



Ente Bilaterale Nazionale Terziario

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E NUOVI BISOGNI: RUOLO E PROSPETTIVE PER I FONDI DEL SETTORE TERZIARIO

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E NUOVI BISOGNI: RUOLO E PROSPETTIVE PER I FONDI DEL SETTORE TERZIARIO



Ente Bilaterale Nazionale Terziario



ENTE BILATERALE NAZIONALE TERZIARIO

Via Marco e Marcelliano, 45 - 00147 Roma - Tel. 06/57305405
info@ebinter.it - ebinter@pec.it - www.ebinter.it

I SOCI



COME NASCE

L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario è un organismo paritetico costituito nel 1995 dalle Organizzazioni Nazionali Confindustria e Filcams - Cgil, Fisascat - Cisl e Uiltucs - Uil sulla base di quanto stabilito dal CCNL del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi. L'Ente ha natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue finalità di lucro.

GLI SCOPI

L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario ha tra i suoi scopi di incentivare e promuovere studi e ricerche nel settore Terziario, con riguardo alle analisi dei fabbisogni formativi, di promuovere iniziative in materia di formazione continua, formazione e riqualificazione professionale, anche in collaborazione con Istituti nazionali, europei, internazionali e di fornire e attuare procedure per accedere ai programmi comunitari finanziati dai fondi strutturali, con particolare riferimento al Fondo Sociale Europeo. Le azioni individuate dalle parti sociali vengono avviate dall'Ente sia sulla base delle proprie risorse sia ricorrendo all'apporto di professionalità esterne di Enti di formazione, Centri di Ricerca, Centri Studi.

LE ATTIVITÀ

Ricerche, Formazione/Progetti, Osservatorio Nazionale sul settore Terziario, Statistiche, Archivio della contrattazione decentrata. L'Ente è posto al centro di una rete capillare che comprende oltre 100 Enti Bilaterali territoriali costituiti su tutto il territorio nazionale. Nel corso di questi anni l'attività istituzionale di Ebinter è stata caratterizzata dalla partecipazione anche a progetti formativi finanziati dal FSE. L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario, avvalendosi della collaborazione di istituti di ricerca, ha realizzato e continua a realizzare, nel rispetto dei propri obiettivi istituzionali, una serie di pubblicazioni su temi di estrema attualità e di forte valenza per il sistema, in grado di valorizzare le esigenze e le specificità del settore terziario. Sono state editate nel corso di questi anni una serie di ricerche che hanno suscitato l'interesse di tutte le componenti sociali del sistema associativo. Altre iniziative sono state realizzate nel formato cd-rom nell'ottica di un sempre maggior sviluppo della formazione a distanza.



Società di Servizi della FISASCAT CISL

La Federazione di categoria della Cisl che rappresenta i lavoratori e le lavoratrici dei settori del Terziario, Turismo e Servizi, per i quali stipula i contratti collettivi nazionali, aziendali e territoriali.



La Sede Union Labor

Editore, Direzione, Amministrazione,
Pubblicità Union Labor Srl

Via dei Mille 56
00185 Roma

Tel. 06 853597
Fax. 06 8558057

Email. unionlabor@unionlabor.it





Ente Bilaterale Nazionale Terziario

**ASSISTENZA SANITARIA
INTEGRATIVA
E NUOVI BISOGNI:
RUOLO E PROSPETTIVE PER I
FONDI DEL SETTORE TERZIARIO**

Finito di stampare nel mese di febbraio 2025
Tipografia CSR - Roma

INDICE

Pag

1. Il ruolo dei fondi sanitari contrattuali nel sistema sanitario italiano.....	5
1.1. Gli strumenti in campo	6
1.2. Il quadro di regole vigente	9
2. L'assistenza sanitaria integrativa nel settore terziario.....	13
2.1. Ambito d'indagine	14
2.2. Le politiche contrattuali: fondi di riferimento e meccanismi di adesione.....	17
2.2.1. I fondi.....	17
2.2.2. Le soluzioni contrattuali	20
2.2.3. Nodi problematici	23
3. Le prestazioni dei fondi: punti fermi e nuove prospettive.....	25
3.1. Assistenza sanitaria e cambiamenti demografici	26
3.2. Le risposte dei fondi sanitari: il quadro generale	30
3.3. Il caso del fondo Est.....	33
3.4. Gli altri fondi del settore: una prima comparazione (con un focus sulla non autosufficienza)	38
4. Prime conclusioni	43
Bibliografia.....	47

1

Il ruolo dei fondi sanitari contrattuali
nel sistema sanitario italiano

1.1. Gli strumenti in campo

L'assistenza sanitaria integrativa costituisce, insieme alla previdenza complementare, uno dei temi tradizionali al centro delle politiche di welfare adottate dalle parti sociali attraverso la contrattazione collettiva. Il fenomeno ha origini lontane nel tempo, che possono essere fatte risalire alle prime esperienze ottocentesche delle società di mutuo soccorso, e nel corso degli anni ha visto la crescita di un sistema articolato di strumenti, spesso in concorrenza tra loro, mirati a fornire prestazioni sanitarie ai lavoratori appartenenti ad una determinata azienda, categoria professionale o settore produttivo.

Per quanto riguarda la fase precedente alla riforma del 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), già all'inizio del '900 si osservava un articolato sistema di "enti mutualistici" o "casce mutue", che garantivano coperture sul piano sanitario e assistenziale ai lavoratori e ai propri famigliari. Tali forme di (auto)tutela, che erano finanziate con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro, erogavano prestazioni a quanti si fossero trovati in condizione di bisogno a causa di malattia, infortunio o invalidità, compensando così il ruolo fino a quel momento limitato dello Stato su queste materie.

Secondo la definizione data in questa prima fase dal Ministero dell'agricoltura, dell'industria e del commercio, le società di mutuo soccorso possono essere definite come "associazioni formate di più persone che si obbligano di versare in una cassa comune e periodicamente contribuzioni fisse destinate a sovvenire quei soci che vengono per caso colpiti da una disgraziata evenienza della vita"¹. Le statistiche raccolte dallo stesso Ministero nel 1904 segnalano come, in quell'anno, nel nostro Paese operassero ben 6.535 società di mutuo soccorso².

Il nostro legislatore aveva in realtà riconosciuto sin dai primi tempi il valore di queste prime esperienze, emanando nel 1886 la prima legge sulle società operaie di mutuo soccorso, con cui venivano stabilite le condizioni attraverso le quali tali organismi potevano ottenere la personalità giuridica. L'ampia maggioranza delle casce e degli enti di mutuo soccorso, tuttavia, sviluppava le proprie attività al di fuori di questo quadro normativo di riferimento, dando luogo a esperienze di portata molto diversa a seconda delle varie realtà in cui operavano³.

¹ ISPETTORATO GENERALE DEL CREDITO E DELLA PREVIDENZA, *Le società di mutuo soccorso in Italia al 31 dicembre 1904 (Studio statistico)*, Roma, 1906, p. XXV.

² *Ibidem*.

³ Sul punto, per un approfondimento si rinvia all'analisi di M. STRONATI, *Dalle Società di mutuo soccorso alla Mutua sanitaria integrativa?*, in *Non Profit*, 2014, n. 1, pp. 189 ss.

Con la legge n. 883/1978, che ha posto le basi del sistema universalistico del SSN, il quadro complessivo dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese è notevolmente cambiato, con il passaggio da un modello di assistenza prevalentemente indiretto, quale quello fondato sugli enti mutualistici, a uno di assistenza diretta, in cui la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute è affidata allo Stato.

Nonostante questo fondamentale cambio di approccio del legislatore italiano sulla materia, anche dopo il 1978 sono comunque rimasti aperti importanti spazi per lo sviluppo di soluzioni autonome e integrative rispetto a quanto previsto dal sistema pubblico, che mantengono tuttora alcuni dei tratti mutualistici delle esperienze originarie. Sotto questo aspetto, di fondamentale importanza nella promozione di tali misure è stato senza dubbio il ruolo degli attori delle relazioni industriali, che hanno promosso attraverso la contrattazione collettiva misure di natura differente.

Nello specifico, in un primo periodo, che si può far risalire agli anni Settanta-Ottanta del secolo scorso, la contrattazione aziendale e di gruppo in alcune realtà particolarmente floride del nostro Paese ha istituito e reso operativi numerosi fondi aziendali di assistenza sanitaria, a cui si sono aggiunti i primi fondi sanitari di categoria. Tra le esperienze maggiormente significative sorte in questo periodo, si segnalano in particolare i fondi aziendali di alcune storiche imprese pubbliche (è il caso, ad esempio, dell'Associazione per l'assistenza sanitaria integrativa dei lavoratori Sip, del Fondo integrativo sanitario dell'Eni e dell'Associazione nazionale ricreativa culturale e assistenziale dei dipendenti Enel), i primi fondi di categoria dei giornalisti (Cassa autonoma di assistenza sanitaria dei giornalisti italiani), dei dirigenti d'impresa industriale (Fasi) e dei dirigenti di aziende commerciali (Fasdac), così come le peculiari esperienze del Caspie (Cassa autonoma di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto di emissione) e del Casdic, che garantivano tutele assistenziali e sanitarie ai lavoratori di vari gruppi bancari.

A seconda di quanto stabilito nel regolamento di tali organismi, possono essere distinti i fondi "esclusivamente integrativi del SSN" (quali ad esempio Assils e Arca Enel), che per poter accedere a qualsiasi forma di prestazione privata, anche ambulatoriale e specialistica, richiedevano l'autorizzazione amministrativa da parte degli organi del fondo, e i fondi "parzialmente sostitutivi del SSN" (quali ad esempio tutti i fondi di categoria finora menzionati) che non richiedevano alcuna autorizzazione per poter fruire di prestazioni specialistiche e ambulatoriali⁴

⁴ Cfr. G. CAZZOLA, *La sanità liberata. Il mercato possibile per la tutela della salute*, Il Mulino, 1997, p. 80, a cui si rinvia anche per approfondire le modalità di finanziamento, funzionamento e

Secondo le principali stime del periodo (che ricomprendono, oltre ai primi fondi sanitari aziendali e di categoria, anche le mutue territoriali) oltre 2 milioni di cittadini risultavano complessivamente coperti da una qualche forma di sanità integrativa⁵.

In una seconda fase, invece, anche alla luce dei primi importanti interventi normativi del legislatore che hanno introdotto un quadro strutturale di regole e un primo sistema di agevolazioni fiscali, il fenomeno è andato a consolidarsi. Da un lato, le parti sociali, attraverso la contrattazione collettiva, hanno istituito numerosi fondi sanitari contrattuali, specialmente a livello di categoria, che hanno affiancato e gradualmente assorbito le tante esperienze aziendali e di gruppo presenti fino a quel momento, con l'obiettivo di estendere le tutele sanitarie integrative a una platea sempre più ampia dei lavoratori, uscendo dai confini delle singole imprese.

In via parallela allo sviluppo di queste forme bilaterali di sanità integrativa, si è sviluppato un esteso sistema di casse sanitarie, esterne rispetto al mondo sindacale, che sono promosse da società che operano nell'ambito del welfare aziendale o da broker assicurativi e che prevedono, mediante meccanismi a rimborso, l'erogazione di prestazioni sanitarie alternative ovvero aggiuntive rispetto a quanto previsto dai fondi sanitari contrattuali, per i lavoratori delle aziende che aderiscano a tali enti.

8

Inoltre, in molti contesti aziendali l'attività delle casse e degli enti è stata affiancata (o integralmente sostituita) da soluzioni autonome, tuttora molto diffuse, adottate in maniera diretta e unilaterale dalle aziende. In questi termini, da un lato le imprese possono stipulare apposite convenzioni con strutture sanitarie abilitate. In questo modo, il datore di lavoro garantisce direttamente ai propri dipendenti l'erogazione di specifici servizi sanitari e assistenziali, per i quali sono previsti benefici fiscali *ad hoc* dalla normativa vigente (c.d. welfare diretto). Dall'altro lato, è possibile che sia il lavoratore a sostenere direttamente tali spese, che saranno poi rimborsate dal datore di lavoro a seguito della presentazione della fattura e/o scontrino fiscale (c.d. welfare rimborsuale).

Allo stato attuale, quindi, nel campo dell'assistenza sanitaria è presente un insieme variegato di soluzioni, che si sviluppa nell'ambito di un quadro normativo articolato e si intreccia in maniera molto forte con un corposo sistema di agevolazioni fiscali, che è utile ripercorrere sinteticamente in questa parte introduttiva.

gestione amministrativa di questi primi fondi.

⁵ Cfr. *ivi*, p. 82.

1.2. Il quadro di regole vigente

Per quanto riguarda le casse e i fondi sanitari, questi possono essere distinti tra fondi di tipo A e fondi di tipo B. I primi operano ai sensi dell'art. 9 del D. Lgs. n. 502/1992 e sono soggetti a limiti legali molto stringenti sul piano sanitario, dato che non possono offrire agli utenti prestazioni destinate a sostituire quelle del Servizio Sanitario Nazionale e possono al massimo garantire il rimborso del ticket sanitario per la prestazione erogata dal sistema pubblico.

