

# Speciale Welfare

In questo numero



**In Primo Piano**  
Il Welfare "privato"

**In Primo Piano**  
Il secondo Welfare  
della CNPADC

**Focus Fondi  
Sanitari**  
Monica Vecchiati  
intervista Claudio  
Giammatteo,  
Direttore di FASCHIM

# Sommario

## EDITORIALE

di Renzo Guffanti

## IN PRIMO PIANO

- 4 Il Welfare "privato"  
(di Monica Vecchiati)
- 8 Il Secondo Welfare della CNPADC
- 12 Legge di stabilità 2015: le principali misure in ambito sociale
- 13 Condizioni offerte dalla società aggiudicataria della gara RC Professionale

## FOCUS WELFARE

- 16 Monica Vecchiati intervista Claudio Giammatteo, Direttore di FASCHIM
- 18 Prospettive di sviluppo della sanità integrativa nell'ambito delle categorie professionali  
(di Stefano Distilli)

## ORGANI SOCIALI CNPADC

- 21 Il Consiglio di Amministrazione e il Collegio Sindacale
- 22 I Delegati per Regione

## CNPADC.IT

- 23 Scadenze CNPADC 2015
- 23 Contributi minimi 2015 (scadenze 01/06/2015 – 02/11/2015)
- 23 Certificazione versamenti anno 2014

## LE CONVENZIONI CNPADC

- 24 Le convenzioni CNPADC per gli Iscritti



CNPADC NEWS - Professione & Previdenza Unite nella Crescita è un Periodico telematico della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.

Via Mantova 1 - 00198 Roma  
Iscrizione Tribunale di Roma n.  
10 del 26 gennaio 2012  
© Riproduzione riservata

Direttore Responsabile  
Renzo Guffanti

## Il Welfare della CNPADC: un moderno mix di coperture per i professionisti



*Gentili Colleghe,  
 Egregi Colleghi,*

*come potrete vedere, da questo numero la nostra newsletter si presenta con una nuova veste grafica, ulteriore fase evolutiva di quella che poco più di cinque anni fa era nata come Circolare Informativa agli Associati, e che dopo due*

*anni era stata promossa a Rivista telematica.*

*Questo restyling, che speriamo sia di Vostro gradimento, testimonia il rinnovato impegno, in termini di energie e risorse, con cui la Cassa intende ulteriormente rafforzare e valorizzare uno dei principali canali di comunicazione con gli Associati.*

*E lo fa con un numero speciale dedicato alla funzione assistenziale, spesso considerata “minore” rispetto a quella previdenziale, ma che sarebbe improprio considerare tale, di fronte alla crescita e all’evoluzione dei bisogni sociali in generale, e di quelli degli Associati e dei loro familiari in particolare.*

*Preso atto che la Cassa ha raggiunto un consolidato trend di sostenibilità finanziaria di lungo periodo, attuate le misure a sostegno dell’adeguatezza delle future pensioni calcolate con il metodo contributivo, deliberate dal precedente Consiglio di Amministrazione nel 2011 e nel 2012, questo mandato si sta caratterizzando – come da programma – per il potenziamento del welfare di Categoria.*

*Come già ampiamente commentato nelle ultime newsletter, è stato ripensato e rivisto in modo sostanziale il Regolamento di Assistenza, incrementando le tutele offerte, aumentando gli importi in favore degli Associati, allargando la platea dei potenziali beneficiari e aggiornando istituti obsoleti o poco utilizzati.*

*L’energia e l’impegno profusi per riprogettare l’assistenza agli Associati ha tenuto conto dell’evoluzione demografica degli iscritti, caratterizzata da un processo di marcata femminilizzazione, specie nelle fasce più giovani, e da una progressiva ed inevitabile, in prospettiva, crescita del numero dei soggetti in età più matura.*

*Da questo punto di vista, il nuovo istituto a sostegno della maternità e la completa rivisitazione della normativa sull’assistenza domiciliare rappresentano esempi concreti di attenzione a queste dinamiche, ma non sono gli unici.*

*Consapevoli che tanto la tutela previdenziale quanto quella assistenziale sono necessarie a garantire sicurezza agli Associati, la Cassa si è impegnata a fornire, ove possibile, coperture assicurative in convenzione con compagnie dagli elevati standard di qualità.*

*Da qualche anno viene garantita in forma gratuita a tutti gli Associati una Polizza sanitaria per la copertura dei Grandi Eventi che prevede garanzie accessorie tra cui spicca l’assistenza in caso di non autosufficienza (c.d. Long Term Care), a cui è possibile collegare una polizza malattia ordinaria estensibile agli iscritti ed ai familiari; queste coperture sono state successivamente integrate con una convenzione ad una rete odontoiatrica a tariffe agevolate.*

*Oggi, con soddisfazione, il Consiglio di Amministrazione comunica a tutti gli iscritti e pensionati attivi l’avvenuta aggiudicazione definitiva della gara europea bandita per la fornitura di una “Polizza assicurativa RC professionale”, pensata ad hoc per gli iscritti alla CNPADC a copertura dei rischi derivanti dall’esercizio dell’attività professionale.*

*Consideriamo questo un altro importante tassello del nuovo corso che la Cassa sta elaborando per realizzare un modello di Welfare integrato a garanzia della tranquillità e della crescita del professionista.*

*Nel solco di un progetto di Secondo Welfare Professionale costruito lungo un binario ben saldo, fatto di brevi “fermate” e “ripartenze” sempre più ambiziose, abbiamo iniziato lo studio di fattibilità di un piano sanitario integrativo, che possa nel medio periodo sostituire le coperture attualmente garantite dalle polizze assicurative, perché l’idea di essere pionieri di un progetto a lunga scadenza è uno stimolo in più, un’altra pietra da posare.*

*Tutte le innovazioni sono state adottate al fine di connotare il sistema di welfare di una sempre maggiore equità intra e intergenerazionale, cercando di coniugare le aspettative dei pensionati di oggi con quelle dei pensionati di domani.*

*Proprio su questa difficile coniugazione tra passato e futuro verterà la VI edizione del Forum in Previdenza che si terrà a Roma il 23 aprile p.v., nel corso del quale i principali attori delle Istituzioni saranno chiamati per un confronto che auspico sia il più costruttivo possibile.*

*Buon lavoro e buona vita!*

*Il Presidente  
 Renzo Guffanti*

## Il Welfare “privato”



Il recente dibattito, tutto italiano, sulle misure da adottare a sostegno del reddito richiama l'attenzione sul ruolo che il welfare state – inteso come l'insieme delle regole con cui un Paese intende redistribuire le proprie risorse tra la popolazione - deve svolgere per garantire coesione sociale e sviluppo economico.

Fin dal secondo dopoguerra, infatti, si è assistito alla costruzione di un modello previdenziale e assistenziale basato su condizioni difficilmente ripetibili, in cui il progressivo aumento della popolazione si accompagnava ad una costante crescita del benessere e delle economie reali frutto degli sforzi messi in campo per ricostruire i tessuti produttivi andati distrutti durante il conflitto mondiale.

In Europa tale processo si è diversificato per area geografica. I Paesi anglo-scandinavi hanno visto svilupparsi principalmente un modello di welfare “universalistico”, finalizzato, cioè, alla copertura dei bisogni di tutta la popolazione a prescindere dall'occupazione e, quindi, dalla contribuzione. Tale modello, finanziato dal gettito fiscale, ha visto la copertura dei bisogni estendersi tendenzialmente anche a fasce più agiate della popolazione.

Il caso più rappresentativo è quello della determinazione delle pensioni sganciata dalle singole capacità reddituali e patrimoniali (c.d. prova dei mezzi) e con l'estensione automatica della copertura previdenziale a tutti coloro al di sopra di una determinata età.

Di contro, nei paesi dell'Europa continentale il modello si è sviluppato in modo “orizzontale”, andando a coprire le carenze dell'assicurazione sociale. Si è così consolidato un modello di tipo “occupazionale”, finanziato dai lavoratori tramite il versamento dei contributi sociali, diversificato in una pluralità di schemi con regole e formule di prestazioni differenziate (fig. 1).

Si tratta comunque di modelli che davano per scontata una situazione economico-demografica in continua crescita ed in grado di garantire al sistema previdenziale le risorse finanziarie per salvaguardarne la sostenibilità. Nel momento in cui nelle economie occidentali sono aumentati, da un lato, deficit e debito pubblico e, dall'altro, si sono ridotte le risorse a disposizione del sistema per effetto della diminuzione del tasso di crescita dell'economia e dell'occupazione, i modelli “tradizionali” sono entrati progressivamente in crisi.

Guardando i dati relativi all'Italia, emerge con evidenza il progressivo invecchiamento della popolazione: nel 2012 la speranza di vita alla nascita è di 79,6 anni per gli uomini e di 84,4 per le donne, a cui si associa il persistere di bassi livelli di natalità, con appena 1,42 figli per donna a fronte di una media

### Modelli di Welfare in Europa

Modello Liberale	
REGNO UNITO	Questo modello fornisce un basso livello di protezione sociale e prevede un elevato ricorso al mercato per l'acquisto di assicurazione privata, per esempio sanitaria e previdenziale. L'obiettivo di questo modello di welfare è di creare una rete di protezione sociale minima per tutti gli individui, a cui può essere aggiunta – su base volontaria – ulteriore assicurazione privata ottenibile sul libero mercato.
Modello Corporativo	
BELGIO FRANCIA GERMANIA	Il Welfare corporativo garantisce un elevato livello di protezione sociale a gruppi di individui selezionati – tipicamente ai lavoratori e a coloro che sono stati attivamente presenti nel mercato del lavoro. Questo modello di welfare esibisce una struttura altamente gerarchica, con pochi elementi o programmi redistributivi.
Modello Socialdemocratico	
DANIMARCA NORVEGIA SVEZIA	Il Welfare socialdemocratico, prevede, al pari del modello precedente, un elevato livello di protezione sociale. Tuttavia, l'accesso a tale protezione si basa su criteri di cittadinanza o di residenza, piuttosto che sulla partecipazione al mercato del lavoro. Le società che adottano un modello di questo tipo fanno ampio ricorso al mercato, ad esempio per l'assicurazione privata in campo medico e per la previdenza complementare.
Modello Familiare	
GRECIA ITALIA PORTOGALLO SPAGNA	La principale caratteristica di questo modello di Welfare è un elevato livello di protezione sociale, che viene offerto al capofamiglia (o breadwinner), a cui spetta poi il compito di distribuire le risorse all'interno della famiglia. Il ricorso al mercato per l'acquisto di assicurazione contro i rischi e di servizi, quali per esempio sanità e istruzione, è più limitato.

Figura 1 - Fonte: “I sistemi di Welfare in Europa e nel mondo”, di V. Galasso

comunitaria di 1,58 (fonte Istat, Eurostat).

L'Istat ha stimato che il combinarsi di questi due fattori, allungamento della speranza di vita e bassa natalità, genererà un forte aumento dell'età media degli italiani e, di conseguenza, della numerosità di quella fascia di popolazione non più in età da lavoro ma con un più elevato bisogno di assistenza sociale. Il grafico in figura 2 mette a confronto la popolazione italiana divisa per fasce d'età al 2005 e al 2050 e mostra in modo evidente come la maggior concentrazione di individui si sposti nello stesso periodo dalla fascia di età 30-44 anni a quella 65-79 anni (fig. 2).

