualità sostenibile. Per tracciare un quadro della potenziale domanda basta, come sempre, partire dai dati che raccontano di una spesa out of pocket (tutta a carico delle famiglie) in cui a parte l'esborso per i ticket (3 miliardi), gli altri ingredienti – a cui il mercato potrebbe guardare – spaziano dalla diagnostica alle residenze per gli anziani, voce in forte crescita. E a queste voci tradizionali si somma tutto il mondo del wellness e della prevenzione, verso cui la popolazione è sempre più interessata. Il trend attraversa tutti i "big" europei: la fase di transizione riguarda i Paesi più avanzati, alle prese con il difficile equilibrio tra i bisogni e le richieste dei cittadini e l'esigenza di far quadrare i conti, ma coinvolgerà tutti gli Stati membri, anche alla uce degli obiettivi fissati per il 2025, anche in tema di sanità, nel cosiddetto "pilastro europeo dei diritti sociali" approvato a novembre scorso a Göteborg. L'obiettivo, anche in Italia, è trovare una strategia di governo per lo sviluppo delle varie forme di protezione, senza indebolire la qualità dell'offerta pubblica – che resta un'eccellenza mondiale – e senza rinunciare a promuovere interventi appropriati. Una sfida di sistema, che necessita di un patto tra tutti gli stakeholder e che la prossima legislatura non potrà ignorare.

**LA NOTIZIA**


Il Sole 24 ORE

Sanità, imprese pronte al nuovo modello Usa

Boccia: la società invecchia, trasformare costi in opportunità

Al via 15 lauree orientate verso i nuovi lavori di Industria 4.0

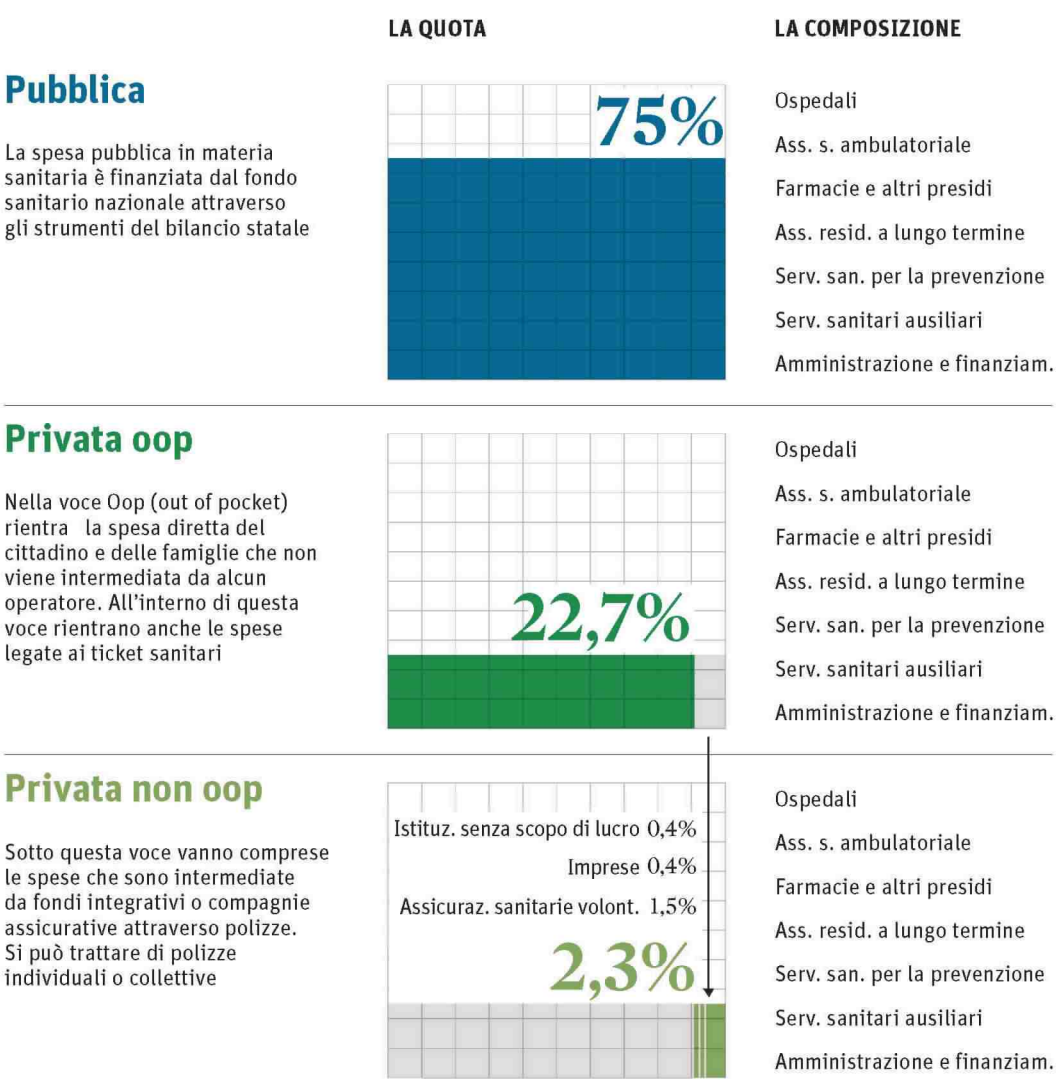
Farmaceutica, a sentenza prima class action per un vaccino

