



*Divisione Contribuenti*

*Direzione Centrale Persone fisiche, lavoratori  
autonomi ed enti non commerciali  
Settore Consulenza  
Ufficio Fiscalità finanziaria e  
Sostituti di imposta*

***OGGETTO: Consulenza giuridica n. 956-3/2021***

***Istanza presentata il 10/12/2020***

Con la richiesta di consulenza giuridica specificata in oggetto, concernente l'interpretazione dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Testo unico delle imposte sui redditi approvato con d.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 (Tuir) è stato esposto il seguente

### **QUESITO**

L'Associazione istante chiede chiarimenti in merito all'applicabilità dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Tuir ai contributi di assistenza sanitaria

versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale, che operino e siano gestiti mediante convenzione assicurativa.

In particolare, è stata rappresentata l'esigenza di confermare se i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, a enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale, i quali operino e siano gestiti mediante convenzione assicurativa, siano esclusi dalla formazione del reddito del lavoratore dipendente, ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Tuir anche nelle ipotesi in cui la polizza assicurativa, della quale siano contraenti l'ente o la cassa, prefiguri come beneficiari direttamente i lavoratori dipendenti, destinatari delle prestazioni.

#### **SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE**

Gli «*enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale*» sono enti non commerciali, per lo più rientranti fra le associazioni assistenziali disciplinate dall'articolo 148 del Tuir, che godono, dunque, del regime della de-commercializzazione previsto dalla medesima disposizione. Pertanto, gli enti e le casse sanitarie si configurano come soggetti passivi IRES e, in particolare, come enti non commerciali costituiti in forma associativa, i quali svolgono in via esclusiva attività assistenziale.

Il regime della de-commercializzazione previsto anche per le associazioni assistenziali è subordinato dal citato articolo 148 al rispetto di alcuni requisiti e condizioni tassativamente indicate nel comma 8 del medesimo articolo, fra cui la condizione dell'uniformità e della democraticità del rapporto partecipativo di cui alla lettera *c*). Siffatta condizione, posta come fondamentale per l'applicazione del regime della de-commercializzazione per le associazioni assistenziali e, dunque, per gli enti e le casse di cui alla citata lettera *a*) del comma 2 dell'articolo 51, prefigura, nel caso di perseguimento di finalità di "assistenza sanitaria", che questa

ultima sia informata alla mutualità fra i lavoratori beneficiari delle prestazioni sanitarie previste dall'ente o cassa.

Una volta acclarata la sussistenza dei suddetti requisiti in capo all'ente o alla cassa di assistenza sanitaria, la lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 richiede, altresì, che l'ente o cassa operi negli ambiti di intervento stabiliti con i decreti del Ministro della Salute 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009, nel rispetto della soglia delle risorse a tal fine vincolate nella misura del 20 per cento.

Al riguardo, il Ministero della Salute, in riscontro ad una richiesta di parere di un'associazione e di una federazione, con nota 12 aprile 2010, ha chiarito, che *«Per i fondi che affidano la gestione della copertura sanitaria all'esterno, tramite convenzione con compagnia di assicurazione (fondi a gestione convenzionata), il premio/contributo versato al soggetto gestore costituisce l'unico costo sopportato e rappresenta l'equivalente del costo delle prestazioni; pertanto, per l'individuazione delle risorse impegnate e per il rispetto della prevista soglia contenuta nel decreto, l'ente gestore dovrà rilasciare al fondo idonea dichiarazione sulla imputazione del premio/contributo versato a favore delle prestazioni previste dall'art. 2, comma 2 lett. d) del decreto, quale indicatore delle somme specificamente impegnate per il raggiungimento della citata soglia».*

Ad avviso dell'Associazione istante, tali precisazioni del Ministero della Salute appaiono particolarmente rilevanti, non solo ai fini dell'iscrivibilità all'Anagrafe dei fondi sanitari prevista dal decreto 27 ottobre 2009 degli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 (a cui si applica la predetta soglia vincolata del 20 per cento), ma anche per l'esplicito riconoscimento della possibilità che, i suddetti enti e casse possano gestire la copertura sanitaria, in tutto o in parte, tramite convenzioni con imprese di assicurazioni (cd. fondi a gestione convenzionata).