Le soluzioni che i governi europei, tra cui quello italiano, hanno provato a mettere in campo per fronteggiare questo fenomeno sono stati interventi di rivisitazione dei modelli di Welfare, che hanno dimostrato diversa efficacia da un Paese all'altro. Nei Paesi in cui la copertura dei rischi da parte dello Stato era meno radicata, si sono azionate leve in grado di contingentare gli effetti negativi della crisi, pur salvaguardando un determinato livello di Welfare, mentre negli altri paesi questa manovra è stata più complessa per la presenza di resistenze culturali, politiche oltre che per motivi economici.

In Italia il sistema previdenziale è stato nel tempo un "ottimo" strumento di consenso per diversi Governi che hanno redistribuito le risorse disponibili nell'immediato per garantire nuovi diritti a vantaggio di alcune coorti di popolazione.

Si è assistito, infatti, all'utilizzo della previdenza, per interventi

di carattere assistenziale. Si pensi, ad esempio, l'ingente ricorso ai "pre-pensionamenti" per supportare le aziende in crisi. Poiché il sistema previdenziale è stato finanziato a ripartizione, fin dal secondo dopoguerra, il surplus annuale tra entrate, tasse e contributi previdenziali ed uscite, pensioni e assistenza, è stato garantito dalla maggiore numerosità della popolazione attiva rispetto a quella in quiescenza. Il consolidarsi di questo modello, che ha sempre promesso più di quanto era possibile mantenere, ha creato una forte aspettativa nella popolazione che rende, oggi, alquanto complesso qualsiasi cambiamento, soprattutto per ragioni culturali e politiche.

I paesi europei, pertanto, sono stati costretti a ripensare un nuovo modello di governance per fronteggiare i crescenti bisogni sociali attraverso una integrazione tra il sistema finanziato dal pubblico e quello sostenuto da nuovi soggetti privati.

Ecco la nuova direzione di una forma di welfare che si affianca al modello tradizionale: il "Secondo Welfare".

"Secondo", come precisato nel Primo rapporto sul Secondo Welfare<sup>1</sup>, per due ragioni: una cronologica, perché "si tratta di forme che si innestano sul tronco del «primo» welfare" e l'altra funzionale, perché le attività di Secondo Welfare non si sovrappongono a quelle pubbliche, ma le integrano in quelle aree che risultano, del tutto o in parte, scoperte.

Il Secondo Welfare, infatti, mobilitando risorse non pubbliche messe a disposizione da una vasta gamma di attori economici

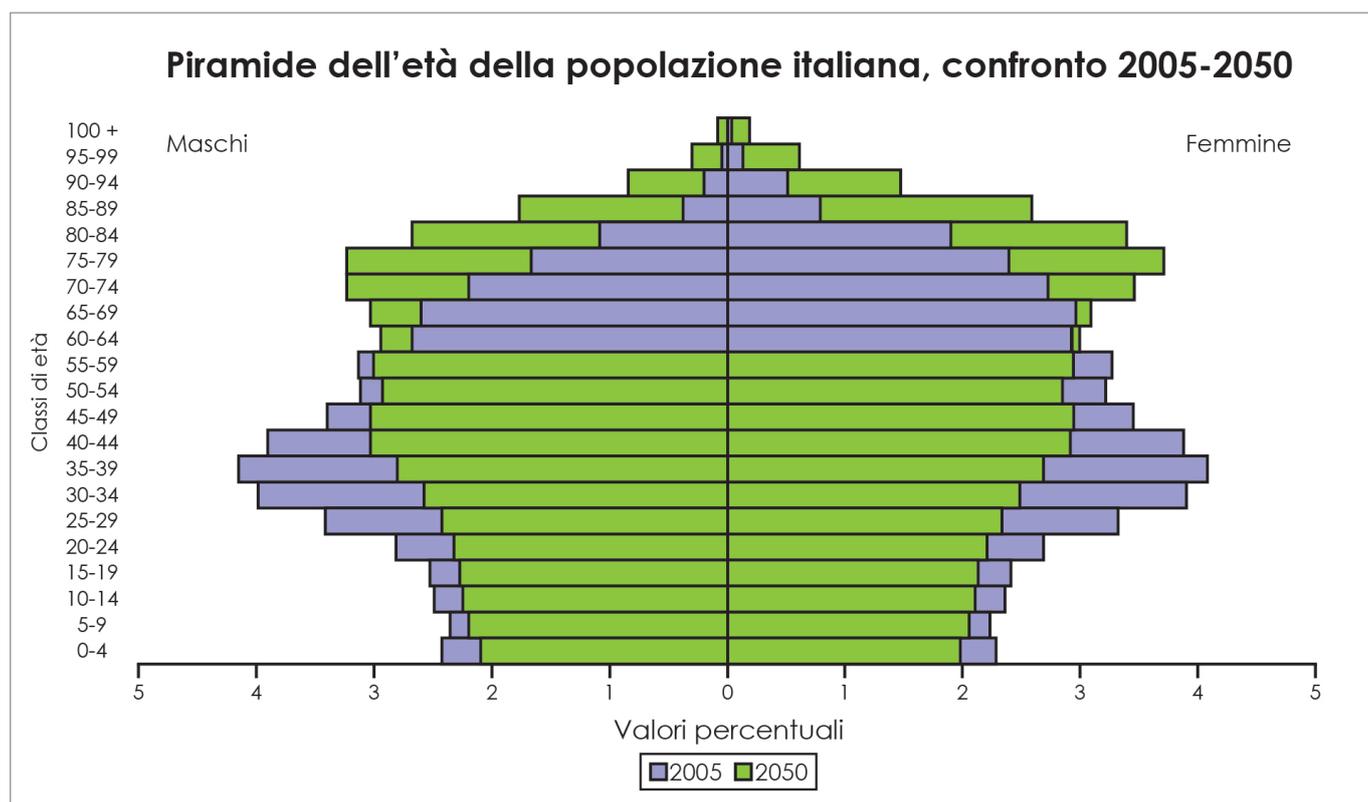


Figura 2 - Fonte: ISTAT

## Spesa sociale per funzione in standard di potere d'acquisto (spa) nei paesi dell'Unione europea Anno 2011

(valori pro capite e valori percentuali)

PAESI	Spesa pro capite	Funzioni								Totale spesa sociale
		Malattia salute	Disabilità	Vecchiaia	Superstiti	Famiglia maternità infanzia	Disoccupazioni	Abitazione	Altre tipologie di esclusione sociale	
<b>Lussemburgo</b>	<b>13.275</b>	<b>25,4</b>	<b>11,7</b>	<b>28,5</b>	<b>8,9</b>	<b>16,5</b>	<b>5,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,4</b>	<b>100</b>
Paesi Bassi (a)	10.377	35,7	7,8	35,4	4,0	4,0	4,8	1,3	7,1	100
Danimarca	10.078	21,0	12,4	43,4	0,0	12,5	5,5	2,2	3,1	100
Austria	9.556	25,2	7,6	44,0	6,6	9,9	5,3	0,3	1,2	100
Francia (a)	9.326	28,5	6,2	39,5	6,0	8,2	6,6	2,6	2,4	100
Germania (a)	9.295	33,3	7,9	33,2	7,2	11,1	4,7	2,2	0,5	100
Svezia (a)	9.119	25,7	13,0	41,2	1,6	10,7	4,0	1,5	2,4	100
Belgio	8.952	28,8	7,5	32,7	7,2	7,8	12,8	0,8	2,6	100
Irlanda (a)	8.639	45,0	4,4	19,7	3,8	12,0	11,5	1,5	2,0	100
Finlandia	8.549	25,5	11,9	36,9	3,1	11,2	7,0	1,8	2,6	100
<b>Italia (a)</b>	<b>7.486</b>	<b>24,9</b>	<b>5,8</b>	<b>52,1</b>	<b>9,2</b>	<b>4,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>
Ue28 (a)	7.260	29,4	7,7	39,9	5,9	8,0	5,6	2,1	1,6	100
Regno Unito	6.975	31,7	9,1	43,1	0,5	6,4	2,6	5,8	0,8	100
Grecia	6.172	25,9	4,9	44,0	8,1	6,2	7,4	1,3	2,3	100
Spagna (a)	6.031	27,4	7,1	34,9	8,9	5,4	14,6	0,9	0,8	100
Cipro	5.277	22,7	3,4	42,4	5,8	9,0	5,4	4,3	7,1	100
Slovenia (a)	5.231	31,6	6,9	40,1	7,0	8,9	3,3	0,0	2,3	100
Portogallo (a)	4.985	25,1	8,3	47,8	7,4	4,9	5,5	0,0	1,2	100
Repubblica ceca	4.275	31,9	7,6	45,1	3,8	5,9	3,6	0,7	1,4	100
Ungheria	4.064	27,8	7,5	40,7	5,6	12,5	3,7	1,8	0,5	100
Malta	4.010	29,3	4,1	45,3	9,4	6,4	2,8	1,0	1,7	100
Slovacchia (a)	3.583	30,5	8,9	38,3	5,2	9,9	4,8	-	2,4	100
Polonia	3.384	23,1	8,9	47,9	10,2	7,2	1,5	0,3	0,8	100
Croazia	3.094	33,9	17,2	27,9	10,2	8,0	2,4	0,2	0,3	100
Lituania (a)	2.957	27,8	9,6	41,1	3,1	10,4	3,4	0,0	4,7	100
Estonia	2.807	28,0	11,5	43,4	0,6	12,4	3,0	0,3	0,9	100
Lettonia (a)	2.278	21,3	8,7	53,2	1,7	7,6	4,8	1,0	1,7	100
Bulgaria	2.134	26,0	7,9	45,2	5,1	11,0	3,5	0,1	1,4	100
<b>Romania</b>	<b>2.066</b>	<b>25,1</b>	<b>9,0</b>	<b>49,1</b>	<b>4,6</b>	<b>8,9</b>	<b>1,6</b>	<b>0,1</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>

Fonte: Eurostat, Sespros database  
(a) Valori provvisori

Figura 3 - Fonte: EUROSTAT

e sociali, “si aggiunge agli schemi del primo, integra le sue lacune, ne stimola la modernizzazione sperimentando nuovi modelli organizzativi, gestionali, finanziari e avventurandosi in sfere di bisogno ancora inesplorate (ed in parte inesplorabili) dal pubblico”. Come evidenziato dalla distribuzione della spesa sociale per funzioni, la previdenza è generalmente già ampiamente coperta dalle risorse pubbliche e, pertanto, il ruolo dei privati deve basarsi su capitali alternativi (fig.3).

Ecco allora comparire nuovi soggetti, quali fondazioni, sindacati, associazioni, assicurazioni, cooperative e aziende, la cui attività è rivolta a nuovi e vecchi bisogni, identificando sempre più nella classe media il principale destinatario, e sostituendo i trasferimenti di denaro con erogazioni di nuovi servizi.