I fondi di tipo B, invece, svolgono la propria attività in linea con quanto prevede l'art. 51, comma 2, lett. a del TUIR, che regola il funzionamento di "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente natura assistenziale". Si tratta, in questo secondo caso, di un quadro di regole meno rigido, che consente a fondi e casse sanitarie di offrire prestazioni anche sostitutive rispetto a quelle garantite dal SSN, se previsto dal regolamento. Nell'ambito dello stesso quadro normativo operano inoltre le varie casse sanitarie aziendali e interaziendali.

I contributi versati ai fondi (sia di tipo A che di tipo B) sono deducibili dal reddito complessivo del contribuente, fino ad un massimo di 3.165,20 euro e in quanto tali non costituiscono reddito da lavoro dipendente.

Con specifico riferimento ai fondi di tipo B, l'applicazione delle agevolazioni fiscali è tuttavia subordinata al rispetto di due condizioni. In primo luogo, il contributo da destinare al fondo deve essere riconosciuto dal datore di lavoro volontariamente o in conformità a disposizioni di contratto collettivo o di accordo o di regolamento aziendale. Inoltre, il fondo deve dimostrare di aver destinato almeno il 20% delle proprie erogazioni a prestazioni di assistenza odontoiatrica, assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti e prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio. Si tratta in tutti questi casi di prestazioni non comprese nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale, ossia prestazioni integrative rispetto a quanto già previsto dal sistema pubblico.

Le soluzioni autonome, costituite dalle forme di welfare diretto o rimborsuale, invece, si sviluppano nel quadro di agevolazioni fiscali previsto dal TUIR, rispettivamente, all'art. 51, comma 2, lett. f (per quanto riguarda il welfare diretto) e all'art. 51, comma 2, lett. h (per quanto riguarda il welfare rimborsuale). Nel primo caso, le misure non costituiscono reddito da lavoro dipendente nel caso in cui siano riconosciute dal datore di lavoro volontariamente o in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale oppure qualora vengano offerte alla generalità dei

dipendenti o a categorie di dipendenti e ai familiari. Per quanto riguarda invece le prestazioni oggetto di rimborso (c.d. welfare rimborsuale) queste non costituiscono reddito da lavoro dipendente se le somme sono trattenute al lavoratore per tali oneri sanitari o se le erogazioni per tali spese del datore di lavoro sono effettuate in conformità a contratti collettivi o ad accordi e regolamenti aziendali.

Un discorso a parte va infine svolto in merito alla possibilità, per le aziende, di sottoscrivere in maniera diretta le polizze sanitarie promosse dalle compagnie assicurative. In una prima fase, alle aziende non veniva consentito in alcuna occasione di accedere alle agevolazioni fiscali previste dal TUIR in caso di versamento di contributi alle assicurazioni sanitarie. In tutti i casi, quindi, il premio versato alle assicurazioni concorreva alla formazione del reddito da lavoro dipendente del lavoratore.

La situazione è parzialmente mutata dopo il 2017, grazie ad alcuni interventi del legislatore e dell'Agenzia dell'entrate. Con l'introduzione della lettera *f-quater* al comma 2 dell'art. 51 del TUIR, è stato infatti stabilito che i contributi e i premi versati dal datore di lavoro per prestazioni, anche in forma assicurativa, riguardanti il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o il rischio di gravi patologie, non concorrono a formare reddito, nel caso in cui siano concessi in favore della generalità o a specifiche categorie di dipendenti.

10

Come successivamente precisato dall'Agenzia delle entrate⁶, si tratta, nello specifico, delle polizze che assicurano malattie di lungo corso e malattie gravi. Tra queste, rientrano anche le polizze assicurative a tutela dei lavoratori contro i rischi da Covid-19⁷. Si tratta di prodotti assicurativi che, nel corso dell'emergenza pandemica hanno svolto un ruolo fondamentale per supportare in maniera efficace la piena ripresa in sicurezza delle attività e garantire tutele adeguate ai lavoratori⁸, e che oggi trovano un esplicito riconoscimento nella disciplina fiscale in vigore.

Attualmente, quindi, i premi versati dal datore di lavoro a polizze che assicurano malattie di lungo corso, malattie gravi e gli specifici rischi da Covid-19, in favore della generalità o di specifiche categorie di dipendenti, non concorrono alla formazione del reddito imponibile dei lavoratori beneficiari.

⁶ Cfr. circ. n. 5/E/2018.

⁷ Su questi specifici prodotti assicurativi e sul relativo regime fiscale cfr. circ. n. 11/E/2020.

⁸ Sul punto, si veda M. DALLA SEGA, S. SPATTINI, *Ruolo della contrattazione collettiva nel ricorso al welfare aziendale per fronteggiare le conseguenze dell'emergenza Covid-19*, in D. GAROFALO, M. TIRABOSCHI, V. FILI, F. SEGHEZZI, *Welfare e lavoro nella emergenza epidemiologica. Contributo sulla nuova questione sociale*, ADAPT University Press, 2020, pp. 126 ss.

Tabella 1. Forme sanitarie integrative presenti nel sistema italiano

Modalità	Riferimento normativo
1. Fondi sanitari integrativi del SSN	Art. 9, D. Lgs. n. 502/1992
2. Enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale	Art. 51, c. 2, lett. a, TUIR
3. Erogazione diretta, tramite convenzioni, di servizi sanitari, medicina preventiva e diagnostica, <i>check-up</i> , cure specialistiche, terapie e riabilitazione	Art. 51, c. 2, lett. f, TUIR
4. Assicurazioni sanitarie per malattie di lungo corso, malattie gravi e rischi da Covid-19	Art. 51, c. 2, lett. <i>f-quater</i> , TUIR
5. Rimborso spese sanitarie	Art. 51, c. 2, lett. h, TUIR

Fonte: Elaborazione ADAPT

Nella presente ricerca, nell’ottica di procedere con una analisi di relazioni industriali, ci si concentrerà solo su una parte specifica di tali strumenti, ossia i “fondi sanitari contrattuali”, che sono istituiti e sviluppati dalle parti sociali attraverso la contrattazione collettiva ai diversi livelli e rappresentano, secondo le ultime stime, le forme sanitarie integrative maggiormente diffuse nel nostro contesto nazionale. Si tratta, in tutti i casi, di fondi di tipo B⁹, che operano nel (leggero) quadro di regole previsto dall’art. Art. 51, comma 2, lett. *a* del TUIR, e che possono quindi prevedere non solo prestazioni extra LEA, ma anche misure sostitutive e complementari rispetto a quanto già previsto dal SSN.

⁹ Come precisato in CGIL, *Audizione nell’ambito dell’indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria nel quadro dell’efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute in materia di Sanità Integrativa*, Senato della Repubblica, 1° marzo 2023, p. 3 tutti i fondi sanitari istituiti e promossi dalle parti sociali attraverso i contratti collettivi sono fondi di tipo B.

Tabella 2. Fondi attestati presso l'anagrafe del Ministero della salute (stime)

Anno	Fondi attestati	Fondi di tipo A	Fondi di tipo B	Totale iscritti
2019	318	12	306	14.715.200
2020	318	12	306	15.303.808
2021	321	12	309	15.609.884

Fonte: CENTRO STUDI E RICERCHE ITINERARI PREVIDENZIALI (a cura di), *Decimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2022, 2023*

Lo scopo principale del contributo è quello di approfondire quale sia, allo stato attuale, il ruolo effettivo dei fondi sanitari contrattuali nel sistema sanitario italiano, con particolare attenzione alle soluzioni promosse, attraverso la contrattazione collettiva, nel settore terziario. Saranno quindi ricostruiti, nell'ambito del paragrafo 2, i "modelli" di sviluppo dei fondi nei principali sistemi contrattuali del settore, i meccanismi di finanziamento e alcuni specifici nodi problematici emersi nel corso degli anni, con le relative soluzioni individuate a livello giurisprudenziale e di prassi amministrativa. Seguirà poi, nel paragrafo 3, un focus sulle prestazioni erogate dai fondi, prendendo innanzitutto a riferimenti i (pochi) dati aggregati forniti a livello pubblico, per poi orientare maggiormente l'analisi sul settore terziario, attraverso l'analisi dei piani sanitari previsti dai principali fondi di settore. Infine, alla luce di quanto emerso dall'analisi, saranno delineate alcune prime considerazioni conclusive sul ruolo attuale e potenziale dei fondi contrattuali nell'ambito del nostro sistema sanitario nazionale, nonché sui prossimi passi che potranno compiere le parti sociali per sviluppare in maniera maggiormente incisiva la propria azione contrattuale sulla materia.

2

L'assistenza sanitaria integrativa
nel settore terziario

2.1. Ambito d'indagine

L'obiettivo principale della ricerca, come evidenziato anche nel titolo, è quello di indagare come si sviluppa attualmente e come potrebbe evolversi in futuro l'attività dei fondi di assistenza sanitaria nell'ambito di una specifica area del mercato del lavoro del nostro Paese, ossia il macro-settore terziario, distribuzione e servizi (d'ora in avanti anche "TDS"). Si tratta, come certificato periodicamente da INPS e CNEL, di uno dei settori produttivi in cui si registra il maggior tasso di attivazione della contrattazione di primo livello. Nel 2023, nell'ambito del macro-settore che il CNEL identifica come "H - Terziario, distribuzione e servizi" e che si articola al suo interno in 13 diversi settori contrattuali, erano ben 244 i contratti nazionali di categoria censiti, per un tasso di copertura complessivo, indicato sulla base dei dati Uniemens, di 5.107.719 lavoratori e 875.604 aziende¹⁰.

A fronte di un numero così alto di contratti, è chiaro sin da subito che, per mappare e analizzare le soluzioni contrattuali sulla materia della sanità integrativa, sia necessaria una selezione preliminare, basata su due diversi fattori.

Da una parte, al fine di individuare i contratti maggiormente diffusi e applicati all'interno del macro-settore, sono stati individuati quei CCNL che, secondo i dati provenienti dalle denunce retributive e contributive mensili Uniemens presentate dai datori di lavoro all'INPS, nel 2023 si applicavano a più di 1.000 lavoratori.

In secondo luogo, è parso necessario considerare, in coerenza con quanto disposto dall'art. 51 del d.lgs. n. 81/2015, i contratti sottoscritti da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. Sotto questo aspetto, sul fronte delle organizzazioni sindacali firmatarie, sono stati quindi presi a riferimento quei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti esclusivamente dalle federazioni di Cgil, Cisl e Uil che operano nel macro-settore terziario, ossia Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uiltucs-Uil.

Nel rispetto di questi due fattori sono stati quindi selezionati 23 contratti, elencati nella tabella 3, che fanno riferimento a sistemi di relazioni industriali differenti, e si applicano complessivamente, secondo i flussi Uniemens relativi al 2023, a 4.908.767 lavoratori e 845.991 imprese.

¹⁰ Media annuale flusso Uniemens 2023.

Tabella 3. Elenco dei principali CCNL applicati nel macro-settore terziario, distribuzione e servizi

CCNL	Parti firmatarie	Data di sottoscrizione ultimo rinnovo	n. imprese	n. tot. lavoratori	Cod. contratto Cnel
CCNL aziende del terziario della distribuzione e dei servizi (CCNL Confcommercio)	Confcommercio – Imprese per l'Italia e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	22-3-2024	377.869	2.428.348	H011
CCNL per i dipendenti da aziende dei settori pubblici esercizi, ristorazione collettiva e commerciale e turismo (CCNL Fipe)	Fipe - Confcommercio, Angem, Legacoop produzione e servizi, Federlavoro e servizi Confcooperative, Agci e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil (Ugl in firma separata)	5-6-2024	93.830	670.428	H05Y
CCNL turismo (CCNL Federalberghi)	Federalberghi, Faista con l'assistenza di Confcommercio – Imprese per l'Italia e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	5-7-2024	87.329	578.488	H052
CCNL dipendenti degli studi professionali (CCNL Confprofessioni)	Confprofessioni e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	16-2-2024	129.638	327.574	H442
CCNL Distribuzione Moderna Organizzata (CCNL Federdistribuzione)	Federdistribuzione e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil (in firma separata UGL Terziario)	23-4-2024 (con riferimento ad assistenza sanitaria da coordinare con intesa del 27-11-2019)	184	206.730	H008
CCNL Acconciatura, Estetica, Tricologia non curativa, Tatuaggio, Piercing e Centri Benessere (CCNL Confartigianato benessere)	Cna unione benessere e sanità, Confartigianato benessere acconciatori, Confartigianato benessere estetica, Casartigiani, Claii Federnas Unamem e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	20-5-2024	58.378	134.836	H515
CCNL per i dipendenti da istituti e imprese di vigilanza privata e servizi fiduciari (CCNL Anivp)	Anivp, Assvigilanza, Univ e Ficalms- Cgil, Fisascat-Cisl	16-2-2024	1.307	82.339	HV18
CCNL dipendenti delle farmacie private (Federfarma)	Federfarma e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	7-9-2021	16.324	77.146	H121
CCNL per i dipendenti da aziende del terziario della distribuzione e dei servizi (Confesercenti)	Confesercenti e Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil, Filcams-Cgil (in firma separata Ugl Terziario)	23-3-2024	11.013	75.330	H012