**La nuova alleanza negli Usa**

■ Sul Sole 24 Ore del 1° febbraio l'accordo Jp Morgan, Amazon, Buffett sul welfare sanitario negli Usa visto dall'industria italiana della filiera salute. Un punto di svolta per gli operatori del settore anche in considerazione del fatto che lo Stato finanzia con 114 miliardi il sistema nazionale da circa una decina d'anni ma la domanda di cure aumenta. Considerata poi l'elevata percentuale di cittadini senza polizze sanitarie, può assumere un ruolo cruciale un patto tra imprese e lavoratori

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

## I numeri della situazione attuale




Fonte: Istat

## La chance detassazione

La nuova frontiera per la sanità integrativa è il welfare aziendale con agevolazioni fiscali

## L'articolazione della domanda

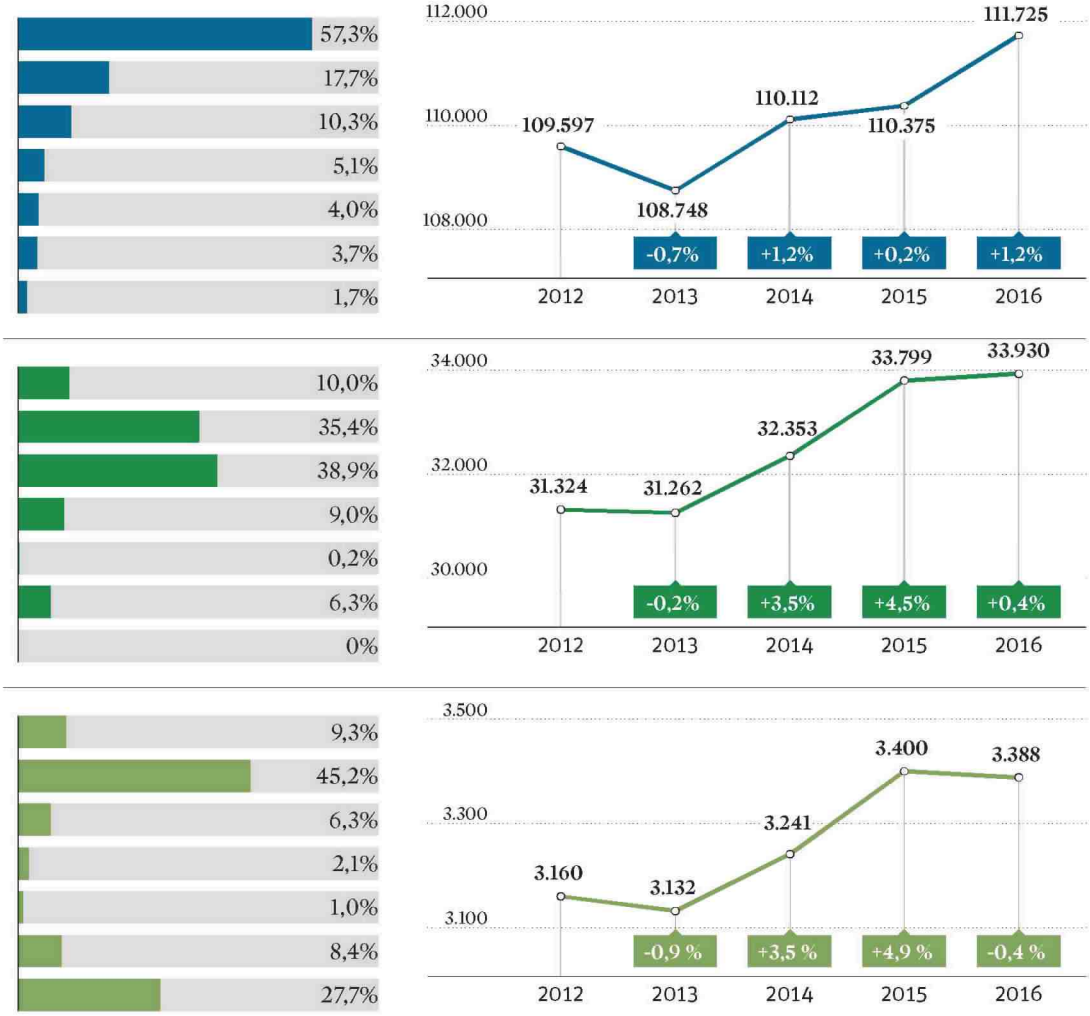
Prevalgono i fondi aziendali mentre le polizze non hanno ancora appeal per i privati