Come evidenziato nel rapporto, “il settore forse più emblematico in cui si sono già sviluppate in Europa molte forme di Secondo Welfare è quello dei servizi alle persone. A seguito dell’aumento della popolazione anziana e della occupazione femminile, è rapidamente cresciuto in molti paesi un nuovo “terziario sociale”, per soddisfare bisogni e domande non coperte dal primo Welfare nel campo della

### La distribuzione del nuovo fabbisogno di Welfare

BEFORE WORKING AGE
Spese sanitarie figli Sostegno famiglia iscritto Spese scolastiche e studi Accumulo risorse finalità previdenziali
WORKING AGE
Spese sanitarie / Infortuni / Invalidità Premorienza e non autosufficienza Sostegno reddito Prima casa Genitorialità / Work life balance Flessibilità lavoro Riqualificazione / Reinserimento
POST WORKING AGE
Spese sanitarie / Infortuni / Invalidità Premorienza Non autosufficienza Sostegno reddito - anziani non pensionati Accumulo risorse per figli e nipoti Pensione

Figura 4 - Fonte: MEFOP

<sup>1</sup> Primo Rapporto sul Secondo Welfare (2013), curato dal “Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi” di Torino.

salute, dell'assistenza, dell'istruzione, delle attività culturali, ricreative e, più in generale, della "facilitazione della vita quotidiana".

Infatti, l'evoluzione della struttura familiare che ha abbandonato da almeno due decenni il modello tradizionale monoreddito ha fatto nascere l'esigenza di soddisfare bisogni precedentemente appannaggio della famiglia stessa.

Anche il venir meno della convivenza tra tre generazioni, nonni, figli e nipoti ha comportato la perdita "assistenziale" che reciprocamente si prestavano.

Secondo quanto emerge nel Rapporto, l'Italia non ha ancora raggiunto i livelli di "Secondo Welfare" europei. L'incidenza sul PIL del Terzo settore è valutabile in 4 punti (mentre la spesa sociale non pubblica si attesta a poco più del 2%, come evidenziato dalla figura 5) e gli occupati sono circa 670.000; le cooperative sociali sono oltre 11.000, più di 6.000 le Fondazioni, tra cui un ruolo primario è giocato dalle Fondazioni Bancarie. Solo queste ultime, disponendo di un patrimonio di 42 miliardi di euro, hanno messo in campo nel 2012 circa 22.000 interventi, per un valore complessivo di quasi un miliardo di euro. Poco meno della metà di questi interventi si è indirizzata ad attività legate al Welfare.

Spunti positivi arrivano, inoltre, dal mondo delle imprese poiché l'80% delle aziende italiane con più di 500 dipendenti ha avviato percorsi di welfare aziendale. Anche gli Enti Locali, in alcuni casi, hanno intrapreso percorsi virtuosi soprattutto in materia di tutela della non autosufficienza, di lotta all'esclusione sociale e di social housing, settore di cui si avverte sempre più l'esigenza a causa del progressivo indebolimento del ceto medio che non può accedere all'edilizia popolare in quanto i suoi livelli di reddito sono al di sopra del limite previsto.

Sul fronte privato, inoltre, molte imprese stanno mettendo in campo iniziative per il sostegno alla famiglia, prevedendo una maggiore flessibilità nell'orario di lavoro e nei permessi per consentire ai lavoratori di essere più presenti durante la fase di crescita dei propri figli.

Anche la salute è uno dei bisogni a cui imprese ed enti guardano con crescente attenzione: sempre più numerose sono, infatti, le offerte ai dipendenti di programmi per check-up periodici, di coperture assicurative e di possibilità di associarsi a fondi integrativi sanitari.

Quello sulla riforma dei sistemi di protezione sociale pubblici e sullo sviluppo di un Secondo Welfare è un tema particolarmente ampio e complesso che ha notevoli punti di forza e alcuni punti di caduta, che andrebbero analizzati con un dettaglio che in questa sede non è possibile raggiungere. Quello che sicuramente risulta come un dato acquisito è che, nella quasi totalità dei paesi europei, nell'ultimo ventennio i sistemi pensionistici sono stati riformati per adeguarsi alle nuove dinamiche demografiche e per garantire la sostenibilità di lungo periodo. Con un conseguente ridimensionamento delle prestazioni pensionistiche che si è cercato di "compensare" con prestazioni di natura assistenziale.

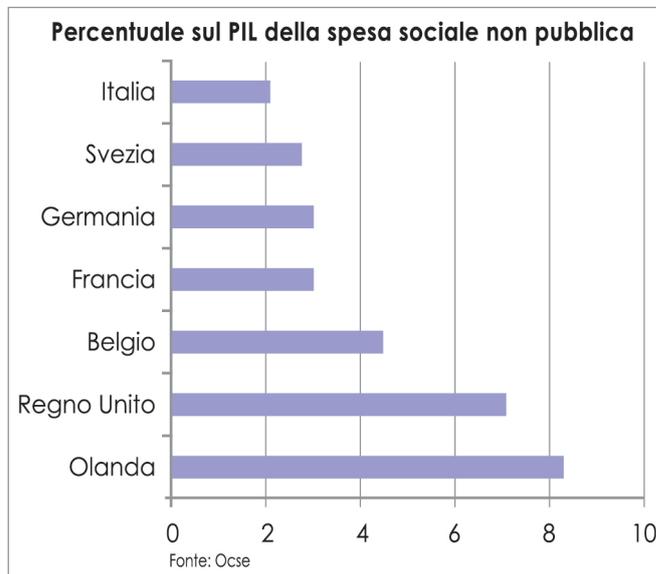


Figura 5 - Fonte: OCSE

Nell'ambito del sistema previdenziale dei liberi professionisti, l'attenzione e la capacità di adeguarsi ai processi demografici ed economici assume maggior rilievo alla luce del regime di "autofinanziamento".

La nostra Cassa, come noto, si è tempestivamente mossa per ridisegnare il proprio sistema previdenziale al fine di garantire la sostenibilità finanziaria di lungo periodo.

Preso atto che il percorso intrapreso nel 2004 si sta dimostrando efficace, nel corso di questo mandato la CNPADC ha posto l'attenzione sulla necessità di rendere più efficaci i servizi a disposizione degli iscritti, attraverso la rivisitazione e l'implementazione della sua attività assistenziale, sempre più integrata con quella previdenziale.

E' in questa ottica che è stato interamente rivisitato il regolamento, sono stati introdotti nuovi e più moderni istituti, ed è stata ampliata la platea di coloro che possono usufruire di servizi assistenziali.

Il cammino è ancora lungo ma, certamente, sia il Consiglio di Amministrazione che l'Assemblea dei Delegati stanno mettendo impegno e volontà per sviluppare il "Secondo Welfare" della CNPADC.

**Monica Vecchiati**  
 Consigliere CNPADC

## Il Secondo Welfare della CNPADC

Dopo aver messo in sicurezza il sistema previdenziale per garantire solidità finanziaria di lungo periodo e dopo aver attivato tutte le leve disponibili per far sì che le future generazioni abbiano pensioni più eque, la Cassa si sta impegnando nella costruzione di un modello di welfare moderno ed integrato che possa rappresentare per gli iscritti un aiuto strutturale e continuativo.

L'importanza di avere un sistema di regole che garantiscano al nucleo familiare un sostegno "integrativo" della pensione si è reso ancor più necessario con il passaggio dal sistema retributivo al sistema contributivo che ha comportato, inevitabilmente, una riduzione delle future pensioni e da cui deriva la necessità di integrare, sempre più, il sistema previdenziale con quello assistenziale.

In questa prospettiva sono stati fatti importanti interventi con lo scopo di: semplificare e razionalizzare il regolamento di assistenza, modificare alcuni istituti esistenti per renderli più fruibili ed introdurre un nuovo istituto a sostegno della maternità.

Il percorso è iniziato nel 2013 con l'ampliamento della tutela dell'indennità di maternità ex D.Lgs. 151/01 anche ai casi di affidamento temporaneo, non preadottivo. Ampliamento fortemente sentito che riconosce a questo tipo di affido dignità di tutela, così come delineato dall'evoluzione sociologica contemporanea, che vede nel bambino e non solo nella madre, la figura verso cui la tutela e l'attenzione devono essere rivolte.

Dal mese di settembre 2013, è stata integrata la polizza sanitaria base – stipulata gratuitamente in favore di tutti gli iscritti a copertura delle spese nei casi di Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso – per consentire l'accesso, a tariffe convenzionate, alla capillare rete odontoiatrica di Blue Assistance.

A partite dall'anno 2014, al fine di adeguare lo "stato di bisogno" al mutato contesto socio-economico ed allo scopo di identificare un criterio omogeneo da applicare a tutti gli istituti previsti dal Regolamento, quali:

1. erogazioni a titolo assistenziale a fronte di eventi con particolare incidenza sul bilancio familiare;
2. borse di studio;
3. contributo per spese di onoranze funebri;
4. contributo per spese di ospitalità in case di riposo o istituti di ricovero per anziani, malati cronici o lungodegenti;
5. contributo per spese di assistenza domiciliare;
6. contributo per interruzione di gravidanza intervenuta anteriormente al terzo mese;
7. assegni a favore di associati genitori di figli portatori di handicap e portatori di handicap orfani di associati;
8. contributo a sostegno della maternità;

la Cassa ha innalzato e uniformato i limiti di reddito a cui collegare lo stato di bisogno. Sono stati previsti tetti reddituali crescenti al crescere della numerosità del nucleo familiare, tenendo in debita considerazione i casi di presenza di uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti:

### Limiti reddituali che trovano applicazione per l'anno 2015:

Componenti il nucleo familiare	Limiti reddituali
1 componente	€ 35.250,00
2 componenti	€ 45.800,00
3 componenti	€ 52.850,00
4 o più componenti	€ 58.100,00

Se nel nucleo familiare del richiedente sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti i limiti reddituali sono innalzati come segue:

Componenti il nucleo familiare	Limiti reddituali
- 1 componente e 1 figlio portatore di handicap o malattia invalidante - figlio orfano di Dottore Commercialista portatore di handicap o malattia invalidante	€ 63.400,00 "limite base"
- per ogni ulteriore componente	maggiorazione del 40% del "limite base"
- per ogni ulteriore figlio di Dottore Commercialista portatore di handicap o malattia invalidante	maggiorazione del 60% del "limite base"

Il percorso di "rinnovamento" del Regolamento è proseguito con la riorganizzazione dell' istituto "borse di studio" e dell' istituto "contributo per spese di ospitalità in case di riposo o istituti di ricovero per anziani, malati cronici o lungodegenti" già recepiti nel bando di concorso appena concluso.

### BORSE DI STUDIO

Sono state introdotte delle importanti novità, prima su tutte la possibilità di partecipare al bando di concorso agli iscritti ed ai figli degli iscritti con un solo anno di iscrizione alla Cassa anziché i tre anni precedentemente richiesti. Inoltre:

- per le borse di studio a favore dei figli dei Dottori Commercialisti a differenza degli anni precedenti, possono partecipare al bando di concorso anche i figli degli associati non in regola con la posizione contributiva, subordinando l'erogazione del premio, alla regolarizzazione contributiva;
- per le borse di studio a favore dei Dottori Commercialisti, possono partecipare al bando di concorso anche coloro che hanno frequentato corsi universitari di laurea, dottorati di ricerca e master universitari non specifici all'area delle professioni economiche finanziarie.

