

L'assistenza sanitaria integrativa

UN' ANALISI DELLA NORMATIVA

Proteggere e dare sicurezza alle persone "dalla culla alla tomba" è il perno attorno a cui ruota un sistema di welfare (Rapporto Beveridge – UK 1942)

IL SISTEMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

LE FONTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

NATURA OBBLIGATORIA DELLE CLAUSOLE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE DI FONDI DI ASSISTENZA SANITARIA

IL CASO DEL CCNL TERZIARIO: IL FONDO EST

IL CASO DI SANIMPRESA

ASPETTI CONTRIBUTIVI

TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

LA NORMATIVA FISCALE

LE CONSEGUENZE DELL'INADEMPIENZA

DATI RELATIVI ALL' ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA



Prefazione

La complessa materia oggetto dell'attività professionale pone spesso il Consulente del Lavoro di fronte a dubbi di carattere interpretativo che impongono studio e riflessione prima di poter consigliare al meglio il proprio Cliente.

Meritoria, quindi, l'opera del Centro Studi dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro di Milano, che, in stretta collaborazione con l'A.N.C.L. Sindacato Unitario, Unione provinciale di Milano, ha saputo coniugare le diverse energie dei propri componenti per mettere a disposizione di tutti i Colleghi preziosi lavori come quelli che si propongono in questa Collana denominata "**I Quaderni Monografici**".

Un ringraziamento a nome di tutti i colleghi di Milano ai componenti del Centro Studi e Ricerche per la loro attività in favore dell'intera Categoria.

Consiglio dell'Ordine
dei Consulenti del Lavoro
di Milano

Il Presidente
Giovanni Zingales

A.N.C.L. S.U.
Unione Provinciale
di Milano

La Presidente
Daria Luciana Bottaro

Presentazione

Il Centro Studi e Ricerche dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro di Milano intensifica la propria attività di divulgazione scientifica mettendo a disposizione dei colleghi alcune monografie denominate "**I Quaderni Monografici**".

L'idea è quella di mettere a disposizione dei Colleghi dei testi che raccolgano, su uno specifico argomento, tutte le problematiche di carattere civilistico, previdenziale, fiscale e amministrativo.

Le monografie affronteranno le questioni più controverse su ogni argomento e cercheranno di orientare il lettore proponendo le diverse soluzioni sulla scorta degli orientamenti giurisprudenziali e dottrinali.

Non mancheranno esempi e formulari e, per concludere, le proposte e i suggerimenti del Centro Studi e Ricerche, finalizzate alla semplificazione ed alla prevenzione del contenzioso.

In questo **secondo Quaderno Monografico** trattiamo la spinosa questione del trattamento civilistico, previdenziale e fiscale dell'**Assistenza sanitaria integrativa**.

Gli scritti sono frutto di un'attenta analisi, tuttavia, gli stessi, devono essere ritenuti pareri non vincolanti, per i quali nessuna responsabilità può derivare all'Ordine o ai componenti del Centro Studi e Ricerche che li hanno predisposti.

Ringraziamo chiunque volesse inviare scritti per segnalare anomalie o eventuali questioni non trattate, contribuendo, in tal modo, ad arricchire il testo delle successive edizioni.

Il Coordinatore del Centro Studi e Ricerche
Potito di Nunzio

Il presente Testo è stato predisposto dai Colleghi Riccardo **Bellocchio** e Stefano **Guglielmi**,
coordinato da D. Morena **Massaini** ed è **stato condiviso** dai seguenti Colleghi: Gilberto **Asnaghi**, Roberto **Montelatici**,
Sabrina **Pagani**, Silvana **Pagella**, Fabio **Pappalardo**, Lalla Pollacchini **Pagani**, Laura **Pozzi**, Paola **Rizzo**

indice

Premessa pag. 4

1 CAPITOLO

Il sistema dell'assistenza sanitaria integrativa pag. 5

L'evoluzione normativa pag. 5

2 CAPITOLO

Le fonti dell'assistenza sanitaria pag. 8

Efficacia soggettiva del contratto collettivo pag. 9

Interpretazione del contratto pag. 9

Composizione dei contratti collettivi pag. 9

Integrale rispetto degli accordi e contratti collettivi ai fini
del godimento dei benefici normativi e contributivi pag. 10

Funzioni ispettive pag. 11

3 CAPITOLO

**Natura obbligatoria delle clausole relative
all'istituzione di fondi di assistenza sanitaria** pag. 12

La posizione del Ministero del lavoro pag. 12

La giurisprudenza sulle norme contrattuali collettive istitutive
di fondi di assistenza sanitaria integrativa pag. 13

4 CAPITOLO

Il caso del CCNL Terziario: il fondo EST pag. 15

5 CAPITOLO

Il caso di SANIMPRESA pag. 17

6 CAPITOLO

Aspetti contributivi: versamento all'INPS del contributo di solidarietà ... pag. 19

7 CAPITOLO

Trattamento di fine rapporto pag. 20

8 CAPITOLO

La normativa fiscale pag. 21

9 CAPITOLO

Le conseguenze dell'inadempienza pag. 23

10 CAPITOLO

Dati relativi all'assistenza sanitaria in Italia pag. 24

Fonti pag. 26

Premessa

Proteggere e dare sicurezza alle persone “*dalla culla alla tomba*” (“from cradle to the grave” – rapporto Beveridge - UK 1942) è il perno attorno a cui ruota un sistema di Welfare.

Il Ministero del Lavoro, per affrontare in maniera organica e compiuta la questione, ha pubblicato nel maggio 2009 il Libro bianco sul futuro del modello sociale intitolato “La vita buona nella società attiva”, approvato dal Consiglio dei Ministri del 6 maggio 2009, nel quale raccoglie le principali direttrici sulle quali il Governo intende promuovere il nuovo modello di Welfare sociale e recepisce le indicazioni del Libro verde del 2008, approvato dal Consiglio dei Ministri del 25 luglio 2008.

I propositi del “Libro bianco” risultano ambiziosi perché indirizzati ad incidere in profondità sull’attuale assetto del Welfare, contemplando infatti :

- L’opzione per un modello di welfare che parte da una riconsiderazione della sua dimensione culturale prima che economica;
- L’adozione di un modello di welfare che si basa su valori quanto più possibili condivisi dalla società in cui si colloca;
- L’esigenza che la funzione di sicurezza sociale, propria di ogni modello di Welfare, venga rafforzata sul piano della effettività e della congruità tra obiettivi, risorse e strumenti;
- La necessità di adottare una prospettiva integrata e non funzionalistica delle politiche sociali, con particolare attenzione alle famiglie, ai non autosufficienti, alla povertà (specie quella “assoluta”);
- La preferenza da accordare alle misure di prevenzione piuttosto che di rimedio;
- La necessità di operare affinché si crei una virtuosa alleanza tra mercato e solidarietà, attra-

verso una ampia rete di servizi e di operatori, indifferentemente pubblici e privati.

Le disposizioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro relative alla disciplina dell’assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori, soprattutto nell’elaborazione dottrinale inerente alla sua obbligatorietà, rivelano, se considerate nella prospettiva del Libro Bianco, valenze anticipatorie dell’innovativo disegno che quel documento racchiude.

Questo disegno si esprime almeno in due direzioni:

- In un sistema di sicurezza sociale fondato sulla predisposizione di servizi alla persona, controbilanciati da precise responsabilità della stessa;
- In un modello di governance centralizzato, puntellato da meccanismi atti a garantire la stabilità finanziaria del sistema di welfare e sorretto dal principio della sussidiarietà come principio fondante del modello sociale nel suo insieme. Principio di sussidiarietà che si può, inizialmente, tradurre nel riconoscere e sostenere le risposte e i modelli organizzativi provenienti dai corpi intermedi della società in luogo di quanto l’organizzazione statale è destinataria di attuare.

Il principio di sussidiarietà, in sintesi, si può riassumere nella formula: se un ente che sta “più in basso” è capace di fare qualcosa, l’ente che sta “più in alto” deve lasciargli tale compito e sostenerne l’azione.

Lo Stato quindi consente che la contrattazione collettiva e le parti sociali intervengano inserendo nella contrattazione collettiva di settore strumenti atti a garantire, nel caso oggetto di questa analisi, assistenza sanitaria integrativa.

CAPITOLO 1

Il sistema dell'assistenza sanitaria integrativa

L'evoluzione normativa

La storia dei Fondi Sanitari Integrativi, almeno per quelli più importanti che operano sul mercato italiano, ha inizio con l'emanazione della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale", con la quale venne esteso a tutti i cittadini il diritto a fruire delle prestazioni assistenziali in condizioni di uguaglianza ed uniformità, e in particolare dell'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica, mentre la gestione di tutti i servizi sanitari venne attribuita ad una "rete completa di unità sanitarie locali" (USSL) configurate come strutture operative dei Comuni singoli o associati.

