

RAPPORTO SULLO STATO SOCIALE 2019 (pag. 258 a 264)

Prof. Pizzuti, facoltà di Economia Univ. La Sapienza

3.2 Considerazioni quantitative e redistributive sul welfare occupazionale-aziendale sanitario

3.2.1 I benefici fiscali del welfare occupazionale

Le considerazioni che seguono riguardano la previdenza integrativa sanitaria messa in atto dalle imprese col concorso pubblico, sotto forma di *tax expenditure*⁶, cioè di agevolazioni fiscali intese come allocazione di risorse pubbliche.

Dal punto di vista allocativo, le agevolazioni fiscali per la spesa sanitaria integrativa sono mancate entrate, anche se la spesa fiscale non è sempre «integrativa».

Tra le spese detraibili, come si vedrà, ve ne sono anche di «virtuali» (nel senso di non sostenute effettivamente e totalmente dal fruitore del servizio sanitario), ma a tutti gli effetti parte del *welfare* occupazionale.

Le forme che assumono le compartecipazioni pubbliche alla spesa sono molteplici: detrazioni Irpef, deduzioni personali o non imponibilità, deduzioni d'impresa. Nei diversi casi cambiano decisamente le risorse allocate (le deduzioni costano molto di più) e gli impatti redistributivi (le deduzioni favoriscono molto di più i benestanti).

Ma conta anche la specifica distribuzione della spesa: anche a percentuale di detrazione fissa, l'incidenza di fatto cambia se a una certa spesa accedono prevalentemente i più ricchi o i più poveri. Nonostante l'involuzione del SSN per la riduzione delle risorse e dei servizi coperti, l'impianto fiscale agevolativo odierno rimane quello precedente e con tendenze ad un aumento del ruolo di quello aziendale e contrattuale.

Prima di identificare alcuni aspetti quantitativi del fenomeno, è bene richiamare i diversi strumenti attraverso i quali si concretizza il *welfare* occupazionale e si determina il *quantum* del beneficio fiscale. Questi aspetti, infatti, determinano non solo la convenienza per le imprese, ma anche quella per gli occupati, influenzando anche la contrattazione con i suoi costi e benefici, a seguire il costo effettivo del lavoro e, per questa via, la competitività d'impresa.

In primo luogo c'è la deducibilità dal reddito d'impresa di spese indirizzate alla copertura di servizi sanitari, comprendenti quindi anche l'adesione a Fondi esclusivi o a assicurazioni; poiché in questi casi non si tratta di spese direttamente collegate all'attività produttiva, non è trascurabile che sia riconosciuta l'ammissibilità della deduzione come costo nella determinazione analitica del reddito. La misura del beneficio è poi variabile con la natura giuridica dell'impresa (di capitali o di persone), che determina l'entità delle riduzioni d'imposta (Ires e Irap con aliquote fisse, Irpef con l'aliquota marginale).

Per questa modalità l'azienda può attuare il *welfare* essenzialmente in tre modi: rimborsi diretti; adesioni a fondi sanitari a carattere esclusivamente assistenziale sanitario; altre forme tra cui spiccano quelle assicurative (contratte con una società di assicurazione anche a fine lucrativo e con altri filoni coperti).

Direttamente collegato alla deducibilità aziendale c'è il beneficio fiscale per l'occupato, che può assumere diverse forme:

- a) rientrante di fatto nei *fringe benefits* (benefici per il dipendente aggiuntivi rispetto alla retribuzione, non imponibili né a fini fiscali, né contributivi, in quanto esclusi dal reddito di lavoro dipendente);
- b) deduzioni (dall'imponibile Irpef) totalmente personali per fondi sanitari;
- c) detrazioni (dall'imposta Irpef) o per spese sanitarie personali, o per prestazione coperta da assicurazione sanitaria aziendale.

