



IL WELFARE CONTRATTUALE

IL RUOLO CENTRALE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA NEI CCNL TURISMO

L'ENTE BILATERALE NAZIONALE DEL TURISMO (EBNT), è un organismo paritetico costituito nel 1991 dalle organizzazioni sindacali nazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentative nel settore Turismo: Federalberghi, Fipe, Fiavet, Faita, Federretti, Filcams - CGIL, Fisascat - CISL, Uiltucs - UIL.

EBNT, è un ente senza fini di lucro e costituisce uno strumento per lo svolgimento delle attività individuate dalle parti stipulanti il CCNL Turismo in materia di occupazione, mercato del lavoro, formazione e qualificazione professionali.

EBNT svolge e promuove attività di studio e ricerca, sperimentazione, documentazione, informazione e valutazione. Fornisce un supporto tecnico-scientifico e alla rete degli Enti Bilaterali Territoriali sulle politiche e sui sistemi della formazione e dell'apprendimento continuo, del mercato del lavoro e dell'inclusione sociale, ne coordina il lavoro e ne definisce le linee operative di indirizzo.

EBNT riveste un ruolo determinante nella creazione e consolidamento dell'occupazione di settore e ne studia l'evoluzione, anche in relazione al tema delle pari opportunità, promuovendo interventi mirati volti al superamento di ogni forma di discriminazione nel luogo di lavoro.

L'impegno di EBNT, inoltre, è quello di offrire risposte alle situazioni di crisi congiunturali che si manifestano sul territorio nazionale, intervenendo con forme di sostegno al reddito a favore dei lavoratori dipendenti, salvaguardando l'occupazione e la professionalità degli addetti.

EBNT intende investire molto sul valore della bilateralità, ritenendo le relazioni tra l'impresa e il sindacato come una risorsa.



EBNT - Via Lucullo, 3
00187 Roma
Tel. +39 06 42012372
Fax +39 06 42012404
info@ebnt.it
www.ebnt.it

A cura di:



Soci EBNT:





IL WELFARE CONTRATTUALE

IL RUOLO CENTRALE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA NEI CCNL TURISMO

Autore Erika Panone

Realizzazione Union Labor S.r.l.

***“Il welfare non è un costo, è un investimento per la coesione
sociale.”***

Enrico Giovannini



Tutti i BAMBINI DEL MONDO
HANNO DIRITTO DI CRESCERE LIBERI
LA PEDOFILIA È UN REATO ANCHE IN VACANZA

IMPRESA E SINDACATO CONTRO IL TURISMO SESSUALE CON I MINORI

Indice

Introduzione	6
1. Il Welfare in Italia: evoluzione e contesto normativo.	12
1.1. Definizione di welfare.	12
1.2. Welfare in Italia	15
1.3. Dal welfare pubblico al welfare integrativo.	17
1.4. Il contesto normativo	19
1.5. Il ruolo delle parti sociali.	23
2. Il Welfare contrattuale	26
2.1. Definizione di welfare contrattuale: fonti e strumenti	26
2.2. Livelli di contrattazione collettiva	36
2.3. Vantaggi per imprese e lavoratori	44
3. La Sanità Integrativa.	50
3.1. Fondi sanitari integrativi: tipologie e caratteristiche	50
3.2. Normativa di riferimento (D. Lgs. 502/1992, D.M. 27 ottobre 2009, ecc.)	62
3.3. La fiscalità dei fondi integrativi	65
3.4. I rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e relativi rischi di frammentazione	66
3.5. I fondi sanitari nei contratti collettivi	68
3.6. Inclusività, universalità e prospettive future	72

4. Le realtà empiriche della sanità integrativa nel turismo: analisi comparativa dei fondi	76
4.1. Introduzione al monitoraggio empirico e metodologia d'indagine	76
4.2. Evoluzioni della base associativa (2021-2025): dinamiche di crescita e trend di consolidamento	77
4.3. Distribuzione regionale e concentrazione territoriale: l'asimmetria geopolitica del welfare	79
4.4. Gestione economico-finanziaria e contribuzione	81
4.5. Efficacia delle prestazioni e accessibilità al sistema di welfare integrativo	84
4.5.1. Analisi economico-operativa del liquidato	84
4.5.2. Qualità delle tutele, modalità d'accesso e specializzazione del nomenclatore (FAST e ASTER)	86
Conclusioni	89
Bibliografia	94
Sitografia	102



ELEVA: La qualità professionale - ATTIVA: Interventi di sostegno al reddito

FAVORISCE: L'incontro tra domanda e offerta - ANALIZZA: Il mondo del turismo e formula proposte



ENTE BILATERALE
NAZIONALE TURISMO

Soci EBNT:



Introduzione

"Il welfare non è un costo, è un investimento per la coesione sociale", spiega il Professor Enrico Giovannini, trascende una semplice teoria economica e rappresenta la sfida più forte che il sistema di protezione sociale italiano dovrà affrontare in questa era.

Come proteggiamo la salute dei cittadini e la loro qualità di vita quando le nostre risorse sembrano scarse?

Si tratta meno di servizi e più di trasformare il sistema in uno che sia finanziariamente sostenibile e adattabile e che possa tenere il passo - e cambiare - con i tempi.

Il sistema di welfare italiano, fondato su principi di universalità e solidarietà, è stato sottoposto a enormi pressioni negli ultimi decenni. L'aspettativa di vita in aumento, il conseguente invecchiamento della popolazione e la continua pressione sul debito pubblico hanno messo sotto pressione le strutture fondamentali del nostro paese, soprattutto quella pubblica. In particolare, per quanto riguarda l'impatto sulla sanità, l'accesso al SSN sta diventando sempre più complesso, con infinite liste di attesa e un'ineguaglianza geografica che, di conseguenza, trasforma l'universalità che dovrebbe avere in un concetto astratto.

Da questo crescente bisogno nasce l'urgenza di trovare nuove forme di supporto. Il cammino verso il modello di welfare integrativo è già iniziato, per cui le azioni pubbliche dovranno essere supportate dal settore privato (soprattutto dalle parti sociali).

In Italia, il vero motore di questa integrazione è il welfare contrattuale. Insieme a un'evoluzione ben pensata del sistema legislativo, la contrattazione collettiva ha smesso di essere solo un mezzo per definire i salari, diventando una forma normativa di diritti sociali. Il welfare contrattuale offre soluzioni personalizzate ad individui e/o gruppi, generando vantaggi concreti quali incentivi fiscali, una maggiore fedeltà dei lavoratori ed un maggior benessere fisico, psicologico ed economico degli stessi. Analizzando i vari livelli di contrattazione collettiva,

possiamo notare come questo strumento stia diventando una pratica ben radicata nel tessuto economico nazionale.

Il settore in cui questa trasformazione è più urgente e, al contempo, più delicato, è quello della sanità integrativa. La crescita dei fondi sanitari integrativi rappresenta la risposta più immediata da parte dei cittadini e dei lavoratori alla crisi di efficienza del SSN. Anche la regolamentazione di questi enti, attraverso norme fondamentali come il D.M. 27 ottobre 2009, cerca di dare un quadro giuridico ad un fenomeno che, se lasciato senza controllo, potrebbe minacciare l'equità sociale.

Il cuore di questo testo non è tanto quello di analizzare quanto si spende o quanti fondi siano disponibili, quanto piuttosto di esaminare in modo critico il legame tra il sistema integrativo ed il SSN. L'aumento dei fondi pone un interrogativo etico importante, rischiamo di creare un sistema frammentato anziché un sistema di assistenza? La paura è che possa crearsi una sanità a due velocità, mettendo a rischio i principi di universalità ed inclusività che dovrebbero essere la base per la tutela dei cittadini indipendentemente dal reddito o dal tipo di contratto lavorativo.

Questa tensione tra esigenze economiche e responsabilità sociale è la base della presente argomentazione, come coniugare il welfare contrattuale, ed in particolare la sanità integrativa, con il bisogno di una copertura aggiuntiva, senza però andare in conflitto con l'universalità ed inclusività del SSN? Come è possibile affrontare il tutto con un panorama normativo così sbiadito e ridurre i rischi di frammentazione?

Concretamente, proporrò il seguente approccio. Pur riconoscendo che l'aumento dei servizi sanitari integrativi può creare disparità, ritengo che tali rischi siano gestibili. L'analisi condotta permette di affermare che il sistema integrativo può diventare un meccanismo complementare solo rafforzando la regolamentazione, definendo i confini tra pubblico e privato e di conseguenza ampliando la contrattazione collettiva. Tale metodo rafforzerebbe il principio di universalità, non sostituendolo ma operando in collaborazione con il servizio pubblico.

Nel lavoro, seguirò un metodo teorico/normativo e critico/analitico, basandomi su un esame completo delle leggi e dei decreti che regolano il settore in questione, con l'obiettivo di osservare la contrattazione collettiva ad ogni livello. L'obiettivo è fornire una valutazione integrata, collegando la norma all'etica, e delineare prospettive future concrete per una gestione più equa dell'integrazione.

Il testo è organizzato in quattro capitoli principali, pensati come gradini per costruire l'argomentazione:

- Il primo capitolo porterà a esplorare le origini del welfare in Italia, fornendo un quadro storico, l'evoluzione delle normative e spiegando perché il passaggio ad un modello integrativo sia diventato inevitabile.
- Il secondo capitolo si concentrerà sul welfare contrattuale, considerato il vero strumento operativo, analizzando le sue fonti, i vari livelli di applicazione ed i benefici pratici che offre a imprese e lavoratori.
- Il terzo capitolo sarà il fulcro tematico: si focalizza sulla sanità integrativa, esaminando i Fondi, la normativa e la fiscalità, per poi affrontare in modo critico i rischi di frammentazione nel rapporto con il SSN. Si concluderà con proposte per garantire inclusività e universalità nel futuro del sistema.
- Il quarto capitolo analizzerà nel dettaglio i principali fondi sanitari che operano nel settore del turismo.

A questo impianto strutturale si aggiunge, come elemento fondamentale per la validazione empirica, un quarto capitolo interamente dedicato all'analisi delle dinamiche operative della sanità integrativa nel settore turistico. Il turismo, nel contesto economico italiano, si presenta come un laboratorio perfetto per esaminare l'efficacia e le contraddizioni del welfare contrattuale. Storicamente caratterizzato da una notevole frammentazione, da un'alta incidenza di contratti stagionali e da una flessibilità marcata, questo settore ha un bisogno urgente di una rete di protezione sociale sussidiaria in grado di affrontare la vulnerabilità dei lavoratori.