Gli Enti mutualistici, precedentemente sorti in Italia, vennero conseguentemente soppressi con trasferimento alle unità sanitarie locali dei relativi beni e del personale.

Nonostante, l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale e la conseguente soppressione degli Enti mutualistici, i cittadini italiani hanno continuato a spendere in sanità sia individualmente che attraverso assicurazioni, fondi, casse o società di mutuo soccorso e spesso per garantirsi prestazioni non integrative ma già erogate dal Servizio sanitario nazionale. Iniziarono quindi a svilupparsi una serie di strutture sanitarie integrative basate su accordi aziendali, tanto che nel 1988, la Commissione Affari sociali della Camera approvò una relazione dal titolo "Documenti per l'indagine conoscitiva sulla spesa dei cittadini per la salute" nella quale era indagato, tra l'altro, l'assetto organizzativo interno e le modalità di gestione delle diverse forme integrative di assistenza allora esistenti, arrivando a contare circa 200 tra mutue, casse e fondi e 97 imprese di assicurazione (80 italiane e 17 estere) operanti sul territorio nazionale.

Sulla base di tale studio e in considerazione delle sempre maggiori istanze di necessità sanitarie della popolazione, non sempre efficacemente e diffusamente rispondenti da parte del SSN, venne pubblicata la legge di Riordino del sistema sanitario (D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" successivamente integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419") che pose, all'articolo 9, le basi sulla formazione e sviluppo dei Fondi Sanitari Integrativi.

L'art 9 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n 502 prevede, infatti, che al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (di cui all'articolo 1 del decreto legislativo), definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

La denominazione dei fondi deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di

non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- 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, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative (di cui all'articolo 1, comma 18 della legge) operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
- prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Fra le prestazioni aggiuntive non comprese nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) sono comprese:

- le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale; l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Mentre si stanno definendo gli ambiti operativi dei fondi così come strutturati dalla modifica del D.lgs. n. 299/1999, il decreto Legislativo n. 41 del 18 febbraio 2000 recante Disciplina del trattamento fiscale dei contributi di assistenza sanitaria, a norma dell'articolo 10, comma 1, lettera l), della legge 13 maggio 1999, n. 133, introduce una duplice deducibilità fiscale a seconda della tipologia del fondo:

- 1) una deduzione maggiore per i *fondi doc* costituiti secondo l'art. 9 del Decreto Legislativo n. 229/99 effettivamente denominati Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale
- 2) una deduzione minore per i *fondi non doc* costituiti quasi esclusivamente da Enti o Casse esclusivamente a fine assistenziale.

La legge finanziaria 2008 (Legge n. 244 del 24 dicembre 2007, art. 1 comma 197) è intervenuta per definire l'ambito di operatività dei fondi di assistenza sanitaria integrativa, superando la distinzione tra fondi *"doc"* e *"non doc"* introdotta dal D.lgs. n. 41 del 18 febbraio 2000 che fino ad allora aveva disciplinato la materia.

Il modello introdotto dalla Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 è quello del secondo pilastro assistenziale, come avviene con il sistema della previdenza complementare, in cui mentre lo Stato, attraverso la fiscalità generale garantisce il livello essenziale di assistenza (LEA), ovvero l'insieme di trattamenti e prestazioni che il servizio sanitario nazionale eroga ai cittadini in misura totale (il cittadino accede ai servizi in forma completamente gratuita) o parziale (quando è prevista la compartecipazione economica diretta del cittadino al costo sanitario – ticket), i fondi di assistenza sanitaria integrativa garantiscono:

FORME DI ASSISTENZA SANITARIA

- 1) prestazioni aggiuntive non comprese nei LEA e con questo integrate;
- 2) prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito (ticket);
- 3) prestazioni sociosanitarie non comprese nei LEA e prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, per la parte non garantita dalla normativa vigente.

Tali prestazioni integrative possono essere erogate da soggetti pubblici o privati in base a contratti e accordi collettivi, regolamenti di regioni, enti territoriali e locali, deliberazioni di organizzazioni non profit o di società di mutuo soccorso. Sono autogestiti o affidati in gestione tramite convenzioni con istituzioni pubbliche e private.

Con il Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009 (in G.U. n. 12 del 16 gennaio 2010) il Ministero della Salute modifica il Decreto Ministeriale 31 marzo 2008 (emanato in seguito all'approvazione della legge Finanziaria 2008), in materia di attuazione dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009 istituisce l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi alla quale devono iscriversi:

- i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs n. 502 del 20 dicembre 1992 e successive modificazioni;
- gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui al citato art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. n. 917 del 22 dicembre 1986.

L'iscrizione all'anagrafe è requisito per poter far godere agli iscritti al fondo assistenza sanitaria integrativa del trattamento fiscale agevolato previsto dalla normativa fiscale vigente.

I soggetti interessati devono iscriversi esclusivamente per via telematica attraverso un apposito sistema denominato SIAF - Sistema informatico anagrafe fondi sanitari (l'accesso al servizio è gratuito; si v. <http://www.salute.gov.it>).

Le operazioni di registrazione, iscrizione /rinnovo dell'iscrizione devono essere effettuate nel periodo compreso tra il 1° gennaio al 31 luglio di ciascun anno (in prima battuta, i soggetti interessati avevano dovuto iscriversi entro il mese di aprile 2012). Si sottolinea come l'iscrizione all'anagrafe debba essere rinnovata tutti gli anni.

Allo stato, la platea delle forme che erogano prestazioni di assistenza sanitaria complementare si presenta ampia e diversificata.

i) Forme di assistenza sanitaria costituite ai sensi di accordi collettivi ex art. 51 TUIR (lavoratori dipendenti). Possono essere articolate:

- in relazione alla forma di gestione:

* forme autogestite che assicurano in proprio la copertura sanitaria;

* forme a gestione convenzionata: che affidano, in tutto o in parte, la gestione della copertura sanitaria a compagnie di assicurazione, Società di Mutuo soccorso, altri Fondi;

- in relazione alla platea dei destinatari:

* di categoria;

* di gruppo o azienda;

* territoriali;

* pluriaziendali: nell'ambito di un medesimo soggetto, sussiste una pluralità di gestioni assistenziali rivolte a varie collettività, ciascuna risalente a diverse fonti istitutive (in particolare accordi collettivi). In ciascuna di tali fattispecie è possibile la presenza di un unico accordo o di più accordi in relazione alla qualifica dei lavoratori interessati e/o in base alla mera volontà dei singoli individui.

ii) Forme di assistenza sanitaria non costituite ai sensi dell'art. 51 TUIR:

* forme per lavoratori autonomi: autogestite o convenzionate;

* forme aperte all'adesione individuale dei singoli non costituite ai sensi di accordi collettivi.

iii) Società di Mutuo soccorso

(tratto da Fondi Sanitari -Regole applicative dei principi attuariali e Linee guida per le valutazioni).

APERTURA STRAORDINARIA ANAGRAFE

Per il 2012 è stata disposta l'apertura straordinaria dell'anagrafe dal 27 settembre all'8 ottobre. Le attestazioni di avvenuta iscrizione all'Anagrafe Fondi Sanitari relative all'anno 2012 saranno rilasciate entro la fine dello stesso anno.

CAPITOLO 2

Le fonti dell'assistenza sanitaria

Dei cinque tipi di contratto collettivo di lavoro che è possibile identificare nello scenario italiano:

- contratti di diritto corporativo con valenza obbligatoria *erga omnes*,
- contratti con efficacia generale ex art. 39 Cost.,
- contratti recepiti dalla legge Vigorelli L. n. 741/1959,
- contratti di diritto comune senza efficacia *erga omnes*,
- contratti ex art. 8, legge 14 settembre 2011, n. 148, ove prevale l'accordo aziendale su quello nazionale

quelli con cui attualmente giornalmente ci si confronta, per la disciplina operativa dei rapporti di lavoro subordinato, sono i penultimi.

I contratti di lavoro, nella loro dimensione collettiva, con esclusione quindi del contratto individuale di lavoro (lettera di assunzione), si distinguono in:

- contratto collettivo nazionale di lavoro – CCNL
- contratto territoriale di lavoro, a valere per una identificata area geografica
- contratto aziendale o di secondo livello.