I bandi di concorso vengono pubblicati sul sito web della Cassa e riguardano:

- l'assegnazione di borse di studio a favore di figli di Dottori Commercialisti per le seguenti categorie:
  - conseguimento della licenza media inferiore;
  - frequenza scuola media superiore sino al penultimo anno;
  - superamento esami di maturità;
  - frequenza facoltà universitarie;
  - frequenza dottorati di ricerca o master;
- l'assegnazione di borse di studio in favore di Dottori Commercialisti per la frequenza di corsi universitari di laurea, dottorati di ricerca e master universitari.

### CONTRIBUTO PER SPESE DI OSPITALITÀ IN CASE DI RIPOSO O ISTITUTI DI RICOVERO PER ANZIANI MALATI CRONICI O LUNGODEGENTI

La novità di maggior rilievo è rappresentata dall'ampliamento della platea di coloro che potranno usufruire di questo istituto - fino ad oggi rivolto esclusivamente ai pensionati della Cassa e ai loro coniugi - esteso a tutti i familiari di primo grado e ai fratelli risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.

Inoltre sono stati innalzati gli importi del contributo: per i soggetti autosufficienti si passa da Euro 750 ad Euro 900 mensili e per i soggetti non autosufficienti da Euro 1.584 ad Euro 1.900 mensili.

Il bando di concorso per l'erogazione del contributo per spese di ospitalità in case di riposo o istituti di ricovero per anziani malati cronici o lungodegenti viene pubblicato sul sito web della Cassa.

La Cassa, dimostrando particolare attenzione e sensibilità verso il Dottore Commercialista-mamma, in considerazione delle tante difficoltà che le neo mamme incontrano nel conciliare attività professionale e maternità durante i primi mesi di vita del neonato, ha introdotto un nuovo istituto assistenziale denominato “Contributo a sostegno della maternità”.

## **CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLA MATERNITÀ**

Ad integrazione dell’indennità di maternità, già erogata ai sensi del D.Lgs. 151/2001, viene riconosciuta alle iscritte - a fronte dell’evento nascita, affidamento o adozione a far data dal 27 giugno 2014 - un ulteriore contributo pari al 20% dell’indennità di maternità percepita.

La mensilità aggiuntiva viene corrisposta con un importo minimo di Euro 1.715 e fino a concorrenza - unitamente all’indennità di maternità calcolata ai sensi degli artt. 70 e 72 del D.Lgs. 151/2001 - del limite massimo previsto dal medesimo art. 70 del D.Lgs. 151/2001 (per il 2015 pari a Euro 24.793,60).

Molta attenzione è stata dimostrata anche verso gli iscritti e i pensionati della Cassa con malattie che necessitano di assistenza domiciliare. Infatti è stato modificato in maniera sostanziale l’istituto “Contributo per spese di assistenza infermieristica domiciliare” diventando “Contributo per spese di assistenza domiciliare”.

## **CONTRIBUTO PER SPESE DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

L’istituto così come riformulato prevede un ampliamento di fruibilità sotto vari aspetti:

1. l’assistenza potrà essere resa oltre che da infermieri professionali anche da collaboratori domestici;
2. tra i soggetti destinatari dell’assistenza, oltre all’iscritto e al pensionato, sono inclusi, se presenti nello stato di famiglia e a carico, anche i fratelli dell’iscritto, il coniuge e i parenti di primo grado;
3. lo stato di non autosufficienza potrà essere sia temporaneo che permanente.
4. innalzato l’importo del contributo da Euro 500 ad Euro 600 mensili.

Da ultimo sono stati revisionati l’istituto “Contributo per spese di onoranze funebri” e l’istituto “Contributo per interruzione di gravidanza intervenuta anteriormente al terzo mese”.

## **CONTRIBUTO PER SPESE DI ONORANZE FUNEBRI**

La modifica di questo istituto è finalizzata a rendere meno onerosa la documentazione da allegare alla domanda. Infatti non sarà più necessario allegare copia delle dichiarazioni fiscali dei componenti il nucleo familiare, in quanto gli stessi verranno acquisiti direttamente dalla Cassa tramite l’Agenzia delle Entrate.

Inoltre, è stato incrementato l’importo del contributo che passa da Euro 2.000 ad Euro 3.000 (fermo restando il limite della spesa sostenuta).

## **CONTRIBUTO PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA INTERVENUTA ANTERIORMENTE AL TERZO MESE**

E’ stato ampliato il termine entro il quale poter presentare da domanda che passa da 180 giorni dall’evento ad un anno.

## La Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Dottori Commercialisti

PROMUOVE



# Forum 2015 Previdenza

La Cultura della Previdenza e dell'Economia

## La Previdenza che ci **A**spetta

Nella complicata coniugazione di un futuro previdenziale per molti incerto ed un passato ancor oggi garantito e generoso, qual è la previdenza che ci aspetta?

Il Forum di quest'anno si prefigge di esplorare, con la maggiore condivisione possibile, le vie percorribili per raggiungere il traguardo di una previdenza equa, adeguata e sostenibile, attraverso un mix equilibrato e dinamico di tutti i fattori in gioco.

Giovedì 23 aprile 2015 - ore 9.00

Roma, Palazzo Colonna - Piazza SS. Apostoli, 66

### PROGRAMMA

9.00	Accoglienza e registrazione partecipanti	Prof. Alfonso CELOTTO <i>Professore Ordinario di Diritto Costituzionale, Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi "Roma Tre"</i>
10.00	Saluti ed interventi istituzionali	Prof.ssa Carlotta DE FRANCESCHI <i>Consulente Economico del Presidente del Consiglio dei Ministri</i>
10.30	Relazione introduttiva	Cons. Roberto GAROFOLI <i>Capo di Gabinetto del Ministro dell'Economia e delle Finanze</i>
	Dott. Renzo GUFFANTI <i>Presidente della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Dottori Commercialisti</i>	Sen. Andrea MANDELLI <i>Componente della V Commissione Bilancio, Gruppo FI, del Senato della Repubblica</i>
11.00	Tavola rotonda <i>La Previdenza che ci <b>A</b>spetta</i>	Sen. Salvatore TOMASELLI <i>Componente della X Commissione Industria, Commercio, Turismo, Gruppo PD, del Senato della Repubblica</i>
	Prof. Tito BOERI <i>Presidente INPS</i>	Moderata Dott. Fabrizio FORQUET <i>Vice Direttore Il Sole 24 ORE</i>
	Dott. Bruno BUSACCA <i>Responsabile della Segreteria Tecnica del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali</i>	
	Dott. Andrea CAMPORESE <i>Presidente dell'Associazione degli Enti Previdenziali Privati</i>	
		13.30 Chiusura dei lavori

## Legge di stabilità 2015: le principali misure in ambito sociale

La legge di stabilità 2015 è stata approvata il 23 dicembre 2014 ed è entrata in vigore il 1 gennaio 2015. In dettaglio le principali novità in ambito sociale.

### Bonus Bebe'

Al fine di incentivare la natalità e contribuire alle relative spese, per ogni figlio nato o adottato a decorrere dal 1° gennaio 2015 fino al 31 dicembre 2017, è riconosciuto un assegno di importo annuo di 960 euro erogato mensilmente a decorrere dal mese di nascita o adozione. Tale assegno è corrisposto fino al compimento del terzo anno d'età ovvero del terzo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito dell'adozione, per i figli di cittadini italiani o di uno Stato membro dell'Unione europea o di cittadini di Stati extracomunitari con permesso di soggiorno, residenti in Italia e a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente l'assegno sia in una condizione economica corrispondente a un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a 25.000 euro annui. Qualora il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente l'assegno sia in una condizione economica corrispondente a un valore dell'ISEE non superiore a 7.000 euro annui, l'importo dell'assegno di 960 euro è raddoppiato.

### Mantenimento Figli

Nel limite di 45 milioni di euro per l'anno 2015, al fine di contribuire alle spese per il mantenimento dei figli, sono riconosciuti, per l'anno 2015, buoni per l'acquisto di beni e servizi a favore dei nuclei familiari con un numero di figli minori pari o superiore a quattro in possesso di una situazione economica corrispondente a un valore dell'ISEE non superiore a 8.500 euro annui.

### Fondo Famiglie

Viene istituito un fondo con una dotazione di 112 milioni di euro per l'anno 2015, da destinare a interventi in favore della famiglia, di cui una quota pari a 100 milioni di euro è riservata per il rilancio del piano per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia. Una quota pari a 12 milioni servirà per il finanziamento dei programmi nazionali di distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti.

### Fondo Famiglia per le Adozioni Internazionali

Il Fondo per le politiche della famiglia è incrementato di 5 milioni di euro dal 2015 al fine di sostenere le adozioni internazionali.

### Garante Infanzia

Le risorse finanziarie assegnate all'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza sono integrate di 650.000 euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017.

### Fondo Politiche Sociali

Lo stanziamento del Fondo nazionale per le Politiche sociali si attesta a quota 300 mln annui a partire dal 2015.

### Contrasto Ludopatie

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del SSN, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro è annualmente destinata alla cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Una quota di queste risorse, nel limite di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinata alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta. Il Ministero della Salute dovrà poi adottare, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). Sempre il Ministero della Salute, entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, dovrà rivedere la composizione dell'Osservatorio, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore.

### Assistenza Malati Mesotelioma

Estensione sperimentale per gli anni 2015, 2016 e 2017 dei benefici assistenziali del Fondo vittime amianto anche ai malati di mesotelioma che abbiano contratto la malattia a seguito di lavorazione dell'amianto o per esposizione ambientale comprovata.

### Social Card

Il Fondo per le social card sarà di 250 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2015. Estesa ai cittadini comunitari ed extracomunitari la carta acquisti (social card) introdotta dalla legge di stabilità 2014 soppressa in fase di conversione in legge.

### Fondo Politiche Sociali

Lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, ammonterà per il 2015 a 300 milioni di euro.

### Non Autosufficienza

Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze viene incrementato a 400 milioni di euro per il 2015 e fissato a 250 milioni di euro per il 2016.

### Lavoro Disabili

Incremento del fondo per il diritto al lavoro dei disabili di 20 milioni per il 2015.

### Paralimpiadi

Contributo di 7 milioni annui per le attività del Comitato paralimpico nazionale.

## Condizioni offerte dalla società aggiudicataria della gara RC Professionale

Il Consiglio di Amministrazione è lieto di comunicare l'avvenuta aggiudicazione ad AIG Europe Limited, quale miglior offerente, della gara europea bandita per la fornitura di una "Polizza assicurativa RC professionale", pensata ad hoc per gli iscritti alla CNPADC a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Le condizioni sono le seguenti:

1. TARIFFA GIOVANI ISCRITTI	
<i>Iscritti alla cassa da <u>meno di tre anni</u> e con fatturati annui inferiori ad € 30.000,00</i>	
Massimale	€ 1.000.000,00
Fatturato da € 0 a € 30k	€ 280,00

**Franchigia € 3.000,00**

2. TARIFFA PROFESSIONISTI	
<i>Iscritti alla cassa <u>da più di tre anni</u> e con fatturati annui inferiori ad € 45.000,00</i>	
Massimale	€ 1.000.000,00
Fatturato da € 0 a € 45k	€ 370,00

**Franchigia € 5.000,00**

3. TARIFFA PROFESSIONISTI			
<i>Iscritti alla cassa <u>da più di tre anni</u> e con fatturati annui superiori ad € 45.000,00</i>			
Fatturato/Massimale	€ 1.000.000,00	€ 2.000.000,00	€ 3.000.000,00
da € 45.000 a € 100.000	1,000 %	1,140 %	1,300 %
da € 100.001 a € 250.000	0,920 %	1,130 %	1,220 %
da € 250.001 a € 500.000	0,880 %	1,080 %	1,150 %
da € 500.001 a € 1.000.000	0,830 %	1,060 %	1,120 %

**Franchigia € 5.000,00**

## ESTENSIONI DELLA GARANZIA BASE

Attività di Sindaco, di Revisore Legale interno in Società di Capitali o Enti e di Revisore dei conti in Enti Pubblici con percentuale massima del 30 sul fatturato annuo e comunque entro € 150.000,00 di fatturato rilevante, nonché con un massimo di 6 incarichi. Sono esclusi incarichi con società quotate in borsa, finanziarie, società con patrimonio netto negativo o con procedure concorsuali in corso.