## Le esperienze all'estero

Già la Francia si è avviata verso un modello ibrido con l'intervento pubblico per le fasce più deboli

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**L'ANDAMENTO**

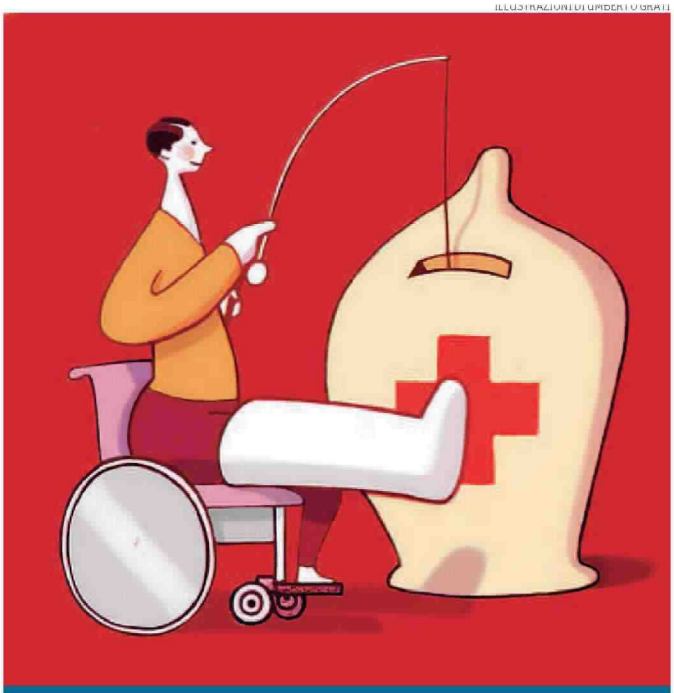



www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il Sole 24 ORE
Quotidiano Politico Economico Finanziario
QUOTIDIANO: MILANO



ILLUSTRAZIONE DI UMBERTO GRATI



LE POLIZZE

# Soluzioni individuali da scegliere dopo un test sui contratti

**Federica Pezzatti**

Se il sistema pubblico si ritira, la via per evitare di sostenere di tasca propria le spese sanitarie passa per forme di assistenza integrativa: una sorta di secondo pilastro sanitario.

## Caccia al secondo pilastro

Ma come costruirlo? La cosa migliore è puntare su forme collettive che permettono di abbassare i costi dell'adesione e consentono l'accesso alle coperture sanitarie integrative anche a chi, magari avendo patologie pregresse, sarebbe escluso a priori dalla sottoscrizione di polizze individuali(se non pagando premi esorbitanti).

La via collettiva quindi è da preferire: fondi sanitari, casse di assistenza o polizze stipulate all'interno di accordi di welfare.