CCNL per i dipendenti da imprese della distribuzione cooperativa (CCNL Ancc Coop)	Ancc Coop, Confcooperative, Agci e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	29-3-2024	1.846	68.609	H016
CCNL settore turismo (CCNL Assoturismo)	Assoturismo, Asshotel, Assocamping, Assoviaggi, Fiba, Fiepet, Confesercenti e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uiltucs-Uil	22-7-2024	11.654	59.405	H058
CCNL dipendenti da proprietari di fabbricati (CCNL Confedilizia)	Confedilizia e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	26-11-2019	28.936	37.713	H401
CCNL Industria turistica (CCNL Federturismo Confindustria)	Federturismo Confindustria; Confindustria Aica e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	14-11-2016	954	31.694	H05B
CCNL per i dipendenti degli impianti e delle attività sportive profit e no profit (CCNL Asc-Fiis)	Confederazione italiana dello Sport assistita da Confcommercio Imprese per l'Italia e Slc-Cgil, Fisascat-Cisl, Uilcom-Uil	30-5-2022	6.830	29.628	H077
CCNL per i dirigenti di aziende del Terziario, della distribuzione e dei servizi (CCNL Dirigenti Confcommercio)	Confcommercio Imprese per l'Italia e Manageritalia	12-4-2023	8.080	26.841	H021
CCNL per i dipendenti da Istituti e Imprese di vigilanza privata e servizi fiduciari (Assicurazione Confesercenti)	Assicurazione Confesercenti, Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl	8-4-2013	129	18.465	HV19
CCNL per i dipendenti delle imprese di viaggi e turismo (CCNL Fiavet)	Fiavet con l'assistenza di Confcommercio Imprese per l'Italia e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	26-7-2024	2.540	14.030	H04Z
CCNL per i dipendenti di aziende ortofrutticole ed agrumarie (CCNL Fruitimprese)	Fruitimprese e Flai-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	19-7-2024	529	8.957	H341
CCNL dipendenti per le farmacie municipalizzate (CCNL Assofarm)	Assofarm e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	7-7-2022	327	5.492	H124
CCNL per i dipendenti da agenti immobiliari professionali e da mandatari a titolo oneroso (CCNL Fiaip)	Fiaip e Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uiltucs-Uil	7-6-2021	2.896	4.997	H0B1
CCNL per il personale dipendente da imprese esercenti Servizi Ausiliari, Fiduciari e Integrati resi alle imprese pubbliche e private (CCNL Più Servizi)	Associazione Più Servizi, Anisi, Anivp, Federsicurezza Confcommercio e Uiltucs-Uil	16-1-2013	218	4.414	H701

CCNL per i dipendenti da aziende esercenti la lavorazione, il commercio, il trasporto, l'esportazione e l'importazione all'ingrosso di fiori freschi recisi, verde e piante ornamentali per imprese commerciali, consorzi o cooperative e G.E.I.E. (CCNL Ancef)	Ancef e Flai-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil	30-3-2023	326	1.315	H201
---	---	-----------	-----	-------	------

Fonte: In merito al campo di applicazione dei Contratti Collettivi sono stati presi a riferimento i dati relativi al 2023 forniti da Inps e Cnel sulla base delle dichiarazioni Uniemens

2.2. Le politiche contrattuali: fondi di riferimento e meccanismi di adesione

Entrando nel merito dei sistemi nazionali di “welfare contrattuale” promossi dai CCNL in questione, per quanto attiene all'assistenza sanitaria integrativa, si rileva l'esistenza di alcuni punti di riferimento comuni, che riguardano la presenza di alcuni grandi fondi, i quali operano in sistemi contrattuali differenti, e la consolidata presenza di meccanismi di adesione automatica dei lavoratori. Questi meccanismi contrattuali, che obbligano le aziende a iscrivere i propri dipendenti ai fondi, se da un lato garantiscono un ampio tasso di copertura delle soluzioni sanitarie integrative, dall'altro lato, negli anni, sono stati oggetto di alcune specifiche questioni interpretative di particolare importanza, affrontate dalla giurisprudenza e dalla prassi amministrativa. È bene quindi affrontare, nell'ambito del presente paragrafo, tutti questi nodi operativi, prima di passare in rassegna le diverse tipologie di prodotti sanitari assicurati dai fondi.

2.2.1. I fondi

Nel ricostruire le soluzioni negoziali adottate nel settore terziario, si osserva subito come, nonostante l'ampio numero di contratti collettivi analizzato, le previsioni contrattuali si concentrano principalmente su alcuni grandi fondi settoriali o intersettoriali, in linea con il processo di accentramento delle risorse verso enti di grandi dimensioni in atto già da diversi anni, non solo nel settore terziario. Risulta evidente, del resto, come per gestire la sempre più ampia gamma di prestazioni sanitarie richieste dai lavoratori e i relativi costi, occorranza strutture di ampie dimensioni, che i fondi aziendali e interaziendali (molto diffusi in passato) non riescono più a garantire. Il baricentro delle soluzioni si sposta quindi, nella maggior parte dei sistemi contrattuali, verso il livello categoriale e intercategoriale.

Per quanto riguarda nello specifico il settore terziario, si osserva concretamente come una parte importante (anche in termini di numeri complessivi) dei contratti collettivi analizzati preveda l'adesione dei lavoratori al fondo Est, costituito nel 2005 da parte di Confcommercio, Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl e Uiltucs in attuazione di un accordo recepito dal CCNL Confcommercio e poi esteso negli anni ad altri sistemi contrattuali. Nello specifico, tra i contratti indicati nella tabella 3, il fondo Est rappresenta ad oggi la soluzione sanitaria integrativa di riferimento dei CCNL Confcommercio, Fipe, Federdistribuzione, Assofarm, Asc-Fiis, Fruitimprese, Ancef, Fiavet.

Di particolare rilievo, per confermare questa tendenza generale di sviluppo, è quanto avvenuto nel campo della distribuzione moderna organizzata, che a partire dal 2018 ha visto la nascita del nuovo CCNL Federdistribuzione, che fuoriesce dal campo di applicazione del CCNL Confcommercio, nell'ottica di una maggiore specializzazione dei trattamenti economici e normativi previsti a livello nazionale, per meglio rispondere alle esigenze delle imprese (prevalentemente di medio-grandi dimensioni) del settore. Si tratta di un processo che, tuttavia, non ha ricompreso le soluzioni di welfare contrattuale, *in primis* quelle in materia di sanità integrativa. Come espressamente indicato nell'accordo sulla materia del 27 novembre 2019, le parti sociali del settore, contrariamente alla scelta iniziale indicata nel CCNL del 2018 di istituire un nuovo fondo di assistenza sanitaria, hanno confermato anche per le aziende della distribuzione moderna organizzata il ruolo di riferimento del fondo Est.

Quello del fondo Est, in sintesi, rappresenta un vero e proprio modello "confederale", attraverso il quale sono coperti con lo stesso fondo diversi settori regolamentati dalle varie associazioni datoriali e federazioni sindacali aderenti alla medesima confederazione (in questo caso Confcommercio). Come dimostra poi il caso della distribuzione moderna organizzata, tali soluzioni sono poi estese anche al di fuori del sistema Confcommercio, in seguito a processi di coordinamento sviluppati dalle parti sociali. Complessivamente, il fondo raccoglie le adesioni di 264.177 aziende, per un totale di 2.174.590 dipendenti iscritti¹¹

Un modello "confederale" è presente anche per i contratti siglati dalle associazioni aderenti a Confesercenti (CCNL Confesercenti, CCNL Assoturismo) in merito al fondo Aster, per il CCNL Confprofessioni e il CCNL Ancc Coop, che fanno riferimento rispettivamente ai fondi Cadiprof e Cooper-salute, nonché per il CCNL Confartigianato benessere, che prevede l'ade-

¹¹ Tali dati, aggiornati al 31 dicembre 2023, sono reperibili sul sito del fondo Est, www.fondoeest.it.

sione al fondo San.Arti, che costituisce il principale fondo confederale per tutte le realtà dell'artigianato.

Quanto agli altri sistemi contrattuali, si rileva poi la presenza di alcuni importanti fondi settoriali, promossi e valorizzati dalle organizzazioni datoriali e dalle federazioni sindacali nell'ambito di uno specifico settore. È il caso, ad esempio, del fondo Fast nel settore turistico-ricettivo (CCNL Federalberghi), del fondo Fasiv nell'ambito della vigilanza privata (CCNL Anivp) e del fondo Fontur nel contesto dell'industria turistica (CCNL Federturismo Confindustria).

Peculiare è anche la disciplina dei quadri, per i quali sono previsti prodotti sanitari differenti, con importi di finanziamento e prestazioni diverse. Nell'ambito del sistema Confcommercio opera la cassa di assistenza sanitaria per i quadri del settore terziario "Qu.A.S.", una storica istituzione paritetica del settore. L'istituzione di tale cassa, nel 1989, ha infatti rappresentato il primo passaggio-chiave per creare un sistema bilaterale nazionale di tutele nell'ambito del settore terziario¹². Nella stessa ottica, per quanto riguarda il sistema Confesercenti opera la mutua sanitaria Hygeia, mentre il CCNL Assofarm, per i quadri, prevede l'adesione ad un piano sanitario convenzionato, che riconosce a tale categoria di lavoratori le medesime prestazioni sanitarie rivolte ai dipendenti.

Per quanto riguarda i dirigenti, invece, dall'analisi del CCNL Dirigenti Confcommercio emerge un sistema autonomo, che segue logiche di categoria e non di settore, dato che è prevista l'adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria per i dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto e spedizioni, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime (Fasdac), che garantisce tutele sanitarie ai dirigenti che svolgono la propria attività in diversi sistemi contrattuali. Si tratta, in generale, di misure di portata più ampia rispetto a quelle previste per i dipendenti, visto anche il livello di contribuzione molto più elevato previsto a carico di aziende e lavoratori a livello contrattuale.

Infine, per avere un quadro completo sui fondi operanti nel macrosettore, è utile segnalare una particolarità relativa ai lavoratori a cui si applicano il CCNL Confcommercio, Federalberghi e Anivp che risultavano iscritti prima del 2011 alla Cassa di assistenza sanitaria integrativa "Sanimpresa" per Roma e provincia: per questi ultimi viene ancora riconosciuta la possibilità di iscrizione a tale cassa territoriale, che integra le prestazioni erogate dal rispettivo fondo nazionale con misure ulteriori.

¹² Cfr. su questo punto M.C. CIMAGLIA, *Il sistema della bilateralità nel terziario e nel turismo*, in S. LEONARDI (a cura di), *Rapporto sulla bilateralità nel terziario*, Ediesse, 2014, pp. 55 ss.

2.2.2. Le soluzioni contrattuali

Dopo aver compiuto una rassegna dei fondi di riferimento, pare a questo punto opportuno entrare nel merito delle soluzioni contrattuali, con l'obiettivo di comprendere chi sono i destinatari delle prestazioni sanitarie e attraverso quali "modelli" di adesione e contribuzione vengono promosse queste misure.

Prendendo a riferimento i contratti riferiti al sistema Confcommercio, si osserva come tutti i CCNL in esame includono nelle coperture sanitarie obbligatorie i lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato, a tempo pieno o parziale. In alcuni casi le parti riconoscono altresì la possibilità di iscrizione anche ai lavoratori con contratto a tempo determinato di durata iniziale superiore ai 3 mesi, qualora ne venga fatta richiesta per iscritto all'atto dell'assunzione, con esplicita assunzione a proprio carico dell'intero onere (CCNL Federalberghi, Fiavet, Fipe). Nello specifico caso del CCNL Fruitimprese poi, la copertura assicurativa viene estesa ai lavoratori a tempo determinato a condizione che il contratto abbia una durata di almeno 5 mesi; in questo caso il lavoratore matura il diritto alle prestazioni nel caso in cui sia stato impiegato almeno 210 giorni non continuativi nell'anno solare precedente, a prescindere dalla durata iniziale del contratto di assunzione.

Guardando poi nello specifico al meccanismo di contribuzione ordinario ai fondi di assistenza sanitaria a cui è iscritto il personale dipendente (esclusi i quadri), emergono delle differenze tra i vari CCNL, sia rispetto a coloro che sono i destinatari dell'obbligazione contributiva al fondo, sia in relazione alla necessità o meno di versare un'eventuale somma *una tantum*.

Questi aspetti sono sintetizzati nella tabella 4, in cui si dà conto anche dei meccanismi alternativi sanzionatori previsti dai CCNL in caso di mancata contribuzione al fondo da parte delle aziende. Di particolare rilievo, in questi termini, per le ragioni che si evidenzieranno nel prossimo paragrafo (si veda *infra* 2.2.3.) sono quelle pratiche contrattuali in cui viene prevista un'obbligazione economica alternativa per le imprese che non versano quanto dovuto al fondo individuato.