Attraverso un monitoraggio empirico che copre il periodo 2021-2025, questa indagine si concentra sull'evoluzione della base associativa e sui trend di consolidamento di questo particolare segmento di welfare occupazionale. Non ci limiteremo a registrare la crescita numerica degli iscritti; andiamo oltre, esplorando le asimmetrie geopolitiche e territoriali che influenzano la diffusione dei fondi. Questo ci permetterà di mettere in luce una concentrazione che spesso riflette i divari storici tra le diverse macro-aree del Paese. Dal punto di vista economico-finanziario, analizzeremo la sostenibilità dei flussi contributivi e la gestione delle risorse, prestando particolare attenzione all'efficacia delle prestazioni fornite.

Il cuore di questa sezione si trova nell'analisi comparativa e qualitativa dei nomenclatori di due dei principali fondi sanitari del settore: FAST e ASTER. Questa indagine mette in evidenza come questi enti abbiano gradualmente abbandonato la semplice logica della copertura clinico-sanitaria standard, per orientarsi verso una specializzazione più mirata e protettiva. Vengono così esplorate le modalità di accesso e le tutele introdotte per affrontare le nuove fragilità sociali: dal supporto socio-assistenziale per la non autosufficienza e la vulnerabilità familiare fornito da ASTER, fino alle innovazioni nella medicina preventiva avanzata, nella diagnostica oncologica e nella Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) gestite da FAST.

Infine, l'analisi si concentra su un aspetto fondamentale: l'accessibilità economica. Qui si esamina come i regimi di assistenza diretta si confrontano con quelli a rimborso indiretto. Tale approfondimento ci consente di capire se la sanità integrativa nel settore turistico funzioni davvero come un mezzo per rendere le cure più accessibili a tutti, oppure se, a causa delle difficoltà economiche dei lavoratori a basso reddito, finisca per riprodurre gli stessi limiti che ostacolano l'accesso al sistema pubblico. In questo modo, si cerca di fornire risposte chiare ai dilemmi etici e normativi che sono stati sollevati all'inizio di questo lavoro.



1 | Il Welfare in Italia: evoluzione e contesto normativo

1. Il Welfare in Italia: evoluzione e contesto normativo

1.1. Definizione di welfare

Con il termine “welfare” (dall’inglese “benessere”) si fa riferimento alle politiche socio-economiche e ai servizi pubblici pensati per garantire una migliore qualità della vita ai cittadini. In passato, il termine è stato spesso usato come sinonimo di welfare state, ovvero uno Stato che si impegna a garantire protezione sociale, equità e pari opportunità.

Questo modello non si limita a tutelare le libertà civili e l’uguaglianza formale, ma punta a realizzare anche un’uguaglianza sostanziale, concretizzando i diritti sociali e favorendo una più equa distribuzione delle risorse.¹

La protezione dei diritti sociali è stata riconosciuta anche a livello internazionale, in particolare con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani approvata dall’ONU il 10 dicembre 1948, in cui viene incluso tra i diritti fondamentali quello ad un adeguato tenore di vita, alla sicurezza sociale ed all’istruzione.²

Il Rapporto Beveridge, noto come “Social Insurance and Allied Service”, fu un documento fondamentale pubblicato nel 1942 nel Regno Unito da Sir William Beveridge. Tale rapporto non si limitava a proporre un sistema assicurativo, ma delineava un piano ambizioso per un sistema di sicurezza sociale universale, che sarebbe servito da modello per molti paesi nel dopoguerra. Il Rapporto si basava su tre principi fondamentali, finalizzati a combattere le “cinque giganti del male” (want, disease, ignorance, squalor, idleness).³

La sicurezza sociale doveva essere un diritto di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro professione o condizione lavorativa. L’idea era che la protezione sociale non dovesse essere limitata

1. Cancilla Francesco Antonino, Servizi di welfare e diritti sociali nella prospettiva dell’integrazione europea, Giuffrè, 2009.

2. Pubblicazione Senato della Repubblica, Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, 2018

3. Beveridge William, Social Insurance and Allied Services, Cmd. 6404, 1942

solo a chi contribuiva, ma dovesse estendersi a chiunque ne avesse bisogno. Il sistema doveva essere unificato e coerente, Beveridge propose un'unica assicurazione sociale che coprisse tutti i rischi della vita (dalla disoccupazione alla malattia, dalla vecchiaia alla maternità) con l'obiettivo di superare la frammentazione dei precedenti sistemi separati e disorganizzati. I benefici ed i contributi dovevano essere fissi per tutti, indipendentemente dal reddito. Si basava sul principio che tutti i cittadini dovessero ricevere la stessa prestazione per il medesimo bisogno, rafforzando di conseguenza il concetto di uguaglianza sociale.

L'obiettivo finale era quello di garantire la "libertà del bisogno" (freedom from want), fornendo una rete di sicurezza che proteggesse tutte le persone dalle principali avversità economiche, sociali e sanitarie.

Le idee di Beveridge influenzarono il dibattito politico in molti Paesi, incluso l'Italia, dove la Costituzione del 1948 aveva già posto le basi per un sistema di protezione sociale. Tuttavia, l'applicazione dei principi beveridgiani nel contesto italiano non fu un'adozione fedele, ma piuttosto un'integrazione di alcuni concetti in un sistema che mantenne forti elementi distintivi. La Legge 833 del 1978 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale è l'espressione più chiara dell'approccio universalistico di Beveridge: il diritto alla salute è stato espresso a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro status lavorativo o contributivo. Al contrario l'universalismo ha faticato a radicarsi in altri settori come quello pensionistico, rimasto a lungo legato al principio corporativo-occupazionale. L'Italia si è allontanata in modo significativo dal principio di integrità, il sistema di sicurezza sociale si è sviluppato in modo frammentato, con diverse "casce" e fondi previdenziali per categorie distinte (INPS, ex INPDAP, ecc.). Inoltre, nonostante alcune riforme abbiano cercato di unificare parzialmente il sistema, la sua struttura rimane complessa e segmentata, lontana appunto dall'integrità auspicata da Beveridge. Inoltre in merito ai contributi, non sono state adottate dall'Italia le indicazioni di Beveridge in quanto il sistema di previdenza sociale si basa su contributi proporzionali al reddito (quindi non forfettari) e le presta-

zioni pensionistiche sono direttamente proporzionali ai contributi versati o alla retribuzione.⁴

Per comprendere appieno il modello italiano, è utile confrontarlo con i principali modelli europei, in particolare il modello scandinavo (universalistico) e quello tedesco (corporativo-occupazionale).⁵

Il sistema italiano è un modello misto, con importanti elementi di universalismo (soprattutto nella sanità) ed allo stesso tempo con caratteristiche corporative e familiari. Il modello scandinavo, di cui la Svezia è un esempio paradigmatico si basa su principi di universalismo e de-mercificazione. Infatti, le prestazioni sociali sono un diritto di cittadinanza, garantito a tutti e finanziato interamente dalla fiscalità generale, che è tipicamente molto elevata. Non ci sono differenze significative tra le prestazioni offerte a diverse categorie di lavoratori. L'obiettivo è fornire una protezione sociale completa, che copra ogni fase della vita, dalla nascita alla morte, tramite servizi e trasferimenti monetari generosi (pensione di base, assegni familiari, assistenza all'infanzia e servizi sanitari di alta qualità).⁶

Il welfare scandinavo è progettato per rendere le persone meno dipendenti dal mercato del lavoro per la loro sicurezza economica. In Svezia, ad esempio, i congedi parentali sono generosi e possono essere condivisi tra i genitori.⁷

A differenza del modello scandinavo, il sistema italiano non è stato in grado di offrire lo stesso livello di universalismo a causa di una minor spesa sociale (in rapporto al PIL) e di una forte frammentazione delle prestazioni che ha storicamente privilegiato alcune categorie a discapito di altre.⁸

4. Cinelli Maurizio, *Diritto Della Previdenza Sociale*, Giappichelli, Torino 2013.

5. Esping-Andersen Gosta., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, 1990

6. Ferrera Maurizio, *Le trappole del welfare*, Il Mulino, 2007

7. Hemerijck Anton, *Changing Welfare States*, Oxford University Press, 2013

8. OECD, *Health at a Glance*, 2025

Invece, il modello tedesco, noto anche come “bismarckiano”, è strettamente legato al lavoro ed al sistema assicurativo. La protezione sociale si basa su schemi assicurativi obbligatori, finanziati da contributi dei lavoratori e dai datori di lavoro. Le prestazioni (come ad esempio le pensioni e l’indennità di disoccupazione) sono calcolate in base ai contributi versati e non sono un diritto universale di cittadinanza.⁹

Il sistema è strutturato per categorie professionali, con fondi assicurativi specifici per lavoratori pubblici, privati, autonomi ecc. Le decisioni politiche sono spesso prese in accordo con i sindacati e le associazioni di categoria.

Il ruolo dello Stato è complementare a quello delle assicurazioni sociali e delle reti familiari. I servizi di assistenza sono spesso gestiti da enti non governativi, con un forte ruolo di chiese e di altre organizzazioni del terzo settore.¹⁰

Il modello italiano condivide con quello tedesco l’importanza del legame tra contributi lavorativi e prestazioni previdenziali, ma si distingue per un’assistenza sanitaria più universalistica e per la rete di sicurezza sociale meno generosa e più frammentata.

1.2. Welfare in Italia

In Italia il welfare trova il suo fondamento costituzionale principalmente negli articoli, 38, 2 e 3 della Carta.

L’articolo 38 è quello che tratta in modo più specifico la tutela sociale e previdenziale. Il primo comma sancisce il diritto all’assistenza sociale per i cittadini “inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari”. Si tratta di un’assistenza universale, basata sulla necessità non sui contributi. Il secondo comma, invece, garantisce il diritto alla previdenza sociale per i lavoratori, assicurando loro un sostegno economico in caso di eventi che interrompano la loro capacità lavorativa (infortunio, malat-

9. Stolleis Michael, History of Social Law in Germany, Springer, 2013

10. Obinger Herbert e Wagschal Uwe (eds.), Germany’s Social Policy since 1945, Springer, 2020

tia, vecchiaia, disoccupazione). Questo aspetto è legato al principio di solidarietà occupazionale, dove i lavoratori contribuiscono a un fondo comunque per proteggersi dai rischi professionali. Infine, l'Articolo 38 riconosce anche un ruolo cruciale all'iniziativa privata delineando un modello di welfare che non è monopolio dello Stato, ma un sistema integrato e pluralistico. Questo principio ha trovato applicazione pratica nella legislazione successiva, che ha incentivato lo sviluppo del "secondo welfare" tramite fondazioni, associazioni e welfare aziendale.¹¹

L'articolo 3 è universalmente riconosciuto come uno degli articoli più progressisti della Costituzione e rappresenta la vera anima del Welfare State Italiano. Introduce una distinzione fondamentale tra uguaglianza formale (primo comma) e uguaglianza sostanziale (secondo comma). Mentre l'uguaglianza formale garantisce che tutti siano trattati allo stesso modo dalla legge, l'uguaglianza sostanziale impegna attivamente la Repubblica a creare le condizioni materiali che rendano possibile l'effettiva parità. Il welfare diventa pertanto, lo strumento principale per "rimuovere gli ostacoli" che impediscono a ciascun individuo di raggiungere il proprio potenziale a pieno. Questo concetto lega definitivamente la libertà individuale alla capacità dello Stato di garantire un'esistenza dignitosa, fondata su salute, lavoro, istruzione e sicurezza sociale.