## Le polizze individuali

Chi non ha la possibilità di accedervi può ricorrere alle polizze individuali che tuttavia sono poco utilizzate: si stima che nel primo semestre 2017 la raccolta premi contabilizzati delle soluzioni non collettive sia stata di 350 milioni (pari solo al 28% di quanto raccolto dal ramo malattia) con 1,1 milioni di polizze individuali in vigore. Dati abbastanza in linea con quelli del 2016 quando le polizze individuali hanno raccolto circa 600 milioni dei 2,4 miliardi del ramo malattia.

In buona parte si tratta di polizze che garantiscono dal rimborso spese mediche che raccolgono il 66% dei premi. Seguono le coperture che prevedono una diaria giornaliera per ricovero (14%), mentre le coperture invalidità raccolgono circa il 10 per cento. Da considerare l'utilità anche delle polizze cosiddette *critical illness o dread disease*, che tutelano dal rischio di contrarre una malattia grave e le Long term care per la perdita dell'autosufficienza.

## Le regole da seguire

In attesa di vedere quali saranno le applicazioni della tecnologia in questo settore, per orientarsi in un panorama così vasto, è fondamentale valutare più preventivi, avendo cura di effettuare confronti omogenei: le soluzioni non sono tutte uguali ed esclusioni o massimali fanno la differenza. Vanno considerate le abitudini di vita, la composizione del nucleo familiare, le proprie esigenze e soprattutto il budget. L'entità del premio dipende dall'estensione delle coperture e pesa anche l'età.

## Le criticità

Prima della sottoscrizione, le compagnie richiedono di compilare un certificato anamnestico e in caso di informazioni incomplete si può perdere il diritto all'indennizzo. Altre compagnie chiedono, in caso di aggravamento del rischio di malattia, di essere avvisate immediatamente e possono recedere entro un mese. Sono inoltre previste precise categorie di persone che non sono assicurabili.

Un'altra via per chi cerca una copertura sono le società generali di mutuo soccorso (enti del terzo settore): secondo i dati Ansi nel 2017 le 509 realtà "operative" hanno raccolto adesioni per 600 milioni di euro (+20%). In questo caso si diventa soci, con un costo indipendente dalla numerosità del nucleo familiare; anche l'età non influisce e non c'è rischio di recesso. Si tratta di uno storico settore che tuttavia, secondo molti osservatori, andrebbe maggiormente vigilato: a differenza di quanto avviene per le polizze, non ci sono i controlli Ivass sulla solidità delle società e sull'attività dei molteplici soggetti che raccolgono adesioni.

## I VANTAGGI

**L'INTEGRAZIONE**

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il Sole 24 ORE
Quotidiano Politico Economico Finanziario
QUOTIDIANO: MILANO



**Più prestazioni**
Con le polizze assicurative è possibile integrare le prestazioni sanitarie e costruire un secondo pilastro dell'assietnza in modo da evitare di restare scoperti nel caso di ulteriore riduzione delle doperture tiro del sistema pubblico

**LE SOLUZIONI**

**La doppia strada**
La polizza assicurativa può essere di carattere individuale(cioè stipulata da un privato come singolo contraente) oppure collettiva: in questo caso si passa attraverso fondi sanitari, casse di assistenza o accordi di welfare aizendale

I LIMITI

**I COSTI**
**Doppio binario**
Alla doppia strada che è stata indicata in precedenza (polizza individuale o collettiva) corrispondono costi differenti che sono molto più favorevoli al cittadino nel caso in cui sia possibile aderire auna polizza di carattere collettivo

**LE AVVERTENZE**
**I possibili problemi**
Prima della stipula le compagnie richiedono di compilare un certificato anamnestico e in caso di informazioni incomplete può saltare l'indennizzo. Possibile il recesso della compagnia in caso di aggravamento del rischio malattia



# I FONDI DI CATEGORIA

## *Ormai le categorie prevedono quasi tutte strumenti di supporto*

**Cristina Casadei**

Tra i primi a far diventare la sanità integrativa materia da contratto nazionale di lavoro con la costituzione di fondi sanitari bilaterali, ci sono i dirigenti dell'industria: negli anni '70 un accordo di Confindustria e Federmanager fece infatti nascere il Fasi. Da allora si sono avviate riflessioni in molte categorie di industria, servizi e artigianato da cui sono nati numerosi fondi negoziali. Si è mossa in modo diverso l'industria bancaria, dove predominano i fondi aziendali.