A parere dell'Istante, da ciò può desumersi che il beneficio fiscale della non concorrenza al reddito spetti in presenza di due fondamentali requisiti:

- una fonte istitutiva tipicamente lavoristica (contratto collettivo o regolamento aziendale);
- la presenza di un sistema di mutualità e solidarietà tra lavoratori partecipanti alla cassa di assistenza, consacrato nello statuto del fondo sanitario.

In questo articolato contesto, laddove operino i predetti requisiti, la convenzione assicurativa costituisce un mero possibile (e legittimo) veicolo di gestione delle coperture sanitarie astrattamente prefigurate dalla fonte istitutiva, così come concretamente realizzate dalla fonte costitutiva (lo statuto della cassa) e oggetto della mutualità. Pertanto, si ritiene che l'attribuzione della posizione di beneficiario (alla cassa ovvero direttamente ai lavoratori) assuma valenza prevalentemente tecnico-operativa.

Al riguardo, l'*Istante* ricorda che, da un punto di vista della tecnica assicurativa, le coperture sanitarie possono essere realizzate mediante il ramo vita (in particolare, con il ramo IV relativo all'assicurazione malattia e l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza), oppure mediante il ramo danni (con il ramo 2, relativo a malattia, tramite prestazioni forfettarie, indennità temporanee, forme miste).

In particolare, per le assicurazioni contro i danni, è generalmente previsto che il beneficiario della prestazione garantita sia lo stesso assicurato. Di conseguenza, l'ipotesi tipica attraverso cui deve manifestarsi l'operatività e la gestione della cassa di assistenza mediante convenzione assicurativa è che il destinatario delle prestazioni sanitarie sia il lavoratore (o un suo familiare o avente diritto), ferme restando le prerogative organizzative, in termini di solidarietà e mutualità, della cassa di assistenza, nonché l'ordinamento statutario cui la cassa è soggetta, con i conseguenti diritti e obblighi nei confronti dei lavoratori partecipanti.

Ciò posto, si ritiene che possano godere del regime di non concorrenza al reddito, ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a), del Tuir, i versamenti contributivi effettuati dal datore di lavoro e dai lavoratori dipendenti, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, a un ente o cassa di assistenza sanitaria, che rispetti le condizioni della democraticità e uniformità del rapporto partecipativo, prescritte dall'articolo 148 del medesimo testo unico; o, più in generale, la connotazione mutualistico-solidaristica che deve permeare il rapporto tra gli assistiti/beneficiari, anche nell'ipotesi in cui l'ente o la cassa di assistenza sanitaria gestisca le risorse mediante convenzioni assicurative (cd. "*fondi a gestione convenzionata*"), a prescindere e indipendentemente dal fatto che la convenzione assicurativa prefiguri come beneficiari direttamente i lavoratori, costituenti il bacino di utenza dell'ente o della cassa.

#### **PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE**

Ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a), del Tuir, non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente *«i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'art. 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 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)»*.

Come chiarito con la circolare 23 dicembre 1997, n. 326 rientra nella "*assistenza sanitaria*", alla quale i contributi in esame sono destinati, la cura della

malattia, anche se determinata da infortunio, e il ristoro delle spese affrontate per il recupero della salute compromessa da malattia o infortunio.

Per individuare le prestazioni che assumono carattere sanitario, occorre far riferimento ai provvedimenti del Ministero della Salute che disciplinano la materia sanitaria, risultando irrilevante la circostanza che le prestazioni siano o meno dispensate dal Servizio sanitario nazionale.

Con risoluzione 3 dicembre 2014, n. 107/E, è stato precisato che l'attuale formulazione dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Tuir discende dalle modifiche apportate dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008), il cui articolo 1, comma 197, ha sostituito anche l'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del medesimo Testo unico che prevede la deducibilità dei contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

La relazione illustrativa al disegno di legge finanziaria per il 2008 ha specificato che l'intervento normativo è volto a razionalizzare *«l'attuale quadro fiscale dettato dal testo unico delle imposte sui redditi in relazione alle deduzioni previste per i versamenti di contributi a casse sanitarie, uniformando la misura massima della deduzione prevista, per i soli dipendenti, dall'art. 51, comma 2, lettera a) del TUIR, a quella prevista per tutti i contribuenti, ma con esclusivo riferimento ai fondi integrativi del S.S.N., dall'art. 10, comma 1, lettera e-ter) del TUIR»*.