L'articolo 2 della Costituzione è la fonte primigenia da cui scaturisce il dovere dello Stato di intervenire a sostegno dei cittadini a contribuire al benessere della comunità, ma investe la Repubblica stessa della responsabilità di promuovere e garantire una società basata sulla mutua assistenza. In tal senso, il welfare non è un semplice strumento di distribuzione della ricchezza, ma l'espressione concreta di un patto di solidarietà che lega ogni individuo alla collettività. È un principio che supera la dimensione puramente assistenziale e fonda l'azione dello Stato su una base etica e sociale.¹²

11. Cinelli Maurizio, *Diritto della Previdenza Sociale*, Giappichelli, Torino 2013.

12. De Luca Vittorio, *Lo Stato e il welfare come dovere costituzionale*, in Beretta L. (a cura di), *Il welfare aziendale. Dalla teoria alla pratica*, i Quaderni, SAF, Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, n. 68, Commissione Lavoro, (2016) pp. 29-37.

1.3. Dal welfare pubblico al welfare integrativo

Il passaggio in Italia da un modello puramente pubblico ad uno integrato, che coinvolge anche soggetti privati ed il terzo settore, è stato un processo graduale, guidato da una serie di sfide strutturali e da un mutato contesto socio-economico. Questo cambiamento non è un semplice aggiustamento, ma una risposta alla crescente inadeguatezza del solo intervento statale.

Il sistema di welfare state italiano, anche se fondato su principi costituzionali solidi, ha mostrato nel tempo diversi limiti che ne hanno reso necessaria la riforma. Uno dei problemi principali ed il più importante è la sostenibilità economica. L'invecchiamento della popolazione, la diminuzione del numero dei lavoratori attivi e l'aumento delle spese per pensioni e sanità hanno messo sotto pressione i conti pubblici. Il finanziamento del welfare attraverso la sola fiscalità generale è diventato insostenibile, spingendo a cercare nuove fonti di finanziamento e nuovi modelli di erogazione dei servizi.

Il sistema pubblico, per natura, tende ad offrire prestazioni standard e universali, ma, i bisogni della popolazione sono diventati sempre più specifici, complessi e diversificati. Il modello statale rigido non è riuscito a fornire risposte adeguate a queste nuove istanze, creando delle lacune nei servizi offerti, favorendo di conseguenza la nascita di soluzioni private o del terzo settore che possano agire in modo più flessibile e mirato.

Il welfare pubblico italiano ha sofferto di una forte frammentazione e di una burocrazia pesante. Le diverse gestioni previdenziali e assistenziali hanno reso l'accesso ai servizi complesso e difficile per i cittadini. Questo ha aperto la strada a nuovi attori in grado di offrire soluzioni più agili e dirette.

La risposta a questi limiti si è basata su un approccio con il principio della sussidiarietà. Tale concetto, che ha radici nella dottrina sociale della Chiesa, è stato introdotto in Italia con la riforma costituzionale del 2001 (Articolo 118). La sussidiarietà si basa sull'idea che le decisioni e le azioni debbano essere prese al livello più vicino possibile ai cittadini, riservando l'intervento di un'entità superiore

(come lo Stato) solo quando quella inferiore non è in grado di agire efficacemente.¹³

In questo contesto, lo Stato non è più l'unico erogatore di servizi, ma diventa un regolatore, un coordinatore e, ove necessario, un finanziatore di iniziative promosse da terzi. Tutto ciò ha dato origine a quello che viene definito "secondo welfare" o welfare sussidiario.

Il "secondo welfare" coinvolge una pluralità di attori tra cui le organizzazioni del terzo settore (Fondazioni, cooperative sociali, associazioni di volontariato) che offrono servizi sociali, sanitari ed educativi, spesso con una maggiore vicinanza al territorio e una capacità di innovazione superiore rispetto al sistema pubblico e le imprese che attraverso il welfare aziendale ed il welfare occupazione offrono ai propri dipendenti benefit e servizi che integrano le prestazioni pubbliche. Questo modello, sostenuto anche da incentivi fiscali, non solo risponde ad un bisogno sociale, ma può anche aumentare la produttività e la fidelizzazione dei dipendenti.¹⁴

In questo nuovo modello, gli interventi privati non sostituiscono le prestazioni pubbliche obbligatorie, ma le completano, proponendo soluzioni innovative a necessità che il sistema statale non riesce a soddisfare a pieno. Questo sistema eterogeneo, come definito da Franca Maino, è sostenuto anche da fondi provenienti da imprese, associazioni e reti locali.¹⁵

Nel secondo welfare possiamo individuare il welfare occupazionale ed il welfare aziendale, entrambi si riferiscono all'insieme di benefici, servizi e iniziative che un'azienda offre ai propri dipendenti per

13. Massagli Emmanuele, Spattini Silvia e Tiraboschi Michele, Fare welfare in azienda. Guida pratica per imprese, consulenti, sindacalisti, operatori, ADAPT University Press, Bergamo 2018.

14. Maino Franca e Ferrera Maurizio, Secondo welfare: cos'è, come funziona, prospettive, Laterza, 2022

15. Maino Franca, Il secondo welfare e la sfida pandemica, tra pubblico e privato, in Maino Franca (a cura di), Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto rapporto sul secondo welfare, Giappichelli, Torino 2021.

migliorare il loro benessere e la loro qualità della vita, sia all'interno che all'esterno dell'ambiente lavorativo.¹⁶ Nello specifico, nel primo caso si intende l'insieme di prestazioni e servizi legati al contratto di lavoro. È tipicamente il risultato di una contrattazione collettiva come quella decentrata o di secondo livello, e può essere presente in un contratto collettivo nazionale o aziendale. Le sue finalità sono di tipo sociale o redistributivo e non influenzano direttamente l'organizzazione del lavoro o il rapporto d'impiego. Esempi concreti di welfare occupazionale sono i fondi sanitari integrativi.¹⁷ Per il secondo caso invece ci si riferisce all'insieme di iniziative organizzate direttamente dall'impresa per migliorare il benessere e la qualità della vita dei propri dipendenti. A differenza del welfare occupazionale, queste iniziative possono essere attivate anche unilateralmente dall'azienda o tramite contrattazione aziendale e, oltre a fornire un vantaggio diretto al dipendente, possono influenzare positivamente l'efficienza aziendale, la qualità del lavoro e la fidelizzazione del personale. Esempi di welfare aziendale includono: asili nido aziendali, orari flessibili, buoni pasto ecc. Questo tipo di welfare ha incentivi fiscali dati dalle Leggi di Stabilità del 2016 e 2017.¹⁸

1.4. Il contesto normativo

L'evoluzione del welfare in Italia è stata accompagnata da importanti interventi legislativi.

Nel settore sanitario:

1978 – Legge 833: Tale legge ha trasformato radicalmente il siste-

16. Maino Franca e Razetti Federico, Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi, Giappichelli, 2019.

17. Titmuss Richard, Essays on the Welfare State, Londra, Allen and Unwin, 1958 (versione italiana in Saggi sul "welfare state", Edizioni Lavoro, 1963)

Greve Bent, Occupational Welfare. Winners and Losers, Cheltenham, Edward Elgar, 2007

18. Tiraboschi Michele, Welfare for people. Quarto rapporto su "Il welfare occupazionale e aziendale in Italia", ADAPT University Press, 2021

ma sanitario italiano, superando un modello frammentato basato su casse mutue e disuguaglianze. Questa riforma, ispirata all'Articolo 32 della Costituzione, mirava a tradurre il diritto alla salute da un privilegio legato al lavoro a un diritto fondamentale per tutti i cittadini. L'obiettivo era creare un sistema unitario, equo e finanziato dalla collettività.¹⁹

27 ottobre 2009 – Decreto Ministeriale: definisce i requisiti per l'accesso alle agevolazioni fiscali dei fondi sanitari integrativi e stabilisce che le prestazioni erogate debbano integrare e non sostituire quelle del SSN.²⁰

Nel settore previdenziale e assistenziale abbiamo:

1969 – Legge 153 (Riforma Brodolini) la quale introduce la pensione sociale e riunisce diverse gestioni previdenziali in un unico sistema.²¹

1995 – Legge 335 (Riforma Dini), ha rappresentato un cambiamento epocale, introducendo il metodo contributivo. Con tale approccio la pensione non è più legata alle ultime retribuzioni, ma è calcolata in base all'ammontare dei contributi versati dal lavoratore nel corso della sua intera vita lavorativa. Il metodo contributivo è più equo e trasparente in quanto lega direttamente l'entità della pensione al contributo versato, rendendo il sistema più sostenibile nel lungo periodo. Tuttavia, ha anche introdotto un elemento di incertezza sull'importo finale della pensione, che dipende da vari fattori come la lunghezza della carriera lavorativa, l'andamento del PIL e le proiezioni demografiche.²²

2012 – Legge 92 (Riforma Fornero), varata nel pieno della crisi eco-

19. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

20. Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27 ottobre 2009, "Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale"

21. Legge 30 aprile 1969, n.153, "Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale"

22. Legge 8 agosto 1995, n. 335, "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare"

nomica, è stata una delle riforme più impattanti e dibattute del sistema previdenziale Italiano. L'obiettivo era quello di garantire la stabilità dei conti pubblici ed adeguare il sistema italiano alle normative europee. Tale riforma ha innalzato in modo progressivo l'età necessaria per il pensionamento creando difficoltà per l'uscita dal mondo del lavoro e creando un notevole dibattito sociale e politico. Ha esteso inoltre il sistema contributivo a tutti i lavoratori, inclusi quelli che avevano iniziato a lavorare prima del 1996 e che erano ancora nel sistema retributivo, accelerando di fatto il processo iniziato dalla Riforma Dini.²³

In merito al settore sociale:

2000 – Legge 328, ha segnato un punto di svolta, prima di questa legge, gli interventi sociali erano gestiti in modo disorganizzato, con una pluralità di enti (Stato, regioni, Comuni, ASL) che operavano spesso in autonomia, creando un'offerta frammentata e disomogenea. L'obiettivo di questa legge era quello di superare questa frammentazione, creando un sistema integrato basato su una stretta collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, sia pubblici che privati. La legge ha spostato la responsabilità della gestione dei servizi sociali a livello comunale, creando i Piani di Zona per la programmazione degli interventi.²⁴

2017 – Decreto legislativo 147, introduce il Reddito di Inclusione (REI), il primo strumento nazionale organico di contrasto alla povertà.²⁵

2019 – Legge 26 (conversione del D.L. 4/2019), istituisce il Reddito di Cittadinanza, affiancando al sostegno economico, politiche attive per l'occupazione gestite dai Centri per l'Impiego.²⁶

23. Legge 28 giugno 2012, n. 92, "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita"

24. Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

25. Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

26. Legge 28 marzo 2019, n. 26, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni"

2021 – Legge 46, istituisce l'Assegno Unico Universale per i figli a carico, sostituendo e accorpando varie misure al sostegno familiare.²⁷

Dal 2024 il Reddito di Cittadinanza viene sostituito da nuovi strumenti, tra cui il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL).²⁸

Nel campo del Welfare Contrattuale:

Articolo 51 del TUIR (D.P.R. 917/1986), troviamo qui la base della normativa del welfare aziendale. Questo articolo stabilisce che i beni e i servizi di welfare offerti ai dipendenti non costituiscono reddito da lavoro dipendente, e di conseguenza non sono soggetti a tassazione e contribuzione. Questo è stato un primo ed importante incentivo per le aziende a investire in questo tipo di benefit. Ma nonostante questo, prima del 2016, l'uso di questo articolo era limitato e non pienamente sfruttato. I servizi di welfare venivano considerati come un costo aggiuntivo per l'azienda, e non era presente un chiaro quadro normativo che ne incentivasse un utilizzo più diffuso e strategico.²⁹

Leggi di Stabilità 2016 e 2017, hanno rafforzato l'Articolo 51 del TUIR con un duplice obiettivo: promuovere la produttività e sostenere il reddito del lavoratore. La principale innovazione è stata la possibilità di convertire i premi di produttività in servizi di welfare con una completa detassazione e decontribuzione per l'azienda ed il lavoratore. Questa svolta normativa ha cambiato la filosofia del welfare in azienda, passando da un costo a un investimento strategico. La contrattazione collettiva, in particolare quella di secondo livello, è diventata principale strumento per definire e gestire i piani di welfare, consentendo di adattare l'offerta alle esigenze specifiche

27. Legge 1° aprile 2021, n. 46, Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e universale

28. Saraceno Chiara e Pavolini Emmanuele, *Welfare: alla ricerca di un equilibrio*, Bologna, Il Mulino, 2019.

29. Art. 51 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" (T.U.I.R.)

dei dipendenti e del contesto locale.³⁰

2025 – Legge 76/2025, approvata su iniziativa popolare, promossa dalla CISL, e pubblicata in G.U. il 15 maggio 2025, disciplina la partecipazione dei lavoratori alla gestione delle imprese, introducendo norme su partecipazione gestionale, economica, finanziaria, organizzativa e consultiva.³¹

1.5. Il ruolo delle parti sociali

Le relazioni industriali in Italia hanno subito una drastica evoluzione, passando da un modello basato prevalentemente sul conflitto a uno in cui il dialogo e la negoziazione collettiva sono diventati strumenti fondamentali per la gestione del welfare. I sindacati e le associazioni di categoria, le cosiddette “parti sociali”, hanno visto il loro ruolo allargarsi dalla sola contrattazione salariale a quella dei servizi e dei beni per il benessere dei lavoratori. Questo cambiamento è stato formalizzato e potenziato da accordi strategici, tra cui spicca il Patto di Fabbrica del 2018.

Tradizionalmente, il modello delle relazioni industriali in Italia era caratterizzato da una forte centralizzazione, con una contrattazione principalmente nazionale e un ruolo prevalentemente del salario come strumento di rivendicazione. Il welfare, in tale contesto, era percepito come un'esclusiva responsabilità dello Stato.

Con la crisi economica e la trasformazione del mercato del lavoro, il modello tradizionale si è dimostrato insufficiente. Le imprese hanno cercato maggiore flessibilità e produttività, mentre i lavoratori hanno espresso bisogni più complessi, anche andavano oltre la sola retribuzione. In questo scenario, le parti sociali hanno compreso che la

30. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)."

Legge 11 dicembre 2016, n. 232, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019."

31. Legge 15 maggio 2025, n. 76, Disposizioni per la partecipazione dei lavoratori alla gestione, al capitale e agli utili delle imprese.

negoziiazione non poteva limitarsi al salario, ma doveva includere anche servizi di welfare, trasformando il welfare aziendale da una scelta unilaterale dell'impresa a un tema di contrattazione collettiva. Questo ha portato alla nascita della contrattazione di secondo livello, che permette di adattare le risposte alle esigenze specifiche dei dipendenti e del contesto locale, rafforzando il ruolo dei sindacati e riducendo il potenziale conflitto.

Il Patto di Fabbrica, firmato il 09 marzo 2018 da Confindustria, CGIL, CISL e UIL, è stato un accordo storico che ha formalizzato il nuovo approccio al welfare contrattuale. Non si tratta di un contratto collettivo, ma di un documento strategico che fornisce un quadro di riferimento e delle linee guida per la negoziazione. È considerato uno “strumento strategico” poiché segna un'evoluzione decisiva nel sistema di relazioni industriali italiano, riconoscendo al welfare un ruolo centrale nella competitività aziendale e nel benessere dei lavoratori.³²

Attraverso il Patto di Fabbrica, le parti sociali hanno dimostrato la loro capacità di adattarsi ai cambiamenti del mercato e di proporre soluzioni innovative, basate sulla negoziazione, per affrontare le sfide del welfare e del lavoro. Questo accordo ha incentivato la diffusione di buone pratiche e ha rafforzato il ruolo della contrattazione di secondo livello, rendendo il welfare una materia stabile e centrale nelle relazioni tra lavoratori ed imprese.

32. Caruso Sebastiano Bruno, Recenti sviluppi normativi e contrattuali del welfare aziendale. Nuove strategie di gestione del lavoro o neo consumismo?, in “Rivista Italiana di Diritto del Lavoro”, n. 1, p. 369-388, 2018



2

Il Welfare contrattuale

2. Il Welfare contrattuale

2.1. Definizione di welfare contrattuale: fonti e strumenti

La nozione di welfare aziendale non ha una definizione giuridicamente precisa e la sua regolamentazione in Italia è frammentata e non organica, composta da disposizioni sparse che spesso non sono coerenti tra loro. Per comprendere a fondo il concetto di welfare contrattuale, è essenziale analizzare la sua evoluzione storica e il suo ruolo nel moderno contesto lavorativo, un vero e proprio "puzzle" di elementi vari.³³

Il welfare aziendale si riferisce a un insieme di iniziative e servizi sociali che l'imprenditore offriva volontariamente ai propri dipendenti, spesso in un'ottica di paternalismo industriale. Tali iniziative erano tipiche della prima fase di crescita dell'industria italiana e avevano lo scopo di garantire ai lavoratori un supporto che andasse oltre la retribuzione economica.³⁴

Il concetto di "welfare di fabbrica" o "welfare di impresa" rappresenta un'evoluzione storica del moderno welfare aziendale. In questa fase gli imprenditori offrivano volontariamente iniziative e servizi sociali ai propri dipendenti spesso spinti da un'ottica di paternalismo industriale. Tali iniziative avevano lo scopo di fornire un supporto che andasse oltre la retribuzione economica in un'epoca in cui lo Stato era meno sviluppato e le grandi aziende ricoprivano un ruolo di "sostituto pubblico".³⁵

Adriano Olivetti è un esempio emblematico di questo modello. A Ivrea, ha creato una vera e propria "città fabbrica" che integrava il

33. Murena Claudia, Il welfare aziendale e la recente normativa sui flexible benefits, in "Diritto delle Relazioni Industriali", Vol. 29, n. 4, pp. 1235-1248, 2019

34. Massagli Emmanuele, Spattini Silvia e Tiraboschi Michele, Fare welfare in azienda. Guida pratica per imprese, consulenti, sindacalisti, operatori, ADAPT University Press, Bergamo 2018.

35. Merli Stefano, Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale, Firenze, La nuova Italia, 1972.

lavoro con la vita sociale e culturale dei dipendenti. Il suo approccio era mosso sia dalla necessità di fidelizzare la manodopera che da una sincera volontà di migliorare le condizioni di vita dei lavoratori e delle loro famiglie, garantendo stabilità sociale e produttiva. L'azienda Olivetti forniva una vasta gamma di servizi, tra cui: asili nido e biblioteche per l'educazione ed il supporto alle famiglie, servizi sanitari e abitazioni per garantire il benessere e stabilità residenziale. Questo modello univa la produzione industriale alla vita comunitaria, gettando le basi per la successiva evoluzione del welfare aziendale.³⁶

Lanerossi, l'industria tessile di Schio offriva ai propri operai servizi che includevano scuole, case operaie e strutture ricreative, in un modello che univa la produzione industriale alla vita comunitaria.³⁷

Un ulteriore esempio di paternalismo industriale in Italia è rappresentato da Luisa Spagnoli. Questa imprenditrice ha saputo integrare il welfare aziendale con la crescita economica e lo sviluppo sociale. Particolarmente rilevante è il suo ruolo durante il periodo bellico, in cui promosse l'impegno femminile e fornì un cruciale supporto sociale alle lavoratrici in un momento di grande difficoltà. Il suo approccio, sebbene legato alla figura carismatica dell'imprenditrice, ha contribuito a gettare le basi per la successiva evoluzione del welfare.³⁸

Il passaggio dal paternalismo al moderno welfare aziendale segna una transizione fondamentale: da una logica unilaterale e volontaria, si è passati a un sistema incentivato dalla normativa e strutturato attraverso la contrattazione collettiva, con l'obiettivo di integrare le politiche pubbliche e di offrire benefici non solo come atto di libertà, ma come leva strategica per l'azienda.