Tabella 4. Meccanismi di contribuzione e funzionamento dei fondi di assistenza sanitaria integrativa (sistema Confcommercio)

CCNL	Fondo di assistenza sanitaria	Destinatari	Obbligatorietà	Meccanismo di contribuzione			Elemento distinto della retribuzione
				Carico datore	Carico lavoratore	Una tantum a carico datore di lavoro	
Confcommercio	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato e gli apprendisti	Si	10 euro mensili (a partire dal 1° aprile 2025, la quota sale a 13 euro mensili)	2 euro mensili	30 euro per ciascun dipendente a tempo determinato, indeterminato o apprendista in forza all'azienda il primo giorno del mese di iscrizione (dal 2011, dovuta solo all'atto di prima iscrizione al Fondo)	16 euro lordi (14 mensilità) non riassorbibili, rientranti nella retribuzione di fatto
Fiavet	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato e gli apprendisti + lavoratori a tempo determinato con contratto superiore a 3 mesi, che ne fanno richiesta esplicita e che si assumono l'onere di contribuzione durante i periodi di non occupazione, autorizzandone la trattenuta dal T.F.R.	Si	10 euro mensili (a partire da gennaio 2027, la quota sale a 13 euro mensili)	2 euro mensili	15 euro all'atto di iscrizione di ogni nuovo dipendente a tempo pieno o apprendista di nuova assunzione 8 euro all'atto di iscrizione di ogni nuovo dipendente a tempo parziale di nuova assunzione	16 euro lordi (14 mensilità)
Assofarm	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato e apprendisti	Si	10 euro mensili	-	-	-
Ascfis	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato e apprendisti	Si	10 euro mensili	2 euro mensili	30 euro pro-capite all'atto di prima iscrizione dell'impresa	16 euro lordi (13 mensilità)
Ancef	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato		10 euro mensili	2 euro mensili	30 euro da versare all'atto di prima iscrizione dell'azienda, per ciascun dipendente a tempo indeterminato o apprendista	
Fruitimpresa	Fondo Est	Lavoratori a tempo indeterminato e a tempo determinato con contratto dalla durata minima di 15 mesi e che sono stati assunti l'anno solare precedente per almeno 210 giorni anche non continuativi	Si	10 euro mensili (a partire dal 1° maggio 2027, la quota sale a 13 euro mensili)	-	15 euro per ogni nuovo dipendente iscritto	16 euro lordi (per 14 mensilità)
Federalberghi	Fondo Fast	Lavoratori dipendenti assunti a tempo indeterminato, inclusi gli apprendisti, per i quali trovano applicazione le disposizioni di cui ai Titoli IX (aziende alberghiere) e XI (complessi turistico-ricettivi viabilità aperta) del CCNL Turismo 2010. Lavoratori a tempo determinato con un contratto di durata superiore a 3 mesi, che ne fanno richiesta esplicita e scritta all'atto di assunzione, assumendosi l'onere di contribuzione durante i periodi di non occupazione, autorizzandone la trattenuta dal T.F.R.	Si	10 euro mensili (a partire dal 1° luglio 2027, la quota sale a 13 euro mensili)	2 euro mensili	15 euro pro-capite all'atto di iscrizione dei lavoratori	14 euro lordi (per 14 mensilità)
Fipe	Fondo Est	Lavoratori dipendenti, inclusi gli apprendisti e lavoratori a tempo determinato con contratto dalla durata minima di almeno 3 mesi, che ne fanno richiesta esplicita e scritta in sede di assunzione, assumendosi l'onere di contribuzione durante i periodi di non occupazione, autorizzandone la trattenuta dal T.F.R.	Si	12 euro mensili (a partire dal 1° gennaio 2027, la quota sale a 15 euro mensili)	-	15 euro all'atto di iscrizione di ogni nuovo dipendente a tempo pieno di nuova assunzione 8 euro all'atto di iscrizione di ogni nuovo dipendente a tempo parziale di nuova assunzione	16 euro lordi per 14 mensilità + garanzia del riconoscimento di prestazioni sanitarie
Anvp	Fasiv	Lavoratori a tempo indeterminato e gli apprendisti	Si	12 euro (servizi fiduciari) 10 euro (vigilanza a tempo pieno) e 7 (vigilanza a tempo parziale)	-	-	30 euro lordi per servizi fiduciari (13 mensilità) 30 euro lordi per vigilanza (14 mensilità)

Meccanismi simili sono presenti anche negli altri sistemi contrattuali, come si evince in maniera chiara, ad esempio, dai contratti collettivi nazionali del sistema Confesercenti (CCNL Confesercenti e CCNL Assoturismo), del mondo cooperativo (CCNL Ancc Coop), degli studi professionali (CCNL Confprofessioni) e dell'artigianato (CCNL Confartigianato Benessere).

In tutti questi casi, non solo vengono previste modalità di adesione obbligatoria al fondo, prevalentemente (o esclusivamente) a carico del datore di lavoro. Le parti si mostrano anche molto attente nella scrittura delle clausole sulla materia, con l'obiettivo di garantire sul piano concreto l'adesione alla bilateralità (e quindi anche ai fondi di assistenza sanitaria) di tutte le aziende che applicano il contratto nazionale oppure, in alternativa, l'erogazione di misure di almeno di pari livello per i lavoratori. In questi termini, si osserva in particolare l'introduzione di elementi distinti della retribuzione (di importo generalmente più alto rispetto al contributo per il fondo sanitario) da erogare ai lavoratori in caso di mancata adesione alla bilateralità¹³, o la presenza di "dichiarazioni a verbale", in cui le parti concordano che l'iscrizione al fondo costituisca obbligo inderogabile a carico dell'azienda, che potrà aderire volontariamente ad altre soluzioni solo in termini integrativi rispetto al fondo contrattuale previsto dal CCNL¹⁴.

Inoltre, è interessante notare come, nell'ambito di alcuni recenti rinnovi contrattuali nazionali di settore, le forme di finanziamento ai sistemi di assistenza sanitaria siano entrate a pieno titolo nella negoziazione della parte economica delle intese negoziali, in aggiunta agli incrementi dei minimi tabellari (o paga base) di settore. In questa prospettiva, di particolare rilievo risulta il rinnovo del CCNL Confcommercio del 23 marzo 2023, in cui è stato previsto, per i lavoratori dipendenti, un aumento di 3 euro del contributo a carico del datore di lavoro al fondo Est, nonché per i quadri un aumento complessivo di 40 euro del contributo aziendale assegnato al fondo Qu.A.S. In entrambi i casi, gli importi saranno finalizzati – come hanno precisato le parti con una specifica aggiunta – anche a promuovere la "diffusione" e il "consolidamento dell'assistenza sanitaria di categoria"¹⁵.

In termini simili, sono intervenuti, oltre ai successivi rinnovi nell'ambito del sistema Confcommercio (tabella 4), anche la nuova intesa per il CCNL Confprofessioni del 16 febbraio 2024, che ha previsto un incremento di 5 euro del contributo datoriale al fondo Cadiprof, finalizzato all'estensione

¹³ Cfr. ad esempio l'art. 13, intitolato *Contribuzione alla bilateralità di settore*, del CCNL Confprofessioni.

¹⁴ Cfr. ad esempio l'art. 16, intitolato "assistenza sanitaria integrativa" del CCNL ANCC Coop.

¹⁵ Cfr. artt. 104 e 105 del CCNL Confcommercio, intitolati rispettivamente *Fondo Est* e *Cassa di assistenza sanitaria Qu.as*.

delle coperture sanitarie anche ai familiari dei lavoratori iscritti e il rinnovo del CCNL Ancc Coop del 29 marzo 2024, che ha previsto, a partire dal 1° gennaio 2025, un incremento di 36 euro annui per lavoratore del contributo da destinare a Coopersalute, ai fini del miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate dal fondo.

2.2.3. Nodi problematici

Come si è appena visto, con riferimento ai fondi Est, Fast, Aster, Cadiprof e San.arti le parti hanno negoziato specifiche clausole contrattuali al fine di rendere obbligatoria l'adesione e la contribuzione ai sistemi bilaterali di assistenza sanitaria integrativa per tutti coloro che applichino il CCNL.

Con specifico riferimento al fondo Est, ad esempio, le parti stipulanti il CCNL Confcommercio chiariscono e specificano espressamente che nella determinazione della parte normativa/economica del CCNL è stato tenuto conto (anche) dell'incidenza delle quote e dei contributi previsti per il finanziamento del fondo di assistenza sanitaria integrativa, che sono pertanto da considerarsi come parte integrante del trattamento economico previsto dal contratto collettivo. Ne consegue che, in caso di omissione del versamento contributivo, il datore di lavoro sarà tenuto, in alternativa, a erogare al singolo lavoratore un elemento non assorbibile della retribuzione di importo fisso predeterminato da corrispondersi per le mensilità previste dal CCNL.

Soluzioni di questo tipo e le relative clausole sulle quali si strutturano sono state oggetto di attenzione anche da parte della prassi amministrativa, nonché della giurisprudenza. Sul primo fronte, il Ministero del lavoro, in seguito a specifici interpelli, ha prima precisato, nel 2006, che le clausole contrattuali relative all'istituzione di fondi di assistenza sanitaria integrativa, in linea con la giurisprudenza sviluppatasi negli anni, hanno natura obbligatoria e non normativa, e pertanto non disciplinano direttamente il rapporto di lavoro ma costituiscono obblighi esclusivamente per i soggetti collettivi contraenti¹⁶.

Successivamente, nel 2010, il Ministero è tornato a esprimersi sulla tematica in oggetto, con specifico riferimento alle clausole contrattuali istitutive degli enti bilaterali e alla riconduzione delle stesse nella parte obbligatoria del contratto. In tale sede, è stata confermata *in primis* la non obbligatorietà dell'iscrizione all'ente bilaterale, in coerenza con i principi di libertà sindacale negativa nonché con i principi e le regole comunitari del diritto della concorrenza. In aggiunta a questo primo elemento, sono state poi fornite importanti precisazioni in merito alla diversa ipotesi in cui i contratti collet-

¹⁶ Cfr. int. Min. lav. 21 dicembre 2006.

tivi – come ad esempio avviene nei casi del fondo Est e Aster – dispongano l'obbligatorietà del riconoscimento al prestatore di lavoro, per quei datori di lavoro che non vogliano aderire al sistema bilaterale, di analoghe forme di tutela, anche attraverso una loro quantificazione in termini economici. Tali forme di tutela, secondo l'orientamento del Ministero, sono da riferirsi alla parte economico-normativa del contratto collettivo, e sono quindi da considerarsi come un diritto contrattuale del singolo lavoratore¹⁷.

In linea con questo orientamento interpretativo, il singolo prestatore di lavoro a cui si applica il CCNL Confcommercio matura un diritto contrattuale di natura retributiva - alla stregua di una retribuzione aggiuntiva o integrativa - nei confronti del datore di lavoro che non aderisca al sistema bilaterale di riferimento, che potrà essere adempiuto attraverso il riconoscimento della somma forfettaria stabilita in alternativa dal CCNL, nei limiti degli importi stabiliti dallo stesso contratto collettivo.

Sul piano giurisprudenziale, invece, proprio con riferimento al fondo Est, nel 2013 è intervenuto con un'importante sentenza il Tribunale di Torino, condannando un'azienda, pur non aderente a Confcommercio, a iscrivere i propri dipendenti al fondo sanitario contrattuale del CCNL Confcommercio (il fondo Est), in quanto «le quote e i contributi per il finanziamento del fondo di assistenza sanitaria integrativa fanno parte del trattamento economico complessivo spettante al lavoratore»¹⁸. Pertanto, dato che il disposto della previsione contrattuale dedicato a tale tema è «destinato a disciplinare direttamente il rapporto individuale di lavoro, non già a introdurre obblighi a carico delle parti sociali, rientra tra le parti del CCNL vincolanti anche per i datori di lavoro che [...] pur non essendo iscritti alle associazioni stipulanti, abbiano di fatto applicato il contratto collettivo di lavoro».

¹⁷ Cfr. circ. Min. lav. n. 43 del 15 dicembre 2010.

¹⁸ Trib. Torino 15 gennaio 2013.

3

Le prestazioni dei fondi:
punti fermi e nuove prospettive

Una volta operata una disamina complessiva sui meccanismi di adesione, è ora possibile entrare nel merito di una questione centrale nel dibattito in materia di assistenza sanitaria integrativa, che riguarda la natura e la tipologia delle prestazioni erogate dai fondi. Sul punto, è **necessario** preliminarmente presentare qualche dato sul contesto demografico di riferimento, per focalizzare il ruolo che i fondi sono chiamati ad esercitare oggi nell'ambito di luoghi di lavoro che sono soggetti a profondi cambiamenti e vengono attraversati da nuove esigenze, anche sul piano socio-sanitario (§3.1.). Compiuto questo primo passaggio, saranno ricostruite le principali tendenze di sviluppo dei fondi nel nostro sistema nazionale, prima in termini generali, alla luce dei monitoraggi effettuati a livello pubblico (§3.2.), poi con specifico riferimento al settore terziario, con l'obiettivo di individuare le principali aree di intervento del fondo più importante (in termini di iscritti) del settore, ossia il fondo Est (§3.3) nonché delle ulteriori forme sanitarie contrattuali promosse dalle parti sociali (§3.4.).