Massimale	€ 1.000.000,00
Scoperto e Franchigia	10 % min. € 2.500,00 max € 13.000,00
Premio	€ 100,00

**Attività 30 % del fatturato max € 150.000**  
**Numero incarichi max 6**

Attività di Consigliere di Amministrazione, di membro di Organo di Controllo, di Sorveglianza e Vigilanza in società di capitali o Enti con percentuale massima del 30 sul fatturato annuo, con al massimo 6 incarichi ed esclusi incarichi con società quotate in borsa, finanziarie, società con patrimonio netto negativo o con procedure concorsuali in corso

Massimale	€ 1.000.000,00
Scoperto e Franchigia	10 % min. € 2.500,00 max € 13.000,00
Premio	€ 1.000,00

**Attività 30 % del fatturato**  
**Numero incarichi max 6**

GRUPPO C		
	Premio	Massimale
Curatela - Commissario giudiziale – Liquidatore	€ 220,00	
Redazione di perizie comprese quelle giurate	€ 60,00	
Visto pesante	€ 200,00	
Conduzione dello Studio - RCT/O	€ 110,00	€ 500.000,00
Visto di Conformità - visto leggero	€ 250,00	€ 3.000.000,00
Amministratori di stabili	€ 100,00	
Vincolo di solidarietà	1,12 %	
Attività presso i CAAF	€ 90,00	

**Ove non espressamente indicato nelle singole voci, si avrà per rilevante come massimale un importo pari ad € 1.000.000,00.**

## ESTENSIONI TEMPORALI

<b>1. TUTELA PREGRESSA</b>	
A) come in corso con attuale assicuratore	se maggiore di 5 anni
B) 5 ANNI gratuiti	se già assicurato con continuità (sempre che la polizza non sia scaduta da oltre 120 giorni)
C) 5 ANNI: + 30 % del premio riferito all'annualità in corso	se non precedentemente assicurato o se non c'è continuità assicurativa

<b>2. POSTUMA - UNA TANTUM - DA CESSAZIONE ATTIVITÀ</b>	
2 anni gratuiti	
5 anni + 150 % del premio in corso	

<b>3. SINISTRI CHIUSI E LIQUIDATI NEGLI ULTIMI 3 ANNI</b>	
a seconda dell'importo liquidato/pagato a terzi aggregato per il periodo, si applicano i seguenti aggravii sul premio finale calcolato: importo liquidato fino a € 10.000,00 (aggravio 10 %)	

Le informazioni relative alla polizza saranno pubblicate sul sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it)

## Monica Vecchiati intervista Claudio Giammatteo

Direttore di FASCHIM



Claudio Giammatteo, Direttore FASCHIM

**1) Nel 2004 nasce il Fondo sanitario integrativo del CCNL chimico, chimico-farmaceutico. Può tracciare un bilancio dei primi 10 anni di attività?**

Il bilancio è positivo. FASCHIM è un Fondo sanitario di emanazione contrattuale ad adesione volontaria, e questo è un elemento cardine quando si deve giudicare il grado di

attrattività di un Fondo sanitario.

Agli esordi, presso i lavoratori non era noto neanche quale fosse il significato della parola “Fondo sanitario integrativo”, e lo scetticismo e le perplessità talvolta ideologiche che il Fondo sanitario integrativo potesse minare alle basi il SSN erano diffusi, soprattutto in coloro che, pregiudizialmente, rifuggivano da sistemi integrativi, senza voler conoscere l’obiettivo utilità che tali sistemi forniscono ai lavoratori.

Il Fondo ha tuttavia potuto beneficiare di elementi positivi concorrenti: specifiche iniziative da parte del CCNL per rendere più attrattiva l’adesione (come ad esempio la riduzione della contribuzione a carico del lavoratore dipendente), la progressiva efficienza dei servizi e il miglioramento di quantità e qualità delle prestazioni erogate. Nel 2004 avevano aderito al Fondo 40.374 iscritti, ora siamo 158.198. Le prestazioni sanitarie sono andate sempre più aumentando arrivando a rimborsare praticamente qualsiasi esame, visita, intervento chirurgico, sino ai casi più gravi di non autosufficienza e gravi malattie. Siamo arrivati ad erogare progressivamente prestazioni tra il 55% e il 60% del richiesto della spesa, addirittura il 100% per il ticket!

Ma si può e si deve fare di più. A partire da una migliore valorizzazione del Fondo fra i suoi potenziali “utilizzatori”, dato anche il carattere di “volontarietà” previsto per l’adesione da parte del lavoratore e dei suoi familiari. Perché una maggiore adesione, con l’allargamento conseguente della platea contributiva, permette di estendere la quantità delle erogazioni e di migliorare sempre più il livello dei rimborsi e del servizio, che peraltro è già considerato valido dagli assistiti. FASCHIM vuole estendere ancor più le convenzioni con unità ospedaliere, odontoiatriche e laboratori diagnostici, punta a migliorare i servizi e la tempistica della procedura di rimborso, anche attraverso tecnologie informatiche.

**2) Ritiene quindi che ci sia sempre più bisogno di pensare a forme alternative di assistenza integrativa?**

La spesa sanitaria è la seconda voce del bilancio pubblico e la componente “privata” di questa spesa ha ormai raggiunto un livello fortemente oneroso per le famiglie, che hanno bisogno di cure ed assistenza. Va riconosciuto che la Sanità

è un pezzo fondamentale del Welfare pubblico, e il Servizio Sanitario Nazionale è una delle conquiste di civiltà più importanti che ci ha eguagliato socialmente alle grandi democrazie progressiste del Nord Europa. Oggi, però, il Welfare pubblico e anche il SSN sono in affanno per svariati motivi: l’invecchiamento della popolazione; la crescita continua di nuovi bisogni e nuove necessità di tutela e di assistenza; la crisi economica e di bilancio pubblico, che riduce le disponibilità finanziarie e spinge i governi a “tagli” anche in questo delicato settore; l’emergere di una nuova cultura della salute che sollecita più ricorsi alle prestazioni da parte dei cittadini.

La crisi “morde” e crea difficoltà. Le risorse pubbliche (non bastevoli a sufficienza) devono essere perciò distribuite (spesso malamente con i “tagli lineari”) su più aspetti e settori creando situazioni di criticità e disagi. A questo panorama si aggiungono nel Sistema Sanitario Italiano anche intollerabili carenze, disservizi (come, ad esempio, le lunghe liste di attesa), e sprechi di vario genere. Per tutti questi motivi, l’offerta del SSN ha bisogno di una “rete di supporto” che può, e deve sempre più, essere rappresentata dalla pluralità diffusa dell’assistenza integrativa di Casse, Società di mutuo soccorso, Fondi contrattuali.

**3) Ci sono margini affinché questa “rete di supporto” al SSN riesca a fare la sua parte in maniera coerente e strutturale?**

Partiamo da un dato. La spesa sanitaria è in costante crescita: nel 2010, l’80% è pubblica e il 20% privata, ma l’87% di quest’ultima è “cash”, cioè a carico diretto dei cittadini e solo il 13% è “intermediato” da Fondi contrattuali, polizze assicurative e Casse professionali.

Questi costi sono aumentati progressivamente negli anni successivi, stabilizzandosi solo nel 2013, a fronte di un aumento della spesa privata e perciò a maggior carico per le famiglie, anche se fortunatamente è cresciuta di più la quota intermediata.

**4) In cosa si caratterizza la gestione del Fondo?**

La caratteristica principale è l’autogestione: il Fondo non è assicurato con una compagnia di assicurazioni, ma provvede ai rimborsi solo con i contributi che incassa.

Questa scelta, fatta all’origine dalle Fonti istitutive costituenti FASCHIM, si è rivelata vantaggiosa sotto almeno due aspetti: in primo luogo si è potuto costruire e agevolmente modificare il profilo delle prestazioni erogate in funzione della propria piattaforma di assistiti, e in secondo luogo si è potuto beneficiare della patrimonializzazione degli avanzi di bilancio costituiti negli anni, che danno garanzia al Fondo di poter perpetuare la sua attività nel tempo.

La semplicità di accesso alle prestazioni è poi la caratteristica peculiare del Fondo. Sin dall’avvio abbiamo

costruito un modello gestionale mettendoci dalla parte dell'utente, e non è retorica.

Questi sono principi che devono rappresentare delle linee guida.

Per un Fondo sanitario la complessità gestionale, anche se potrebbe sembrare neutrale a un occhio esterno, rappresenta viceversa un forte "filtro all'ingresso" all'utilizzo delle prestazioni.

In pratica, se per ottenere il rimborso di prestazioni dovessi seguire percorsi tortuosi o compilare moduli complessi, sarei tentato di desistere, e questo non dovrebbe essere lo scopo di un Fondo sanitario, soprattutto se è costituito in forma di associazione senza scopo di lucro quale è FASCHIM.

È possibile infatti delineare una funzione di "trade off" tra accessibilità della prestazione e ricorso effettivo in funzione dell'entità della stessa: più è complesso ottenere il rimborso minore è la probabilità che l'utente ne faccia richiesta. FASCHIM ha scelto un modello organizzativo semplice, limitando gli atti burocratici all'essenziale: se c'è qualcosa di ridondante viene eliminato e questo sia nell'utilizzo degli strumenti cartacei quanto sul web. Il sito del Fondo rappresenta infatti non solo il luogo in cui sono presenti e costantemente aggiornate tutte le informazioni, ma anche un effettivo portale tramite il quale l'associato può effettuare le richieste di rimborso e seguire, nella propria area riservata, la propria pratica, oltre a disporre di un archivio virtuale.

È allo studio inoltre la realizzazione di una "app" che permetterà di inoltrare le richieste di rimborso in maniera ancora più semplice.

### **5) Quali sono state le principali criticità riscontrate dall'avvio?**

Il fattore culturale: la mancanza di conoscenza dello strumento, e in alcuni casi il disinteresse, o vere e proprie forme di pregiudizio da parte dei destinatari dell'iniziativa, che non hanno consentito una effettiva possibilità di acculturamento da parte dei destinatari del Fondo. Inoltre una generica forma di miopia in merito alle effettive possibilità di garanzia di cure da parte del SSN che progressivamente ha, viceversa, dovuto attivare sistemi di contingentamento delle prestazioni mediante le liste di attesa ovvero con forme di inasprimento dei regimi di compartecipazione alla spesa: superticket, quota fissa sulla ricetta, ecc.

