

**VADEMECUM NORMATIVO E FISCALE
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**



Indice

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Premessa | 5 |
| I. Contesto normativo | 7 |
| I.1. Istituzione dei Fondi Sanitari | 7 |
| I.1.1. D.lgs. n. 502/1992: Riforma Amato | 7 |
| I.1.2. D.lgs. n. 229/1999: Riforma Bindi | 8 |
| I.1.3. Legge Finanziaria 2008 | 9 |
| I.1.4. Decreto Turco | 10 |
| I.1.5. Decreto Sacconi | 10 |
| I.2. Trattamento fiscale e previdenziale dei contributi di assistenza | 12 |
| I.2.1. D.lgs. n. 314/1997 | 12 |
| I.2.2. Circolare n. 55/E del 1999 | 13 |
| II. I Fondi Sanitari | 15 |
| II.1. Fondi integrativi del SSN ex art. 10, co. 1, lett. e-ter) del TUIR | 15 |
| II.1.1. Ambito di intervento | 15 |
| II.1.2. Destinatari | 16 |
| II.1.3. Requisiti per usufruire del beneficio fiscale | 16 |
| II.2. Enti o casse ex art. 51, co. 2, lett. a) del TUIR | 17 |
| II.2.1. Ambito di intervento | 17 |
| II.2.1.1. Calcolo della soglia delle risorse vincolate | 17 |
| II.2.2. Destinatari | 18 |
| II.2.3. Requisiti per usufruire del beneficio fiscale | 18 |
| II.3. Regime fiscale e previdenziale dei contributi versati ai fondi sanitari | 19 |
| II.3.1. Regime applicabile ai fondi integrativi del SSN | 19 |
| II.3.2. Regime applicabile agli enti e casse aventi fine assistenziale | 19 |
| II.4. Anagrafe dei fondi sanitari | 20 |



Premessa

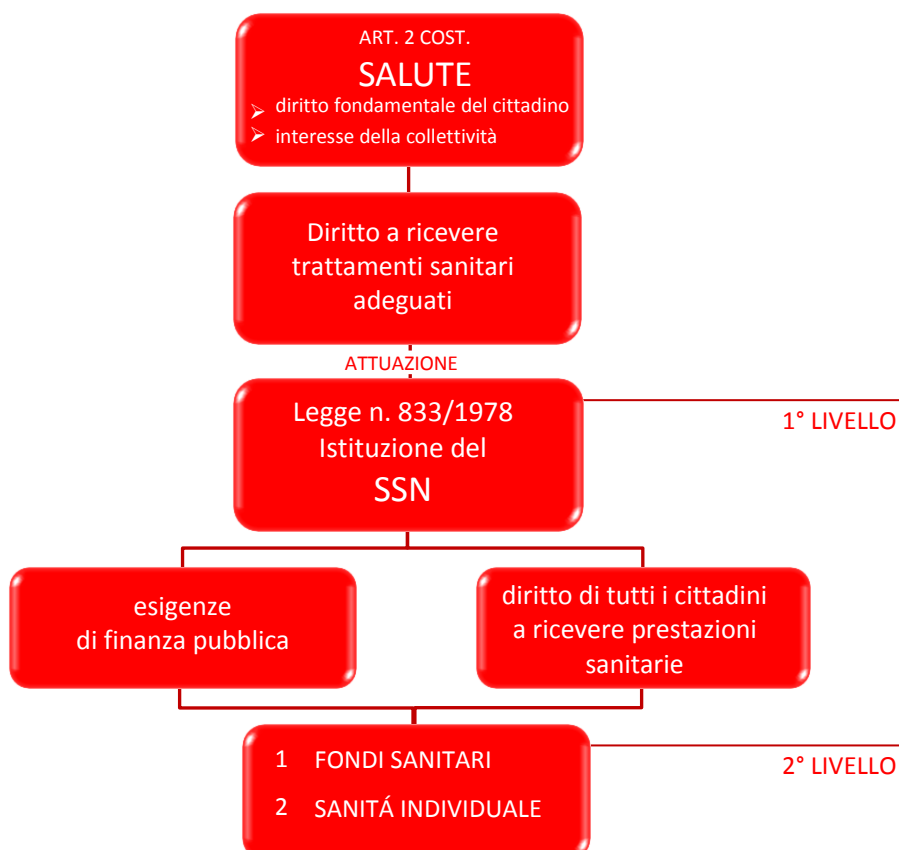
La tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, è garantita dall'art. 32 della nostra Costituzione, dal quale discende il diritto a ricevere trattamenti sanitari appropriati affinché il diritto non venga lesa nel suo contenuto essenziale.