Nell'elenco delle spese fiscali sono state inserite anche voci di spesa sanitaria personale, non collegata direttamente a *welfare* aziendale; tuttavia sul piano teorico non è da escludere che azienda e dipendente si accordino di fatto per una retribuzione e un costo del lavoro più alti, sempre deducibili dal reddito d'impresa, al fine di consentire una copertura sanitaria la cui articolazione sia scelta totalmente dal dipendente.

⁶ Le quali da diversi anni sono oggetto di progetti di riduzione, anche in campo sanitario, nell'ambito del contenimento del *deficit* e del debito pubblici.

La non imponibilità, cioè la non concorrenza al reddito da lavoro dipendente, è la forma più vantaggiosa per gli interessati e la più onerosa per lo Stato: sono esclusi sia carichi fiscali che contributivi; è anche per questo che viene fissato un tetto *pro capite* complessivo pari a 3.615 Euro annui (ampiamente sufficienti per coprire l'occupato e il suo eventuale nucleo, caratterizzati da età non avanzate e dunque da parametri attuariali favorevoli).

Una somma esclusa dal reddito di lavoro dipendente comporta i seguenti risparmi:

- circa il 35% di oneri contributivi (compresi gli accantonamenti TFR) a carico del datore;
- quasi il 10% di contributi previdenziali a carico del dipendente;
- un carico Irpef più addizionali locali pari alla propria aliquota marginale (cioè gravante sul reddito aggiuntivo imponibile), che in Italia dalle riforme Tremonti in poi si è impennata per raggiungere oggi un *range* di almeno 29-33% fino a 28.000 Euro annui imponibili, e sopra il 43-45% oltre quella modesta soglia⁷.

Si intuisce subito come ci siano ampi margini di trattativa e di ripartizione dei benefici: il datore può spendere di buon grado *welfare* sanitario a favore dei propri dipendenti in alternativa a retribuzioni lorde di pari importo, risparmiando circa il 35%; mentre il dipendente riceve i benefici derivanti dalla copertura sanitaria integrativa (sempre più necessaria, visti i tagli al SSN presentati spesso come taglio di sprechi) non gravati da carichi Irpef, addizionali, assegni e compartecipazioni particolarmente elevati (fino al 55% complessivo) in quanto marginali.

Nel lungo periodo, data la natura dei contributi di copertura di un beneficio individuale differito, l'intero risparmio del datore si traduce in minor beneficio per il dipendente aderente a questo scambio. Restano però un vantaggio sia le minori imposte, destinate a servizi indivisibili, sia i maggiori trasferimenti sociali e servizi cui si può accedere grazie ad un minor reddito imponibile.

La seconda tipologia di deducibilità di una spesa sanitaria beneficia di ammontari inferiori, in quanto escludenti gli oneri contributivi, ma sempre elevati, in quanto corrispondenti alla citata aliquota marginale comprensiva di imposte, assegni e altri benefici. Il beneficio sotto forma di detrazione è certamente e di gran lunga il meno conveniente, attestandosi in campo sanitario al 19% della spesa. Se per le spese sanitarie effettivamente sostenute il calcolo è diretto e immediato, per i servizi sanitari ricevuti in virtù di un'assicurazione, sostenuta nell'ambito del *welfare* aziendale e/o di risorse proprie, il risparmio è diverso. In questo caso infatti, la spesa assicurativa non è detraibile, oltre che non deducibile, ma in caso di ricorso a un servizio coperto dall'assicurazione, il paziente può portare in detrazione non solo l'eventuale quota di compartecipazione, ma anche la maggioritaria quota di pagamento coperta dall'assicurazione, anche se rimborsata. Dal punto di vista economico, questo meccanismo (che differisce da quello riservato ai fondi sanitari) può essere visto come un beneficio che viene concentrato sugli effettivi fruitori del servizio sanitario piuttosto che sugli assicurati; ma è anche un modo per lo Stato di risparmiare su profitti e oneri gestionali delle imprese di assicurazioni, che in ultima analisi non vengono in alcun modo rimborsati.