Questa iniziativa ha accelerato un volano di passaparola, elemento cardine per l'iscrizione al Fondo e tuttora in corso.

### **6) Esistono secondo Lei elementi di integrazione con il SSN?**

Certamente! Se effettuata con l'obiettivo di fornire al cittadino un modello efficiente.

Già oggi il nostro Fondo sta sperimentando forme di collaborazione mediante lo strumento del convenzionamento diretto con le strutture sanitarie pubbliche, per consentire

agli assistiti che intendono ricorrere a prestazioni nell'area solventi o nella libera professione intramoenia, di pagare solo l'eventuale quota che resta a loro carico.

Abbiamo però bisogno di un sistema che dialoghi con noi e che, in modo proattivo, cerchi per quanto possibile di accantonare i vincoli burocratici.

Il sostegno al reddito dei cittadini dovrebbe essere l'interesse di tutta la collettività, è un valore che va salvaguardato, e l'intermediazione della spesa sanitaria privata tramite il ricorso ai fondi sanitari è un utile contributo, soprattutto qualora lo stesso cittadino assistito dai fondi integrativi potesse non anticipare alla struttura sanitaria la somma che otterrà come rimborso da parte del suo Fondo sanitario (sia essa il ticket o il costo di prestazioni private).

La nostra è un'ambizione che spesso si scontra con la realtà della burocrazia, basti pensare che sono ormai tre anni che i fondi sanitari integrativi forniscono all'anagrafe dei fondi, costituita presso il Ministero della Salute, le proprie singole informazioni su prestazioni erogate, contributi incassati e numero di assistiti, ma a tutt'oggi queste informazioni - che aggregate potrebbero essere utilizzate a beneficio di tutto il sistema - non sono disponibili. Nessun Fondo sanitario, che individualmente fornisce i propri dati a un'anagrafe che dovrebbe essere pubblica (anche a tutela dei potenziali aderenti ai fondi) conosce i dati complessivi di cui ha concorso alla formazione.

Tuttavia, se questo è un alveo con argini predefiniti, è pur vero che la libera professione e le diverse forme di impiego non contrattualizzate nell'ambito di specifici CCNL sarebbe opportuno trovassero risposte adeguate di integrazione al SSN. Una soluzione potrebbe essere rappresentata dalle mutue o dai fondi sanitari gestiti all'interno delle mutue.

### **7) In tempi di spending review il Fondo come sta approcciando questi temi?**

Coniugando l'efficienza organizzativa riscontrabile con i sistemi informatici con la progressiva semplificazione dei processi gestionali.

È appena stato lanciato il servizio "Richieste online" che consente agli iscritti di richiedere i rimborsi online, con forti ed evidenti vantaggi in termini di risparmio di costi, sia da parte del Fondo (ora presenti per la restituzione degli originali di spesa) sia da parte dell'associato. È un'altra significativa tappa della modernizzazione di FASCHIM iniziata nel 2011 con l'entrata in funzione del Ticket online, per richiedere appunto il rimborso del ticket, sviluppata con l'utilizzo sempre più massiccio del canale delle e-mail per comunicare con i nostri associati e ora giunta al servizio delle Richieste online. Possiamo considerarci certamente moderni e innovatori nel panorama dei Fondi di assistenza sanitaria integrativa, uno sforzo che dedichiamo alle persone con l'obiettivo di semplificare, snellire e velocizzare il loro rapporto con noi.

## 8) Sono impegni che richiedono sicuramente un notevole sforzo in termini di risorse, sia umane che economiche?

Certamente tutto ciò richiede un maggior coinvolgimento e un più esteso sostegno contributivo da parte della vasta base sociale interessata ad un sistema di protezione e di assistenza più completo e più partecipato, nella consapevolezza che, da solo, il sistema pubblico non è in grado di garantirlo se non è accompagnato da un complementare Welfare society autogestito, solidale, frutto della iniziativa concertata dei grandi soggetti collettivi portatori di interessi.

Richiede anche una maggiore attenzione da parte delle sedi decisionali della politica, come ad esempio sgravi fiscali sulla contribuzione e sul patrimonio accumulato e investito che, si badi bene, sono necessari per garantire maggiormente

le prestazioni e non per fare business speculativi, come anche una nuova normativa che incentivi lo sviluppo dei fondi sanitari riconoscendo così, in maniera tangibile, il ruolo positivo in termini di “supplenza” che svolgono e che saranno impegnati a praticare sempre più, nei confronti di compiti propri del SSN, spesso assolti malamente oppure in maniera del tutto insufficiente.

Sappiamo che i primi 10 anni di FASCHIM sono stati un bel percorso, che ha richiesto impegno ma allo stesso tempo ha regalato tante soddisfazioni, soprattutto per i nostri iscritti. Ma non ci fermiamo. Siamo pronti a svolgere con ancora maggior forza il nostro ruolo. Lo dobbiamo ai nostri lavoratori, alle aziende che credono in noi, alle parti sociali e fonti istitutive, alla società intera.

## Prospettive di sviluppo della sanità integrativa nell'ambito delle categorie professionali



Prendendo spunto da quanto evidenziato dal “48° Rapporto Censis 2014 sulla situazione sociale del Paese” rispetto al rischio di una progressiva scissione tra i giovani e lo stato sociale, con la conseguente rinuncia a prestazioni anche essenziali di Welfare e sanità e alla sfiducia crescente nelle coperture pensionistiche

future, è quanto mai opportuna una riflessione riguardo al ruolo che le Casse professionali intenderanno svolgere in questo mutato contesto.

Il progressivo emergere di nuovi fattori, quali, principalmente, l'incremento della speranza di vita con il conseguente invecchiamento medio della popolazione e con l'aumento delle patologie cronic-degenerative, combinato con le criticità e le dinamiche negative che contraddistinguono il settore sanitario pubblico nel suo complesso, mostrano in modo sempre più evidente, come il Servizio Sanitario Nazionale sarà sempre meno in grado di offrire risposte adeguate.

Sintomatico di questa situazione è il progressivo incremento della spesa privata in ambito sanitario “out of pocket”, quella spesa cioè a carico diretto dei cittadini, misurabile ormai in oltre 30 miliardi di euro annui, nonostante il livello di spesa sanitaria pubblica che pesa per oltre il 7% sul P.I.L. nazionale.

Un dato particolarmente significativo è, poi, costituito dal fatto che la spesa sanitaria privata è pagata in preponderante misura (per circa l'88% del suo ammontare) direttamente

dagli utenti, senza l'intermediazione e l'intervento di soggetti ad hoc (fondi sanitari, casse assistenza, compagnie assicurative). Questo fenomeno risulta ancora più accentuato se riferito alla parte di utenti appartenenti all'ambito del lavoro autonomo e delle libere professioni, rispetto a quanto avviene ed alle dinamiche in corso nell'area del lavoro dipendente laddove ormai vi è una consolidata presenza di fondi sanitari integrativi contrattuali.

L'opportunità di ricorrere a strutture e modalità di cura alternative rispetto al SSN risulta, inoltre, sempre più evidente rispetto alle criticità che lo contraddistinguono: strutture inadeguate ed inefficienti; eccessivi tempi di attesa; misura dei ticket che spesso rende “concorrenziale” il ricorso alle prestazioni private; aspettative degli utenti in termini di tempi/qualità dei servizi e di innovazioni tecnologico/scientifiche; significativa disomogeneità territoriale delle prestazioni garantite.

Situazione che ha tra le conseguenze anche il progressivo accentuarsi del fenomeno della cd. “sanità negata”, intesa come rinuncia o rinvio di prestazioni che risulterebbero necessarie a causa di motivi economici (in particolare modo quelle odontoiatriche che solitamente ricadono direttamente a carico dei cittadini).

E' evidente, quindi, come spazi progressivamente crescenti dovranno essere occupati dall'iniziativa “privata” e “mutualistica” e come la “sanità integrativa” dovrà ricoprire un ruolo sempre più importante e rilevante nella sanità italiana. Cosa si intende, però, più concretamente quando si parla di sanità integrativa e di fondi sanitari integrativi?

Nello specifico ed in modo schematico i soggetti che operano in questo settore, cioè le Casse sanitarie, i fondi sanitari integrativi e le società di mutuo soccorso sono individuabili

quali organizzazioni di natura prevalentemente privata che raccolgono, sia su base volontaria che obbligatoria, risparmio e risorse finanziarie di singoli cittadini/gruppi di cittadini oppure contribuzioni di gruppi di lavoratori su base contrattuale/negoziata, con l'obiettivo di fornire prestazioni di tipo sanitario e socio-sanitario che integrino quelle assicurate dal Sistema pubblico, senza finalità di lucro, mediante un secondo livello di assistenza sanitaria. I fondi possono assumere forma chiusa, ossia essere destinati a categorie o gruppi di lavoratori specifici (anche autonomi e liberi professionisti), ovvero forma aperta rivolta alla generalità dei cittadini e, rispetto alla pura iniziativa privata, risultano in grado, attraverso la loro specializzazione, di garantire sia l'opportunità di poter accedere alle strutture sanitarie più adeguate alle specifiche esigenze, che una razionalizzazione dei servizi e dei costi, in quanto organizzati sul principio della mutualità, grazie al quale l'impegno economico è frazionato su una popolazione più ampia, nonché un maggiore potere contrattuale nei confronti delle strutture e dei professionisti sanitari.

Tralasciando, poi, per motivi di spazio una pur sintetica analisi, occorre evidenziare come il percorso normativo volto a disciplinarne nel dettaglio ed in modo compiuto e organico l'ambito non sia ancora del tutto completato.

In riferimento, poi, ai principali fattori caratterizzanti che contraddistinguono i fondi sanitari integrativi, si possono individuare:

- la tipologia di gestione: è il fattore di differenziazione più rilevante e, semplificando all'estremo, si può rilevare come vi siano due categorie di fondi, quelli che organizzano e gestiscono direttamente i rapporti con gli iscritti e l'erogazione delle prestazioni e quelli che gestiscono tali attività attraverso un soggetto esterno, tipicamente un'assicurazione, e svolgono principalmente una funzione di *trait d'union* fra l'assicurazione e gli assistiti;
- la tipologia e l'ampiezza delle prestazioni offerte: che possono avere specificamente o contemporaneamente natura integrativa, prestazioni considerate "non essenziali" dai decisori pubblici ma comunque meritevoli di adeguata tutela a livello collettivo (tra l'ampia gamma in progressiva evoluzione delle prestazioni che possono considerarsi ricomprese in tale ambito, quelle senza dubbio di maggiore rilievo sono quelle riconducibili alle cure odontoiatriche, all'assistenza ed alla Long Term Care), complementare e sostitutiva rispetto a quelle garantite dal SSN o che possono privilegiare le situazioni ordinarie oppure di rischio. E' opportuno ricordare, inoltre, come il DM 27/10/2009 individui il dettaglio delle prestazioni integrative ed il fatto che a queste debba essere destinata una quota almeno pari al 20% delle risorse erogate dai fondi;
- l'estensibilità del servizio al nucleo familiare, ovvero

la possibilità o meno da parte del beneficiario diretto di estendere ed ampliare le tutele anche al proprio nucleo familiare;

- la politica contributiva, in base alle modalità previste per la modulazione e la determinazione delle quote contributive;
- la politica tariffaria di copertura delle prestazioni, in riferimento alle modalità di pagamento delle prestazioni in via diretta o di rimborso in termini percentuali oppure in somma fissa;
- il modello di assistenza che può prevedere forme di assoluta libertà per i beneficiari nella scelta della struttura e del professionista ai quali rivolgersi o forme, invece, di convenzionamento più o meno stretto.