Il contratto collettivo di lavoro è definito di diritto comune poiché redatto e sottoscritto secondo il disposto dell'art. 1322 c.c. - (dell'autonomia contrattuale): "le parti possono liberamente determinare il contenuto del contratto nei limiti imposti dalla legge (...)".

Questo tipo di contratto collettivo di diritto comune è quindi una scrittura privata avente valore per:

- le parti che lo hanno sottoscritto o conferito delega alla sua sottoscrizione ad una associazione di categoria
- coloro che esplicitamente od implicitamente desiderino applicarlo, avendolo previsto nel contratto individuale di lavoro oppure per comportamento concludente, in applicazione dell'art. 1362 c.c. (dell'intenzione dei contraenti): "nell'interpretare il contratto si deve indagare quale sia stata la comune intenzione delle parti e non limitarsi al senso letterale delle parole. Per determinare la comune intenzione delle parti, si deve valutare il loro comportamento complessivo anche posteriore alla conclusione del contratto".

E' utile analizzare il contenuto di alcune massime scelte fra le sentenze della Suprema Corte di Cassazione – sezione lavoro, al fine di comprendere quale sia:

- l'efficacia soggettiva del CCNL
- l'interpretazione del CCNL,

e quindi, nel merito di questa monografia, verificare gli obblighi del datore di lavoro in tema di casse di assistenza sanitaria.

Efficacia soggettiva del contratto collettivo

Secondo la Corte di Cassazione “i contratti collettivi di lavoro *non dichiarati efficaci erga omnes* ai sensi della legge n° 741/1959, in quanto costituiscono atti di natura negoziale e privatistica, si applicano esclusivamente ai rapporti individuali intercorrenti tra soggetti che siano entrambi iscritti alle associazioni stipulanti, ovvero che, in mancanza di tale condizione, abbiano fatto espressa adesione ai patti collettivi e li abbiano implicitamente recepiti attraverso un comportamento concludente, desumibile da una costante e prolungata applicazione delle relative clausole ai singoli rapporti. Con riferimento a quest’ultima ipotesi, non è sufficiente a concretizzare un’adesione implicita, idonea a rendere applicabile il contratto collettivo nell’intero suo contenuto, il semplice richiamo alle tabelle salariali del contratto stesso, né la circostanza che il datore di lavoro, non iscritto ad alcuna delle associazioni sindacali stipulanti il contratto collettivo, abbia proceduto all’applicazione di alcune clausole di tale contratto, contestandone invece esplicitamente altre” (così Cass., sez. Lav., 29 aprile 2009, n. 9999; Cass., Sez. Lav., 8 maggio 2009, n. 10632).

E ancora, “(...) nell’ipotesi di contratto di lavoro regolato da contratto collettivo di diritto comune proprio di un settore non corrispondente a quello dell’attività svolta dall’imprenditore, il lavoratore non può aspirare all’applicazione di un contratto collettivo diverso, se il datore di lavoro non vi è obbligato per appartenenza sindacale, ma solo eventualmente richiamare tale disciplina come termine di riferimento per la determinazione della retribuzione ex art. 36 Costituzione, deducendo la non conformità del precetto costituzionale del trattamento economico previsto nel contratto applicato” (Cass., Sez. Lav., 13 luglio 2009 n. 16340).

Interpretazione del contratto

Secondo i Giudici della Corte di Cassazione “nell’interpretazione del contratto collettivo di diritto comune un ruolo preminente e del tutto particolare deve essere assegnato alla regola di cui all’art. 1363 C.C., stante la natura complessa e particolare dell’iter formativo della contrattazione sindacale, la non agevole ricostruzione della comune volontà delle parti contrattuali attraverso il mero riferimento al senso letterale delle parole, l’articolazione della contrattazione su diversi livelli, la vastità e complessità della materia trattata in ragione dei molteplici profili della posizione lavorativa, il particolare linguaggio in uso nel settore delle relazioni industriali, non necessariamente coincidente con quello comune e, da ultimo, il carattere vincolante che non di rado assume nell’azienda l’uso e la prassi” (Cass., Sez. Lav., 21 maggio 2009, n. 11834).

E ancora, “in tema di interpretazione dei contratti collettivi, l’art. 1362 c.c. impone all’interprete di indagare quale sia stata la comune intenzione delle parti senza limitarsi al senso letterale delle parole, in ciò differenziandosi dall’art. 12 delle preleggi che, nell’interpretazione della legge, assegna un valore prioritario al dato letterale, individuando, quale ulteriore elemento, l’intenzione (...)” (Cass., Sez. Lav., 5 giugno 2009, n. 13083).

Composizione dei contratti collettivi

La composizione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro si sostanzia in tre parti distinte:

- “politica”, contenente anche la parte obbligatoria con intese a valere fra le parti stipulanti senza riflessi diretti o precetti per i lavoratori,
- “comune”, contenente la parte sindacale e la disciplina del rapporto di lavoro, qui è contenuta la parte economica e normativa,
- “parti speciali”, per fattispecie particolari.

Volendo dare una definizione di carattere generale è possibile identificare la parte obbligatoria del contratto collet-

tivo come quella disciplinante i rapporti fra i sindacati datoriali e dei lavoratori e quella normativa ha lo scopo di garantire ai lavoratori il trattamento economico e normativo minimo previsto dall'art. 36 Cost. che recita:

ART.36. "Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa. La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge. Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi".

L'applicazione integrale o parziale del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro ha conseguenze nella gestione del rapporto di lavoro subordinato e nei rapporti con gli istituti previdenziali ed assistenziali.

Integrale rispetto degli accordi e contratti collettivi ai fini del godimento dei benefici normativi e contributivi

Una circolare dedicata del Ministero del Lavoro (circ. Min. Lav. 15 gennaio 2004, n. 4) spiega la definizione di "integrale" rispetto del CCNL al fine del godimento di benefici: "la locuzione "integrale rispetto degli accordi e contratti" (contenuta nel nuovo testo dell'articolo 3 del D.L. n. 71 del 22 marzo 1993, in luogo della originaria espressione "integrale rispetto degli istituti economici e normativi stabiliti dai contratti collettivi di lavoro") subordina il riconoscimento dei benefici economici e contributivi alla integrale applicazione della sola parte economica e normativa degli accordi e contratti collettivi, e non anche della parte obbligatoria di questi ultimi. Se intesa nel senso di imporre l'applicazione anche della parte obbligatoria del contratto collettivo (...) risulterebbe infatti in palese contrasto con i principi costituzionali di libertà sindacale, e di libertà sindacale negativa in particolare (di cui all'art. 39 Costituzione), (...)".

Una dichiarazione in tal senso è richiesta al datore di lavoro con la compilazione, sottoscrizione ed inoltro del DURC Interno – dichiarazione di osservanza dei contratti e altri obblighi di legge.

L'INPS interviene sull'argomento con le note esplicative ed operative di seguito riportate: la legge 27 dicembre 2006, n. 296, ai commi 1175 e 1776 dell'art.1, ha introdotto, a decorrere dal 1° luglio 2007, l'obbligo dell'attestazione della regolarità contributiva anche per la fruizione dei benefici normativi e contributivi connessi al versamento della contribuzione per i lavoratori dipendenti. Possono di conseguenza essere considerate esistenti due distinte tipologie di DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva):

- il DURC richiesto e concesso da **datori di lavoro dipendente e lavoratori autonomi** ai tradizionali fini di partecipazione ad appalti di lavori, appalti di servizi e forniture e per l'effettuazione di lavori privati in edilizia,
- il DURC richiesto **dai soli datori di lavoro dipendente** ai fini della fruizione dei benefici normativi e contributivi (cd. **DURC interno**).

Il procedimento per il rilascio del **DURC interno** nasce dalla semplice presentazione del modello DM nel quale il datore di lavoro esponga, nel relativo quadro B/C, codici contributivi relativi all'applicazione di sgravi contributivi. La mera esposizione di tali codici vale, infatti, quale richiesta di applicazione degli sgravi medesimi. In tal caso, qualora l'Inps sia contemporaneamente soggetto impositore dell'obbligo contributivo e soggetto erogatore dello sgravio, nessuna documentazione verrà emessa e lo sgravio, dopo l'accertamento dell'effettiva regolarità contributiva dell'azienda, si intenderà correttamente applicato (dove la denominazione di "**interno**" riservata alla nuova tipologia di DURC). In caso di diniego, l'azienda verrà invece sollecitata, mediante emissione di apposita nota di rettifica, alla regolarizzazione contributiva per il recupero dei benefici indebitamente fruiti.