Le disposizioni di attuazione dei richiamati articoli del Tuir sono state adottate con il decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008, come modificato dal decreto del Ministro della salute del 27 ottobre 2009, emanato in attuazione del citato articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992, cui fa riferimento l'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del Tuir.

In particolare, l'articolo 1 del decreto 31 marzo 2008 individua, al comma 2, gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai

fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del Tuir, e al comma 3 gli ambiti di intervento degli enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali di cui all'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del medesimo Testo unico.

L'articolo 2 del medesimo decreto 31 marzo 2008, inoltre, istituisce presso il Ministero della Salute l'Anagrafe dei fondi sanitari, cui debbono iscriversi sia i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale sia gli enti, casse e società di mutuo soccorso, comunicando le informazioni ivi indicate.

Con riguardo, infine, alla disciplina di attuazione recata dal decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008, il medesimo Dicastero con parere del 19 settembre 2014 (cui fa riferimento la citata risoluzione n.107/E del 2014), pone in rilievo i commi 2 e 3 dell'articolo 1 che individuano, rispettivamente, gli ambiti di intervento che devono essere assicurati dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), del Tuir, e gli ambiti di intervento che devono essere garantiti dagli enti o casse aventi esclusivamente finalità assistenziali di cui all'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Tuir.

Per ciò che concerne questi ultimi, il Ministero evidenzia che il comma 3 dell'articolo 1 del decreto, pone un vincolo, secondo cui è necessario che, i predetti enti o casse attestino su base annua di aver erogato, nella misura (non inferiore) del 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, talune specifiche prestazioni (ad esempio LTC, spese odontoiatriche, ecc.), proprie dei fondi sanitari integrativi.

Nel rispetto della soglia delle risorse a tal fine vincolate nella misura del 20 per cento, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera *d*), del decreto 27 ottobre 2009, l'ente o cassa può stipulare distinte polizze assicurative, destinando parte della contribuzione ricevuta al versamento del premio assicurativo, conformemente a quanto il Ministero della Salute ha chiarito con nota del 12 aprile 2010 (prodotta

dall'istante), «*i fondi che affidano la gestione della copertura sanitaria all'esterno, tramite convenzione con compagnia di assicurazione (...), il premio/contributo versato al soggetto gestore costituisce l'unico costo sopportato e rappresenta l'equivalente del costo delle prestazioni*».

Conformemente a tale parere, nel rispetto della soglia delle risorse a tal fine vincolate nella misura del 20 per cento, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera d), del decreto 27 ottobre 2009, l'ente o cassa può stipulare polizze assicurative, destinando in tutto o in parte la contribuzione ricevuta al versamento del premio assicurativo.

Le precisazioni della nota appaiono rilevanti, non solo ai fini dell'iscrivibilità all'Anagrafe dei fondi sanitari prevista dal decreto 27 ottobre 2009 degli "enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale" di cui alla lettera a) del secondo comma dell'articolo 51 (a cui si applica la predetta soglia vincolata del 20%), ma anche per l'esplicito riconoscimento circa la possibilità che i suddetti enti o casse realizzino le proprie finalità, in tutto o in parte, tramite convenzioni con imprese di assicurazioni (cd. fondi a gestione convenzionata).

Ai fini della non concorrenza a reddito di lavoro dipendente del contributo di assistenza sanitaria non è rilevante che l'ente o la cassa risulti, oltre che contraente anche beneficiario degli indennizzi erogati in base alla polizza stipulata, in quanto tale scelta organizzativa ha, infatti, lo scopo di semplificare l'iter gestionale del rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto, non avendo alcuna influenza sulla qualificazione di "*assistenza sanitaria*" dei contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore all'ente o cassa, tenuto conto peraltro che l'interesse protetto dalla polizza è pur sempre quello dell'ente o cassa contraente comunque finalizzato all'erogazione dell'indennizzo all'iscritto.

Si ricorda che la non concorrenza al reddito di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a), del Tuir, è subordinata alle seguenti condizioni:

1. che si tratti di contributi di assistenza sanitaria e non semplicemente assistenziali o versati per fornire prestazioni di servizi (ad esempio scontistica presso rete convenzionata o versamenti del datore di lavoro a mero titolo di adesione all'ente o cassa o per il rimborso delle spese di funzionamento dell'ente o cassa stessi);
2. che i contributi siano versati nella misura fissata dal «*contratto, accordo, o regolamento aziendale*» e, se versati a fronte della conversione dei premi di risultato di cui all'articolo 1, comma 184-bis, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 siano aggiuntivi rispetto alla contribuzione ordinariamente versata sulla base della fonte istitutiva;
3. che sussista il principio di mutualità e solidarietà fra i dipendenti iscritti.