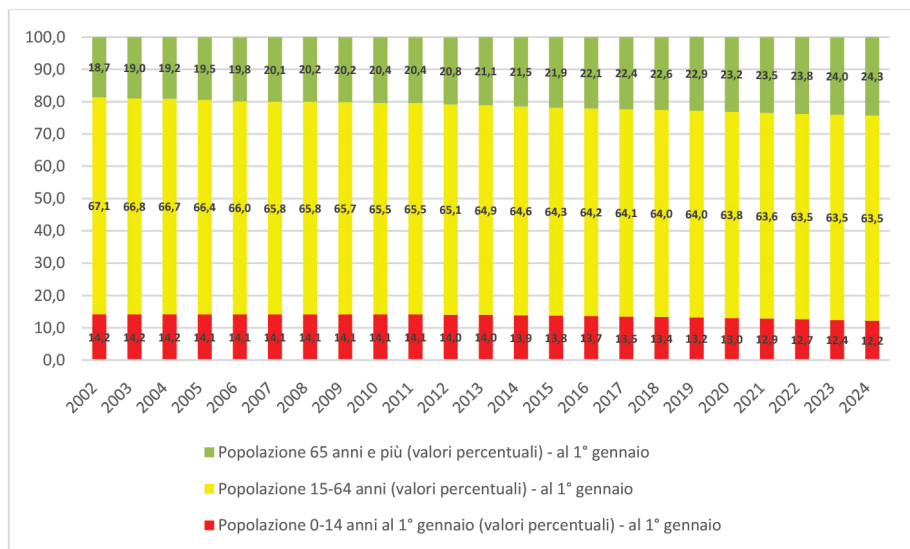
3.1. Assistenza sanitaria e cambiamenti demografici

Il mercato del lavoro e più in generale la più ampia società sono stati interessati, negli ultimi anni, da una pluralità di cambiamenti che hanno delle ricadute dirette e indirette sulle politiche sociali, i sistemi di welfare, la gestione del personale all'interno dei luoghi di lavoro e la redistribuzione delle risorse pubbliche. Tra queste trasformazioni, il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta indubbiamente uno dei fenomeni chiave, che pone nuove sfide anche per i fondi sanitari. Questi strumenti sono infatti chiamati, da una parte, a fornire soluzioni efficaci per contesti aziendali in fase di cambiamento, dall'altra parte a dialogare con il sistema pubblico, per rispondere a una domanda sanitaria sempre più ampia e articolata.

In questa prospettiva, qualche dato aiuta a capire meglio come si sta sviluppando tale fenomeno all'interno del nostro Paese.

L'Italia oggi registra un aumento costante della percentuale di popolazione dai 65 anni in su e una diminuzione della percentuale della fascia 0-14 anni. In questi termini, si osserva che dal 2002 è cresciuta di quasi sei punti la percentuale di persone con un'età pari o superiore a 65 anni. Parallelamente la popolazione tra gli 0 e i 14 anni è diminuita, passando dal 14,2% del 2002 al 12,2% del 2024. A diminuire è anche la fascia della popolazione tra i 15 e i 64 anni che in 22 anni ha perso 3,6 punti percentuali (grafico 1). Il continuo abbassamento del tasso di natalità, che nel 2023 si attesta al 6,4%, lascia presagire per i prossimi anni una ulteriore e costante crescita della componente più anziana della popolazione.

Grafico 1. Composizione percentuale della popolazione per fascia d'età, dal 2002 al 2024 in Italia

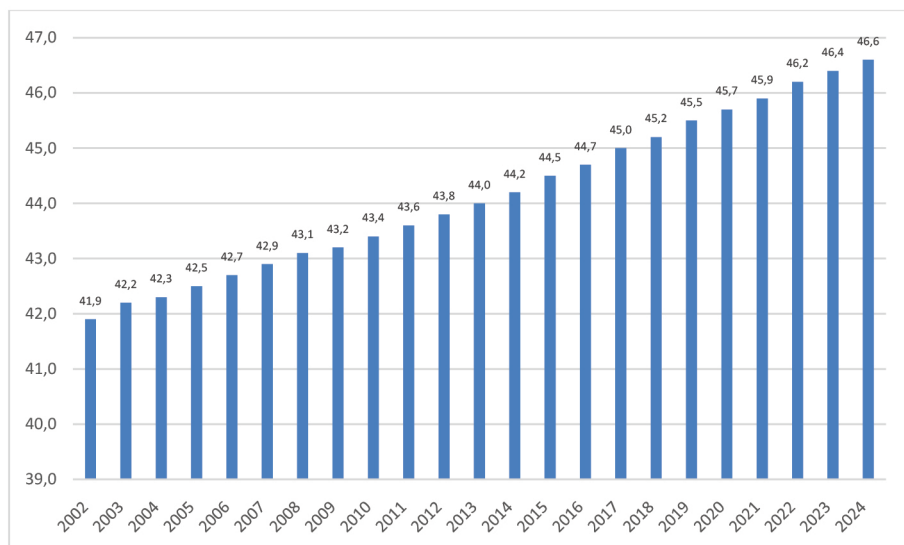


*Per l'anno 2024 si tratta di un dato stimato al momento della consultazione del database Istat.

Fonte: Rielaborazione Adapt su dati Istat.

Un altro dato che concorre a spiegare il progressivo invecchiamento della popolazione è l'aumento della speranza di vita alla nascita, da intendersi, secondo quanto definito dall'Istat, come "il numero medio di anni che restano da vivere a un neonato nell'ipotesi in cui, nel corso della sua futura esistenza, sperimenti i rischi di morte che si sono rilevati nell'anno di riferimento". Ponendo l'attenzione su questo dato, si osserva come negli anni la speranza di vita all'interno del nostro Paese sia notevolmente cresciuta, passando dagli 80 anni del 2002 agli 83,1 del 2023, con rilevanti differenze di genere. Nel 2023, la speranza di vita alla nascita delle donne è infatti pari a 85,2 anni, contro l'81,1 di quella maschile.

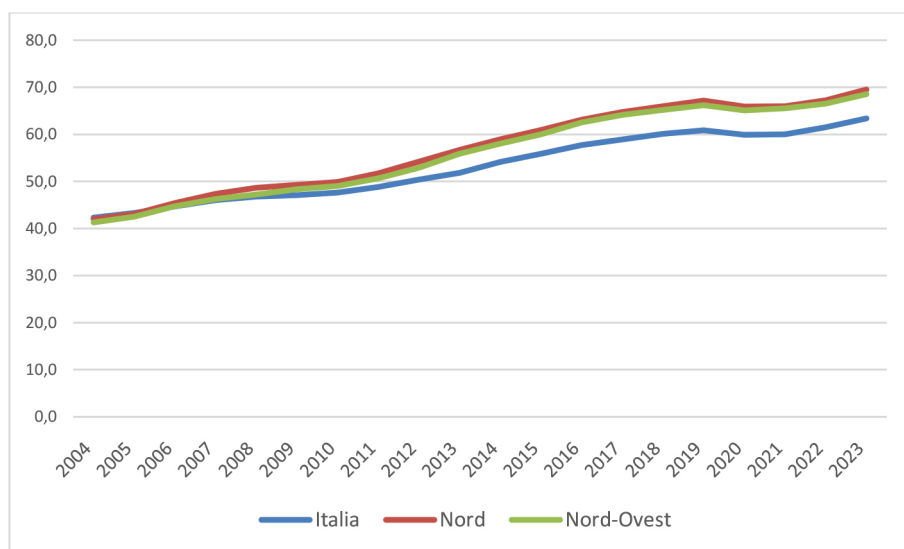
Il doppio movimento natalità/speranza di vita conduce quindi ad un forte aumento dell'età media della popolazione: sotto questo aspetto, si può notare come nell'arco di 20 anni l'età media sia aumentata di 4,3 anni, passando dai 41,9 anni del 2002 ai 46,2 anni del 2022, fino ad attestarsi a 46,6 anni nel 2024 (grafico 2).

Grafico 2. Età media della popolazione al 1° gennaio, dal 2002 al 2024 in Italia

*Per l'anno 2024 si tratta di un dato stimato al momento della consultazione del database Istat.

Fonte: Rielaborazione Adapt su dati Istat.

Un ultimo dato da considerare con attenzione è il tasso di occupazione dei lavoratori tra i 50 e i 64 anni. Se si osserva il suo andamento a livello nazionale nell'arco temporale tra il 2004 e il 2023, si rileva un aumento considerevole del tasso, dal 42,3% del 2004 al 63,4% del 2023 (grafico 3). Il dato registra dunque un aumento di 21,1 punti percentuali nell'arco di quasi 20 anni. In generale, così come osservato dall'Istat, la crescita del tasso di occupazione della forza lavoro più anziana, è legata agli effetti delle ultime riforme pensionistiche. Una crescita considerevole si registra infatti successivamente all'entrata in vigore della c.d. "Riforma Fornero" nel 2012.

Grafico 3. Tasso di occupazione totale 50-64 anni, per macro-area, dal 2004 al 2023

Fonte: Rielaborazione Adapt su dati Istat.

Alla luce di queste prime evidenze, è chiaro che, per la maggior parte delle aziende italiane, si aprono nodi problematici di non poco conto, dato che si troveranno a far fronte, nei prossimi anni, a una popolazione lavorativa sempre più anziana, con crescenti esigenze sul piano sanitario. Con l'aumentare dell'età, infatti, aumenta anche statisticamente la probabilità che sopraggiungano problemi fisici, psichici, psicosomatici e psicosociali, con particolare attenzione alle c.d. malattie croniche, ossia alterazioni patologiche non reversibili che richiedono una speciale riabilitazione e un lungo periodo di supervisione, osservazione e cura.

Diventa quindi prioritario, per le imprese, mettere in campo strategie volte a trattenere i profili migliori, anche a fronte dell'insorgere di patologie che non consentono, per quantità e/o qualità, la prosecuzione dell'esecuzione della prestazione allo stesso modo rispetto al periodo precedente. Le forme di contrattuali di assistenza sanitaria, da questo punto di vista, possono fornire un valido supporto, nel momento in cui i piani sanitari proposti rispondano a esigenze concrete della forza lavoro.

Il ruolo dei fondi sanitari, tuttavia, può estendersi anche al di là delle mura aziendali, nel momento in cui si ragiona sul futuro del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Con l'aumento dei fabbisogni sanitari legati a una popolazione che invecchia, sempre più studi evidenziano infatti la necessità di adeguare la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario,

nell'ottica di garantire risposte efficaci a fronte delle esigenze emergenti ma anche, allo stesso tempo, una "sostenibilità" complessiva del Servizio Sanitario Nazionale¹⁹. In questa prospettiva, uno sviluppo mirato di un "secondo pilastro" sanitario che dialoghi con le istituzioni pubbliche può risultare decisivo per articolare e ampliare l'offerta sanitaria, con un virtuoso legame tra attori pubblici e privati.

Per capire quale sia, allo stato attuale, il ruolo dei fondi sanitari nel rispondere a questi ambiziosi obiettivi, risulta essenziale compiere una panoramica sulle loro principali aree di intervento, sia in termini generali, sia nell'ambito del settore terziario, oggetto della presente ricerca.

3.2. Le risposte dei fondi sanitari: il quadro generale

Come si è già anticipato, i fondi istituiti e sviluppati dalle parti sociali attraverso la contrattazione collettiva sono tutti fondi di tipo B, soggetti a un quadro di regole meno rigido rispetto ai fondi di tipo A (si veda *supra* par. 1) e che per questo motivo sono oggetto di costante attenzione da parte del Ministero della Salute e dei vari organismi che operano in questo campo, al fine di verificare che tali enti svolgano (almeno in parte) un ruolo integrativo rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, senza sovrapporsi a quanto già prevede il sistema pubblico.

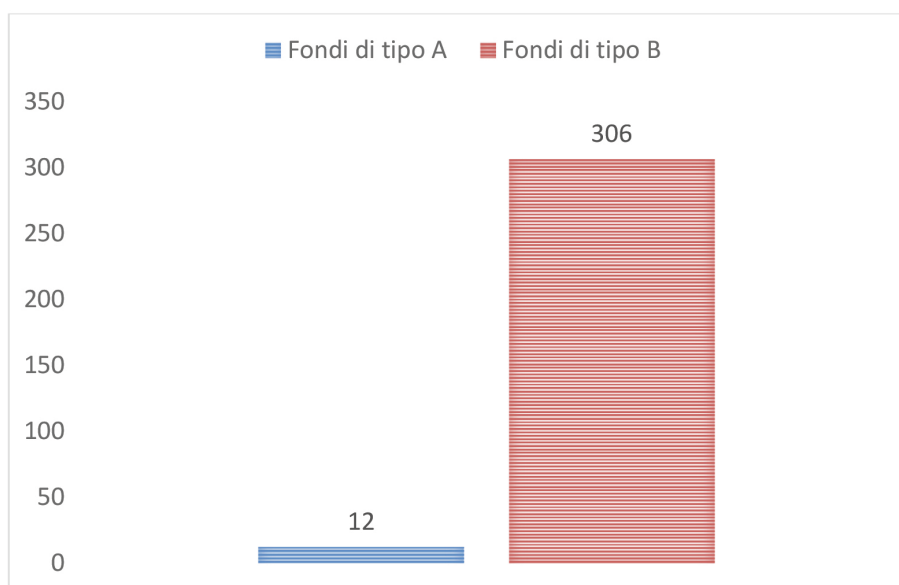
In particolare, l'Anagrafe dei fondi sanitari, ossia l'organismo istituito presso il Ministero della Salute per monitorare le attività svolte dai fondi, è sempre stata molto attenta nel verificare che tali enti erogassero (anche) prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti e soluzioni sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio. Si tratta, nel concreto, delle misure che non sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), che rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Ogni fondo di tipo B, come già anticipato, è tenuto a dimostrare di aver destinato annualmente almeno il 20% delle erogazioni complessivamente destinate ai propri assistiti (c.d. soglia delle risorse vincolate) a tali prestazioni "extra LEA", al fine di poter usufruire delle agevolazioni fiscali in materia.