A livello internazionale, il concetto di welfare aziendale ha assunto forme e percorsi evolutivi distinti. Ad esempio, in Germania, il modello bismarckiano ha gettato le basi per l'assistenza sociale già alla

36. Sapelli Giulio, Olivetti: il sogno di una comunità, Torino, Einaudi, 2010.

37. Varaldo, R., Lanerossi. Storia di un'impresa tessile italiana. Marsilio, 2009

38. Jacobbi Paola, Luisa. Sonzogno, 2024

fine del XIX secolo, introducendo forme di assicurazione obbligatoria per malattia e vecchiaia.³⁹ Negli Stati Uniti, invece, la diffusione dei cosiddetti fringe benefits è stata in gran parte una conseguenza del secondo dopoguerra: in un periodo di blocco salariale, le aziende furono spinte a offrire ai propri dipendenti benefit alternativi al salario per attrarre e mantenere i talenti.⁴⁰

Il welfare aziendale moderno è un insieme di servizi e prestazioni non monetarie offerte ai dipendenti. Gabrielli e Zaccaro hanno delineato queste iniziative in diverse aree, ciascuna con finalità specifiche per l'impresa:⁴¹

- Previdenza complementare, questa categoria di benefit aiuta i dipendenti a costruire una pensione integrativa, superando i limiti del sistema pensionistico pubblico.

L'azienda può versare un contributo periodico a favore del dipendente, il cui ammontare è solitamente una percentuale della retribuzione o un importo fisso.

Esempi concreti sono i piani di adesione a fondi pensione come Cometa per il settore metalmeccanico o Fon.te per il settore del Terziario.

Un'azienda potrebbe decidere di versare un ulteriore contributo a quello già previsto dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro (CCNL), incentivando così l'adesione e la capitalizzazione del fondo pensione del dipendente.

- Sanità integrativa, questi servizi integrano o si sostituiscono alla sanità pubblica, garantendo ai lavoratori e alle loro famiglie un supporto per le spese mediche.

39. Becker Ulrich, *The Bismarck Model and Beyond*, Berlin, Springer, 2005.

40. Jacoby Russell, *Modern Manors: Welfare Capitalism since the New Deal*, New York, Princeton UP, 1997.

41. Gabrielli Gabriele e Zaccaro Francesco, Remunerazione, welfare aziendale e Human Resource Management. Un framework per orientare reward strategy e politiche retributive, in Alvino, I., Ciucciavino, S., Romei, R. (a cura di), *Il welfare aziendale. Una prospettiva giuridica*, Il Mulino, pp. 29-62, 2019.

L'azienda stipula una polizza collettiva che copre spese per visite specialistiche, interventi chirurgici, cure odontoiatriche o ticket sanitari. Società come Generali o Unisalute sono tra i principali fornitori di questi servizi.

In alternativa, molti CCNL prevedono l'iscrizione a fondi sanitari specifici, come ad esempio Fondo Est per i lavoratori del settore del commercio, questi Fondi offrono pacchetti di prestazioni mediche.

In aggiunta, l'azienda può organizzare delle vere e proprie giornate dedicate ai controlli medici gratuiti, mettendo a disposizione dei dipendenti esami del sangue, visite dermatologiche o campagne di vaccinazione antinfluenzale.

- Educazione e formazione, questa categoria supporta i dipendenti ed i propri familiari nel percorso di istruzione e crescita professionale.

L'azienda può rimborsare parzialmente o totalmente rette universitarie, i master o i corsi di specializzazione dei dipendenti, o le spese scolastiche dei loro figli.

L'azienda può consentire ai propri dipendenti l'accesso gratuito a piattaforme di formazione online che offrono corsi su diverse tematiche, dalla programmazione al management.

L'azienda può offrire posti convenzionati in asili nido o organizzare centri estivi per i figli dei dipendenti, facilitando la conciliazione tra vita lavorativa e familiare.

- Sostegno al reddito e servizi, questi benefit puntano a incrementare il potere di acquisto del lavoratore o a sostenerlo in situazioni di bisogno.

L'azienda può consegnare ai propri dipendenti i classici buoni pasto per coprire le spese alimentari e i buoni spesa/shopping da utilizzare in catene di negozi/supermercati convenzionati, che offrono una grande flessibilità.

L'azienda fornisce beni o servizi che non concorrono alla formazione del reddito del dipendente entro determinate soglie stabilite dalla

legge, come ad esempio l'uso di un'auto aziendale a fini privati o l'alloggio.

L'azienda mette a disposizione un portafoglio di servizi tra cui il dipendente può scegliere in base alle proprie esigenze, come ad esempio scegliere se utilizzare il budget per la previdenza, per la sanità integrativa o per i buoni acquisto.

Come già detto all'inizio del capitolo la regolamentazione in Italia del welfare aziendale è frammentata e non organica. Secondo autori come Treu, Grandi, Lamberti e Murena, questa mancanza di disciplina organica era particolarmente evidente nella normativa precedente al 2015, che veniva considerata lacunosa e non sistematica.⁴²

Una regolamentazione non organica del welfare aziendale genera incertezza e difficoltà sia per le imprese che per i lavoratori. La mancanza di un quadro normativo chiaro può rendere complesso per le aziende comprendere appieno i loro obblighi e le opportunità, scoraggiando potenziali investimenti in piani di welfare. Allo stesso modo, i lavoratori possono avere difficoltà a capire i loro diritti e ad usufruire pienamente dei benefici offerti.

Il quadro normativo attuale è il risultato dell'interazione tra diversi livelli e fonti, che si sovrappongono e si integrano a vicenda.

La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208) ha rappresentato un punto di svolta per il welfare aziendale in Italia. Il suo intervento principale ha riguardato l'articolo 51 del Testo Unico

42. Treu Tiziano, (a cura di) Welfare aziendale. Migliorare la produttività e il benessere dei dipendenti, Ipsoa, Milano 2013.

Grandi Daniele, Legge di stabilità e welfare aziendale: un (mezzo) favore alle relazioni industriali?, in "bollettino.adapt.it", 27 ottobre, 2015.

Lamberti Fabiola, Finalità e nozione del welfare aziendale, in Alvino, I., Ciucciovino, S., Romei, R. (a cura di), Il welfare aziendale. Una prospettiva giuridica, Il Mulino, pp. 87-118, 2019.

Murena Claudia, Il welfare aziendale e la recente normativa sui flexible benefits, in "Diritto delle Relazioni Industriali", Vol. 29, n. 4, pp. 1235-1248, 2019

delle Imposte sui Redditi (TUIR), in particolare i commi 2, 3 e 4.⁴³

La modifica dell'Art. 51, comma 2, del TUIR ha ampliato in modo significativo la gamma di beni e servizi che non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente. La legge ha introdotto nuove lettere, come la f-bis e la f-ter, per includere servizi di educazione, istruzione, e assistenza per familiari anziani o non autosufficienti.

Nello specifico la lettera f-bis introdotta dalla Legge di Stabilità 2016, stabilisce l'esenzione fiscale per le somme e i servizi erogati dal datore di lavoro per finalità di educazione e istruzione dei familiari del dipendente (anche se non fiscalmente a carico). I servizi inclusi possono essere: rette per asili nido e scuole materne, elementari, medi e superiori; spese per mensa scolastica e trasporto scolastico; costi per centri estivi e invernali; borse di studio e sussidi per lo studio; costi per l'acquisto di libri scolastici e per corsi di lingua.

Invece in merito alla lettera f-ter, sempre introdotta dalla Legge di Stabilità 2016, questa, disciplina i servizi di assistenza sociale e sanitaria. Nello specifico, si riferisce alle somme e alle prestazioni erogate per l'assistenza a familiari anziani e non autosufficienti. Tra i servizi più comuni rientrano: servizi di assistenza domiciliare, come assistenza infermieristica e/o badanti; spese per strutture di assistenza per anziani e persone non autosufficienti, soggiorni di sollievo per chi presta assistenza a lungo termine.

La legge, inoltre, ha introdotto un regime fiscale agevolato per i premi di risultato legati a incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza e innovazione. Questi premi possono essere soggetti a un'imposta sostitutiva del 10% (anziché l'aliquota IRPEF ordinaria) e, a scelta del lavoratore, possono essere convertiti in servizi di welfare esenti da tassazione.⁴⁴

43. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)."

44. Agenzia delle Entrate, Circolare 15 giugno 2016, n. 28/E, Premi di risultato e welfare aziendale – articolo 1 commi 182-190 legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016)

La possibilità di convertire i premi di produttività in welfare ha permesso ai dipendenti di ricevere un valore netto maggiore, in quanto i benefit di welfare (es. buoni pasto, servizi sanitari, asili nido) non sono soggetti a contributi e imposte. Questo ha aumentato in modo significativo il loro potere d'acquisto reale. Mentre per le aziende il vantaggio è nella maggiore deducibilità dei costi legati al welfare aziendale. Erogando servizi non monetari, hanno potuto migliorare il clima aziendale, attrarre e trattenere talenti, e ridurre l'assenteismo, il tutto con un costo complessivo inferiore rispetto a un aumento di stipendio di pari valore lordo. L'implementazione di questi piani ha reso il welfare aziendale uno strumento strategico per la gestione del personale.

Un'altra fonte legislativa è la legge sulla partecipazione dei lavoratori (Legge 15 maggio 2025, n. 76), legge di iniziativa popolare promossa dalla CISL sulla partecipazione dei lavoratori alla vita dell'impresa diventata ufficialmente legge dello Stato attraverso la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 26 maggio 2025.⁴⁵ Questa norma rappresenta un ponte significativo tra le relazioni industriali partecipative e il welfare aziendale. La legge incoraggia le imprese a distribuire almeno il 10% degli utili ai lavoratori, con una tassazione agevolata (al 5 % per un triennio, fino a 5.000 € a persona) se supportata da accordi partecipativi formalizzati nei contratti collettivi. Questi strumenti rappresentano una forma di welfare monetario defiscalizzato, un sistema che incoraggia la redistribuzione ed un maggiore interessamento dei dipendenti. La normativa introduce alla possibilità di inserire i rappresentanti dei lavoratori negli organi di amministrazione, come il Consiglio di Amministrazione (CdA) o il consiglio di sorveglianza, di creare gruppi o comitati di lavoro partecipativi. Lo scopo è stimolare l'innovazione, la formazione ed il coinvolgimento nelle decisioni strategiche. Di conseguenza, semplificano la co-progettazione dei piani di welfare aziendale focalizzati su salute, benessere, formazione e conciliazione vita-lavoro. Infine, il testo prevede anche meccanismi di consultazione preventiva del-

45. Legge 15 maggio 2025, n. 76, Disposizioni per la partecipazione dei lavoratori alla gestione, al capitale e agli utili delle imprese.

le rappresentanze sindacali su temi cruciali come riorganizzazioni, innovazioni, digitalizzazione e investimenti interni nel welfare. Tutto ciò rende la *governance* più inclusiva e orientata al benessere.⁴⁶