Nel paragrafo 4.10 della circolare 29 marzo 2018, n. 5/E è stato, tra l'altro, precisato che sussistono perplessità sul rispetto del principio di mutualità ogni qual volta per ciascun iscritto/dipendente vi sia una stretta correlazione fra quanto percepito dalla cassa a titolo di contribuzione, ed il valore della prestazione resa nei confronti del lavoratore o dei suoi familiari e conviventi, al punto che la prestazione sanitaria, ove erogata, sia sotto forma di prestazione diretta, che di rimborso della spesa, non possa comunque mai eccedere, in termini di valore, il contributo versato dal dipendente o dal suo datore di lavoro, perché in tal caso si manifesterebbe un rapporto *uti singuli* tra il fondo e ciascun partecipante che non consente di rispettare – se non nella forma – i requisiti e le condizioni della democraticità e uniformità del rapporto partecipativo, che, invece, sono alla base dello scambio mutualistico, che deve permeare l'ente.

Si ritiene peraltro che il principio di mutualità e di solidarietà di cui sopra sia rispettato anche qualora l'ente o cassa istituisca piani sanitari differenziati per gruppi di iscritti (cc.dd. “*pacchetti sanitari*”), sempreché ciascuno dei pacchetti rispetti i predetti principi.

Da ultimo si ricorda che l'articolo 1, comma 161, legge 11 dicembre 2016, n. 232 ha inserito una nuova ipotesi di *benefit* detassato, introducendo al comma 2 dell'articolo 51 del Tuir, la lettera f-*quater*), che prevede la non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente anche dei premi assicurativi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per le polizze ccdd. “*Long Term Care*” e “*Dread Disease*”, ovvero per le polizze volte ad assicurare le terapie di lungo corso e le malattie gravi.

Al riguardo, la richiamata circolare n. 5/E del 2018 ha precisato che l'utilizzo da parte del legislatore, dei termini “*contributi e premi*” senza altra specificazione, porta a ritenere che la lettera f-*quater*) trovi applicazione nelle ipotesi in cui i contributi siano versati ad enti o casse aventi o non aventi i requisiti di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 del Tuir, o a fondi sanitari non iscritti nella relativa anagrafe, nonché ad enti bilaterali così come definiti dall'articolo 2, comma 1, lettera h), del d.lgs. 10 settembre 2003, n. 276.

Ove i contributi di cui trattasi siano versati dal datore di lavoro a enti o casse aventi i requisiti di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 del Tuir, è necessario tuttavia che gli stessi siano contabilizzati separatamente da quelli versati per fini assistenziali, tenuto conto che la non concorrenza di questi ultimi alla formazione del reddito di lavoro dipendente è limitata all'importo complessivo di euro 3.615,20.

Nell'ambito della citata lettera f-*quater*), detti contributi e premi non concorrono invece al reddito di lavoro dipendente nella misura stabilita dal datore di lavoro volontariamente o a seguito di contrattazione. Al riguardo, si ricorda che, in assenza della norma in esame, i contributi versati dal datore di lavoro per garantire ai dipendenti una copertura assicurativa del tipo *Long Term Care* avrebbero costituito, come chiarito con risoluzione 21 dicembre 2007, n. 391/E, una componente del reddito di lavoro dipendente, salva l'applicazione del comma 3 dell'articolo 51 del Tuir, che esclude dal reddito «*il valore dei beni ceduti e dei*

*servizi prestati se complessivamente di importo non superiore nel periodo di imposta a 258,23 euro».*

Pertanto, le indicazioni fornite con la risoluzione n. 391/E del 2007 restano valide solo in relazione a tipologie di polizze diverse da quelle *Long Term Care* e da quelle *Dread Disease* stipulate dal datore di lavoro in favore dei propri dipendenti (cfr. circolare n. 5/E del 2018).

LA DIRETTRICE CENTRALE  
Patrizia Claps  
*Firmato digitalmente*