Al diritto di cui all'art. 32 è stata data attuazione con la legge n. 833/1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per realizzare la tutela del diritto alla salute fisica e psichica di tutti i cittadini, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Nonostante la natura universale del SSN, il diritto alle prestazioni sanitarie, così come avviene per altri diritti sociali, deve essere sottoposto a bilanciamento, in quanto deve essere compatibile con le esigenze della finanza pubblica: il legislatore deve predisporre adeguate possibilità di fruizione delle prestazioni sanitarie commisurando gli obiettivi di tutela dei valori costituzionali alle risorse organizzative e finanziarie esistenti.

Da qui nasce l'esigenza di costituire il secondo pilastro di assistenza sanitaria in grado di rappresentare una significativa integrazione del SSN: la sanità integrativa è lo strumento che concorre (unitamente alla sanità individuale realizzata mediante polizze assicurative) a colmare le lacune del primo livello di assistenza sanitaria rappresentato dal SSN.

L'obiettivo della sanità integrativa, dunque, è quello di fornire ai cittadini prestazioni sanitarie non ricomprese nel SSN, tramite soggetti privati che operano con modalità non orientate al profitto, consentendo di dare piena attuazione all'art. 32 della Costituzione.





I. Contesto normativo

La normativa che regola la sanità in Italia non ha un proprio Testo unico ma il quadro normativo e regolamentare, frutto di sovrapposizioni succedutesi nel tempo, si presenta alquanto frastagliato, incompleto e non privo di incongruenze.

I.1. Istituzione dei Fondi Sanitari

Già nel 1992 il legislatore ha dimostrato interesse nel pilastro privato collettivo, sottolineandone l'importanza e definendone l'ambito operativo in maniera complementare al SSN, senza, tuttavia, che a ciò seguisse negli anni successivi un'adeguata realizzazione. Il D.lgs. n. 299/1999 (Riforma Bindi), infatti, che per primo ha delineato le caratteristiche dei fondi sanitari integrativi, ha introdotto la distinzione tra "fondi doc" e "fondi non doc" la cui normativa di attuazione non è mai stata emanata. Il quadro normativo è stato, quindi, rivisto dalla riforma introdotta con la legge finanziaria 2008 e con i decreti del Ministero della Salute rispettivamente del 2008 (Turco) e 2009 (Sacconi) che hanno unificato la disciplina fiscale in materia di sanità integrativa, superando di fatto la precedente distinzione della riforma Bindi. Ciò ha consentito alle aziende e ai lavoratori di programmare numerose iniziative negoziali, di potenziare quelle esistenti e di individuare gli ambiti operativi dei fondi e delle casse sanitarie. Nonostante l'esistenza di una pluralità di fonti normative i fondi sanitari integrativi del SSN, di cui all'art. 10 del D.P.R. n. 917 del 1986 (TUIR), ad oggi non sono stati ancora istituiti, con conseguenti limitazioni al ricorso alla sanità integrativa da parte della collettività.

Normativa – Sanità integrativa

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. Art. 32 Costituzione | 7. D.P.C.M. del 29 Novembre 2001 |
| 2. Legge n. 833 del 1978 | 8. Legge Finanziaria 2008 |
| 3. D.lgs. n. 502 del 1992, Riforma Amato | 9. D.M. Marzo 2008, Decreto Turco |
| 4. D.lgs. n. 314 del 1997 | 10. D.M. Ottobre 2009, Decreto Sacconi |
| 5. Circolare n. 55/E del 1999 | 11. D. P.R. n. 917 del 1986 (TUIR) |
| 6. D.lgs. n. 229 del 1999, Riforma Bindi | 12. Risposta del Ministero della Salute del 12/04/2010 |

I.1.1. D.lgs. n. 502/1992: Riforma Amato

La disciplina dei fondi integrativi prende le mosse dalla legge delega 421 del 1992, codificata dal D.lgs. n. 502/1992, che prevede il "riordino della disciplina in materia sanitaria". In quegli anni si assisteva alla crisi del Welfare State e si cercava di individuare percorsi alternativi e complementari mediante la costituzione di un secondo livello di assistenza sanitaria in grado di rappresentare una significativa integrazione del SSN.