N.B. Per **beneficio contributivo** (o agevolazione contributiva) andrà inteso un'effettivo **abbattimento dell'aliquota contributiva complessivamente dovuta e non** la mera riduzione del solo contributo da versare per effetto di **conguaglio** con anticipazioni di prestazioni (malattia, maternità, ANF) effettuato dal datore di lavoro nei confronti del dipendente e parimenti esposte, con distinti codici, nel quadro B/C del modello DM).

Va precisato che, anche ai fini del rilascio del DURC interno, andrà autocertificato da parte del datore di lavoro richiedente, "il rispetto degli accordi e contratti collettivi nazionali, nonché di quelli regionali, territoriali o aziendali". La presentazione di tale attestazione doveva avvenire a mezzo dell'apposito modello, denominato "**SC37-Durc interno**" (Circ. Min. Lav., 18 aprile 2008, n. 51, punto 10.1): tale modello, scaricabile dal sito www.inps.it, avrebbe dovuto essere prodotto sia all'atto della prima richiesta di agevolazione, sia dalle aziende che intendessero continuare a fruire delle agevolazioni stesse. Il modello, oltre che essere materialmente consegnato alle competenti sedi Inps, avrebbe potuto essere trasmesso telematicamente, tramite il servizio "Invio moduli on-line", sempre disponibile sul sito www.inps.it, nella sezione Aziende e consulenti, riservata ad utenti abilitati a mezzo di codice PIN. Il termine per la presentazione, originariamente fissato (dalla circ.51 del 18 aprile 2008), al 18 maggio 2008, è stato tuttavia prorogato al 30 settembre 2008, con msg.11126 del 15 maggio 2008. Le aziende che hanno prodotto il modello entro tale data sono contraddistinte con il codice di autorizzazione (CA) "4W": il codice avrà validità annuale. Tuttavia il termine per la presentazione del modello **sc 37** è stato ulteriormente prorogato dapprima al 31.10.2008 (cfr. Msg. Inps 11 settembre 2008, n. 020067) e poi al 31.12.2008 (Msg. Inps 23 ottobre 2008, n. 23462). Infine (Msg. Inps 23.12.2008, n. 28457) la presentazione di detto modello è stata dichiarata non più dovuta per effetto della circolare n.34 del 15 dicembre 2008 emanata dal Ministero del lavoro (cfr. Msg. Inps 23.12.2008, n. 28457, all.1). Per effetto di questa, il modello **sc37** viene sostituito da una autocertificazione, da rendersi al medesimo Ministero entro il 30 aprile 2009. L'azienda avrebbe dovuto con tale modello autocertificare "l'inesistenza a suo carico di provvedimenti, amministrativi o giurisdizionali, definitivi in ordine alla commissione delle violazioni di cui all'allegato A" del D.M. 24 ottobre 2007 emanato dal medesimo Ministero.

Funzioni ispettive

L'attività ispettiva del lavoro annovera fra i suoi compiti anche la vigilanza in materia di applicazione dei CCNL, per quanto riguarda la tutela minima che deve essere garantita ad ogni lavoratore.

L'inclusione di questo compito nelle funzioni ispettive è stata introdotta dall' art. 7 del D.Lgs. n. 124 del 23 aprile 2004 : "il personale ispettivo ha compiti di : (...) b) vigilare sulla corretta applicazione dei contratti e accordi collettivi di lavoro (...)"

CAPITOLO 3

Natura obbligatoria delle clausole relative all'istituzione di fondi di assistenza sanitaria

La posizione del Ministero del lavoro

L'identificazione della presenza di clausole relative a casse sanitarie nella parte obbligatoria piuttosto che in quella normativa porta ad obblighi differenti in capo al datore di lavoro che applica il CCNL oggetto dell'analisi.

A questo proposito è stato posto interpellato di merito che ha però valenza di interpretazione di carattere generale. L'Ordine dei Consulenti del Lavoro di Treviso ha formulato istanza di interpellato al Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale al fine di conoscere l'interpretazione ministeriale sulla possibilità di attribuire natura obbligatoria anziché normativa alle clausole relative all'istituzione di un fondo di assistenza sanitaria integrativa (Fondo Est nella fattispecie) (Interpello Min. Lavoro 21 dicembre 2006, prot. 25/Segr/007573).

Il Ministero interpellato ha risposto che, in ordine alla natura delle clausole contrattuali relative all'istituzione di un Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa, la giurisprudenza formatasi negli ultimi anni ha qualificato come obbligatorie e quindi non disciplinanti direttamente il rapporto di lavoro, ma costituenti obblighi esclusivamente per i soggetti collettivi contraenti, varie disposizioni contrattuali tra cui quelle relative all'istituzione di enti bilaterali e commissioni paritetiche ed alla costituzione e funzionamento di casse integrative di previdenza o di assistenza.

Tra le motivazioni addotte per l'esclusione di tali istituti contrattuali dalla parte economico-normativa del contratto rilevano in particolare quelle concernenti la natura non retributiva della contribuzione prevista per il loro finanziamento e delle prestazioni erogate. A tal proposito, sostiene la Suprema Corte, va riconosciuto carattere retributivo esclusivamente alle prestazioni da corrisponderci in sostituzione di obblighi precisi del datore di lavoro e natura previdenziale ed assistenziale a quelle di tipo meramente eventuale legate all'avverarsi di determinate situazioni pregiudizievoli la cui contribuzione, tra l'altro, è esclusa dal reddito imponibile a fini contributivi ai sensi dell'art. 27, comma 2, lettera f), D.P.R. n. 797/1995 come riformulato dall'art. 6, D.Lgs. n. 314/1997 (Cass. civ., sez. lav., n. 6530/2001).

Stante la natura obbligatoria e non normativa delle clausole contrattuali relative all'istituzione di fondi di assistenza sanitaria integrativa la loro sottoscrizione da parte del datore di lavoro a favore dei lavoratori è da ritenersi obbligatoria solo per coloro che, per le considerazioni fatte nel precedente Capitolo 2, sono tenuti all'applicazione integrale del contratto collettivo di diritto comune.

Nel 2010 il Ministero del lavoro torna sulla tematica in oggetto occupandosi, nello specifico, delle clausole

contrattuali istitutive degli enti bilaterali e della riconduzione delle clausole contrattuali istitutive nella parte obbligatoria del contratto (circolare n. 43 del 15 dicembre 2010 in risposta cumulativa a due istanze di interpellato pervenute dal CNO dei Consulenti del lavoro, dalla Confapi e da Confartigianato e CNAI).

In tale sede il Ministero

a) identifica un primo ordine di problemi nella riconduzione del versamento contributivo in favore dell'ente bilaterale alla parte economica/obbligatoria del contratto collettivo di lavoro.

Nel riprendere quanto già espresso (v. *supra*), il Ministero conferma di ritenere non *obbligatoria* l'iscrizione all'ente bilaterale. Ciò in coerenza con i principi di libertà associativa (di cui alla nostra Costituzione) e, segnatamente, di libertà sindacale negativa nonché con i principi e le regole comunitari del diritto della concorrenza;

b) identifica un secondo ordine di problemi che attiene invece alla diversa ipotesi in cui i contratti collettivi di lavoro, dopo aver definito un sistema bilaterale volto a fornire tutele aggiuntive ai prestatori di lavoro nell'ottica di un innovativo Welfare negoziale, dispongano l'*obbligatorietà* non della iscrizione all'ente bilaterale, quanto *del riconoscimento al prestatore di lavoro, per quei datori di lavoro che non vogliano aderire al sistema bilaterale, di analoghe forme di tutela (per esempio una assistenza sanitaria o una previdenza integrativa) anche attraverso una loro quantificazione in termini economici.*

In questi casi il CCNL/accordi collettivi prevedono sia la corresponsione a favore dei prestatori di lavoro di taluni importi forfettari sia l'erogazione diretta da parte dei datori di lavoro di prestazioni equivalenti quale alternativa al versamento dei contributi all'ente bilaterale di riferimento.

Detta tutela va, ad avviso del Ministero, riferita alla parte economico-normativa del contratto collettivo, avendo efficacia sul contenuto delle situazioni di diritto che regolano il rapporto individuale di lavoro tra l'impresa - o, più in generale, il datore di lavoro (si pensi agli studi professionali) - e ciascuno dei propri dipendenti. Ciò del resto in coerenza con la funzione social-tipica della parte economico/normativa del contratto collettivo di realizzare - ex articoli 3 e 36 della Costituzione - una disciplina uniforme dei rapporti individuali di lavoro di una determinata categoria o gruppo professionale.