Per comprendere appieno l'applicazione del welfare aziendale in Italia, possiamo prendere in esame alcuni casi specifici. Luxottica rappresenta un esempio di grande impresa che offre ai propri dipendenti un pacchetto estremamente vasto e strutturato di benefit, che spazia dai servizi sanitari integrativi, a programmi per il benessere fisico, fino a iniziative a sostegno del reddito e della famiglia. Questo approccio non si limita alla semplice erogazione di benefit, ma si inserisce in una strategia più ampia di responsabilità sociale e di cura del personale.⁴⁷

Un altro caso di rilievo è quello della Ferrero, che ha saputo mantenere e valorizzare la tradizione comunitaria voluta dal suo fondatore, Michele Ferrero. L'azienda ha sviluppato un sistema di welfare che si fonda su un profondo senso di appartenenza e sulla vicinanza ai propri dipendenti e alle loro famiglie, attraverso servizi che includono asili nido, assistenza sanitaria e iniziative culturali.⁴⁸

Inoltre, esiste un esempio unico nel suo genere dove un'azienda, Vorwerk Italia SaS – Folletto, ha contrattato con le rappresentanze dei lavoratori autonomi il welfare aziendale con un fondo annuale finanziato con oltre un milione di euro dall'impresa stessa e che offre una serie di servizi e sussidi ai lavoratori autonomi, in questo caso agenti di commercio. Il Fondo denominato FAI aiuta il lavoratore autonomo in caso di malattia ed infortunio, spese dentistiche, riparazione del proprio automezzo.⁴⁹ Inoltre l'azienda si è impegnata a corrispondere un rimborso dei contributi versati dai propri agenti al

46. Cisl, La partecipazione al lavoro, 2025

47. Luxottica, Sustainability Report 2024

48. Ferrero, Sustainability Report 2024

49. Fisascat Cisl, Vorwerk Folletto, Rinnovato l'accordo aziendale per i 4000 agenti di commercio, capi e incaricati alla vendita, 2016, <https://www.fisascat.it/news/vorwerk-folletto-rinnovato-laccordo-aziendale-per-i-4000-agenti-di-commercio-capi-e-incaricati-alla-vendita> (ultimo accesso 25/09/2025)

Fondo Commercianti INPS a titolo di previdenza pari al 50% o 80% a seconda dell'anzianità di servizio. Nel maggio 2025 a seguito del rinnovo contrattuale è stato introdotto un nuovo premio welfare fino a 1.120 € incrementato del 30% rispetto a quanto previsto fino al 2024.⁵⁰

Il panorama cambia quando si osserva il tessuto delle Piccole e Medie Imprese (PMI), dove le risorse economiche e organizzative sono spesso più limitate. In questo contesto, sta prendendo sempre più piede un modello innovativo: i piani di welfare territoriale. In questi schemi, più aziende si uniscono in consorzi o reti d'impresa per mettere in comune le risorse e offrire ai propri dipendenti una serie di servizi condivisi. Questo approccio collaborativo permette anche alle imprese più piccole di accedere a benefit e servizi che, individualmente, non sarebbero in grado di sorreggere, assicurando così vantaggi concorrenziali e un maggiore equilibrio tra vita lavorativa e privata per i propri lavoratori.⁵¹

Di seguito, un caso di studio che illustra come una rete di imprese ha utilizzato il welfare condiviso per offrire ai propri dipendenti benefit comparabili a quelli delle grandi aziende, superando le barriere economiche e gestionali tipiche delle PMI.

Nel contesto economico Italiano, caratterizzato da un'elevata densità di piccole e medie imprese, Confindustria ha riconosciuto la necessità di intervenire per colmare il divario competitivo con le grandi aziende in materia di welfare. Il progetto "RetImpresa", è un'iniziativa strategica che ha l'obiettivo di tradurre la logica della sussidiarietà orizzontale in un modello operativo concreto, a beneficio delle imprese associate e dei loro dipendenti.⁵²

Le PMI si trovavano di fronte a tre principali /ostacoli: l'acquisto di

50. Fisascat Cisl, Vorwerk Italia/Folletto, siglata l'intesa di rinnovo dell'Accordo Integrativo Aziendale applicato ai circa 600 dipendenti della sede centrale e degli uffici commerciali, 2025, <https://fisascat.it/news/vorwerk-folletto-cia> (ultimo accesso 25/09/2025)

51. Generali Italia, Rapporto Welfare Index PMI 2019

52. RetImpresa, Un nuovo servizio per il welfare aziendale in rete, <https://www.retimpresa.it/un-nuovo-servizio-per-il-welfare-aziendale-in-rete/> (ultimo accesso 23/09/2025)

servizi di welfare (come assicurazioni sanitarie o buoni pasto) per un numero ridotto di dipendenti non permetteva di ottenere le economie di scala necessarie per rendere l'investimento conveniente; la complessa gestione amministrativa e burocratica di un piano di welfare completo, dall'analisi dei bisogni alla scelta dei fornitori e all'erogazione dei benefit, rappresentava un onere insostenibile per le piccole realtà prive di un ufficio HR dedicato; la limitata capacità delle PMI di mettere a disposizione benefit interessanti le poneva in svantaggio competitivo. Di conseguenza, i migliori talenti erano spesso attratti dalle grandi aziende, che offrivano pacchetti retributivi più generosi e articolati.

Per rispondere a queste sfide, Confindustria è intervenuta assumendo il ruolo di aggregatore e intermediario. La loro strategia si è articolata su due pilastri: la creazione di una piattaforma digitale centralizzata e lo sfruttamento della negoziazione collettiva. Invece di far agire ogni singola impresa, Confindustria ha unito le forze di centinaia di aziende associate, creando un "super-cliente" con un potere contrattuale significativo.

Attraverso la piattaforma, ogni PMI decide l'importo da destinare al welfare per i propri dipendenti. L'operazione è semplificata e detassata secondo la normativa vigente, rendendo l'investimento più efficiente dal punto di vista fiscale.

I dipendenti accedono a un'area personale dove possono scegliere i benefit che preferiscono da un'ampia gamma, tra cui, piani sanitari integrativi, con accesso a strutture convenzionate, check-up e pacchetti di prevenzione; servizi pensati per la gestione della famiglia, come ad esempio convenzioni con asili nido e centri estivi, oppure supporti per l'assistenza a persone anziane o non autosufficienti.; rimborsi per rette scolastiche e universitarie, e accesso a corsi di formazione professionale; buoni spesa, buoni benzina e voucher per attività sportive, culturali e ricreative.⁵³

53. RetImprese, Cosa facciamo per te, <https://www.retimpresa.it/cosa-facciamo-per-te/#:~:text=WELFARE%20%20RetImpresa%20promuove%20la%20diffusione%20del,e%20personalizzare%20in%20funzione%20delle%20specifiche%20esigenze>. (ultimo accesso 23/09/2025)

Il progetto promosso da Confindustria ha avuto effetti positivi sull'intera economia della regione. Lavorando in rete, il welfare aziendale è diventato un investimento realistico e sostenibile anche per le Piccole e Medie Imprese, che ora lo vedono come un elemento strategico anziché un semplice costo. Le aziende aderenti hanno visto crescere la loro attrattiva verso i migliori talenti, riducendo i cambi di personale (*turnover*) e aumentando sia la produttività che la fedeltà dei dipendenti. L'investimento in welfare condiviso ha contribuito a rafforzare il legame tra le imprese e il territorio, generando un valore aggiunto che si estende alla comunità locale.

2.2. Livelli di contrattazione collettiva

La contrattazione collettiva in Italia si fonda su un sistema articolato su più livelli, i cui più diffusi sono quello interconfederale, il nazionale di categoria (CCNL) ed il decentrato o aziendale. Questo modello complesso è il risultato di un'evoluzione storica e giuridica che ha cercato di bilanciare le esigenze di uniformità nazionale con le specificità delle singole realtà produttive.⁵⁴

Inizialmente, il sistema era dominato dagli accordi interconfederali, stipulati dalle confederazioni sindacali (come CGIL, CISL e UIL) per stabilire norme omogenee valide per una pluralità di settori. Ad esempio, gli accordi interconfederali stabiliscono la cornice entro cui possono essere negoziati i premi di risultato e le relative agevolazioni fiscali, offrendo un orientamento per le successive negoziazioni a livello inferiore. Tali accordi, molto diffusi fino agli anni '50, fissavano principi generali su materie cruciali come i licenziamenti o le qualifiche professionali. Tuttavia, con il "caldo autunno sindacale" degli anni '60, le lotte operaie e la forte conflittualità portarono a un'esigenza di negoziazione più mirata. La contrattazione si spostò sempre più verso il livello di categoria, dando maggiore importanza al CCNL, e a quello aziendale.

L'accordo interconfederale, il livello più alto della negoziazione sindacale, è stipulato dalle confederazioni per stabilire norme uniformi

54. Giugni Gino, Contrattazione collettiva e diritto del lavoro. Laterza, 2002

su vari aspetti del rapporto di lavoro, come i licenziamenti, validi per tutte o una pluralità di categorie. Questi accordi, diventati meno comuni dopo gli anni '50, sono stati sostituiti dalla contrattazione di categoria, la quale si è dimostrata più efficace e mirata per le molteplici realtà lavorative.

I Protocolli Interconfederali sono stati fondamentali per l'evoluzione del sistema di contrattazione collettiva in Italia, poiché hanno fatto da intermediario tra la contrattazione centrale e quella decentrata. In questo processo, il Protocollo Intersind/ASAP del 1962 è visto come una vera e propria pietra miliare.

Prima dell'accordo, il sistema di contrattazione era in prevalenza centralizzato a livello nazionale. Di conseguenza, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) fissava le principali regole e gli stipendi validi per tutti i lavoratori del settore. Tuttavia, con la crescente complessità del mondo del lavoro e le specificità delle singole aziende, emerse la necessità di un'azione negoziale più flessibile e vicina alle realtà produttive.

Il Protocollo del 1962, firmato da Intersind e ASAP (associazioni di imprese a partecipazione statale) con le confederazioni sindacali, ebbe un impatto decisivo per due motivi principali.⁵⁵

Questo accordo ha formalmente riconosciuto e legittimato la contrattazione a un secondo livello, ovvero a livello aziendale o territoriale. Stabili che i contratti aziendali potevano integrare e non semplicemente ripetere i contenuti del CCNL, aprendo così la strada a soluzioni negoziali specifiche per le singole imprese.

Prima del Protocollo del 1962, il modello di contrattazione era rigido e centralizzato. L'accordo segnò l'inizio del passaggio a un modello a due livelli, in cui il primo livello (CCNL) definisce le regole generali ed il secondo livello (contratto aziendale/territoriale) le adatta e le integra, tenendo conto delle specificità economiche e produttive locali.