¹⁹ Sul punto si vedano, *ex multis*, le riflessioni contenute in L. GALLUZZO, C. GANDIN, S. GHIRINI, E. SCAFATO, *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?*, in *Inserito BEN - Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 2012, Vol. 25, n. 4.

Sotto questo aspetto, alcuni dati di particolare interesse - per quanto aggregati e senza distinzione tra i vari fondi - sono stati forniti dal sistema informativo Anagrafe dei fondi sanitari (Siaf-Nsis) e illustrati nel secondo report sulle attività dell'anagrafe dei fondi sanitari curato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute²⁰.

Il report evidenzia, in primo luogo, come i fondi di tipo B costituiscano il modello di fondi nettamente prevalente nel contesto italiano, dato che, nell'anno 2020, erano stati attestati solamente 12 fondi di tipo A (pari al 4% del totale, per numero complessivo di iscritti pari a 37.977) e ben 318 erano invece fondi di tipo B (96% del totale, per un numero complessivo di iscritti pari a 14.677.223).

Grafico 4. Tipologia dei fondi attestati presso l'Anagrafe del Ministero della salute (% sul totale dei fondi attestati)



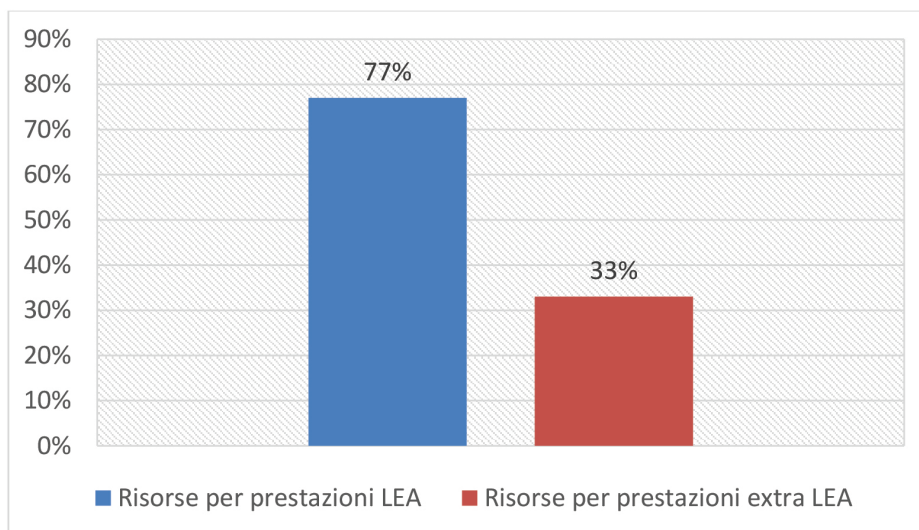
Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (a cura di), *Report n. 2 - Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)*, Ottobre 2021

Entrando nel merito delle misure previste dai fondi di tipo B, in primo luogo è stato evidenziato come la percentuale del 20% delle risorse vincolate, da

²⁰ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (a cura di), *Report n. 2 - Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)*, Ottobre 2021, reperibile sul sito del Ministero della salute, www.salute.gov.it.

destinare a prestazioni non comprese nei LEA, sia stata ampiamente superata negli ultimi anni, attestandosi per il 2020 (anno fiscale 2019) al 33% del totale. Dei quasi 3 miliardi impegnati dai fondi di tipologia B nell'anno fiscale 2019, oltre 925 milioni sono stati dedicati a prestazioni extra LEA.

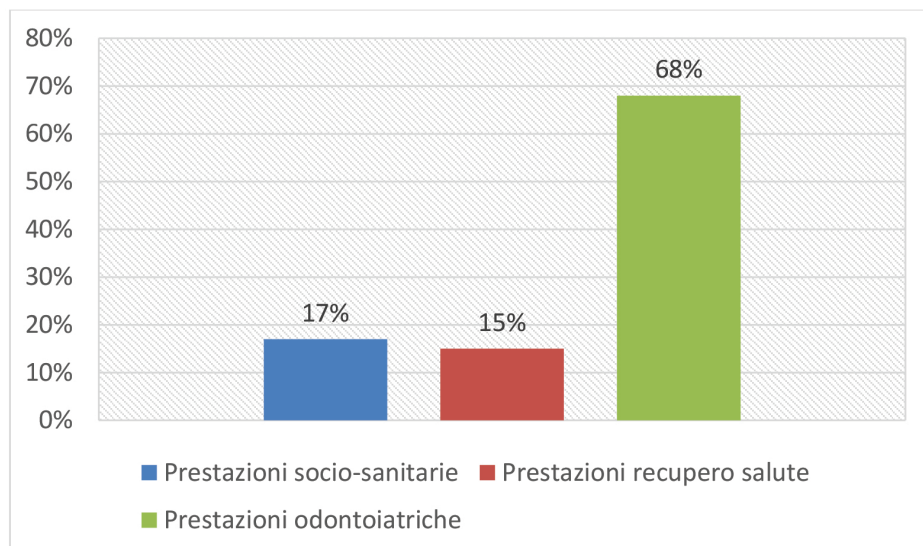
Grafico 5. Prestazioni previste dai fondi di tipo B (% sul totale delle risorse stanziate dai fondi di tipo B)



Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (a cura di), *Report n. 2 – Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SI AF)*, Ottobre 2021

Guardando più nello specifico alla tipologia di tali prestazioni integrative extra LEA, nel report viene evidenziata la netta prevalenza delle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che impegnano oltre 633 milioni dei 925 milioni totali (68% del totale), rispetto alle prestazioni finalizzate al recupero della salute, che impegnano circa 138 milioni (15% del totale) e delle prestazioni socio-sanitarie, che impegnano circa 154 milioni (17% del totale).

Grafico 6. Tipologia di prestazioni extra LEA erogate dai fondi di tipo B (% sul totale delle prestazioni extra LEA erogate dai fondi di tipo B)



Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (a cura di), *Report n. 2 – Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)*, Ottobre 2021

3.3. Il caso del fondo Est

A questo punto, in assenza di dati specifici derivanti dal monitoraggio sui singoli fondi, per entrare nel merito delle misure previste nel settore terziario saranno innanzitutto analizzate le principali direttrici di intervento del fondo Est, secondo le informazioni reperibili sul piano sanitario 2024²¹. Un'analisi di questo tipo consente di avere una prima fotografia sulle concrete modalità di previsione delle tutele sanitarie nell'ambito del principale fondo sanitario contrattuale del settore.

L'iscrizione e il versamento della contribuzione nei confronti del Fondo Est consentono ai lavoratori e alle lavoratrici iscritte di accedere a un ampio ragguaglio di prestazioni sanitarie, che possono essere erogate in forma diretta ai lavoratori, grazie alle convenzioni con le strutture sanitarie presenti su tutto il territorio nazionale oppure gestite in forma rimborsuale. Tra le varie misure previste nel piano occorre distinguere, sul piano operativo, quelle gestite di-

²¹ Tutte le misure del piano sanitario del fondo Est che saranno presentate nel presente paragrafo, sono state ricostruite sulla base delle informazioni reperibili sul sito del fondo, www.fondoeest.it.

rettamente dal Fondo e quelle che invece sono erogate tramite la convenzione con un operatore assicurativo specializzato, operante nel campo dell'assistenza sanitaria (in questo specifico caso la società UniSalute).

Per quanto afferisce alle prestazioni sanitarie erogate tramite gestione diretta del Fondo Est, quest'ultimo garantisce numerose tipologie di misure (tabella 5), prevedendo per ciascun di essa: a) un massimo annuale garantito il cui ammontare varia in base alla tipologia di intervento; b) due diverse modalità di erogazione, rimborsuale oppure diretta.

Generalmente, per coloro che accedono ai servizi erogati dal SSN viene previsto il rimborso del ticket pagato oppure del pagamento effettuato, nei limiti del massimale garantito per ciascuna tipologia di prestazione.

Per coloro che invece accedono alle prestazioni fruendo dell'erogazione diretta attraverso strutture private convenzionate da SiSalute²², tolti alcuni particolari casi in cui opera la modalità rimborsuale (quali ad esempio il pacchetto di maternità e i pacchetti di riabilitazione e controllo), il beneficiario non dovrà sostenere l'intero costo della prestazione, ma si limiterà a pagare una franchigia – non rimborsabile dal Fondo – il cui costo varia in base alla prestazione diretta. Per procedere con tale modalità, i beneficiari dovranno esperire una particolare procedura, che consiste nella presentazione della prescrizione medica che indica la patologia presunta o accertata. In questo modo, attraverso l'area personale o la centrale operativa, l'utente interessato potrà richiedere l'autorizzazione preventiva di accesso alla prestazione.

In ogni caso, per ogni prestazione gestita in forma rimborsuale, il Fondo prevede particolari procedure e specifiche documentazioni da consegnare ai fini del rimborso. Anche l'ammontare rimborsato differisce in base alla struttura che eroga la prestazione: se quest'ultima è erogata dal SSN, è previsto il rimborso integrale del ticket sanitario mentre se è erogata da una struttura privata il rimborso viene calcolato sulla base degli importi indicati nel Piano sanitario.

A titolo esemplificativo, tra le prestazioni gestite in via diretta dal Fondo Est rientrano quelle definite attraverso speciali "pacchetti", le cui modalità gestionali sono peculiari.

Un esempio è il c.d. "Pacchetto Maternità", di cui sono destinatarie tutte le lavoratrici attraverso forme esclusivamente rimborsuali. In questo caso, per ogni gravidanza, le lavoratrici iscritte al fondo possono richiedere il rimborso – per un massimale di 1.000 euro – delle seguenti prestazioni: 4 visite ostetriche/ginecologiche (6 in caso di gravidanza a rischio), una visita

²² SiSalute è la società di servizi, interamente controllata da UniSalute, che ha per oggetto la commercializzazione, la gestione, la promozione ed erogazione di prestazioni di servizi.

anestesiologica, ecografie ostetriche, analisi di laboratorio chimiche microbiologiche nonché relativamente alla indagini genetiche ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto riconosciuto dal Ministero della Salute. Al massimale garantito, si aggiunge inoltre un'indennità giornaliera di 80 euro per 7 notti, per ogni giorno di ricovero in occasione del parto effettuato sia in strutture pubbliche che private.

Un ulteriore esempio di prestazione diretta è rappresentato dai 3 pacchetti di riabilitazione e controllo previsti per alcune patologie e stati fisiologici: il beneficiario può in questo caso attivare per ogni anno civile uno solo dei 3 pacchetti, per un massimo annuale garantito di 500 euro, ed esclusivamente in modalità rimborsuale.

Si segnala, inoltre, la previsione di una serie di garanzie per i lavoratori con invalidità permanente i quali, in modalità rimborsuale, possono accedere a una serie specifica di prestazioni aggiuntive (prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico domiciliari e/o ambulatoriali; presidi e ausili sanitari; consulenza psicologica; personale di supporto alle normali attività quotidiane ecc.).

In questo caso, però, si tratta di prestazioni riconosciute in via sperimentale dal Fondo per i lavoratori che hanno maturato i requisiti in seguito ad un evento insorto dopo il 1° gennaio 2014 e ai quali è stata riconosciuta durante il periodo di copertura un'invalidità derivante da infortunio o malattia professionale certificata da Inail o un'invalidità per patologia certificata dall'INPS pari o superiore all'80% in ambedue i casi. Per questa categoria di iscritti, il fondo eroga in forma *una tantum* un *plafond* di spesa di 6.000 euro o 8.000 euro, rispettivamente se l'invalidità è compresa tra l'80 e il 90% oppure tra il 91 e il 100%.