Il governo Amato ha inteso trasformare il sistema sanitario mediante l'introduzione di fondi sanitari definiti come "forme differenziate di assistenza". La previsione contenuta nell'art. 9 del decreto, nella sua versione originaria, mira a introdurre forme differenziate di tutela della salute limitatamente a particolari tipologie di prestazioni, consentendo agli utenti di ottenere

prestazioni non ricomprese nell'offerta pubblica. L'intento è quello di rafforzare la compresenza delle strutture pubbliche e di quelle private.

1.1.2. D.lgs. n. 229/1999: Riforma Bindi

È solo con il D.lgs. n. 229/99 contenente "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" che vengono definite le caratteristiche dei fondi integrativi del SSN.

Il decreto individua quale obiettivo dei fondi sanitari integrativi quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica, incoraggiando al contempo la copertura di quei servizi che non rientrano, in tutto o in parte, nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

I Livelli essenziali di assistenza, definiti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001, sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il SSN eroga a tutti i cittadini gratuitamente o verso il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. Fino a quando i Lea rimarranno alla base del nostro sistema sanitario, nessuno potrà essere escluso dalle cure perché troppo anziano o bisognoso di prestazioni troppo costose: un reddito elevato può, al limite, giustificare la corresponsione di un ticket, ma non l'esclusione dal diritto all'assistenza.

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=111&area=Il_Ssn&menu=lea

8

La Riforma Bindi introduce la distinzione tra "fondi doc" e "fondi non doc", ove i primi possono essere definiti come forme di mutualità volontaria necessariamente caratterizzate da tre elementi:

- divieto di adottare politiche di selezione dei rischi;
- divieto di discriminazione nei premi;
- divieto di concorrenza con il SSN.

L'art. 9 del D.lgs. n. 229/1999, che sostituiva l'art. 9 del D.lgs. n. 502/1992, definiva le forme di assistenza sanitarie integrative rispetto a quelle del SSN, o con queste comunque, direttamente integrate.

*Ambito di applicazione dei **fondi doc**:*

- *Prestazioni aggiuntive non ricomprese nei LEA;*
- *Prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA per la quota a carico dell'assistito;*
- *Prestazioni socio -sanitarie in strutture sanitarie;*
- *Prestazioni di medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica (queste ultime vengono individuate con D.M. 31 Marzo 2008, all'art.2)*

La normativa di secondo livello menzionata dall'art. 9 non è mai stata emanata, lasciando parzialmente inattuata la riforma e impedendo di fatto la costituzione sul territorio nazionale dei "fondi doc".

Lo stesso D.lgs. n. 229/1999, inoltre, non affronta il tema della regolamentazione dei “fondi non doc”, ovvero tutti quegli enti assistenziali – preesistenti alla data di entrata in vigore dello stesso decreto – che non ne rispettano le prescrizioni.

La riforma Bindi, risulta ad oggi superata, non solo perché lo stesso decreto che aveva istituito i fondi doc non ha trovato corretta attuazione in assenza del relativo decreto attuativo, ma anche a causa della successiva normativa (Legge finanziaria del 2008; Decreto Turco del 2008; Decreto Sacconi del 2009) che ha sostanzialmente abrogato la distinzione “fondi doc - fondi non doc” riconducendo tutte le forme di fondi esistenti sotto l’unica definizione di Fondo Sanitario Integrativo.

I.1.3. Legge Finanziaria 2008

La Legge n. 244/2007 (Legge finanziaria 2008), modificando direttamente il T.U.I.R., fornisce un nuovo impulso alla sanità superando la distinzione tra “fondi doc” e “non doc” e prevedendo un’unica normativa di riferimento per tutte le forme di assistenza sanitaria, anche sotto il profilo fiscale.

Ciò consente alle aziende e ai lavoratori di programmare numerose iniziative negoziali, di potenziare quelle esistenti e di individuare gli ambiti operativi dei fondi sanitari.

L’art. 1, comma 197, modifica il disposto degli artt. 10, comma 1 lett. e-ter) e 51, comma 2, lett. a), del T.U.I.R.

La nuova disciplina stabilisce che non concorrono alla formazione del reddito, entro il limite di 3.615,20 euro, i contributi di assistenza sanitaria versati a fondi integrativi del SSN istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 o a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale - in conformità a disposizioni di contratto/accordo/regolamento aziendale - che operino negli ambiti di intervento indicati dal decreto del Ministro della salute.