Conclude il Ministero affermando che di conseguenza, una volta riconosciuto da parte del contratto collettivo di riferimento che una determinata prestazione (per esempio una assistenza sanitaria integrativa ovvero il trattamento di sostegno al reddito erogato dagli enti bilaterali) rappresenta un diritto contrattuale del singolo lavoratore, l'iscrizione all'ente bilaterale rappresenta nient'altro che una modalità per adempiere al corrispondente obbligo del datore di lavoro. Sicché, là dove espressamente previsto dai contratti collettivi, ogni singolo prestatore di lavoro matura un diritto contrattuale di natura retributiva - alla stregua di una retribuzione aggiuntiva o integrativa - nei confronti di quei datori di lavoro non aderenti al sistema bilaterale di riferimento che potrà essere adempiuto attraverso il riconoscimento di una somma o di una prestazione equivalenti a quella erogata dal sistema bilaterale di riferimento ai diversi livelli, nei limiti ovviamente degli importi stabiliti dalla contrattazione collettiva.

La giurisprudenza sulle norme contrattuali collettive istitutive di fondi di assistenza sanitaria integrativa

“Come è noto, nell'ambito di un contratto collettivo possono distinguersi varie parti a seconda del loro contenuto. Vi è, innanzitutto, la parte economica, che costituiva l'unico contenuto dei più antichi contratti collettivi, denominati contratti (o concordati) di tariffa, concernente il trattamento economico dei lavoratori (retribuzioni, indennità aggiuntive, indennità speciali ecc.). In seguito l'ambito di tali contratti si estese ad altri aspetti del rapporto di lavoro (durata giornaliera, ferie, criteri per l'attribuzione della qualifica, servizi disciplinari ecc.): questo insieme di disposizioni costituisce la parte normativa del contratto collettivo, che, insieme, alla parte economica, ha la funzione sociale di realizzare una disciplina uniforme dei rapporti individuali di lavoro di una determinata categoria.

Col tempo, nel corso dei rinnovi contrattuali, quel contenuto tradizionale si è venuto arricchendo con l'inserimento sempre più frequente di clausole destinate non a disciplinare direttamente il rapporto di lavoro, ma a regolare i rapporti fra le associazioni sindacali partecipanti alla stipulazione dei contratti collettivi.

Tali clausole non svolgono un immediato e diretto effetto normativo sui contratti e sui rapporti di lavoro, ma creano, attraverso vari congegni obblighi a carico delle parti stipulanti, il cui contenuto consiste nello svolgimento di alcune attività positive, che svolgono spesso una funzione strumentale rispetto agli istituti normativi.

La tipologia di queste clausole è assai diversificata da quelle riguardanti la futura produzione contrattuale o l'organizzazione dei diversi livelli di competenza (rinvio alla contrattazione aziendale, rinnovi contrattuali ecc.) a quelle sulla istituzione, formazione e funzionamento di organi di conciliazione e arbitrato; dalle clausole di carattere sindacale vero e proprio (elezione degli organi di rappresentanza sindacale, commissioni interne, assemblee di fabbrica, trattenute di contributi sindacali, ecc.) a quelle sulla costituzione di commissioni paritetiche con compiti interpretativi o in materia di trasferimenti, di cottimo ecc., dalle clausole che disciplinano l'attività delle organizzazioni sindacali in ordine alla costituzione e al funzionamento di casse di previdenza o di assistenza a quelle di tregua o pace sindacale ecc..

La particolarità di tali clausole sta nel fatto che gli obblighi da esse previsti possono essere attuati solo dalle associazioni sindacali stipulanti, anche se gli effetti positivi, da esse derivanti, sono destinati a riversarsi sui lavoratori e sui datori di lavoro appartenenti ad una determinata categoria. Esse, quindi, non si rivolgono alle parti del rapporto di lavoro e non creano obblighi a carico di dette parti, siano esse iscritte alle associazioni sindacali stipulanti o semplicemente aderenti alla disciplina dettata dal contratto collettivo.

Solo una volta che le associazioni stipulanti abbiano adempiuto ai loro obblighi, istituendo gli organismi contrattuali previsti, l'attività di questi si svolge (ed è in alcuni casi obbligatoria) non solo nei confronti degli iscritti alle associazioni stipulanti ma anche nei confronti di coloro che, pur non essendo iscritti, abbiano fatto riferimento nei contratti individuali di lavoro al contratto collettivo di categoria" (così *Cass.*, 5 maggio 2000, n. 5625; *Cass.* 10 maggio 2001, n. 6530).

CAPITOLO 4

Il caso del CCNL Terziario: il fondo EST

Il CCNL Terziario, ipotesi di accordo del 26 febbraio 2011, ratificato definitivamente il 6 aprile 2011, in tema di assistenza sanitaria integrativa - per la prima volta in un contratto collettivo nazionale diventando così l'"apripista" di una nuova stagione contrattuale - prevede che nella determinazione della parte economico/normativa in argomento le quote ed i contributi per il finanziamento del Fondo di Assistenza sanitaria integrativa (Fondo EST) siano da considerarsi parte integrante della retribuzione base.

Si è così assistito al passaggio della previsione contrattuale di un Fondo di assistenza sanitaria dalla parte obbligatoria a quella economico/normativa con conseguente obbligatorietà di adesione e contribuzione per tutti coloro che applicano il CCNL terziario.

Vediamo nel dettaglio la previsione contrattuale: è istituito il Fondo EST con finalità di erogare assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori del settore terziario rispondente ai requisiti del D.Lgs. 2 settembre 1997, n. 314, art. 3, c. 2 lett. A) e successive modifiche ed integrazioni che prevede la non concorrenza a formare il reddito di lavoro dipen-

VERSAMENTI AL FONDO EST: OBBLIGATORIETÀ

"Nel testo, così riformulato, risulta ulteriormente e definitivamente chiarita l'obbligatorietà dei versamenti al Fondo Est. Le parti sociali, infatti, hanno chiaramente ed espressamente specificato che nella determinazione della parte normativa/economica del CCNL è stato tenuto conto dell'incidenza delle quote e dei contributi previsti dall'art. 95 per il finanziamento del Fondo di Assistenza sanitaria integrativa (Fondo EST). E', altresì, specificato che l'azienda che ometta il versamento delle quote e dei contributi suddetti è responsabile verso i lavoratori non iscritti al Fondo della perdita delle relative prestazioni sanitarie e che non è, inoltre, consentito ai datori di lavoro stipulare polizze, a favore dei dipendenti, alternative a quelle previste dall'art. 95 del CCNL e che deve, infine, ritenersi irrinunciabile ed inderogabile il diritto del dipendente a detta Assistenza Sanitaria Supplementare.

Con tale nuova formulazione si ritiene definitivamente superata l'originaria incertezza sull'obbligatorietà dei versamenti al Fondo Est, essendo stati chiaramente definiti, in senso favorevole all'obbligatorietà, tutti i presupposti alla base del parere n. 7573/06 del Ministero del Lavoro" (Circ. Fondo Est n.1/2010; n. 3/2011).

Tabella 1

		CONTRIBUTO ORDINARIO (MENSILE)			UNA TANTUM
		FINO AL 31/05/11	DAL 01/06/11	dal 01/01/12	
CCNL TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI	Part time	€ 7,00	€ 8,00*	€ 9,00**	€ 30,00
	Full time	€ 10,00	€ 11,00*	€ 12,00**	€ 30,00
CCNL TURISMO (pubblici esercizi, agenzie turistiche, stabilimenti balneari)	Part time	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00	€ 8,00
	Full time	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00	€ 15,00
CCNL FARMACIE SPECIALI	Part time	€ 7,00	€ 7,00	€ 7,00	€ 30,00
	Full time	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00	€ 30,00
CCNL ORTOFRUTTICOLI/ AGRUMARI	Part time	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00	€ 15,00
	Full time	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00	€ 15,00

* di cui € 1,00 a carico dipendente

** di cui € 2,00 a carico dipendente

dente per i contributi versati a fondi/casse aventi solo fine assistenziale (vedi analisi aspetti fiscali presente in questa trattazione).

Per il finanziamento del Fondo è dovuto da parte del datore di lavoro un contributo identificato in misura fissa da moltiplicarsi per il numero dei dipendenti in forza (si. v. Tabella 1 Contribuzione Fondo EST (Circ. Fondo Est n. 4/2012).

Nella Dichiarazione a Verbale *“Le parti si danno specificamente atto che, nella determinazione della parte normativa/economica del presente CCNL si è tenuto conto dell’incidenza delle quote e dei contributi previsti dall’art. 95 per il finanziamento del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa (Fondo EST). Il trattamento economico complessivo risulta pertanto comprensivo di tali quote e contributi, che sono da considerarsi parte integrante del trattamento economico(..)Il contributo pari a € 10 e € 7, nonché la quota una tantum di € 30 (..) assumono, pertanto, valenza normativa per tutti coloro che applicano il presente CCNL”*.