3.2.2 Considerazioni redistributive e quantificazioni del *welfare* aziendale sanitario

In primo luogo le diverse forme di *tax expenditure* illustrate implicano, come visto, vantaggi molto diversi: se la propensione di segmenti di occupati a fruire delle diverse forme di beneficio sono differenziate, ne derivano distribuzioni non neutrali.

Da questo punto di vista la differenziazione maggiore si ha per i segmenti forti del mercato del lavoro e per gli occupati delle grandi imprese, più propense ad elaborare e contrattare forme più evolute con vantaggi ripartiti; mentre appare meno rilevante la distinzione tradizionale verticale tra alti e bassi redditi o qualifiche interni alla stessa azienda. La seconda azione redistributiva è meno visibile, ma sempre rilevante per la modalità di detrazione a fronte di spesa sostenuta: anche a parità di vantaggio fiscale, se un segmento sociale sostiene mediamente più spesa sanitaria, fruendo dunque di più servizi per la salute, consegue vantaggi fiscali maggiori.

Da quest'altro punto di vista i beneficiari maggiori sono i segmenti a reddito più elevato, essendo i servizi sanitari un bene superiore, cioè un servizio ad alta elasticità fruito molto di più dai livelli più alti di reddito. Una volta inquadrati i profili di sistema e di direzione redistributiva, si può fornire qualche informazione di

⁷ Queste percentuali si ottengono sommando alle aliquote nominali Irpef e addizionali le diverse aliquote implicite derivanti dalla decrescenza di detrazioni spettanti per tipo di reddito e carichi familiari, senza contare quelle (sempre implicite, elevate e variabili) contenute nella decrescenza degli assegni familiari spettanti. Ma attraverso le compartecipazioni legate alla prova dei mezzi ISEE, i risparmi sono anche ulteriori.

tipo quantitativo. Va detto subito che questo fenomeno è meno trasparente e misurabile di altri: come si è detto, tra le tipologie di *welfare* c'è anche il semplice rimborso di spese sanitarie sostenute, che non trova riscontro nelle dichiarazioni. Nei bilanci d'impresa, che registrano queste uscite insieme ad altre, non è possibile isolare le spese per *welfare* sanitario, tanto meno per imprese con contabilità semplificate. Ma anche dal lato degli occupati beneficiari non si ha piena trasparenza. Le spese e i benefici, infatti, sono osservabili in diverse modalità, diversamente aggregate. Le detrazioni sanitarie, ad esempio, vengono presentate in aggregato per una miscelanea di servizi, tra i quali si trovano anche le spese di origine assicurativa sanitaria, nelle misure già delineate.

Anche il *welfare* aziendale che si concretizza nell'adesione a fondi sanitari non è isolabile nei bilanci delle imprese, né nelle dichiarazioni dei redditi. Tuttavia nella certificazione Unica annuale (CU) i datori debbono indicare le somme stanziare per l'adesione ai fondi sanitari, entro o oltre la soglia al di sotto della quale non costituisce reddito imponibile. Nel punto 441 CU 2017 vanno indicati i contributi dedotti per assistenza sanitaria versati dal sostituto e/o dal sostituito a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale; detti contributi non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente per un importo complessivamente non superiore a Euro 3.615 (ovviamente non possono essere inserite in dichiarazione deduzioni o detrazioni relative a spese sanitarie rimborsate per effetto di tali contributi). Di queste somme, la maggior parte dei fondi sanitari deducibili, non si trova traccia in Irpef, e perfino nelle *tax expenditures* elencate nella Nota di Aggiornamento al DEF e nei resoconti delle apposite Commissioni governative.