Tabella 5. Prestazioni gestite direttamente dal Fondo Est

Tipologia di prestazione	Massimo annuale garantito	Modalità di erogazione	
		Prestazioni erogate da SSN	Strutture private convenzionate da SiSalute
Visite mediche specialistiche	700 euro	Rimborsuale: pagamento del ticket e richiesta di rimborso integrale	Erogazione diretta: in presenza di prescrizione medica e previa autorizzazione preventiva, pagamento dell'intero costo della prestazione privata, tranne una franchigia a carico dell'assistito di 20 euro non rimborsabile dal fondo
Diagnostica (no servizi odontoiatrici, previsti nella sezione apposita)	6.000 euro	Rimborsuale: pagamento del ticket e richiesta di rimborso integrale	Erogazione diretta: in presenza di prescrizione medica e previa autorizzazione preventiva, pagamento dell'intero costo della prestazione privata, tranne una franchigia a carico dell'assistito di 35 euro non rimborsabile dal fondo
Pacchetto maternità	1.000 euro (a cui si aggiunge l'eventuale indennità giornaliera di 80 euro per ricovero in occasione del parto per un massimo di 7 notti)	Rimborsuale	Rimborsuale
Lenti e occhiali	Info non disponibili	Info non disponibili	Info non disponibili
Pacchetti di riabilitazione e controllo (Patologie Osteo-articolari; Riabilitazione post partum; Post Menopausa)	500 euro	Rimborsuale: pagamento del ticket e richiesta di rimborso integrale	Rimborsuale: ammontare viene calcolato secondo i limiti/costi indicati nel Piano sanitario
Fisioterapia (per evento traumatico certificato entro 48 ore dall'evento o per particolari patologie)	500 euro	Rimborsuale: pagamento del ticket e richiesta di rimborso integrale	Rimborsuale: ammontare viene calcolato secondo i limiti/costi indicati nel Piano sanitario
Accertamenti diagnostici e pronto soccorso	500 euro	Rimborsuale: pagamento del ticket e richiesta di rimborso integrale	
Presidi e ausili medici ortopedici	3.000 euro	Rimborsuale	
Agopuntura	250 euro	Rimborsuale: rimborso delle spese sostenute entro il massimale di spesa previsto	Rimborsuale: rimborso delle spese sostenute entro il massimale di spesa previsto
Invalidità permanente	6.000/8.000 euro	Rimborsuale (ente di erogazione non specificato)	Rimborsuale (ente di erogazione non specificato)
Chemioterapia, Radioterapia e Dialisi	6.000 euro	Rimborsuale	Rimborsuale

Fonte: Elaborazione ADAPT

Per quanto concerne invece le prestazioni sanitarie gestite da Unisalute per il Fondo Est, molte di queste sono attivate in ambito odontoiatrico oppure afferiscono ai c.d. pacchetti prevenzione. In questi casi, le prestazioni sono erogate generalmente da strutture sanitarie e personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Est.

Per quanto concerne i pacchetti prevenzione, ad esempio, il fondo garantisce tramite Unisalute, senza prescrizione medica e gratuitamente una volta l'anno previa autorizzazione, dei pacchetti prevenzione fruibili in strutture della rete convenzionata Unisalute per Fondo Est, che consentono di accedere – in presenza dei requisiti richiesti – a prestazioni ambulatoriali o a visite specialistiche.

Nell'area delle prestazioni odontoiatriche, invece, rientrano entro determinati limiti prestazioni quali la visita con l'ablazione del tartaro²³, le avulsioni semplici²⁴, l'implantologia²⁵, gli accertamenti diagnostici odontoiatrici²⁶ e le prestazioni di ortodonzia²⁷.

Tra le prestazioni gestite da Unisalute per il Fondo Est, infine, si segnala anche la possibile copertura delle spese per ricovero per interventi chirurgici o grave evento morboso. In questo caso, fermo restando il massimale di 90.000 euro garantito, fa fede quanto previsto nel Piano Sanitario attivato in quanto in esso sono specificatamente definiti i dettagli relativi alle garanzie, alle modalità di fruizione e l'elenco delle prestazioni.

Per completare il quadro sull'attuale ruolo del fondo Est per i lavoratori del settore occorre infine menzionare le principali novità introdotte nel piano sanitario a partire dal 2024, con l'obiettivo di offrire un servizio di assistenza sanitaria integrativa più competitivo ed efficace.

In questa prospettiva si segnala da una parte l'eliminazione delle franchigie prima previste a carico degli iscritti in caso di accesso alle prestazioni sanitarie tramite SSN, con conseguente rimborso integrale dei ticket sanitari per le visite specialistiche, la diagnostica, gli accertamenti diagnostici e di pronto soccorso e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici. Dall'altra parte, tra le prestazioni gestite direttamente dal fondo, si osserva la modi-

²³ Una volta l'anno, con il 25% del costo della prestazione a carico dell'iscritto.

²⁴ Fino a quattro volte l'anno.

²⁵ La disponibilità annua per tale garanzia è di massimo 5.100,00 euro per iscritto e i massimali di spesa garantiti sono definiti dal piano sanitario.

²⁶ Entro un massimale annuo di 400 euro, con una franchigia a carico dell'iscritto di 35 euro in caso di accesso a strutture private convenzionate. In caso di servizio erogato dal SSN è invece previsto il rimborso totale del ticket.

²⁷ Entro un massimo di 700 euro ogni anno, da erogare in via diretta attraverso strutture convenzionate.

fica del pacchetto relativo alle patologie degli arti superiori e inferiori, con l'inserimento di nuove patologie coperte (tendinite del flessore della mano, epicondilite, epitrocleite, gonalgia e coxalgia), mentre tra le misure garantite tramite Unisalute, sono stati introdotti nuovi pacchetti prevenzione (cardiovascolare; oncologica seno, utero, prostata, colon-retto, utero, cute; malattie respiratorie).

3.4. Gli altri fondi del settore: una prima comparazione (con un focus sulla non autosufficienza)

Il quadro delle soluzioni sanitarie integrative previste dai fondi sanitari nel settore terziario, come si è anticipato, è tuttavia ben più ampio rispetto a quanto stabilito dal fondo Est. Per dare conto dello sviluppo del fenomeno nel settore, occorre menzionare anche le principali linee di sviluppo degli altri fondi, nei limiti delle informazioni disponibili²⁸. Non essendo possibile, per ragioni di spazio, dare conto della totalità delle soluzioni sanitarie previste, che si articolano in piani altamente dettagliati, sarà posta particolare attenzione sulle misure riguardanti le aree extra-LEA, che, come si è anticipato, sono oggetto di particolare attenzione da parte del Ministero della Salute, visto il ruolo realmente "integrativo" (e non "sostitutivo") che possono rivestire rispetto a quanto già garantito dal SSN.

38

Prendendo a riferimento la tradizionale tripartizione di tali soluzioni operata dal Ministero della Salute (assistenza odontoiatrica; recupero della salute; prestazioni socio-sanitarie), dalla mappatura dei piani sanitari si osserva innanzitutto che, in linea con le tendenze nazionali, lo spazio più importante è rivestito dalle prestazioni odontoiatriche, con un ampio raggio di misure, che spaziano dal rimborso dei trattamenti di igiene orale (si veda, ad esempio, il piano sanitario di Aster) fino al rimborso di operazioni chirurgiche e interventi di implantologia dentale (come nel caso del fondo Qu.A.S).

Tali soluzioni possono essere gestite dagli operatori assicurativi a cui si appoggia il fondo (come nel caso del fondo Aster e del fondo Fast) oppure promosse con canali diversi a seconda del tipo di prestazione, come avviene per il fondo Fasiv e il fondo Cadiprof. Nell'ambito del piano sanitario di Fasiv, ad esempio, il fondo da una parte provvede al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale fruibile una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute, così come al pagamento delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a se-

²⁸ Per quanto riguarda alcuni fondi (quale ad esempio il fondo Coopersalute) non risultano disponibili *online* informazioni dettagliate sui piani sanitari.

guito di infortunio, sempre nell'ambito delle strutture convenzionate con l'operatore assicurativo. Dall'altra parte, tra le coperture previste in via diretta dal fondo, sono rimborsate, entro un massimale annuo, le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, così come le spese sostenute per i figli con riferimento ai trattamenti ortodontici per malocclusioni. Quanto a Cadiprof, invece, attraverso Unisalute sono rimborsate (sempre entro un certo massimale annuo) le spese per prestazioni di igiene orale e paradontologia, le cure conservative (endodonzia, otturazione, ricostruzione) e la chirurgia orale, mentre il fondo gestisce direttamente i rimborsi per impianti osteointegrati, corone fisse e ortodonzia.

Quanto alla seconda area presa a riferimento dal Ministero della salute (recupero della salute), diversi fondi introducono il rimborso di trattamenti fisioterapici, con particolare attenzione alle necessità di riabilitazione in seguito ad infortunio o patologie particolari. Particolarmente esemplificativo, in tal senso, è quanto prevede il piano sanitario del fondo Aster: nell'ambito delle prestazioni garantite in convenzione con Unisalute è infatti previsto il pagamento delle spese (nei limiti di una disponibilità annua pari a 350 euro per iscritto) per i trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio, o di alcune tipologie particolari (ictus cerebrale, forme neoplastiche e forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche) o ancora di alcune specifiche patologie temporaneamente invalidanti (malattie cardiovascolari, malattie neurologiche, interventi di protesizzazione temporanea degli arti, fratture patologiche di grado elevato). In questo ambito, sono inoltre ricomprese le cure termali, sempre ai fini riabilitativi.

L'area nella quale si stanno sviluppando le soluzioni di maggiore interesse, tuttavia, è quella relativa alle prestazioni socio-sanitarie. In questo ambito, sono infatti in corso i primi programmi sperimentali dei fondi per la non autosufficienza: si tratta di un tema che è stato tradizionalmente trascurato, per varie ragioni, dalle forme sanitarie integrative contrattuali²⁹, ma che è oggi oggetto di crescente attenzione, se si guarda alle misure previste in via diretta (e quindi non attraverso gli operatori assicurativi) dai fondi.

Un primo aspetto da evidenziare nell'analisi sui pacchetti per la non autosufficienza riguarda i destinatari delle prestazioni. Mentre nel caso del fondo Est, per selezionare i beneficiari delle misure si fa riferimento a una nozione di "invalidità permanente", come certificata dall'INAIL (in seguito

²⁹ Quanto alle possibili ragioni di tale "assenza" si rinvia alle ricerche di S. NERI, *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, in RPS, 2012, 3, p. 136 e di M. SQUEGLIA, *"La previdenza contrattuale". Un modello di nuova generazione per i bisogni previdenziali socialmente rilevanti*, Giappichelli, 2014, pp. 89-90.

a malattie professionali o infortuni sul lavoro) o dall'INPS, e si vanno a tutelare i soggetti che abbiano un grado di invalidità almeno pari all'80%, nei piani sanitari del fondo Fast e Aster il richiamo è invece alla situazione di disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, con le relative procedure di accertamento. Peculiare è invece il caso del fondo Cadiprof, che prevede soluzioni di natura differente sia per soggetti in condizione di disabilità grave (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992), sia per soggetti non autosufficienti senza connotazione di gravità (ai sensi dell'art. 3, comma 1, della L. n. 104/1992). Nel caso della cassa Qu.A.S., invece, è previsto l'intervento di una Commissione medica di verifica, composta dai Consulenti medici stabiliti dalla Cassa e da un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che valuterà in prima istanza le richieste di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente (corredate da certificato del medico curante e relazione medica) sulla base del "Barthel Index Modificato" (BIM), ossia uno specifico indice che misura, sulla base della valutazione di certe attività, la probabilità di poter vivere a casa con un certo grado di indipendenza e, parallelamente, il livello di necessità assistenziale.

Sempre sul piano dei destinatari, di particolare rilievo è il fatto che, nella maggior parte dei casi, le prestazioni non si rivolgono semplicemente ai lavoratori, che sono iscritti al fondo sulla base dell'applicazione del contratto collettivo, ma si possono estendere anche ai familiari di questi ultimi. In tale direzione, si segnalano ad esempio i pacchetti di misure introdotti dal fondo Aster, che rimborsa le spese sostenute per l'assistenza e la cura del parente in linea retta di primo grado che necessiti di assistenza continua, comprendendo entro tale insieme i figli, il coniuge e i genitori dei lavoratori, così come dal fondo Fast, che tutela anche i familiari in linea collaterale di primo grado e il convivente presente nello stato di famiglia. Peculiare è poi il caso di Cadiprof, che oltre a prevedere una serie di misure standard per i familiari in linea diretta o collaterale di primo grado, ha introdotto un pacchetto di soluzioni *ad hoc* per i figli di età compresa tra i 3 e i 18 anni in condizione di non autosufficienza senza connotazione di gravità. Un discorso a parte va invece effettuato, anche su questo punto, con riferimento alla cassa Qu.as, che se da un lato esclude dal novero delle tutele il nucleo familiare, dall'altro lato apre alla possibilità di utilizzo delle prestazioni sulla non autosufficienza anche i pensionati che siano iscritti alla cassa (secondo le speciali regole previste nel regolamento), fino al compimento del 74° anno di età.

Focalizzando infine l'attenzione sulla tipologia di misure su cui si articolano i piani (tabella 6), le tutele per la non autosufficienza si identificano essenzialmente nella previsione di rimborsi per le spese sostenute per una serie di prestazioni mediche e infermieristiche (visite, analisi, terapie) nonché per

strumenti e prestazioni di assistenza specifica alla persona. In questo ambito, rientrano ad esempio i rimborsi delle spese per badanti, colf e personale di supporto e assistenza, nonché per le rette di permanenza in RSA, centri diurni e strutture di riposo. Di particolare interesse, per comprendere la portata sempre più ampia delle misure a tutela della non autosufficienza, sono infine i casi di quei fondi (Est e Aster) che rimborsano servizi di assistenza psicologica, psicoterapica e psichiatrica. I rimborsi vengono concessi entro determinati vincoli di spesa - spesso più rigidi nel caso in cui le prestazioni siano destinate ai familiari - e sono concessi generalmente entro archi temporali ben definiti.