E’ interessante la previsione del comportamento che deve tenere il datore di lavoro che non intenda aderire al Fondo EST (dunque, in caso di omissione del versamento contributivo), il quale dovrà, in alternativa, garantire una delle seguenti due opzioni :

- erogare al singolo lavoratore un elemento non assorbibile della retribuzione di importo fisso predeterminato da corrispondersi per le mensilità previste dal CCNL e rientrante nella retribuzione di fatto;
- assicurare al singolo lavoratore le medesime prestazioni sanitarie garantite dal Fondo EST, sulla base del relativo nomenclatore sottoscritto dalle parti sociali.

Rimangono comunque salvi, anche nell’ultimo rinnovo del 26 febbraio 2011 del CCNL Terziario, Distribuzione e Servizi, gli accordi integrativi di secondo livello, territoriali o aziendali, sottoscritti anteriormente al 2 luglio 2004, che prevedono l’istituzione di casse o fondi di assistenza sanitaria integrativa.

Il nuovo modello contrattuale, considerata l’importanza della copertura sanitaria integrativa prevede quindi l’erogazione di copertura da parte del datore di lavoro con Fondo/Cassa negoziale (chiuso, la cui adesione è riservata ad una determinata categoria di soggetti) o Fondo/Cassa aperto (fornitore del settore privato aperto ad ogni categoria di aderenti) oppure l’erogazione di una somma periodica con la quale il lavoratore possa provvedere autonomamente all’integrazione sanitaria.

PER LE AZIENDE ADERENTI A CONFINDUSTRIA

A seguito della circolare ministeriale n. 43 del 15 dicembre 2010, è da ritenersi che il datore di lavoro aderente al sistema Confindustria, seppur non vincolato dall’adesione a EST, sarà tenuto, qualora scelga di non aderire a tale Fondo, a riconoscere ai lavoratori delle prestazioni sanitarie equivalenti (per es. tramite l’adesione al Fondo confindustriale di Assistenza Sanitaria Integrativa FasiOpen). Questa è la soluzione che sembrerebbe preferibile in luogo del pagamento al lavoratore della somma forfettaria. (Così si legge ne “Monografia Assistenza Sanitaria” di Assolombarda Milano, ed. novembre 2011).

CAPITOLO 5

Il caso di SANIMPRESA

Un discorso a parte deve essere riservato per il fondo SANIMPRESA per il territorio di Roma e provincia. Con il Contratto Integrativo Territoriale del Terziario di Roma e Provincia, stipulato in data 29 gennaio 2003 nel quale si prevede di “costituire la Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa a favore dei lavoratori dipendenti” e nel quale è inoltre previsto previo pagamento per ogni anno di vigenza del Contratto (2002, 2003, 2004, 2005) di una quota a totale carico delle aziende, pari a € 207,00 lordi in ragione d’anno per ogni lavoratore dipendente da destinare interamente al finanziamento della suddetta cassa, nasce il Fondo Sanimpresa. **Il 16 ottobre 2003**, la Confcommercio Roma, le OO.SS. Filcams Cgil, Fisascat Cisl, e Uiltucs Uil di Roma e del Lazio, firmano lo statuto con atto notarile della “Cassa di assistenza sanitaria integrativa per gli addetti delle imprese del Terziario- Distribuzione e Servizi” in breve detta Sanimpresa.

Il 16 luglio 2004 il Contratto Integrativo Territoriale per le Aziende e i Dipendenti del settore della Vigilanza privata di Roma e Provincia aderisce a Sanimpresa con un importo a totale carico delle aziende, di € 207,00 per ogni iscritto. **Il 28 Giugno 2005** anche il Contratto Integrativo Territoriale per le Aziende del comparto alberghiero di Roma e Provincia decide di aderire al Fondo: “Le parti si danno atto di aver posto in essere un sistema di assistenza sanitaria integrativa in favore dei lavoratori d’albergo sin dal precedente contratto integrativo del 1996 prevedendo nel successivo accordo del 20/06/2001 una specifica erogazione di € 25,82 ad oggi non esatta. Ricorrono ora le condizioni per l’operatività dell’assistenza sanitaria integrativa in favore dei lavoratori dipendenti del comparto alberghiero da attuarsi mediante l’iscrizione ad apposito fondo degli stessi con contratto a tempo indeterminato, compresi quelli a tempo parziale, nonché gli apprendisti che abbiano maturato più di un anno di anzianità di servizio al 31 maggio di ogni anno e mediante il versamento di una quota per ciascun lavoratore annua di € 207,00 comprensiva dei € 25,82 prevista dall’accordo del 2001. La copertura assicurativa a favore degli iscritti decorre dal 1° luglio 2005.

Il contratto integrativo della Vigilanza privata e quello del comparto alberghiero prevedano per l’erogazione dei servizi l’adesione a **Sanimpresa**. Il versamento al fondo andrà effettuato entro il 31 maggio di ogni anno. **Il 1° luglio 2005** Sanimpresa prevede l’inserimento dei familiari (coniuge o convivente e figli, risultanti da certificato di stato di famiglia) previo versamento entro il 31/05/2006 della quota annua di € 207,00 per ogni componente il nucleo familiare. La Cassa a partire dal 1° luglio 2005 offre a tutti i familiari iscritti, una protezione sanitaria speciale ancora più attenta e completa, che prevede la copertura delle spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio definita nel tariffario di Sanimpresa. Il 19 ottobre 2005 gli organismi di Sanimpresa deliberano la trasformazione della Cassa da Provinciale a **Regionale**, coprendo

SANIMPRESA

La quota annua di contribuzione per dipendente per l’assistenza sanitaria integrativa prevista dal contratto Integrativo Territoriale di Roma e provincia del 29/01/2003 è assorbita, fino a concorrenza, in quella di cui all’art. 92 del 2 luglio 2004. L’eccedenza acquisita, per effetto della presente armonizzazione prevista dal citato art. 92 carattere di ulteriore trattamento normativo obbligatorio in tema di assistenza sanitaria integrativa per le aziende di Roma e Provincia ricomprese nella sfera di applicazione del predetto Contratto Integrativo territoriale.

quindi l'intero territorio del Lazio. Oltre al nucleo familiare previsto dal nomenclatore vigente l'iscritto ha la facoltà, dal 1° dicembre 2005, di **estendere la copertura Sanitaria anche ai fratelli e alle sorelle** che compongono lo stesso nucleo familiare. Inoltre, la facoltà può essere estesa anche ai figli in affidamento ad uno dei coniugi, in caso di genitori separati. In entrambi i casi il versamento previsto della quota annuale è di € 207,00 per ogni componente. Le prestazioni sono le stesse previste per tutti gli associati. Viene inoltre prevista **l'estensione ai pensionati (dal 31 dicembre 2005)**: i titolari di pensione di vecchiaia già iscritti alla Cassa nel periodo precedente il pensionamento hanno la facoltà di proseguire direttamente l'iscrizione a Sanimpresa. Tale facoltà potrà essere attivata esclusivamente al momento del pensionamento. Ai pensionati saranno erogate le medesime prestazioni garantite ai lavoratori dipendenti. Inoltre i pensionati avranno la facoltà di proseguire con l'iscrizione alla Cassa del coniuge o del convivente more uxorio. La quota da versare a Sanimpresa, entro il 31 maggio di ogni anno, è pari ad € 207,00 cadauno.

Il 15 giugno del 2007 le organizzazioni sindacali del settore del commercio firmano un accordo di armonizzazione nel quale rendono uniforme il trattamento tra Fondo Est e Sanimpresa soprattutto dal punto di vista contributivo. In pratica si stabilisce che le aziende del territorio di Roma e Provincia che non abbiano una contrattazione aziendale in materia debbano versare i contributi congiuntamente (Est + Sanimpresa) al fondo Est nella misura di € 23 mensili (contributo stabilito da gennaio 2012). In questo modo le aziende del territorio di Roma e provincia che applicano il ccnl del Terziario hanno una copertura maggiore stabilita dalle prestazioni base stabilite dal fondo Est e da prestazioni aggiuntive (per familiari e pensionati) tramite la cassa Sanimpresa.

Le aziende che non intendono versare tale importo dovranno a scelta:

- Erogare al singolo lavoratore un elemento non assorbibile della retribuzione di importo fisso predeterminato da corrispondersi per le mensilità previste dal CCNL e rientrante nella retribuzione di fatto;
- Assicurare al singolo lavoratore le medesime prestazioni sanitarie garantite dal Fondo EST+Sanimpresa, sulla base del relativo nomenclatore sottoscritto dalle parti sociali.