ART. 10, comma 1, lett. e-ter) T.U.I.R.

*Dal **reddito complessivo** si deducono, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo ...*

*...i **contributi** versati, fino a un massimo di euro 3.615,20, ai **fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli **ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute** da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione*

ART. 51, comma 2, lett. a) T.U.I.R.

*Non concorrono a formare il **reddito [di lavoro dipendente]**...*

*... i **contributi di assistenza sanitaria** versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a **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 a euro 3.615,20.*

I decreti di attuazione della legge finanziaria 2008 sono il Decreto Turco e il Decreto Sacconi.

1.1.4. Il Decreto Turco

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 31 Marzo 2008 (Decreto Turco), in attuazione del disposto dell'art. 1, comma 197, disciplina:

- gli ambiti di intervento per i fondi integrativi del SSN;
- gli ambiti di intervento per gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale;
- l'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Il decreto definisce, dunque, gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi integrativi del SSN e dagli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, prevedendo solo per questi ultimi soggetti un'attestazione annuale che certifichi "l'erogazione delle prestazioni definite dal decreto stesso nella misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite".

N.B.

Il decreto parla di **società di mutuo soccorso** di cui all'art. 51 del T.U.I.R., quando in realtà tale articolo - modificato dalla Legge finanziaria 2008 - contempla solamente gli enti e le casse aventi fine esclusivamente assistenziale e non anche le società di mutuo soccorso.

L'intento del legislatore è quello di rilanciare la sanità integrativa attraverso un intervento mirato che identifichi un regime di fiscalità agevolata per lavoratori ed aziende che versino contributi ai fondi sanitari, anche alla luce della sempre più sentita esigenza di intervenire al fine di sostenere la sanità pubblica.

Il Decreto Turco demanda a un successivo provvedimento ministeriale la definizione delle procedure di iscrizione e delle relative modalità di attuazione della disciplina. A seguito di ciò è stato, pertanto, emanato il decreto ministeriale del 27 ottobre 2009 (Decreto Sacconi).

1.5. Il Decreto Sacconi.

Il decreto emanato dal Ministero del Lavoro, delle Politiche Sociali e della Salute del 27 Ottobre 2009 (Decreto Sacconi) elimina il dualismo di cui alla normativa Turco, riconducendo sia i fondi integrativi del SSN sia gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso sotto l'unica definizione di "Fondo Sanitario".

Il decreto, composto da cinque articoli, definisce:

- le prestazioni che dovranno essere garantite dai fondi stessi;
- le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei fondi sanitari (si veda § II.3.);
- i criteri e le modalità per il calcolo della c.d. Quota Sacconi (si veda § II.2.4.), ovvero la quota di risorse vincolate per l'erogazione delle prestazioni di cui al punto precedente.

Elemento rilevante del decreto in esame consiste proprio nella individuazione delle prestazioni ricomprese nella suddetta “soglia delle risorse vincolate” – già introdotta dal precedente provvedimento del ministro Turco - che deve essere, su base annua, pari ad almeno il 20% sul totale delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite.

Prestazioni del Decreto Sacconi (art. 2, comma 2, lett. d, par. 1)

- 1. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** da garantire alle **persone non autosufficienti** al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- 2. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle **persone non autosufficienti** in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- 3. prestazioni finalizzate al recupero della salute** di soggetti **temporaneamente** inabilitati da **malattia o infortunio** (es. fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee; cure termali) e altre **prestazioni riabilitative** rese da strutture sanitarie autorizzate **non** comprese nei **livelli essenziali di assistenza**;
- 4. prestazioni di assistenza odontoiatrica** compresa la fornitura di protesi dentarie.

Si tratta di prestazioni tradizionalmente escluse dal SSN, come la non autosufficienza e l'odontoiatria, che estendono la sfera di operatività in tutti i settori della sanità.

11

Il rispetto della soglia delle risorse vincolate, come specificato all'art. 5, comma 2 del decreto, rappresenta condizione imprescindibile per beneficiare del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. a) del T.U.I.R.

Stante la lettera della norma appena citata, si ritiene che tale condizione sia posta esclusivamente a carico degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e non anche ai fondi integrativi del SSN ex art. 10 del T.U.I.R.