Tabella 6. Principali prestazioni per la non autosufficienza previste dai fondi sanitari contrattuali nel settore terziario

Casse/Fondi di assistenza sanitaria	Prestazioni per la non autosufficienza	Limiti
Aster	<p>1) Rimborso, calcolato su una quota mensile di 400 euro a decorrere dalla data di ingresso nel programma di non autosufficienza, erogato dal fondo per le seguenti prestazioni socio-sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terapeutiche, diagnostiche, e infermieristiche - fisioterapiche - presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati) - consulenze, sedute e visite psicologiche, psicoterapiche, psichiatriche e neurologiche - assistenza diretta della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto ed assistenza, ricovero residenze sanitarie assistite) <p>2) Rimborso annuo agli iscritti delle spese per le stesse prestazioni socio-sanitarie (cfr. punto 1) sostenute per l'assistenza e la cura del parente in linea retta di 1° grado (figli, coniuge, genitori) in condizione di non autosufficienza che necessita di assistenza continua</p>	<p>1) Il rimborso viene garantito per un importo annuo massimo di 4.800 euro</p> <p>2) Il rimborso annuo viene garantito per un importo massimo di 1.500 euro</p>
Cadiprof	<p>1) Rimborso per le spese sostenute per sé stesso e per i familiari in condizione di grave non autosufficienza per le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strumenti e/o prestazioni di assistenza specifica alla persona (carrozzina, badante, infermiera, rette di istituti di accoglienza, o similari) - prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante (visite, analisi, farmaci, pannoloni, creme da decubito, presidi sanitari di supporto) <p>2) Rimborso del 50% delle spese sostenute per il figlio (3-18 anni) non autosufficiente senza connotazione di gravità per le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni mediche e/o presidi e/o dispositivi tecnici acquistati su prescrizione del medico curante (visite, analisi, farmaci, terapie di supporto) 	<p>1) Il plafond di spesa messo a disposizione degli iscritti è pari a 1.200 euro per familiare ed evento.</p> <p>2) Il plafond di spesa messo a disposizione degli iscritti è pari a 1.200 euro annui.</p>

Est	<p>Quota <i>una tantum</i> a disposizione dei lavoratori iscritti per il rimborso delle seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali - prestazioni di fisioterapia - presidi e ausili sanitari - presidi finalizzati al supporto per deficit motori - consulenza psicologica - personale di supporto per le normali attività quotidiane (colf/badanti) 	<p>Il plafond di spesa messo a disposizione degli iscritti per la quota <i>una tantum</i> è di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.000 euro per invalidità con grado compreso tra 80% e 90% - 8.000 euro per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%
Fast	<p>1) Rimborso per il lavoratore non autosufficiente per le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - badanti, personale di supporto ed assistenza - ricovero in residenze sanitarie assistite <p>2) Rimborso delle spese sostenute per familiare in linea retta o collaterale di 1° grado/convivente presente nello stato di famiglia per le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% a carico dell'utente della quota per la retta di permanenza nelle RSA - retta in centri diurni integrati per interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria, semiresidenziali per non autosufficienti - retta di permanenza in strutture di riposo - assistenza infermieristica e/o riabilitativa domiciliare - badante 	<p>1) Disponibilità annua di 4.800 euro pro quota per i mesi di iscrizione</p> <p>2) Disponibilità annua di 3.000 euro annui, a nucleo familiare, in un'unica soluzione per l'intera somma erogabile</p>
Qu.as	<p>Rimborso per l'iscritto delle spese per le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni socio-sanitarie, sia dal punto di vista diagnostico terapeutico e/o specificamente attinenti all'assistenza della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto e assistenza, ricovero in RSA) 	<p>Limiti d'importo pari all'indennità di accompagnamento di cui alla L. 11 febbraio 1980 e s.m.i.</p>

Fonte: Elaborazione ADAPT

4

Prime conclusioni

In conclusione, alla luce di quanto analizzato emerge complessivamente un quadro nell'ambito del quale, grazie al ruolo decisivo delle parti sociali, l'ampia maggioranza dei lavoratori italiani risulta oggi coperta da un fondo sanitario contrattuale, potendo quindi usufruire di tutele sanitarie integrative per sé e (in alcuni casi) per i propri famigliari.

Fondamentali, in questo senso, sono state le dinamiche di sviluppo della contrattazione nazionale, che ha progressivamente trainato i processi di adesione ai fondi, in maniera sempre più incisiva. Secondo alcuni report recenti³⁰, nel 2021 i fondi sanitari contrattuali avevano già ampiamente superato la soglia dei 9 milioni totali di assicurati e il numero complessivo degli iscritti è destinato ancora a crescere, se si osserva l'introduzione sempre più diffusa, nell'ambito degli ultimi rinnovi nazionali, di meccanismi di adesione automatica, che obbligano le aziende a iscrivere i lavoratori ai fondi contrattuali di riferimento³¹.

Tuttavia, se si prova a guardare al di là dei dati "formali" che ci sono consegnati dalle principali indagini sulla materia, è stato da più parti evidenziato come tali processi di accentramento siano spesso accompagnati da complessità amministrative e gestionali legate alle strutture maggiormente "burocratizzate" dei fondi nazionali, che hanno portato a notevoli difficoltà dal lato sia dei lavoratori che delle imprese.

44

Sul primo fronte, si è osservata in molti casi una certa "diffidenza" da parte dei dipendenti delle aziende nel passaggio dalle precedenti forme autonome aziendali di assistenza sanitaria – nell'ambito delle quali, spesso, gli stessi lavoratori venivano coinvolti direttamente nei processi di governo e amministrazione – verso le nuove soluzioni centralizzate, meno prossime alle esigenze delle singole realtà aziendali e che prevedono trattamenti standardizzati che risultano in alcuni casi peggiorativi rispetto alle misure precedenti³².

Sono inoltre evidenti, già dalla lettura dei piani sanitari, le complessità burocratiche che un lavoratore si trova ad affrontare per richiedere in maniera corretta i rimborsi per i servizi fruiti o l'erogazione diretta di determinate misure, a fronte degli articolati vincoli procedurali previsti.

Complessità burocratiche che si riversano, in molti casi, anche sulle singole

³⁰ Cfr. CGIL, *Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute in materia di Sanità Integrativa*, cit., p. 4.

³¹ Per una panoramica aggiornata sugli ultimi rinnovi nazionali si rinvia a ADAPT, *La contrattazione collettiva in Italia (2022)*. IX Rapporto ADAPT. ADAPT University Press, 2023, pp. 4 ss.

³² Su questo punto, si rinvia all'indagine di S. NERI, *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, in RPS, 2012, n. 3, pp. 144 ss.

imprese, che sono spesso inconsapevoli delle opportunità offerte dai fondi contrattuali per la propria popolazione aziendale e che si possono trovare in difficoltà nel coordinare queste soluzioni “contrattuali” con quelle proposte attraverso altri canali autonomi o bilaterali, particolarmente diffusi nel settore³³. Sul primo fronte, si rilevano i diversi casi aziendali in cui le imprese del settore terziario introducono in via unilaterale o attraverso i contratti aziendali specifiche coperture assicurative a proprio carico per far fronte ad alcuni specifici “rischi”, quali gli infortuni professionali ed extraprofessionali o l’invalidità permanente da malattia. Sul piano bilaterale, invece, sono ancora numerosi gli enti bilaterali territoriali operanti nei sistemi contrattuali del commercio e del turismo che erogano ai lavoratori contributi, rimborsi e sussidi per far fronte a determinate spese sanitarie, sovrapponendo in alcuni casi le proprie soluzioni con quelle previste dai fondi sanitari contrattuali.

Entrando poi nel merito delle soluzioni concrete previste dai fondi, i dati del Ministero della Salute ci consegnano un quadro generale secondo il quale la maggior parte delle prestazioni erogate dei fondi sanitari risultano destinate ad operare nell’ambito di aree sanitarie già presidiate dal Sistema Sanitario Nazionale, potendo quindi agire, piuttosto che con un fine realmente integrativo delle prestazioni pubbliche, nell’ottica del potenziamento delle cure intramoenia e del rimborso dei ticket sanitari. Si tratta di una tendenza che, nel concreto, procede in senso contrario rispetto agli obiettivi del legislatore, promossi con le varie riforme in materia, di creare un secondo pilastro sanitario volto a operare negli ambiti non coperti dal SSN.

Queste tendenze hanno recentemente spinto l’attore pubblico (nello specifico il Ministero della Salute) a portare avanti alcuni specifici provvedimenti al fine di promuovere un più efficace monitoraggio delle prestazioni, rispetto a quanto previsto finora, con l’obiettivo finale di promuovere uno sviluppo delle diverse forme sanitarie più ordinato e coerente con la tutela del diritto costituzionale alla salute.

In quest’ottica, si segnalano in particolare i due decreti del Ministero della salute del 15 e del 30 settembre 2022. Con il primo decreto, è stato dato avvio all’Osservatorio sui fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (OFSI), istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e che avrà finalità di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e delle

³³ Si veda sul punto l’analisi sul settore terziario in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Welfare for People. Quinto rapporto su Il welfare occupazionale e aziendale in Italia*, ADAPT University Press, 2022, pp. 67 ss.

relative modalità di finanziamento. Con il secondo decreto, invece, è stato istituito il c.d. Cruscotto delle prestazioni dei fondi sanitari, che ha la finalità di identificare in maniera specifica e univoca le prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate dai fondi. Di particolare rilievo, sotto questo aspetto, è il fatto che, dopo una prima fase di avvio sperimentale del progetto, a partire dal 2024 l'invio dei dati del Cruscotto diventerà condizione necessaria per l'iscrizione all'Anagrafe.

Nell'attesa di valutare i primi sviluppi concreti di tali provvedimenti, i principali *case studies* del settore terziario mostrano bene come, su alcune specifiche aree finora poco sviluppate, i fondi sanitari contrattuali si stiano già muovendo con i più recenti rinnovi dei piani sanitari. Basti guardare, in questi termini, al crescente ruolo dei pacchetti di prevenzione così come ai primi programmi sperimentali per supportare i lavoratori in stato di non autosufficienza. Si tratta di misure che intervengono nell'ambito di alcune aree extra LEA, che in passato erano state ampiamente trascurate dalla maggior parte dei fondi contrattuali. Fino a questo momento, i principali rapporti istituzionali di monitoraggio avevano infatti evidenziato come in questo campo i fondi contrattuali avessero quasi esclusivamente sviluppato i propri piani sanitari nella promozione delle prestazioni odontoiatriche.

È ancora difficile prevedere se queste prime tendenze rappresentino, per il futuro, quel tanto auspicato cambio di passo da parte dei fondi contrattuali per promuovere prestazioni realmente integrative rispetto a quelle già garantite dal Servizio sanitario nazionale e non meramente duplicative delle prestazioni pubbliche. Quello che è certo, tuttavia, è che nei prossimi anni le parti sociali dovranno continuare a orientare in questa direzione le proprie politiche contrattuali e, in via parallela, a riattivare i canali di confronto con l'attore pubblico, per valorizzare in maniera condivisa le grandi potenzialità legate alla combinazione tra strumenti pubblici e privati nel campo del welfare.

Bibliografia

- ADAPT, *La contrattazione collettiva in Italia* (2022). IX Rapporto ADAPT. ADAPT University Press, 2023, pp. 4 ss.
- CAZZOLA G., *La sanità liberata. Il mercato possibile per la tutela della salute*, Il Mulino, 1997
- CENTRO STUDI E RICERCHE ITINERARI PREVIDENZIALI (a cura di), *Decimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2022*, 2023
- CGIL, *Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute in materia di Sanità Integrativa*, Senato della Repubblica, 1° marzo 2023
- CIMAGLIA M.C., *Il sistema della bilateralità nel terziario e nel turismo*, in LEONARDI S. (a cura di), *Rapporto sulla bilateralità nel terziario*, Ediesse, 2014, pp. 55 ss.
- DALLA SEGA M., SPATTINI S., *Ruolo della contrattazione collettiva nel ricorso al welfare aziendale per fronteggiare le conseguenze dell'emergenza Covid-19* in GAROFALO D., TIRABOSCHI M., FILÌ V., SEGHEZZI F., *Welfare e lavoro nella emergenza epidemiologica. Contributo sulla nuova questione sociale*, ADAPT University Press, 2020, pp. 126 ss.
- GALLUZZO L., GANDIN C., GHIRINI S., SCAFATO E., *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?* in *Inserito BEN - Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 2012, Vol. 25, n. 4
- ISPettorato Generale del Credito e della Previdenza, *Le società di mutuo soccorso in Italia al 31 dicembre 1904* (Studio statistico), Roma, 1906, p. XXV.
- MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (a cura di), *Report n. 2 – Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)*, Ottobre 2021
- NERI S., *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, in *RPS*, 2012, n. 3, pp. 144 ss.
- SQUEGLIA M., *“La previdenza contrattuale”. Un modello di nuova generazione per i bisogni previdenziali socialmente rilevanti*, Giappichelli, 2014, pp. 89-90
- STRONATI M., *Dalle Società di mutuo soccorso alla Mutua sanitaria integrativa?*, in *Non Profit*, 2014, n. 1, pp. 189 ss.
- TIRABOSCHI M. (a cura di), *Welfare for People. Quinto rapporto su Il welfare occupazionale e aziendale in Italia*, ADAPT University Press, 2022, pp. 67 ss.