**La platea**
Oggi è forse più difficile trovare i contratti nazionali che non abbiano previsto un Fondo sanitario, rispetto a quelli che ne hanno istituito uno. Secondo una ricognizione del dipartimento contrattazione della Cisl, sono 7 milioni i lavoratori coperti dalla sanità integrativa dei circa 50 fondi di origine contrattuale, nei diversi comparti

**La bilateralità**
I fondi sanitari integrativi sono una delle espressioni della bilateralità, allo stesso modo in cui lo sono stati, in precedenza, i fondi previdenziali, il primo pilastro del welfare negoziale. Sono costituiti da associazioni datoriali e sindacati. Ognuno ha uno statuto che ne regola l'iscrizione, la contribuzione e le prestazioni e propri amministratori: questo garantisce autonomia a categorie e sindacati, ma la frammentazione è anche un elemento di debolezza, perché dirotta risorse ed energie in molti più rivoli di un fondo plurisettoriale. Proprio per questo gli artigiani hanno scelto la via di un unico fondo, Sanarti, in cui confluiscono diverse categorie e che prevede, tra l'altro, anche l'iscrizione del datore di lavoro.

**Industria**
Storicamente un caso molto significativo è quello del Faschim, istituito da Federchimica e Filctem, Femca e Uiltec, che hanno tracciato la strada della costituzione dei fondi sanitari nella contrattazione nazionale nell'industria. L'iscrizione è volontaria e avviene cor un contributo annuo ripartito tra azienda (252 euro) e lavoratore (36). Alcuni fondi prevedono anche la possibilità di estendere la copertura ai familiari. I meccanici, in questo caso, rappresentano l'esempio più importante. Con l'ultimo rinnovo, Federmeccanica e Fiom, Fim e Uilm, con Metasalute, hanno previsto l'iscrizione al fondo a totale carico dell'azienda, con la possibilità, per il lavoratore, di chiedere gratuitamente l'estensione della

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

copertura ai familiari fiscalmente a carico. A crearsi un fondo ha pensato anche la Federazione Gommaplastica che ha istituito con Filctem, Femca e Uiltec il FasG&P che prevede, per l'iscrizione, un uguale contributo di azienda e lavoratore. Tra gli ultimi arrivati va senza dubbio citato Sanimoda ,istituito nell'ultimo rinnovo da Smi Federazione tessile moda, Assocalzaturifici, Aimpes (pelli), Anfao (ottica), Assospazzole, Assoscrittura e Assogiocattoli: l'iscrizione dei lavoratori, qui, è obbligatoria e automatica, finanziata con un contributo base a carico delle aziende.

**L'evoluzione del portafoglio**

Il portafoglio dei servizi offerti è in continua evoluzione per tutti i fondi. Prendiamo a titolo di esempio, uno dei maggiori, il Fondo Est, istituito da Confcommercio, Fipe e Fiavet e Filcams, Fisascat e Uiltucs. Nel piano sanitario vi sono cure e protesi odontoiatriche, visite specialistiche, ricoveri, interventi chirurgici che rappresentano, mediamente servizi offerti da tutti, con ovvie differenze per convenzioni e coperture. Fondo Est, tra le prestazioni ha inserito anche il Pacchetto maternità e il rimborso totale di lenti e occhiali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I VANTAGGI

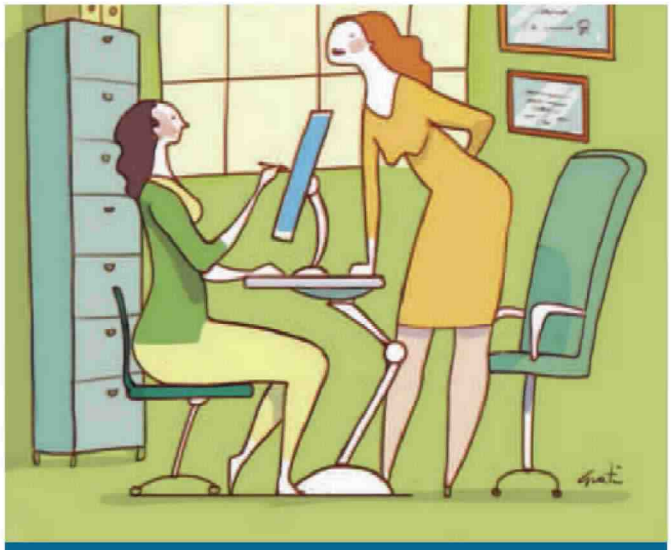
**LA DIFFUSIONE**
**Fondi ad ampio raggio**
Dopo le prime esperienze innovative degli anni Settanta , i fondi sono ormai diffusi ad ampio raggio. Sono circa 7 milioni i lavoratori che hanno una forma di sanità integrativa attraverso un numero molto significativo di fondi