E infatti, con riferimento alla documentazione da presentare in occasione dell'iscrizione all'Anagrafe, è previsto solo per i soggetti di cui all'art. 51 del T.U.I.R. la presentazione di una certificazione del legale rappresentante che attesti la percentuale delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni rientranti nella Quota Sacconi rapportate al totale delle risorse garantite.

I.2. Trattamento fiscale e previdenziale dei contributi di assistenza

I contributi versati a casse o enti aventi esclusivamente fine assistenziale possono essere di due tipi, a seconda che siano destinati a ottenere prestazioni sanitarie ovvero prestazioni di assistenza sociale. Da ciò ne deriva una diversa disciplina fiscale e previdenziale a seconda della natura sanitaria o sociale dei versamenti effettuati.

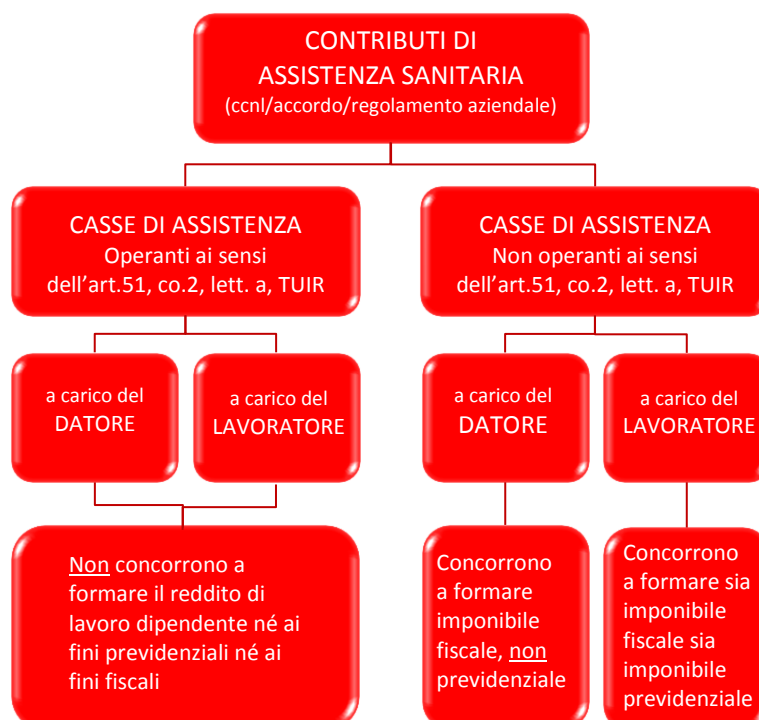
I.2.1. D.lgs. n. 314/1997

Con il D.lgs. n. 314/97 - avente ad oggetto la revisione della definizione di reddito di lavoro dipendente ai fini fiscali e previdenziali al fine di prevederne, ove possibile, la completa equiparazione - è stato definito il trattamento dei contributi versati alle casse di assistenza.

Secondo quanto disposto dal secondo comma dell'art. 6 del decreto, per determinare il regime non solo fiscale ma anche previdenziale applicabile a quanto versato alle casse di assistenza, occorre far riferimento all'art. 51 del T.U.I.R. (vecchio art. 48).

Da ciò ne consegue che i contributi versati alle casse di assistenza in ottemperanza a quanto previsto dal comma 2, lett. a), dell'art. 51 (si veda § II.2.3.) non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente, né ai fini fiscali né ai fini contributivi.

Al di fuori della fattispecie di cui all'art. 51, comma 2, lett. a), il D.lgs. n. 314 dispone che i contributi versati dal datore di lavoro a casse, fondi o gestioni previste da contratti collettivi, accordi o regolamenti aziendali, che erogano prestazioni integrative assistenziali a favore del lavoratore non concorrono a formare il reddito di quest'ultimo ai fini previdenziali e il datore è tenuto a corrispondere il contributo di solidarietà pari al 10% (art. 6, co. 4). Diversamente i contributi a carico del lavoratore sono interamente imponibili sia fiscalmente che ai fini previdenziali.



1.2.2. Circolare n. 55/E del 1999

L'amministrazione finanziaria con la Circolare n. 55 del 4 marzo 1999 precisa cosa debba intendersi per assistenza sociale (par. 2, n. 4) e stabilisce che qualora il datore di lavoro sia obbligato da contratto/accordo/regolamento aziendale a versare dei contributi per garantire prestazioni di assistenza sociale ai lavoratori, tali contributi concorrono integralmente a formare il reddito di lavoro dipendente.