Se l'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione sull'ambito delle libere professioni e del ruolo che possono e potranno assumere le Casse professionali, al fine di individuare percorsi e strategie concrete di sviluppo nell'ambito del "Welfare integrato" (concetto quanto mai inflazionato, anche a livello politico, ma che troppo spesso nella realtà rimane a livello ideale senza che se ne individuino modalità concrete di declinazione), in un'ottica di progressivo ampliamento della loro funzione "istituzionale" è opportuno partire da quello che è lo status quo.

In effetti ad oggi l'offerta è costituita prevalentemente, nella vasta maggioranza, dalla stipula in favore degli iscritti di polizze collettive che tipicamente garantiscono, come base, coperture nell'ambito dei grandi interventi e dei gravi eventi morbosi (solitamente, volontariamente ed a pagamento, ampliabili ai familiari ed estensibili ad ulteriori coperture), da prestazioni nell'area della Long Term Care e della non autosufficienza.

Le esperienze in corso dimostrano, però, come lo strumento del contratto assicurativo collettivo, ove a monte non vi sia stato un processo di analisi preliminare della collettività di riferimento e di selezione dei rischi, può rivelarsi come non adeguato in prospettiva e condurre a dinamiche di incremento dei costi difficilmente governabili. A testimoniarlo sono le frequenti e recenti disdette contrattuali da parte delle compagnie assicurative rispetto alle convenzioni stipulate con varie Casse previdenziali.

Secondo quali modalità potrebbe svilupparsi una forma di sanità/assistenza integrativa nell'ambito libero professionale?

L'obiettivo base dovrebbe essere volto alla realizzazione di forme di solidarietà mutualistica verticale a livello di una specifica categoria, ma ancora più opportunamente per evidenti motivi di incremento delle masse critiche, sarebbero auspicabili iniziative a carattere intercategoriale.

E in questo contesto, posto che anche nell'ambito della sanità integrativa il quadro normativo di riferimento assegna un ruolo fondamentale alle "parti sociali" in senso lato nell'istituzione

di fondi finalizzati a garantire coperture aggiuntive rispetto a quelle del pilastro pubblico e se ci riferiamo all'ambito delle libere professioni, in analogia a quanto disposto dal D.Lgs 252/2005 relativamente alla previdenza complementare, è evidente come i soggetti maggiormente vocati a svolgere questo ruolo di "player" siano proprio le Casse previdenziali ed assistenziali di categoria, soggetti in grado di garantire la stabilità e sostenibilità nel tempo dei piani sanitari messi a disposizione degli assistiti, anche ed in prospettiva attraverso la definizione di piani di accumulo integrati e di coperture assicurative o riassicurative più ampie, nonché di strategie in grado di ottimizzare gli adempimenti amministrativi e gestionali, attraverso lo sviluppo di sinergie e processi operativi comuni.

Può essere interessante, inoltre, prendere spunto da alcuni dati di fatto ed in particolare dal possibile confronto tra costi attualmente sostenuto dalla CNPADC per la polizza sanitaria base (e dalle quote per l'estensione volontaria delle coperture) ed i servizi offerti, con i costi e le coperture reperibili sul mercato relativamente ai fondi sanitari integrativi di varie tipologie e dimensioni.

In termini generali si può rilevare come il costo per iscritto sostenuto dalla CNPADC in relazione alla polizza sanitaria base sia pari a 99 euro e come, poi, il costo da sostenere per l'estensione delle coperture sia pari a 1.000 euro (così come per l'estensione ad ulteriori famigliari maggiorenni e 750 euro per i famigliari minorenni).

Posto che non vi sono termini di paragone diretti con realtà specificamente rivolte a categorie professionali e pur considerato che una lettura efficace dei dati occorre tenere in debito conto come si tratti di situazioni ben differenti rispetto a quelle che sarebbero proprie di un fondo destinato ad una categoria professionale ad adesione volontaria/semi volontaria, al fine di individuare classi di costo indicative degli standard di mercato si può fare riferimento alle realtà operanti sul mercato, piuttosto differenziate a livello dimensionale e come platea di riferimento. Occorre considerare, inoltre, come si tratti di fondi previsti a livello di contrattazione collettiva, ad adesione obbligatoria e con contribuzione principalmente a carico del datore di lavoro.

I dati medi di mercato indicano come il costo annuo di adesione ad un fondo sanitario integrativo sia mediamente inferiore al costo sostenuto per la polizza sanitaria, fatto in parte spiegabile con la numerosità ben differente degli universi di riferimento e delle masse finanziarie

complessive generate, oltre che con le dinamiche ed i fattori precedentemente sottolineati.

Concentrando, poi, l'attenzione sulla natura delle prestazioni offerte sia dalla polizza sanitaria base + integrativa offerta dalla CNPADC che dai fondi sanitari integrativi presi ad esempio, confrontando i vari "nomenclatori", si può osservare come, se non sovrapponibili, siano del tutto simili. Emerge, poi, come in termini economici (per es. diarie, quantificazione dei rimborsi, franchigie calcolate) le prestazioni garantite dai fondi siano migliorative rispetto a quelle della polizza sanitaria.

Risulta piuttosto evidente come alla luce del quadro generale tracciato, delle prospettive, della possibilità che a scadenza (in linea con quanto accaduto in altre realtà) non sia più possibile reperire una compagnia in grado di offrire una polizza sanitaria adeguata se non a condizioni economiche decisamente peggiorative, sia opportuna una approfondita riflessione sull'argomento, al fine di individuare le migliori soluzioni finalizzate a costruire un sistema di Welfare integrato sempre più efficace ed adeguato alle specifiche esigenze della ns. categoria ed in particolare dei giovani.

Altro elemento da considerare, da ultimo, è costituito da una recentissima risoluzione, n.107/E del 3/12/2014, attraverso la quale l'Agenzia delle Entrate ha esplicitato un principio piuttosto discutibile e piuttosto restrittivo nei confronti dei professionisti e lavoratori autonomi, affermando che gli stessi non possono avvalersi di quanto stabilito dall'art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR, risultano quindi indeducibili ai fini irpef, a differenza di quanto avviene per coloro che usufruiscono di redditi di lavoro dipendente, i contributi versati a fondi sanitari che abbiano esclusivamente fine assistenziale e non siano integrativi del SSN ai sensi dell'art. 9 del DLgs. N. 502/92 ed iscritto nell'apposita sezione dell'Anagrafe dei fondi sanitari.

La differenza tra i fondi sanitari integrativi "doc" e gli Enti e Casse aventi esclusivamente fine assistenziale consiste proprio nel fatto che gli uni hanno quale obiettivo quello di erogare prestazioni non comprese nei livelli assistenziali di assistenza del SSN, mentre gli altri possono riguardare anche prestazioni sostitutive rispetto alle stesse erogate dal SSN.

**Stefano Distilli**

*Dottore Commercialista e Delegato CNPADC in Aosta*

## Il Consiglio di Amministrazione



RENZO GUFFANTI  
**Presidente**  
 COMO



GIUSEPPE GRAZIA  
**Vice Presidente**  
 MESSINA



SIMONE DONATTI  
**Consigliere**  
 FIRENZE



ANNA FACCIO  
**Consigliere**  
 VICENZA



ANTONIO PASTORE  
**Consigliere**  
 TARANTO



GIUSEPPE PUTTINI  
**Consigliere**  
 NAPOLI



BARBARA TADOLINI  
**Consigliere**  
 GENOVA



MONICA VECCHIATI  
**Consigliere**  
 ROMA



SUSANNA ZELLER  
**Consigliere**  
*in rappresentanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*

## Il Collegio Sindacale



LUCIA AUTERI  
**Presidente**  
*in rappresentanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*



ROBERTO ALESSANDRINI  
**Componente Effettivo**  
*in rappresentanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze*