**LA COPERTURA**
**L'evoluzione**
Il pacchetto di prestazioni che sono garantite dai fondi è in continua evoluzione e comprende oramai molte tipologie di cura con la possibilità di estensione delle prestazioni anche ai familiari dei lavoratori che sono coinvolti

## I LIMITI

**LA FRAMMENTAZIONE**
**Il nodo-costi**
Uno degli scogli alla funzionalità dei fondi contrattuali può essere, talvolta, la frammentazione fra categorie che può accrescere i costi di gestione e creare debolezza nell'offerta delle prestazioni che vengono garantite agli iscritti

**L'ESTENSIONE**
**Il perimetro**
In tutti i fondi è possibile l'iscrizione dei familiari fiscalmente a carico, ma questa opzione ha un costo per motivi di bilancio. Il fondo dei metalmeccanici, invece, prevede l'estensione gratuita delle coperture ai familiari



GLI AIUTI DEI FONDI

# *Le prestazioni orientate tra servizi e rimborsi medici*

**Marco Lo Conte**

Fondi sanitari, casse, società di mutuo soccorso, enti assistenziali: l'universo della sanità integrativa italiana è formato da una pluralità di soggetti differenti, che operano secondo regole, criteri e una vigilanza non uniformi.

**La strategia**

L'obiettivo comune è di offrire una copertura sanitaria complementare rispetto al sistema sanitario nazionale, ma con il risultato di offrire non di rado prestazioni a tutti gli effetti sostitutive rispetto a quelle del Ssn. In particolare per i lavoratori autonomi o per l'ampia platea di professionisti, in cerca di tutele per quanto riguarda la propria salute. La via negoziale che negli ultimi anni è stata seguita da molti soggetti ha consentito economie di scala, ossia costi ridotti in capo agli iscritti e prestazioni calmierate. Ma soprattutto ha permesso di avviare attività di prevenzione e di educazione alla salute, indispensabili in un paese che vede innalzarsi l'età media e aumentare le esigenze di assistenza sanitaria.

**Le tipologie**

I fondi sanitari negoziali o contrattuali nascono dall'accordo tra le rappresentanze sindacali e datoriali (vedi articolo a fianco); si tratta di associazioni senza scopo di lucro, che talvolta assumono la forma di fondazioni, e che nascono e governati nell'ambito dei contratti nazionali di categoria. A questi strumenti possono aderire solamente i lavoratori cui si applica lo specifico contratto nazionale. Le casse e le società di mutuo soccorso nascono ancor prima, affondando in taluni casi le loro radici nell'Ottocento. Le "mutue" possono prevedere sia adesioni in forma collettiva che individuali, secondo il principio della "porta aperta". La terza tipologia riguarda i cosiddetti fondi sanitari doc, avviati con la riforma Bindi, che fatica però a

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il Sole 24 ORE
Fondato nel 1865
Quotidiano Politico Economico Finanziario
QUOTIDIANO: MILANO



partire: si tratta di soli sette fondi sanitari che per statuto offrono solo prestazioni non offerte dal Ssn (es. prestazioni dentistiche). Sono aperti a tutti i cittadini senza distinzione.

### Le agevolazioni fiscali

Chi aderisce a un fondo sanitario, a una cassa o a una società di mutuo soccorso può usufruire di una serie di vantaggi fiscali, differenti a seconda della tipologia sottoscritta e dalla condizione lavorativa. Nel caso del fondo sanitario chiuso, l'agevolazione fiscale è prevista per i soli lavoratori dipendenti iscritti per via collettiva ossia negoziale; la normativa prevede una deduzione fiscale fino a 3.615,20 euro l'anno. Anche chi s'iscrive ai fondi sanitari doc, a prescindere dalla tipologia professionale, può usufruire del medesimo massimale deducibile. Per chi aderisce a enti, casse e società di mutuo soccorso che abbiano esclusivo scopo assistenziale, i contributi versati sono deducibili fino a 3.615,20 euro, ma solo nel caso in cui l'ente sia iscritto all'anagrafe dei fondi presso il ministero del Welfare e che l'aderente sia un lavoratore dipendente privato iscritto in via collettiva (per effetto di un contratto o di un regolamento aziendale).