Diverso è il caso in cui il datore di lavoro non sia obbligato a versare premi o contributi, ma a corrispondere determinate prestazioni economiche a favore dei lavoratori o dei loro familiari nel caso si verifichi un determinato evento (es. morte o invalidità), potendo scegliere se:

- attendere l'evento e al verificarsi dello stesso pagare una somma agli aventi diritto;
- garantirsi una copertura economica (N.B. non assistenziale) contro il rischio di dover corrispondere la suddetta somma.

In quest'ultimo caso, infatti, la stipula di una copertura risponde a un interesse esclusivo del datore di lavoro e l'eventuale pagamento di premi o contributi non costituendo elemento retributivo, non deve concorrere a formare il reddito di lavoro dipendente (è importante che nella copertura gli assicurati siano i dipendenti e il beneficiario lo stesso datore).

Ovviamente i contributi di assistenza sociale a carico del lavoratore concorrono sempre a formare reddito di lavoro dipendente.





II. I Fondi Sanitari

Si è già detto che la legge n. 244/2007, modificando gli artt. 10, c. 1, lett. e-ter) e 51, c. 2, lett. a) del T.U.I.R., ha unificato i diversi trattamenti fiscali al contempo “stabilizzando” il regime, sinora soggetto a conferme annuali nell’ambito delle leggi finanziarie.

Il limite di deducibilità per i contributi versati dal lavoratore e/o dal datore di lavoro a Fondi Sanitari è ora stabilito in 3.615,20 euro, a condizione che le citate forme operino negli ambiti di intervento indicati dal Ministro della Salute, stabiliti con i decreti Turco e Sacconi. In linea con la previsione di un regime fiscale unico, il Decreto Sacconi ha poi inteso ricondurre i fondi sanitari integrativi del SSN (ex art. 10 del T.U.I.R.) e gli enti, casse aventi fine assistenziale (ex art. 51 del T.U.I.R.) sotto l’unica definizione di “Fondi sanitari”.

Si analizzano di seguito le caratteristiche di ciascuna forma assistenziale, con riferimento agli ambiti di intervento, alla platea dei destinatari e ai requisiti necessari per poter godere del beneficio fiscale della deducibilità accordato dalla normativa vigente.

II.1. Fondi integrativi del SSN ex art. 10, co. 1, lett. e-ter) del T.U.I.R.

I fondi sanitari in esame erogano forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN, consentono ai propri contribuenti di beneficiare della deduzione di quanto versato ai sensi dell’art. 10 del T.U.I.R.

L’obiettivo è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica, incoraggiando allo stesso tempo la copertura di quei servizi che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza in tutto o per la sola parte a carico dell’assistito (ticket).

Si è già detto, la norma che li ha introdotti nell’ordinamento italiano (art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni), è rimasta lettera morta, impedendo di fatto la costituzione dei fondi integrativi del SSN.

II.1.1. Ambiti di intervento

Ai sensi dell’art. 10, comma 1, lett. e-ter, del T.U.I.R., il contribuente può dedurre dal proprio reddito complessivo i contributi (entro € 3.615,20) versati ai fondi integrativi del SSN che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute. E il del Decreto Turco, all’art. 1, definisce appunto l’ambito di applicazione dei fondi integrativi del SSN, rappresentato da:

- prestazioni aggiuntive, non comprese nei LEA e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e strutture accreditati tra cui le prestazioni di medicina non convenzionale (ancorché erogate da strutture non accreditate), le cure termali, l’assistenza odontoiatrica (esclusi i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell’età evolutiva e l’assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità);

- prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente.

II.1.2. Destinatari

L'art. 10 del T.U.I.R., inserendosi nell'ambito delle disposizioni di carattere generale sull'IRPEF, si applica a tutte le persone fisiche, consentendo la deducibilità dei contributi versati ai fondi integrativi del SSN a prescindere dall'attività lavorativa eventualmente svolta.

II.1.3. Requisiti per usufruire del beneficio fiscale

Perché un fondo integrativo benefici del trattamento fiscale agevolato, è necessario:

- che sia istituito o adeguato ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni. La norma richiamata prevede che i soggetti istitutori dei fondi adottino politiche di non selezione dei rischi ed elenca le fonti istitutive;
- che eroghi prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute (si veda § II.1.1.);
- che sia iscritto (o abbia rinnovato l'iscrizione) all'Anagrafe dei fondi sanitari (si veda § II.3.).