CAPITOLO 6

Aspetti contributivi: versamento all'INPS del contributo di solidarietà

Con decorrenza 1° gennaio 1998 - con l'entrata in vigore del D.Lgs. 2 settembre 1997 n. 314 - il nostro ordinamento ha previsto l'assimilazione della base imponibile fiscale con quella previdenziale, in precedenza da determinarsi con differenti criteri.

Tuttavia, in questa materia, resta valida la previsione dell'Art. 12 della legge 30 aprile 1969, n. 153, che ha previsto la **totale esclusione**, dalla retribuzione imponibile ai fini previdenziali e assistenziali, **dei contributi e delle somme a carico del datore di lavoro, versate** o accantonate, sotto qualsiasi forma, a finanziamento delle forme pensionistiche complementari, **e a casse, fondi, gestioni previste da contratti collettivi o da accordi o da regolamenti aziendali, al fine di erogare prestazioni integrative previdenziali o assistenziali** a favore del lavoratore e suoi familiari nel corso del rapporto o dopo la sua cessazione.

A fronte di tale esclusione dalla base imponibile, i contributi e le somme di cui sopra a carico del datore di lavoro sono soggette ed un contributo di solidarietà INPS nella misura del 10%, interamente a carico del datore di lavoro, a favore delle gestioni pensionistiche pensionistiche di legge cui sono iscritti i lavoratori, così come previsto dalla Legge 1 giugno 1991 n. 166, art. 9 bis.

CAPITOLO 7

Trattamento di fine rapporto

L'art. 2120 del codice civile prevede che *“In ogni caso di cessazione del rapporto di lavoro subordinato, il prestatore di lavoro ha diritto ad un trattamento di fine rapporto. Tale trattamento si calcola sommando per ciascun anno di servizio una quota pari e comunque non superiore all'importo della retribuzione dovuta per l'anno stesso divisa per 13,5. (...). Salvo diversa previsione dei contratti collettivi la retribuzione annua, ai fini del comma precedente, comprende tutte le somme, compreso l'equivalente delle prestazioni in natura, corrisposte in dipendenza del rapporto di lavoro, a titolo non occasionale e con esclusione di quanto è corrisposto a titolo di rimborso spese.”*

L'espressione “a titolo non occasionale”, utile per determinare quali elementi retributivi debbano essere considerati ai fini del calcolo del TFR, deve essere interpretata escludendo dalla base di calcolo quei compensi, in denaro o in natura, non direttamente ricollegabili alla prestazione lavorativa (Cass., Sez. Lav., 19 giugno 2004, n. 11448). Le somme versate dal datore di lavoro ad enti/casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale per la loro natura di non ricollegabilità alla prestazione lavorativa, dalla quale prescindono, non entrano nella base di calcolo del TFR.

E' opportuno verificare il disposto del CCNL applicato al rapporto di lavoro nella parte in cui elenca le voci retributive che concorrono al calcolo del Trattamento di Fine Rapporto per valutare come considerare il contributo versato a cassa di assistenza sanitaria; in difetto di previsione contrattuale troverà applicazione la regola generale.

CAPITOLO 8

La normativa fiscale

Il secondo pilastro sanitario integrativo poggia su una normativa fiscale favorevole. Infatti, l'art. 51 del Testo Unico sulle imposte sui Redditi prevede al secondo comma, lettera a), secondo periodo, che non concorrono a formare il reddito: (...) 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 Ministero della Salute di cui all'art. 10 comma 1 lettera e ter, per un importo non superiore complessivamente a € 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera e ter) (...).

L'art. 10 del Tuir afferma che dal reddito complessivo si deducono, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo (leggasi art. 51 nel nostro caso) i seguenti oneri sostenuti dal contribuente: (...) e ter) i contributi versati, fino ad un massimo di € 3.615,20, ai fondi integrativi del servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministero della Salute da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'art. 51 comma 2 lettera a. Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'art. 12, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito (...).

L'attuale sistema dell'assistenza integrativa quindi si basa sulla deducibilità dei contributi versati a:

- a) Enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale
- b) Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Entrambe le categorie sono costituite molto spesso da Enti non profit. Infatti, nella prassi, assai spesso le Casse sono costituite in forma di associazione non riconosciuta ai sensi dell'articolo 36 del Codice civile.

Le condizioni per fruire della deducibilità dei contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenza sono attualmente i seguenti:

- Deve trattarsi di contributi versati in conformità disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale. Non essendoci altre definizioni si ritiene che oltre ai contratti nazionali di lavoro, la previsione del versamento dei contributi possa essere prevista anche nel contratto individuale di lavoro;
- Deve trattarsi di contribuzione riservata ai lavoratori dipendenti e assimilati;
- Gli enti o casse destinatari dei contributi devono avere esclusivamente fine assistenziale (leggasi sanitario). A questo proposito la circolare del Ministero delle Finanze n 55/E del 1999 ha stabilito che, riguardo ai

IL REGIME DI ESENZIONE

Ai fini della fruizione del regime di esenzione fiscale non risulta sufficiente la semplice erogazione di somme alle casse in questione, ma tale agevolazione può trovare applicazione solo nella misura in cui ricorra l'ulteriore condizione limitativa specificata nel contenuto e nelle modalità con D.M. all'uopo emanato. Appare opportuno, pertanto, ritenere che i contributi versati ad una cassa che eroga prestazioni assistenziali, non operante negli specifici settori d'intervento di cui all'art. 51 T.U.I.R., non possono beneficiare dell'esenzione rilevante sul versante fiscale, trovando invece applicazione la sola esclusione dall'imponibile contributivo di cui all'art. 6, comma 4, lett. f), D.Lgs. n. 314/1997 (Interpello Min. Lavoro 8 marzo 2011, n. 14/2011).

contributi versati alla cassa Edile, la circostanza che siano facoltativi e che il loro versamento sia previsto dai contratti comporta che la quota di essi che alimenta prestazioni di tipo assistenziale, sia per la parte a carico del datore di lavoro sia per la parte a carico del dipendente, concorre a formare interamente il reddito di lavoro dipendente, mentre la quota che va ad alimentare prestazioni di tipo sanitario concorre a formare il reddito stesso soltanto per l'eccedenza rispetto al limite di € 3.615,20 che è invece esclusa da tassazione;

- L'importo massimo dei contributi deve essere complessivamente non superiore ad € 3.615,20. Ai fini del calcolo di tale limite si deve tuttavia tener conto anche dei contributi o versamenti eseguiti a titolo personale ai Fondi Integrativi del Servizio Sanitario previsti dall'art. 10 del Tuir. A questo fine il datore di lavoro deve indicare nel modello di dichiarazione annuale del dipendente (mod. Cud) l'importo dei contributi dedotti o non dedotti a tal fine, in modo da informare il contribuente degli eventuali conguagli da effettuare con la propria dichiarazione reddituale;
- Tali contributi non concorrono a formare il reddito del lavoratore dipendente o assimilato anche se versati in favore di familiari dello stesso e ciò nel caso in cui si tratti di familiari fiscalmente non a carico del lavoratore stesso (circ. Agenzia delle Entrate n. 50/E del 12/06/2002).

Rimangono in ogni caso esclusi dalla deducibilità fiscale i contributi o i premi di assicurazioni, anche sanitaria, versati a soggetti differenti dai Fondi istituiti ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e non iscritti nell'apposita anagrafe.

Ai sensi del disposto dell'art. 10 comma 1 lett. e-ter) T.U.I.R. – Oneri deducibili : *“ai fini del calcolo del predetto limite (€ 3.615,20) si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'art. 51 c.2 lett. a). Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'art. 12 (Detrazioni per carichi di famiglia), che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito).*

CAPITOLO 9

Le conseguenze dell'inadempienza

Il datore di lavoro che in funzione dell'analisi di cui sopra sia obbligato ad erogare la copertura sanitaria nelle forme ed alle condizioni previste dai contratti che le hanno istituite e non ottemperi a tale obbligo incorre nella violazione dell'art.2043 del codice civile: laddove il lavoratore fosse stato assicurato, avrebbe ricevuto un indennizzo a copertura parziale o totale delle spese sanitarie sostenute, mentre nel caso di specie, non riceve nulla.

Recita l'art. 2043 c.c. del "*Risarcimento per fatto illecito*": "*qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*".

Trattasi nel caso di danno patrimoniale "emergente" causando una effettiva diminuzione di patrimonio del danneggiato.