### Le erogazioni

Ciascun fondo sanitario o mutua offre il ventaglio di prestazioni più coerente con le esigenze della platea coperta. Possono essere riassunte in due differenti tipologie: da una parte le prestazioni in servizi, attraverso l'assistenza diretta in strutture sanitarie convenzionate, dove è prevista la copertura economica direttamente da parte del fondo sanitario; dall'altra il fondo offre il rimborso delle spese mediche sostenuto dall'iscritto, in tutto o in parte, ossia considerando per ciascun tipo di prestazione massimali di spesa e limitazioni (es.: un paio di occhiali ogni due o tre anni).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I VANTAGGI

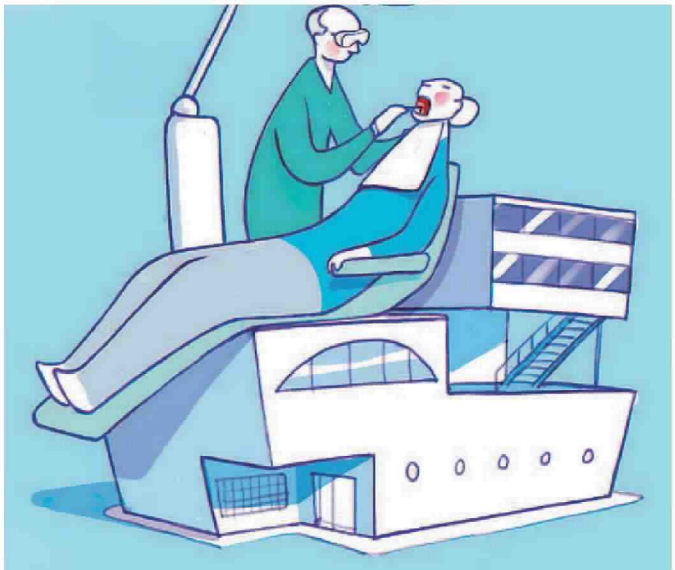
**LA DEDUCIBILITÀ**
**L'iscrizione ai fondi**
Deduzione fiscale fino a 3.615,20 euro l'anno per i soli lavoratori dipendenti iscritti per via collettiva ossia negoziale ai fondi sanitari chiusi. Anche chi si iscrive ai fondi sanitari doc, a prescindere dalla tipologia professionale, può usufruire dello stesso bonus

**SCONTO «CONDIZIONATO»**
**Casse, enti e mutuo soccorso**
I contributi a enti, casse e società di mutuo soccorso a solo scopo assistenziale sono deducibili fino a 3.615,20 euro, ma l'ente deve essere iscritto all'anagrafe presso il ministero del Welfare e l'aderente deve essere un dipendente privato iscritto in via collettiva

## I LIMITI

**I MASSIMALI DI SPESA**
**Il rimborso**
Bisogna prestare attenzione perché non tutte le spese mediche possono essere rimborsate in via integrale. A seconda di ciascun tipo di prestazione, infatti, sono fissati massimali e limitazioni anche di tipo temporale

**CONTRATTI O REGOLAMENTI**
**Le condizioni di accesso**
L'iscrizione del dipendente privato in via collettiva a enti, casse e società di mutuo soccorso (che dà poi accesso alla deducibilità dei contributi) avviene per effetto di un contratto o di un regolamento aziendale



IL WELFARE AZIENDALE

# *La leva del Fisco per riconoscere nuove opportunità*

**Matteo Prioschi**

Con l'evoluzione del quadro normativo che regolamenta il welfare aziendale sono cresciute le possibilità di inserire i servizi di carattere sanitario e assistenziale all'interno del trattamento economico complessivo offerto dalle imprese ai dipendenti.