Fonti istitutive dei Fondi integrativi del SSN (art. 9, D.lgs. 252/92):

- *contratti e accordi collettivi, anche aziendali;*
- *accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;*
- *regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;*
- *deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;*
- *deliberazioni assunte da società di mutuo soccorso riconosciute;*
- *atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, contenenti l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.*

II.2. Enti o casse ex art. 51, co. 2, lett. a) del TUIR

L'art. 51, comma 2, lett. a, T.U.I.R. dispone che non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente i contributi versati alle casse o enti aventi fine assistenziale che rispettino le condizioni previste nella stessa norma tributaria. L'articolo non menziona le società di mutuo soccorso alle quali, tuttavia, si applica la stessa disciplina in ragione dell'esplicita equiparazione alle casse e agli enti sopracitati contenuta nei decreti Turco e Sacconi.

Si tratta di enti che erogano prestazioni assistenziali che possono essere sia di tipo sanitario che sociale. La funzione svolta è analoga a quella dei fondi integrativi del SSN: costituire il secondo livello di assistenza sanitaria in grado di rappresentare una significativa integrazione del SSN.

II.2.1. Ambiti di intervento

Il Decreto Sacconi, emanato in attuazione dell'art. 51, comma 2, lett. a, T.U.I.R., stabilisce che gli enti aventi fine assistenziale per poter accordare il beneficio fiscale ai contribuenti, devono rispettare la c.d. "soglia delle risorse vincolate" (anche detta "quota Sacconi"): le risorse vincolate per l'erogazione di determinate prestazioni definite dal decreto (art. 2, co. 2, lett. d), devono rappresentare almeno il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

Nel dettaglio si tratta di:

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale 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.

II.2.1.1. Calcolo della soglia delle risorse vincolate

La soglia stabilita per le prestazioni vincolate si intende rispettata se, su base annua, le risorse specificamente impegnate per le prestazioni di cui al § II.2.1., non siano inferiori al 20% del totale delle risorse impegnate per l'erogazione complessiva delle prestazioni garantite ai propri assistiti, al netto delle spese gestionali. Al riguardo, il Ministero della Salute (Risp. 12/04/2010) ha fornito i criteri di calcolo, diversificati in relazione alle diverse tipologie di Fondi Sanitari.

Il parametro di riferimento per il calcolo è individuato nelle risorse che ciascuna cassa, ente o società di mutuo soccorso deve considerare contabilmente impegnate per la remunerazione delle prestazioni di cui al decreto, comprensive di quelle che, pur non essendo state liquidate, si riferiscono a obbligazioni di spesa maturate nell'anno.

In particolare, per i fondi sanitari a gestione convenzionata - fondi che affidano la copertura sanitaria all'esterno tramite convenzione con compagnia di assicurazione - il premio/contributo versato alla compagnia costituisce l'unico costo sopportato e rappresenta l'equivalente del costo delle prestazioni; pertanto, per l'individuazione delle risorse impegnate ai fini del calcolo della quota Sacconi, la compagnia dovrà rilasciare al fondo idonea dichiarazione sull'imputazione del premio/contributo versato a favore delle prestazioni definite dal decreto, quale indicatore delle somme specificamente impegnata per il raggiungimento della soglia delle risorse vincolate.

II.2.2. Destinatari

L'art 51 si riferisce alla determinazione dei redditi di lavoro dipendente, ovvero quei redditi derivanti da rapporti aventi ad oggetto la prestazione di lavoro, con qualsiasi qualifica, alle dipendenze e sotto la direzione di altri. Il beneficio fiscale previsto dalla norma in esame, pertanto, riguarda esclusivamente i lavoratori che prestano la propria attività intellettuale, manuale e professionale con vincolo di subordinazione rispetto a un altro soggetto e versano contributi in conformità a disposizioni di contratto, accordo o regolamento aziendale.

II.2.3. Requisiti per usufruire del beneficio fiscale

Perché una cassa o un ente possa accordare ai propri contribuenti il trattamento fiscale agevolato, è necessario:

- che abbia esclusivamente fine assistenziale;
- che operi negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della salute (si veda § II.2.1.);
- che sia iscritto (o abbia rinnovato l'iscrizione) all'Anagrafe dei fondi sanitari (si veda § II.3.);
- che la contribuzione alla cassa o ente sia prevista in conformità a disposizione di contratto/accordo/regolamento aziendale.