MICHELE DI BARTOLOMEO  
**Componente Effettivo**  
 PESCARA



PASQUALE FRANCO MAZZA  
**Componente Effettivo**  
 TRENTO



MONICA PETRELLA  
**Componente Effettivo**  
 L'AQUILA

## ABRUZZO

**Chieti:** BASCELLI Gabriele

**L'Aquila/Avezzano:** CARUGNO Salvatore

**Pescara:** DEGLI EREDI Maria Elena,  
SUFFOLETTA Giuseppina

**Teramo:** GRAZIANI Christian

**Vasto/Larino/Lucera:** MANES Adamo

## BASILICATA

**Matera/Castrovillari:** CARLOMAGNO  
Daniele\*

**Potenza/Sala C./Vallo L./Melfi:**  
ROMANIELLO Vito Antonio Maria\*

## CALABRIA

**Catanzaro:** LAVECCHIA Stefania

**Cosenza:** PERROTTA Sante Ivan

**Lamezia T./Paola:** DE LORENZO Sergio

**Locri/Vibo V./Palmi:** CALARCO Francesco

**Reggio Calabria:** DATTOLA Antonino

**Rossano/Crotone:** RILLO Pietro

## CAMPANIA

**Avellino:** TURTORO Antonella

**Benevento:** GROSSO Michele

**Caserta:** CRISTOFARO Luciano, GENTILE  
Giovanni

**Napoli:** BORGO Fabrizio, MICHELINO Mario,  
PALMA Salvatore, POLLICE Ernesto, RUOSI  
Alfredo, VITAGLIANO Giuseppe

**Napoli Nord:**

**Nocera Inferiore:** COPPOLA Mario

**Nola:** AMBROSIO Giovanni

**Salerno:** GALDI Massimo, INGENITO Valerio

**Torre Annunziata:** CORMUN Fioravante

## EMILIA-ROMAGNA

**Bologna:** BOSELLI Isabella, SPISNI Claudia,  
ZAMBON Teresa

**Ferrara:** VANNINI Simona

**Forlì/Cesena:** BERTOZZI Fausto

**Modena:** BACCHIEGA Federico

**Parma:** RAGIONIERI Paola

**Piacenza:** PERINI Marco

**Ravenna:** MORELLI Vincenzo

**Reggio Emilia:** FEDOLFI Elena

**Rimini:** ARCANGELI Paolo

## FRIULI-VENEZIA GIULIA

**Gorizia/Trieste:** FURLANI Renato

**Pordenone:** INGRAO Paolo

**Udine:** PEZZETTA Marco

## LAZIO

**Cassino:** CERNESI Mauro

**Frosinone:** BARTOLINI Sandro

**Latina:** D'ERME Federica

**Rieti/Tivoli:** QUARANTA Sonia

**Roma:** CARLETTI Leonardo, COLLETTI  
Massimo, COSENZA Gaetano, DE ROSSI

Massimo, DE STASIO Federico, PERTILE

Michela, RAVAZZIN Carlo, RINALDI  
Simionetta, SCARINCI Fabrizio, TRUDU

Alessandra, VILLANI Sandro

**Viterbo/Civitavecchia:** PATACCHINI Oreste

## LIGURIA

**Chiavari/La Spezia/Massa C.:** CERVONE  
Ermanno\*

**Genova:** MANELLA Claudia, PICCOLLO  
Alessandro

**Imperia/Sanremo/Savona:** GIRONI Franco

## LOMBARDIA

**Bergamo:** MANO Alessandro, SAITA Paolo

**Brescia:** BRAMBILLA Dario, DE PANDIS  
Giovanni, PICCINELLI Franco

**Busto Arsizio:** IANNI Roberto

**Como:** TOSTO Arianna

**Cremona/Crema/Lodi:** TANTARDINI  
Alessandro

**Lecco/Sondrio:** QUADRIO Vittorio

**Mantova:** MONTECCHIO Claudio

**Milano:** BOIOCCHI Marco, CARELLA  
Ernesto Franco, CIOCI Arianna, DELL'APA  
Roberta, MACELLARI Moreno, PIROTTA

Michele, RAZZA Giorgio, RESNATI Fabio  
Luigi, VITALE Italo, ZONCA Andrea Carlo

**Monza/Brianza:** GRASSO Aldo, PESSINA  
Fabio Enrico

**Pavia/Voghera:** LEGNANI Piero

**Varese:** DEL BENE Giuseppe

## MARCHE

**Ancona:** MARCHEGIANI Michela

**Ascoli P./Fermo:** CELLINI Massimo

**Macerata/Camerino:** MANCINELLI Luigi

**Pesaro/Urbino:** COVINO Giovanni

## MOLISE

**Campobasso/Lanciano/Isernia:**

CARUNCHIO Luigi Alfredo\*

## PIEMONTE

**Alessandria/Asti:** VICARIOLI Carlo

**Biella/Verbania/Vercelli:** TARRICONE Luigi

**Casale Monferrato/Tortona/Vigevano:**

OMODEO ZORINI Stefano\*

**Cuneo:** GROSSO Maurizio Giuseppe

**Novara:** BALLARE' Andrea

**Torino:** CRESTO Guido, QUER Luca, RESCA  
Marcello Alessandro, SANTAROSSA  
Verdiana Federica, TELESCA Stefania

## PUGLIA

**Bari:** BOCCIA Ferdinando, PICCARRETA

Saverio, TRENTADUE Raffaele

**Brindisi:** EPIFANI Vincenzo

**Foggia:** CATALANO Saverio

**Lecce:** CICIRILLO Pierantonio, TARANTINO

Pierluigi

**Taranto:** GAITA Daniela

**Trani:** PAGAZZO Domenico Francesco  
Stefano

## SARDEGNA

**Cagliari:** ANEDDA Sandro, OLLA Francesco

**Nuoro/Oristano/Tempio P.:** DETTORI

Giovanni Nicola

**Sassari:** MELONI Armando

## SICILIA

**Agrigento:** DULCIMASCOLO Calogero

**Caltanissetta/Nicosia/Enna/Caltagirone:**

RIBAUDO Piero

**Catania:** CAMINITO Giovanni, FRAGALA\*

Maria Luciana

**Marsala/Trapani:** CAMARDA Gerolamo

**Messina:** GALLETTI Stefano

**Palermo:** CRICCHIO Giovanni, LA VECCHIA  
Diego

**Patti/Barcellona Pozzo di Gotto:** ITALIANO  
Antonio

**Ragusa/Gela:** DI BLASI Giombattista

**Siracusa:** FARANDA Dino

## TOSCANA

**Arezzo:** TIEZZI Roberto

**Firenze:** CASTELLETTI Simone, CHECCONI  
Simona

**Livorno/Grosseto:** PICCHI Gianluca

**Lucca:** FAZZI Luciano

**Montepulciano/Siena/Terni:** PEPI Cesare\*

**Pisa:** CIUTI Andrea

**Pistoia:** LUMI Alessandro

**Prato:** RAVONE Filippo

## TRENTINO-ALTO ADIGE

**Bolzano:** NACHIRA Alessandro

**Trento:** MAZZURANA Fulvio

## UMBRIA

**Perugia:** BUGATTI Massimo

## VALLE D'AOSTA

**Aosta:** DISTILLI Stefano

## VENETO

**Belluno/Bassano D.G.:** CAMPANA

Alessandro

**Padova:** GUARNIERI Bruno, RIGATO Luca

**Venezia/Rovigo:** NALE Monica Umberta,  
LENARDA Sebastiano

**Verona:** CARLOTTI Alessandro, RUGGIERO  
Pier Giorgio

**Vicenza:** LEVANTE Alessandra, SIGOLA Licia

**Treviso:** PRETTO Gianni, RUGOLO Mirko

## Scadenze CNPADC 2015

31 MARZO	16 APRILE
Scadenza seconda rata M.av eccedenze 2014	Apertura SAT 2015 PCM
11 MAGGIO	1 GIUGNO
Chiusura SAT 2015 PCM	Termine pagamento prima rata minimi 2015 SDD/M.av - rata unica minimi 2015 SDD
30 GIUGNO	30 SETTEMBRE
Scadenza terza rata M.av eccedenze 2014 Termine pagamento contributo fisso tirocinanti 2015	Scadenza quarta rata M.av eccedenze 2014
OTTOBRE (data da definire)	2 NOVEMBRE
Apertura SAT 2015 PCE	Termine pagamento seconda rata minimi 2015 SDD - contributo di maternità 2015 SDD - seconda rata minimi 2015 e contributo maternità 2015 M.av
16 NOVEMBRE	15 DICEMBRE
Scadenza SAT 2015 PCE	Chiusura SAT 2015 PCE post scadenza Termine pagamento prima rata/rata unica eccedenze 2015

### Contributi minimi 2015 (scadenze 01/06/2015 – 02/11/2015)

Il **1° giugno 2015** scade il termine di pagamento della prima rata dei **contributi minimi 2015**.

Fino all'11 Maggio 2015 è possibile usufruire del **Servizio Online PCM** per effettuare il pagamento mediante addebito diretto in conto SDD. Coloro che non intendano usufruire di tale modalità di pagamento potranno utilizzare il bollettino M.av. (pagabile anche con Carta di Credito Dottori Commercialisti mediante il servizio MCC) che sarà pubblicato nel corso del mese di maggio, nella sezione "Documenti" dell'Area Servizi Online del sito web della Cassa.

Il **contributo di maternità 2015**, una volta definito nell'importo ed approvato dai Ministeri Vigilanti, per coloro che sceglieranno la modalità di pagamento tramite SDD sarà addebitato con valuta 02/11/2015, mentre, per coloro che sceglieranno la modalità di pagamento tramite M.av., il contributo di maternità sarà incluso nel bollettino della seconda rata con scadenza 02/11/2015.

### Certificazione versamenti anno 2014

La certificazione dei versamenti eseguiti nell'anno 2014 è disponibile nella sezione "Documenti", dell'Area Servizi Online del sito web della Cassa, dal 30 marzo 2015.



## Polizza Sanitaria

"Reale Mutua per la CNPADC" con un Piano Sanitario Base, **gratuito**, studiato appositamente per i Dottori Commercialisti con:

- Centinaia di Centri Medici convenzionati;
- Check up gratuito annuo presso i Centri Medici convenzionati;
- La comodità della consultazione online;
- Accesso 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- Possibilità di estensione a tutto il nucleo familiare;
- Possibilità di aderire ad un Piano Integrativo per personalizzare la propria Protezione.



## Accesso alla Rete Odontoiatrica Blue Assistance per Cnpadc

Integrazione della polizza sanitaria base per consentire l'accesso, a tariffe convenzionate, alla Rete Odontoiatrica Blue Assistance presente su tutto il territorio nazionale.



## Il Sole 24 ORE

Business Class Commercialisti Digital, una convenzione esclusiva con il Sole 24 Ore del nuovo prodotto in edizione digitale che include in un unico abbonamento:

- Il Sole 24 ORE in versione digitale e l'Archivio Storico;
- Il Quotidiano del Fisco (inclusa la formazione professionale);
- Gli articoli del sito;
- Il sole24ore.com senza limiti;
- Il Sistema Frizzera;
- Le Breaking news;
- Il Giornale di domani e il Buongiorno dal tuo amico Sole;
- Dossier, Guide, Ebook;
- Finanza24 e Tempo reale di borsa.

L'accesso alla piattaforma è gratuito per tutti gli "iscritti in contribuzione agevolata" che al termine del periodo di gratuità possono continuare ad usufruire del servizio al costo di Euro 245,00 + IVA all'anno. Prezzo, quest'ultimo, riservato anche ai futuri iscritti che hanno più di 35 anni di età. Per tutti gli altri iscritti il costo dell'accesso alla piattaforma è di Euro 275,00 + IVA all'anno.



## Banca Popolare Di Sondrio

- Mutui ipotecari, per liquidità, sostituzione e liquidità a tassi agevolati e concorrenziali rispetto a quelli di mercato;
- Prestito Online, riservato ai titolari di un conto corrente POPSO online o tradizionale, conferisce un importo finanziario massimo fino a Euro 30.000, ad un tasso nominale annuo variabile (pari alla media mensile dell'Euribor a tre mesi rilevata da Il Sole 24 Ore aumentata di 3 punti base). La durata varia da 12 a 84 mesi, con rimborso in rate mensili;
- Conto Corrente Online;
- Carta di Credito dei Dottori Commercialisti, che prevede più linee di credito, può essere utilizzata anche per pagare i bollettini M.av. emessi dalla Cassa mediante il servizio dedicato disponibile nei Servizi Online della CNPADC. Per ulteriori informazioni o approfondimenti visita il sito: [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it)



## NelDiritto Editore

- 15% di sconto sull'acquisto degli abbonamenti alla rivista giuridica online [www.neldiritto.it](http://www.neldiritto.it);
- 15% di sconto sull'acquisto di tutti i prodotti editoriali cartacei in catalogo;
- 15% di sconto sul prezzo di iscrizione a tutti i corsi e ai master di aggiornamento professionale e formazione dal vivo e online organizzati da NelDiritto.

*Hanno partecipato alla redazione di questo numero:*

*Fabio Angeletti  
Direttore Istituzionale*

*Luca Bravi  
Ufficio Accesso ai Servizi*

*Andrea Gerardi  
Responsabile Servizio Supporto*

*Luca Inglese  
Assistenza e Comunicazione Istituzionale*

*Marianna Mercuri  
Ufficio Consulenza Previdenziale Assistenziale Contributiva*

*Patrizia Mordenti  
Responsabile Ufficio Accesso ai Servizi*

*Sandro Nardi  
Dirigente Affari Legali e Generali*

*Barbara Sara  
Responsabile Divisione Supporto e Controllo*

cnpadc  
La Cassa dei  
Dottori Commercialisti  
**News**



CNPADC NEWS - PROFESSIONE & PREVIDENZA UNITE NELLA CRESCITA

Periodico telematico della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.  
Via Mantova 1 - 00198 Roma - Iscrizione Tribunale di Roma n. 10 del 26 gennaio 2012

**Direttore responsabile**  
Renzo Guffanti

© Riproduzione riservata