### Le regole fiscali

L'articolo 51 del testo unico delle imposte sui redditi (il decreto del presidente della Repubblica 917/1986) prevede, infatti, che non concorrono alla formazione del reddito da lavoro dipendente una serie di contributi ed erogazioni pagati dal datore di lavoro in favore dei dipendenti. Si tratta dei versamenti ai fondi di assistenza sanitaria integrativa fino a 3.615,20 euro all'anno; delle somme e delle prestazioni per la fruizione di servizi di assistenza a familiari anziani o non autosufficienti; dei

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il Sole 24 ORE
Fondato nel 1865
Quotidiano Politico Economico Finanziario
QUOTIDIANO: MILANO



premi, anche per eventuali polizze, che garantiscono servizi di assistenza in caso di rischio di non autosufficienza o di gravi patologie. Per le ultime due categorie l'intervento del datore di lavoro deve riguardare tutti i dipendenti o almeno categorie individuate specificamente. Nel primo caso, invece, l'agevolazione fiscale è riconosciuta se il contributo è conseguenza di un contratto, accordo o regolamento aziendale.

### Un benefit esentasse

In base a questa normativa, quindi, i lavoratori dipendenti possono fruire di servizi messi a disposizione dall'impresa senza che il relativo valore economico aumenti la busta paga imponibile. Un benefit aziendale esentasse non correlato a particolari requisiti, se non dal versante del datore di lavoro, in quanto quest'ultimo è vincolato a riconoscere il bonus a tutti o a determinate categorie di dipendenti (per esempio quelli di un settore, oppure con una determinata qualifica). Si tratta di una possibilità piuttosto recente dato che le agevolazioni per l'assistenza ai familiari e per la non autosufficienza hanno debuttato all'inizio del 2017.

### Il premio di risultato

Le stesse prestazioni, però, possono essere fruite dai lavoratori anche come "premio" al raggiungimento di determinati obiettivi. Infatti la regolamentazione relativa ai premi di risultato stabilisce che datore di lavoro e dipendenti possano siglare un'intesa relativa all'erogazione di un premio in denaro al raggiungimento di determinati obiettivi. Su tale somma, fino a un massimo di 3.000 euro, viene applicata l'aliquota fiscale del 10% al posto di quella ordinaria. Sempre nell'accordo tra azienda e lavoratori, inoltre, può essere prevista la possibilità di convertire il premio in servizi welfare e in tal caso non viene applicata nemmeno l'aliquota del 10 per cento.

### Il rapporto con i fondi

Per quanto riguarda l'ambito sanitario-assistenziale ciò accade se il premio viene trasformato nei servizi di assistenza a familiari anziani o non autosufficienti o per coprire i casi di gravi patologie del dipendente stesso. Se lo stesso viene convertito in contributi ai fondi sanitari integrativi, si beneficia di non imponibilità anche oltre la soglia di 3.615,20 euro. Quindi per esempio si può trasformare un premio da 1.000 euro e versare complessivamente oltre 4.600 euro senza tassazione sull'intera somma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I VANTAGGI

**IL BONUS FISCALE**
**L'incentivo**
Non concorrono alla formazione del reddito da lavoro dipendente i versamenti ai fondi di assistenza sanitaria integrativa fino a 3.615,20 euro all'anno. L'agevolazione è riconosciuta, però, solo in seguito a un contratto, accordo o regolamento aziendale

**I PREMI DI RISULTATO**
**Lo scambio**
Benefit per l'assistenza al lavoratore o ai familiari possono essere previsti come premi di risultato. con la conversione del premio in servizi welfare non viene applicata nemmeno l'aliquota del 10% prevista, invece, per le erogazioni in denaro fino a 3mila euro

## I LIMITI

**IL PERIMETRO**
**Rischio esclusione**
L'opportunità che viene offerta dagli accordi di welfare aziendale dipendono da intese che interessano lavoratori. Da qui il problema che l'accesso alle prestazioni integrative non può coinvolgere in questo caso gli esclusi dal mercato del lavoro

**INTESA NECESSARIA**
**Il quadro aziendale**
Lo scambio reddito-prestazioni è legato a un accordo. Questo, in genere, avviene più facilmente nelle imprese di maggiori dimensioni che nella Pmi. Un modo che andrebbe sciolto per offrire più opportunità a imprese e lavoratori


Il Sole 24 ORE
Sanità, parte il mercato per il nuovo welfare
Le Borse rischiano il contropiede
Modenantiquaria

www.sifasrl.com - Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.