Tab. 3.4 - Contributi a Fondi sanitari non concorrenti al reddito imponibile o meno

CU certif. Unica - anno imposta 2015			
	Numero	Ammontare (MLN €)	Media (€)
Contributi non imponibili a fondi sanitari assistenziali	5.156,277	1.826	354
Contributi imponibili a fondi sanitari assistenziali	104.781	70	664

Fonte: elaborazioni MEF – Ministero Economia e Finanze

Tab. 3.5 - Fondi sanitari, iscritti e risorse negli anni 2015 e 2016

	Anno 2015	Anno 2016
Fondi sanitari	300	305
Lavoratori dipendenti iscritti	5.141.223	6.423.462
% su totale dipendenti	30%	37%
Familiari di dipendenti	1.563.015	1.862.206
% familiari su dipendenti	30%	29%
Lavoratori autonomi iscritti	565.199	535.893
% su totale autonomi	10%	10%
Familiari di autonomi	224.387	332.931
% familiari su autonomi	40%	62%
Totale lavoratori iscritti a fondi sanitari	5.706.422	6.959.355
% su totale lavoratori	25%	31%
Totale familiari	1.787.402	2.195.137
% familiari su lavoratori	31%	32%
Totale iscritti a Fondi sanitari	7.493.824	9.154.492
Totale risorse in milioni Euro	2.243	2.160
Variazione % annua risorse	3.9%	2.3%
Contributo <i>pro capite</i>	245	288

Fonte: Citoni e Piperno 2019 su dati Anagrafe dei fondi sanitari presso Ministero della salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II

A parte vanno invece indicati i contributi non dedotti in quanto superiori a Euro 3.615, che hanno concorso a formare il reddito (e le spese sanitarie eventualmente rimborsate potranno proporzionalmente essere portate in deduzione o detrazione in dichiarazione dei redditi). *A latere* si barra o meno una casella per presenza di assicurazioni sanitarie stipulate dal sostituto d'imposta o semplicemente pagate dallo stesso con o senza trattenuta a carico del sostituto. L'importo dei premi pagati concorre a formare il reddito e non è riconosciuta alcuna detrazione, ma analogamente ai contributi non dedotti possono essere portate in dichiarazione dei redditi spese sanitarie rimborsate per effetto di dette assicurazioni.

Nella tabella 3.4 è presentata una elaborazione sulle Certificazioni Uniche (coerenti con i retrostanti 770) per l'anno d'imposta 2015 (dichiarazioni e certificazioni 2016).

Si noti come le imprese tendano a stare pressoché totalmente entro i limiti di non concorrenza al reddito, principalmente perché sulla parte eccedente graverebbe sull'occupato il carico marginale fiscale e contributivo di cui si è detto. Come detto, le informazioni su questa materia non sono esaustive, essendo diverse le modalità di formazione di *welfare* sanitario. Può essere utile osservare allora i dati dal punto di vista dell'offerta, cioè dei Fondi (vedi tabella 3.5). Considerato che sono conteggiati *stock* e flussi sia dei dipendenti che degli autonomi, nettamente minoritari, le risorse dal lato offerta risultano coerenti con quelle dal lato domanda.

In più emergono informazioni sui fruitori diretti (oltre 6 milioni, il 37% dei dipendenti) e indiretti (1,9 milioni di familiari, il 30% dei diretti). Colpisce la tendenza degli autonomi ad assicurare più familiari. Si può quantificare la *tax expenditure* di questa prima e prioritaria tipologia di *welfare* occupazionale sanitario, alla luce dei richiami alle aliquote del sistema.

Dal lato dei datori, il 35% di oneri sociali che graverebbero qualora non vi fosse un *fringe benefit* sui circa 2 miliardi di Fondi ammonta a circa 700 milioni di Euro lordi annui, senza contare la deducibilità dai redditi aziendali, in quanto anche se quelle somme fossero erogate nella forma alternativa di retribuzione sarebbero costi deducibili. Dal lato dei dipendenti, si è detto che il risparmio della non concorrenza al reddito va misurata in termini di aliquote marginali, in Italia particolarmente alte.