Il fatto dannoso si compone del comportamento e dell'evento ad esso collegato dal nesso di causalità nel senso che il danno è risarcibile solo se è conseguenza del fatto dannoso. Il fatto quindi è la condizione necessaria del danno (il fatto consiste nella non sottoscrizione di copertura per rimborso spese mediche a favore dei lavoratori da parte del datore di lavoro).

Il danno è definito ingiusto quando è conseguenza di violazione di quei diritti assoluti e primari quali la tutela sanitaria ove contrattualmente prevista per coloro che ne sono obbligati.

La colpa in capo al datore di lavoro consiste in un suo comportamento cosciente che, sia pure senza volontà di recare danno ad altri, sia causa di un evento lesivo per negligenza, imperizia ovvero inosservanza di regole e norme di condotta.

La responsabilità per colpa, a differenza di quella per dolo, si rapporta alla volontà del datore di lavoro in modo negativo, nel senso che egli risponde per non aver improntato la propria condotta all'uso di quelle cure e cautele che ciascuno è tenuto ad adottare negli ordinari rapporti della vita, e si concreta, nell'ipotesi di *culpa in omettendo*, nell'astensione da un'attività che il soggetto avrebbe dovuto compiere.

CAPITOLO 10

Dati relativi all'assistenza sanitaria in Italia

La ricerca del Censis «Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio sanitario nazionale», ha coinvolto un campione di 14 Fondi sanitari, di cui 8 di tipo aziendale e 6 da contratto collettivo nazionale (Ccnl); 10 di questi sono a gestione assicurata e 4 a gestione autoassicurata e, ancora, 10 sono multicategoriali e 4 categoriali. Nel triennio 2008-2010 i fondisanitari oggetto dell'indagine hanno dato vita ad un importo di rimborsi complessivo richiesto pari a quasi 1,5 miliardi di euro, mentre il liquidato è stato pari a circa 1,1 miliardi di euro, ed il totale dei sinistri è stato pari a quasi 8,7 milioni. Sempre nel triennio 2008-2010, dell'importo richiesto oltre 815 milioni facevano capo a Fondi Ccnl e 676 milioni a quelli aziendali, mentre per tipo di gestione gli importi richiesti per i fondi assicurati è stato pari a 622 milioni di euro, mentre quelli per gli autoassicurati è stato pari a 869 milioni di euro. Per quanto riguarda i sinistri cumulati nel triennio, si riscontra la prevalenza della componente dei Fondi aziendali rispetto a quelli Ccnl, mentre per il tipo di gestione prevale il richiesto facente capo all'assicurato. Per quanto riguarda gli assistiti, dalla analisi risulta che per il 2010 si è trattato di 2 milioni di assistiti; di questi il 27,2% appartengono a Fondi di tipo aziendale, mentre quasi il 73% partecipano a Fondi di Ccnl. Analizzando l'anagrafica degli assistiti dal punto di vista della distinzione tra Fondo autoassicurato (che eroga cioè le prestazioni sanitarie in favore dei propri assistiti direttamente, senza ricorrere alla stipula di un contratto con una compagnia assicurativa) e Fondo assicurato (che eroga, in tutto o in parte, le prestazioni sanitarie in favore dei propri assistiti tramite apposita convenzione stipulata con una compagnia di assicurazione), emerge che oltre l'85% degli assistiti fa capo ai Fondi a gestione assicurata, mentre meno del 15% ai Fondi autoassicurati. Molto interessanti poi i dati relativi al profilo sociodemografico degli assistiti (sempre nel 2010) a partire da quello di genere, dal quale risulta che le donne costituiscono quasi il 54% del totale. In relazione alle classi di età, invece, emerge che oltre l'8% degli assistiti ha un'età inferiore ai 20 anni, quasi il 90% tra 21 e 65 anni e il 2% oltre sessantacinque anni. La distribuzione per classi di età varia in funzione del tipo di Fondo e del tipo di gestione; nei Fondi aziendali oltre un quarto degli assistiti ha tra 0 e 20 anni, circa il 69% tra 21 e 65 anni e il 5,6% oltre 65 anni. Nei Fondi Ccnl, invece, le relative quote sono rispettivamente pari a 1,7%, 97,5% e 0,8%.

È evidente, quindi, come nei Fondi aziendali sia più frequente una copertura di tipo familiare, che assicura una copertura sanitaria per specifiche prestazioni anche per familiari e persone diverse dagli intestatari del Fondo; nei Fondi che utilizzano la gestione assicurata i 0-20enni sono meno del 6%, le persone in età attiva sono oltre il 93% e quelle anziane meno dell'1%. Nei Fondi autoassicurati, invece, le persone con età fino a 20 anni sono pari ad oltre un quinto del totale, quelle con età tra 21 e 65 anni il 70% e gli anziani circa

il 9%. I Fondi aziendali e quelli autoassicurati, in sostanza, garantiscono in misura maggiore la copertura ai nuclei familiari, estendendo la tutela ai membri più fragili, dai minori ai giovani agli anziani. Per quanto riguarda il tipo di inquadramento, nei Fondi aziendali quasi il 71% degli assistiti è dato da dipendenti, oltre il 22% da quadri ed il 7,1% da dirigenti; nei Fondi Ccnl invece le quote corrispondenti sono di oltre il 94% per i dipendenti, del 5,4% per i quadri e dello 0,2% per i dirigenti. Si tratta di distribuzioni per inquadramento professionale degli assistiti molto diverse tra loro, che evidenziano come i Fondi aziendali siano tendenzialmente più connotati da una sorta di «multi inquadramento», a differenza dei Fondi Ccnl, che si caratterizzano per una maggiore omogeneità in termini di inquadramento professionale. Meno intense, anche se comunque presenti, risultano le differenze tra i Fondi per tipo di gestione. Infatti, nei Fondi a gestione assicurata è l'88,5% degli assistiti ad essere dipendente, il 2,3% sono dirigenti e circa il 9% è dato dai quadri.

Nei Fondi autoassicurati l'85% è dato da dipendenti, quasi il 14% da quadri e l'1,2% da dirigenti. In sostanza, ancora una volta i Fondi aziendali e quelli con gestione autoassicurata mostrano una maggiore articolazione interna per quanto riguarda gli assistiti, in quanto maggiormente distribuiti per classi di età, e più orientati a garantire copertura ai familiari, ed anche a maggiore articolazione interna per inquadramento professionale (tratto da Rocco G., *SSN e sanità integrativa*, in D&PL, 34/2012).

Fonti

Legislazione

Art. 3 Cost.

Art. 36 Cost.

art. 1322 c.c.

art. 1322 c.c.

art. 1362 c.c.

art.2043 c.c.

art. 2120 c.c.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Legge 1 giugno 1991, n. 166

Legge 24 dicembre 2007, n. 244

D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502

D.Lgs. 2 settembre 1997 n. 314

D.Lgs. 8 febbraio 2000, n. 41

D.Lgs. 23 aprile 2004, n. 124

D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917

Decreto Ministeriale 31 marzo 2008

Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009

Prassi

Circ. Min. Lav., 15 gennaio 2004, n. 4

Circ. Min. Lav., 18 aprile 2008, n. 51

Circ. Min. Lav., 15 dicembre 2010, n. 43

Interpello Min. Lavoro, 21 dicembre 2006,
prot. 25/Segr/007573

Interpello Min. Lavoro, 8 marzo 2011, n. 14/2011

Circ. Min. Finanze, 4 marzo 1999, n 55/E

Circ. Ag. Entrate, 12 giugno 2002, n. 50/E

Circ. Fondo Est, n. 4/2012

Giurisprudenza

Cass., 5 maggio 2000, n. 5625

Cass. 10 maggio 2001, n. 6530

Cass., Sez. Lav., 19 giugno 2004, n. 11448

Cass., sez. Lav., 29 aprile 2009, n. 9999

Cass., Sez. Lav., 8 maggio 2009, n. 10632

Cass., Sez. Lav., 21 maggio 2009, n. 11834

Cass., Sez. Lav., 5 giugno 2009, n. 13083

CCNL

Rinnovo del 26 febbraio 2011, CCNL Terziario,
Distribuzione e Servizi

Autori

Rocco G., SSN e sanità integrativa, in D&PL, 34/2012
N. Arquilla, Esenzione fiscale a due vie per i contributi
versati alle casse assistenziali in Enti non profit, 6/2011

Documenti vari

Il libro verde sul futuro del modello sociale
Rapporto Censis Fondi Sanitari - Regole applicative
dei principi attuariali e Linee guida per le valutazioni
La vita buona nella società attiva”, documento
approvato dal Consiglio dei Ministri del 6 maggio 2009