55. Giugni Gino, L'evoluzione della contrattazione collettiva nelle industrie siderurgica e mineraria (1953-1954), Giuffrè, Milano 1964

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) rappresenta la spina dorsale del sistema. Stipulato tra le principali associazioni sindacali e datoriali, il CCNL ha una duplice funzione. La prima è normativa: stabilisce un trattamento economico e normativo minimo e inderogabile per tutti i lavoratori di un determinato settore, garantendo equità e stabilità a livello nazionale.⁵⁶ Questa funzione stabilisce un “pavimento” di diritti e tutele, al di sotto del quale i contratti individuali non possono scendere. La seconda è obbligatoria: regola i rapporti tra le organizzazioni sindacali e datoriali stesse, definendo le regole del gioco per la contrattazione futura e per la gestione delle relazioni industriali, senza però avere un’efficacia diretta sui singoli lavoratori.⁵⁷

Consideriamo il CCNL Metalmeccanici, uno dei più complessi e avanzati. Questo accordo stabilisce in modo molto dettagliato le regole per la contrattazione aziendale. Per esempio, indica chiaramente su quali argomenti le parti (azienda e rappresentanze sindacali) possono negoziare a livello aziendale. Ad esempio, può prevedere la possibilità di contrattare premi di risultato legati alla produttività aziendale, l'organizzazione dell'orario di lavoro o l'introduzione di nuovi strumenti di welfare come la previdenza complementare. Il CCNL può stabilire, ad esempio, che la contrattazione aziendale può essere avviata solo dopo la scadenza del contratto nazionale e che le piattaforme sindacali per il rinnovo devono essere presentate con un certo preavviso. Spesso il CCNL istituisce degli organismi paritetici (composti da rappresentanti dell'azienda e dei sindacati) che hanno il compito di monitorare l'applicazione del contratto e di gestire eventuali conflitti, prima di ricorrere a vie legali.⁵⁸

Il contratto collettivo aziendale rappresenta il livello più decentrato. Stipulato tra le rappresentanze aziendali dei lavoratori (RSA e

56. Clausola 2 dell’accordo interconfederale del 28 giugno 2011

57. Ghezzi Giorgio, *La responsabilità contrattuale delle associazioni sindacali*, Giuffrè, Milano 1963

Zoli Carlo, *Il diritto sindacale*; in *Diritto del Lavoro Vol I – UTET*, 2007

58. CISL, 1° Rapporto sulla contrattazione di secondo livello, 2025

RSU) ed il datore di lavoro, questo tipo di contratto non si limita a una somma di accordi individuali, ma affronta questioni specifiche di un'azienda o di un territorio. Il ruolo di tale contratto è principalmente quello di integrare e precisare quanto previsto dal CCNL, disciplinando materie che non possono essere trattate a livello nazionale.

Ad esempio, un'azienda del settore metalmeccanico (es. Luxottica, Ferrari) può decidere, tramite un accordo aziendale, di erogare non solo la quota minima prevista dal CCNL, ma di integrarla con servizi aggiuntivi e più specifici che riflettono la cultura aziendale e le esigenze della propria forza lavoro. Questo può includere: servizi per la famiglia (asili nido aziendali o convenzioni con strutture locali); Salute e benessere (programmi di supporto psicologico, centri fitness aziendali o polizze sanitarie integrative che coprono prestazioni non incluse nel CCNL); Flessibilità lavorativa (un "conto welfare" gestito dal dipendente, che può scegliere liberamente quali servizi acquistare da un catalogo aziendale, potenziando il beneficio economico e la libertà di scelta).

Luxottica ha lanciato un piano di welfare che dimostra l'impegno dell'azienda a favore del benessere dei propri dipendenti e dei loro familiari. L'azienda ha negoziato contratti integrativi a quanto previsto dal CCNL. L'azienda offre una copertura sanitaria aggiuntiva per i dipendenti e i loro familiari, includendo pacchetti di prevenzione e cure specialistiche. Inoltre, sono stati attivati servizi dedicati come il "Family Care", che offre supporto per la gestione della cura dei figli con un asilo nido e dei familiari anziani. Ha introdotto un sistema di "conto welfare" personalizzabile, attraverso il quale i dipendenti possono convertire il premio di risultato in una serie di servizi esenti da tassazione, come buoni spesa, rimborsi per l'istruzione dei figli o abbonamenti ai trasporti pubblici.⁵⁹

La Ferrari, da sempre sinonimo di eccellenza e performance, ha tradotto questi valori anche nel suo piano di welfare aziendale. L'accordo integrativo rispecchia l'idea che il benessere dei dipendenti è essenziale per il raggiungimento di risultati straordinari. Oltre ai premi di produttività, l'azienda offre un "Conto Welfare" che i dipendenti possono

59. Luxottica, Sustainability Report 2024

utilizzare per una serie di beni e servizi, inclusi buoni acquisto per carburante e spesa. Sono stati introdotti servizi come la palestra aziendale e un centro benessere, che incoraggiano uno stile di vita sano. La Ferrari investe in formazione continua, offrendo ai dipendenti la possibilità di acquisire nuove competenze e crescere professionalmente all'interno dell'azienda.⁶⁰

Nei due casi ora analizzati, gli accordi aziendali non si sono limitati a un mero aumento retributivo, ma hanno creato un sistema di benefit che rispecchia la cultura aziendale e risponde in modo mirato alle esigenze concrete dei lavoratori, fungendo da potente strumento di fidelizzazione e motivazione.

Il principio secondo cui un contratto collettivo aziendale vincola solo i lavoratori iscritti ai sindacati che lo hanno sottoscritto è stato a lungo il punto fermo della giurisprudenza italiana. Tuttavia, nel corso degli anni, la Corte di Cassazione ha affrontato in varie occasioni questo tema, introducendo distinzioni e precisazioni che hanno contribuito a definire il quadro attuale. L'evoluzione della giurisprudenza si è mossa da un'applicazione rigida del principio a una sua modulazione, specialmente in presenza di accordi che tutelano interessi collettivi.⁶¹

Corte di Cassazione, n. 4802/1993 e n. 4870/1996: queste sentenze hanno ribadito il principio tradizionale. La Corte ha stabilito che l'efficacia del contratto aziendale non può estendersi automaticamente a tutti i dipendenti. L'applicazione dell'accordo a un lavoratore non iscritto al sindacato firmatario può avvenire solo se il lavoratore ha aderito espressamente o in modo tacito (per *facta concludentia*) al contenuto dell'accordo. Un esempio di adesione tacita si verifica quando il lavoratore, pur non iscritto, riceve e accetta i benefici previsti dall'accordo (ad esempio, un premio di risultato o una indennità).⁶²

60. Ferrari, 2024 Annual Report, <https://www.ferrari.com/en-EN/corporate/sustainability-reports> (ultimo accesso 23/09/2025)

61. Ferraro Giuseppe, L'efficacia soggettiva del contratto collettivo, In: Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale, ISSN 0392-7229, 2011, pp. 739-777.

62. Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 24 aprile 1993, n. 4802

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 27 maggio 1996, n. 4870

Corte di Cassazione, n. 2361/1996: questa pronuncia ha confermato l'orientamento consolidato. La Corte ha precisato che il datore di lavoro, in assenza di un'adesione individuale, non può applicare le condizioni di un contratto aziendale a un lavoratore non iscritto. Il diritto del lavoratore a non essere vincolato da un accordo separato rappresenta una diretta conseguenza della libertà sindacale negativa, ovvero la libertà di non aderire a un'organizzazione sindacale e alle sue decisioni.⁶³

Da quando sono stati introdotti i contratti di prossimità (con il D.L. n. 138/2011), la giurisprudenza ha creato una regola fondamentale per la contrattazione in Italia. In sostanza, è possibile firmare accordi aziendali o territoriali che possono scavalcare direttamente e chiaramente non solo i CCNL (Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro), ma perfino alcune norme di legge.

Lo scopo principale di questi contratti è quello di favorire maggiore occupazione, migliorare la qualità dei contratti di lavoro, incrementare la competitività e sostenere la gestione delle crisi aziendali. Per essere considerati validi e acquisire la loro efficacia derogatoria, gli accordi devono essere sottoscritti a livello aziendale o territoriale. Nello specifico, la firma è richiesta alle associazioni dei lavoratori comparativamente più rappresentative su piano nazionale e/o territoriale, o alle loro rappresentanze sindacali operanti in azienda (RSA/RSU). Infine, è indispensabile che tali accordi siano approvati in base al criterio maggioritario tra le rappresentanze sindacali firmatarie.

È fondamentale sottolineare che la facoltà di deroga è consentita soltanto per un elenco di materie specifico e non estensibile (tassativo). Di conseguenza, essa non può essere estesa ad altri ambiti. Le aree contemplate sono: l'installazione di impianti audiovisivi e l'adozione di nuove tecnologie; le mansioni, le classificazioni e l'inquadramento; i contratti a termine e le diverse forme di orario (ridotto, modulato o flessibile); l'orario di lavoro; e la disciplina del licenziamento.

Si deve evidenziare che la facoltà derogatoria non è assoluta. I contratti di prossimità sono tenuti a rispettare i principi di rango costitu-

63. Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 20 marzo 1996, n. 2361

zionale e i limiti derivanti dal diritto comunitario e dalle convenzioni internazionali in materia di lavoro.

Un limite fondamentale è rappresentato dal divieto di violare il diritto a una retribuzione proporzionata e sufficiente. La giurisprudenza della Corte di Cassazione ha stabilito che tali accordi sono legittimi solo se volti a una riorganizzazione aziendale e non se hanno come unico scopo la riduzione della retribuzione.⁶⁴

Corte di Cassazione, n. 10353/2004: in questa sentenza, la Corte ha riconosciuto un'efficacia vincolante, seppur con delle eccezioni, agli accordi aziendali firmati da sindacati maggioritari. La pronuncia ha introdotto il concetto di efficacia tendenziale, per la giurisprudenza tradizionale, un accordo aziendale ha un'"efficacia tendenziale", non assoluta. Questo significa che l'accordo vincola in via diretta solo i lavoratori iscritti alle organizzazioni sindacali firmatarie. Per i lavoratori non iscritti, l'accordo si applica solo se il datore di lavoro vi aderisce, applicandolo nei fatti, e se i lavoratori non manifestano un esplicito dissenso. Questo principio, affermato da sentenze come la n. 10353/2004 e n. 31201/2021, ha posto un limite all'applicazione generalizzata degli accordi.⁶⁵

L'Articolo 8 del D.L. n. 138/2011 è intervenuto specificamente per eliminare la suddetta limitazione, dotando i contratti di prossimità di efficacia *erga omnes* (estensiva a tutti i lavoratori interessati). Affinché tale efficacia si realizzi, l'accordo deve: perseguire una delle finalità tassativamente previste dal dettato normativo (es. maggiore occupazione, aumento di competitività, gestione di crisi aziendali); essere sottoscritto dalle associazioni dei lavoratori comparativamente più rappresentative su scala nazionale o territoriale, o dalle loro rappresentanze sindacali operanti in azienda; ed essere firmato applicando un criterio maggioritario tra le predette rappresentanze sindacali.