Considerato qui che i beneficiari sono spesso lavoratori oltre i 30.000 Euro annui, cioè con aliquote marginali fiscali e contributive complessivamente vicine al 55% (mediamente attorno al 40% per la minoranza di fruitori sotto quella soglia di reddito), la spesa fiscale può essere quantificata nell'ordine di un miliardo annuo.

Complessivamente si stima nell'ordine di 1,7 miliardi il costo fiscale di questo primo pilastro dei fondi sanitari. Passando all'altra forma di *welfare* pure utilizzata, cioè quella assicurativa, con risvolti sulle spese sanitarie detraibili secondo i meccanismi descritti, si può iniziare con la distribuzione degli aderenti ad assicurazioni sanitarie per classi di età (vedi tabella 3.6).

Tab. 3.6 - Persone coperte da un'assicurazione salute/infortuni per classi di età

Età in classi	Anno 2015		
	Assicurati		
	Numero	Quota %	% su popolaz.
Fino a 13 anni	602.172	6,6	7,7%
Da 14 a 24 anni	612.778	6,7	9,4%
Da 25 a 44 anni	2.922.473	32,0	18,4%
da 45 a 64 anni	3.863.798	42,3	22,4%
65 anni e oltre	1.127.551	12,4	8,7%
Totale	9.128.771	100,0	15,1%

Fonte: Citoni e Piperno 2019, elaborazioni su dati Istat, Indagine AVQ

Appare evidente il ruolo prevalente delle assicurazioni in età di lavoro, che insieme al dato del 62% di occupati tra gli assicurati fa immaginare una quota di *welfare* occupazionale superiore al 50%. Dall'ANIA si registrano circa 2,7 miliardi annui nel 2017 per assicurazioni in campo sanitario. Si è detto che questa somma non è direttamente detraibile, ma lo è, insieme alle integrazioni che generalmente l'assicurato deve sostenere, la spesa sanitaria generata. In un bilancio assicurativo in equilibrio la copertura può essere immaginata pari ai premi meno i costi di amministrazione e la quota di utili, immaginati qui intorno al 20%. Si può dunque immaginare che affluisca nel capiente volume di detrazioni sanitarie al 19% la seguente somma: $2.700 \text{ mln} \times 50\% \times 80\% = 1080$ milioni di spesa detraibile più un 30% circa della quota assicurativa messa come compartecipazione dall'assicurato, per un totale di spesa detraibile di circa 1,4 miliardi (su un totale di quasi 18 miliardi di spese sanitarie detraibili al 19% come risultanti dalle dichiarazioni dei redditi 2017 per l'anno d'imposta 2016, le ultime messe a disposizione dal Dipartimento delle Finanze del MEF).

Dunque circa 270 milioni (il 19%) di spesa fiscale per assicurazioni sanitarie maturate nell'ambito del *welfare* aziendale sanitario. Nell'insieme, la valutazione della *tax expenditure* per il *welfare* aziendale sanitario è, dunque, nell'ordine dei due miliardi di Euro, al netto delle voci non considerate benché qui citate. Su questo risultato si possono fare alcune considerazioni conclusive. I tagli effettuati al sistema sanitario nazionale nell'ambito delle politiche di risanamento della finanza pubblica, anche quando argomentati come riduzione di sprechi, stanno spingendo a una crescita tumultuosa della sanità integrativa, anche in risposta all'allungamento dei tempi d'attesa dei servizi offerti dal SSN che rischiano di essere erogati quando risultano meno o non più utili.

Questa spinta dal lato della domanda trova un complemento nelle disponibilità aziendali a sfruttare norme agevolative fiscali particolarmente generose sul fronte dei fondi sanitari esclusivi. Tuttavia, la crescita e il volume anche delle assicurazioni sanitarie, che invece non sono vantaggiose sotto il profilo fiscale, sembra indicare che la prima motivazione, cioè la crescita della domanda di sanità integrativa causata del declino del SSN, sia prevalente rispetto ai pur significativi vantaggi fiscali.