II.3. Regime fiscale e previdenziale dei contributi versati ai fondi sanitari

Le disposizioni di cui agli artt. 10 e 51 del T.U.I.R. prevedono lo stesso limite al beneficio fiscale accordato ai contributi versati ai fondi sanitari, individuato in € 3.615,20; per il calcolo del predetto limite concorrono sia i contributi versati ai sensi dell'art. 10 che i contributi versati ai sensi dell'art. 51.

Tuttavia, l'agevolazione fiscale influisce sul reddito delle persone fisiche in maniera differente a seconda della modalità di versamento e della tipologia del fondo disciplinate dalle due norme tributarie. Si ritiene opportuno, pertanto, analizzare separatamente le due fattispecie.

II.3.1. Regime applicabile ai fondi integrativi del SSN

In base a quanto disposto dal Testo Unico, i contributi versati ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e-ter, si deducono dal reddito complessivo di una persona fisica, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo.

Dal momento che la deduzione opera direttamente sul reddito complessivo già determinato, ciò significa che la persona fisica ha già versato i contributi previdenziali obbligatori per le somme che hanno concorso a formare il reddito, percepite nell'anno di riferimento.

II.3.2. Regime applicabile agli enti e casse aventi fine assistenziale

Diverso è il regime applicabile ai contributi versati ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. a, T.U.I.R.

La norma in esame, infatti, riguarda la determinazione del reddito di lavoro dipendente - che a sua volta concorre a formare il reddito complessivo - e dispone che non concorrono a formare il reddito (nel limite di € 3.615,20) i contributi versati alle casse e agli enti che operino in conformità a quanto previsto dal Decreto Sacconi e dal contratto, accordo o regolamento aziendale.

Si è già visto che il D.lgs. n. 314/97, riformando l'art. 51, ha inteso operare l'equiparazione tra imponibile fiscale e previdenziale, sancendo la non concorrenza dei contributi sanitari nella determinazione del reddito di lavoro dipendente, sia ai fini fiscali che ai fini contributivi (si veda § I.2.1.).

II.4. Anagrafe dei Fondi Sanitari

Presupposto per il riconoscimento del beneficio fiscale ai contributi versati ai fondi sanitari è rappresentato dall'iscrizione e dai successivi rinnovi annuali dei fondi stessi all' "Anagrafe dei Fondi Sanitari", istituita presso il Ministero della Salute (l'iscrizione deve essere rinnovata annualmente entro il 31 luglio).

Nel Decreto Sacconi sono previste e descritte le modalità tecniche per l'accesso al sistema informativo dell'Anagrafe, per la registrazione del compilatore e per l'iscrizione/rinnovo del fondo sanitario.

In occasione dell'iscrizione, i soggetti "compilatori" del fondo sanitario che accedono al sistema inseriscono i propri dati anagrafici, allo scopo di ottenere le credenziali per l'accesso e di fornire i dati identificativi del fondo stesso (es. denominazione e codice fiscale).

Successivamente, i compilatori del fondo, ai fini della iscrizione e della gestione delle informazioni dell'anagrafe, devono trasmettere i seguenti documenti (art. 3, comma 3, Decreto Sacconi):

- atto costitutivo;
- regolamento;
- nomenclatore delle prestazioni garantite;
- bilancio preventivo e consuntivo oppure documento equivalente;
- schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto e, eventualmente, al nucleo familiare.

Tali documenti devono essere inviati telematicamente presso il sito www.ministerosalute.it/programmazione.

Le casse e gli enti di cui all'art. 51 del T.U.I.R. in aggiunta alla documentazione su elencata, sono tenuti a presentare la certificazione del legale rappresentante che indichi (al netto delle spese generali):

- l'ammontare delle risorse impegnate per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, di cui art. 2, co. 2, lett. d, del decreto;
- l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;
- percentuale dell'importo di cui al primo punto sull'importo di cui al secondo punto.

Il perfezionamento dell'iscrizione/rinnovo dei fondi sanitari, per i fondi integrativi del SSN costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni erogate con gli ambiti definiti dal Decreto Turco (si veda § II.1.1.); per gli enti e casse di cui all'art. 51 costituisce condizione per la verifica della soglia delle risorse vincolate.