Nonostante il potere derogatorio, la giurisprudenza ha posto limi-

64. Cantiano Giuseppe, Ambrosio Pasquale, Guarino Mario, Contrattazione di prossimità: normativa ed applicazione pratica, Cedam, 2019

65. Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 28 maggio 2004, n. 10353
Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 02 novembre 2021, n. 31201

ti precisi, confermando che tale facoltà non è illimitata. Le sentenze della Corte di Cassazione, in particolare la n. 33131/2021 e la n. 27806/2023, hanno ribadito diversi principi fondamentali. Anzitutto, i contratti di prossimità non possono operare deroghe al di fuori delle materie specifiche tassativamente previste dalla legge, come l'orario di lavoro e le mansioni. Non è poi ammesso un utilizzo generico degli accordi per operare semplici tagli ai costi o alle retribuzioni senza una correlazione chiara con un piano di riorganizzazione aziendale o di gestione di una crisi. Sebbene sia possibile derogare ai trattamenti economici del CCNL, l'accordo non può intervenire per operare un mero taglio delle retribuzioni: deve comunque rispettare il principio costituzionale di una retribuzione proporzionata e sufficiente, in grado di garantire al lavoratore un'esistenza libera e dignitosa (come sancito dall'art. 36 Costituzione). Infine, la deroga deve essere strettamente e funzionalmente collegata al perseguimento delle finalità previste dalla norma.⁶⁶

Corte di Cassazione, n. 16089/2014: questa sentenza, a differenza della precedente, ha posto un limite all'efficacia *erga omnes*. Ha stabilito che, anche in presenza di un accordo aziendale, la trasformazione di un rapporto di lavoro (ad es. da tempo pieno a tempo parziale) richiede sempre il consenso scritto del lavoratore. La Cassazione ha ribadito che, in materie che toccano diritti individuali fondamentali e peggiorative rispetto alla legge o al CCNL, l'accordo collettivo non può sostituirsi alla volontà del singolo lavoratore. Questo orientamento ha quindi rafforzato la tutela del lavoratore, riaffermando che i contratti aziendali non possono avere un'efficacia illimitata, soprattutto quando comportano un sacrificio individuale significativo.⁶⁷

In sintesi, la giurisprudenza è passata da un'iniziale impostazione che subordinava l'efficacia del contratto aziendale alla singola volontà del lavoratore, a un approccio più pragmatico che, soprattutto con l'introduzione dei contratti di prossimità, ha riconosciuto una loro efficacia più estesa, ma non assoluta. L'efficacia *erga omnes* è stata quindi

66. Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 10 novembre 2021, n. 33131

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 02 ottobre 2023, n. 27806

67. Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 14 luglio 2014, n. 16089

limitata a specifici ambiti, bilanciando l'interesse collettivo dell'azienda e dei sindacati firmatari con il diritto fondamentale del lavoratore alla propria libertà sindacale.

2.3. Vantaggi per imprese e lavoratori

Il welfare aziendale non è più solo un benefit aggiuntivo; è diventato una vera e propria strategia che porta grandi vantaggi sia per le aziende che per i dipendenti, innescando un circolo virtuoso di benessere e produttività.

Quando un'azienda adotta politiche di welfare mirate, come l'offerta di buoni pasto, assistenza sanitaria integrativa o servizi di supporto per la famiglia, la sua valutazione sul mercato del lavoro aumenta positivamente in modo significativo. Questa attrazione maggiore ha un duplice effetto: da un lato, rende più facile richiamare talenti qualificati, e dall'altro, riduce considerevolmente il turnover del personale. I dipendenti, infatti, vedono l'azienda come un luogo che si preoccupa realmente del proprio benessere.

Investire nel benessere dei lavoratori ha un impatto diretto sulla produttività e sulla motivazione. Quando i dipendenti si sentono supportati e valorizzati, sono più coinvolti, danno il meglio di sé e si sentono parte integrante del successo aziendale. Questo senso di appartenenza, unito a un migliore equilibrio tra vita professionale e privata — facilitato da benefit come orari flessibili o servizi per la cura dei figli — contribuisce a migliorare in generale il loro work-life balance.

Inoltre, il welfare aziendale migliora il clima lavorativo. Un ambiente sereno e supportivo non solo riduce l'assenteismo, ma crea un importante legame di fiducia. È molto meno probabile che i lavoratori cerchino opportunità altrove. Per molte persone, la possibilità di trovare un lavoro che prenda in considerazione il benessere complessivo, e non più del solo stipendio, è ormai un fattore decisionale fondamentale.

Un aspetto importante che rende il welfare aziendale conveniente

per le imprese è il risparmio sul costo del personale. Come già indicato, grazie a specifiche normative, come l'articolo 51, commi 2 e 3, del TUIR, i benefit offerti ai dipendenti sono esenti sia da tassazione che da contributi sociali, creando quindi un vantaggio fiscale per entrambe le parti. Questo forte incentivo spinge le aziende a investire in piani di welfare, cambiando quello che era un costo in un investimento a lungo termine che migliora la soddisfazione dei propri dipendenti e, velatamente, fa crescere anche la redditività dell'impresa.

Al contempo, i lavoratori beneficiano di un vantaggio economico immediato e diretto. I contributi welfare erogati, specialmente quelli convertiti da premi di risultato o previsti dai CCNL, non intaccano il reddito imponibile del dipendente. Di conseguenza, i lavoratori possono godere di beni e servizi (come buoni spesa, rimborsi per l'istruzione dei figli o abbonamenti ai trasporti pubblici) senza che il loro valore venga tassato, aumentando di fatto il loro potere d'acquisto e il loro benessere economico.

In sintesi, un piano di welfare ben strutturato agisce come un catalizzatore, aumentando la soddisfazione e la motivazione dei dipendenti, migliorando il clima aziendale e offrendo concreti vantaggi fiscali che rendono l'intera operazione vantaggiosa per entrambe le parti.⁶⁸

Basandosi su recenti indagini e analisi del mercato del lavoro, è emerso che più del 50% delle grandi imprese italiane ha integrato nel proprio modello organizzativo almeno una forma di welfare aziendale. Queste strategie, che vanno oltre la tradizionale retribuzione monetaria, sono diventate strumenti fondamentali per la gestione delle risorse umane, producendo effetti concreti e misurabili.⁶⁹

L'adozione di politiche di welfare da parte delle aziende genera benefici tangibili sia per i dipendenti che per l'impresa stessa. In par-

68. Treu Tiziano, Welfare aziendale 2.0. Nuovo welfare, vantaggi contributivi e fiscali, Ipsa, 2016

69. Edenred, Osservatorio welfare aziendale in Italia: prevalgono i fringe benefit, <https://www.edenred.it/welfare-aziendale/osservatorio-welfare-aziendale/>, (ultimo accesso 23/09/2025)

ticolare, i dati dimostrano una riduzione del turnover tra gli under 30 di oltre il 10%⁷⁰, un indicatore chiave della soddisfazione e della fedeltà dei lavoratori. Un'indagine sul lavoro, condotta da Confindustria e Assolombarda, ha rilevato che il tasso medio di assenteismo nel 2023 si è attestato al **6,6%**. Sebbene non sia un dato specifico sulle aziende con welfare, altri studi confermano che la flessibilità, la conciliazione vita-lavoro e i servizi di assistenza (tipici del welfare) contribuiscono direttamente a una sua diminuzione. Ad esempio, l'utilizzo dello *smart working* ha contribuito ad una diminuzione dei congedi parentali, specialmente tra le donne.⁷¹

Inoltre, il welfare aziendale ha un impatto diretto sul potere d'acquisto dei dipendenti, che si stima possa aumentare tra il 5 e il 10%. L'aumento si concretizza attraverso la fornitura di benefit esenti da imposte o con agevolazioni fiscali, quali buoni pasto, piani di sanità integrativa o servizi di assistenza familiare. Questo meccanismo offre un contributo sostanziale allo sviluppo economico e della qualità della vita dei dipendenti. Tali misure non solo migliorano la qualità della vita, ma rafforzano anche il senso di appartenenza e l'engagement dei dipendenti, trasformando il welfare in un vero e proprio asset strategico per le aziende.⁷²

Il welfare non solo migliora la vita dei dipendenti, ma apporta anche un beneficio economico diretto all'azienda. I dati lo confermano: più della metà delle imprese che hanno implementato piani di welfare strutturati ha visto crescere il proprio fatturato fino al 10%. Questo dimostra come il benessere dei dipendenti si traduca in una crescita tangibile per l'azienda.⁷³

Questi dati, provenienti da fonti autorevoli, supportano l'idea che il welfare aziendale sia un asset strategico in grado di migliorare non solo la qualità della vita dei dipendenti, ma anche le performance aziendali in termini di retention, assenteismo e produttività.

70. Generali Italia, L'età adulta del welfare, 2024

71. Confindustria, Indagine Confindustria sul lavoro del 2024

72. Assolombarda, Osservatorio Welfare Assolombarda - Anno 2021

73. Generali Italia, L'età adulta del welfare, 2024

Per illustrare i vantaggi fiscali del welfare aziendale rispetto a un aumento di stipendio di pari valore, la seguente tabella riassume in modo chiaro i benefici per l'azienda e per il dipendente, basandosi sulle normative vigenti (in particolare l'Agenzia delle Entrate e il Testo Unico delle Imposte sui Redditi - TUIR).

Per confrontare l'impatto economico, ipotizziamo un valore lordo di 1.000 € che l'azienda decide di destinare al dipendente.

	Aumento in Busta Paga (1.000 € lordi)	Benefit in Welfare Aziendale (1.000 €)
Costo per l'azienda	Circa 1.400 € (1.000 € di aumento lordo + 400 € circa di oneri contributivi a carico azienda).	Circa 1.000 € (Spesa pienamente deducibile dal reddito d'impresa e esente da oneri contributivi).
Vantaggio netto per il dipendente	Circa 600 € (1.000 € lordi - 400 € circa di IRPEF e contributi a carico del dipendente).	1.000 € (Il valore del benefit, se rientrante nell'art. 51 e 100 del TUIR, non è soggetto a tassazione per il dipendente).

Quando l'azienda decide di destinare 1.000 € lordi al dipendente come aumento di stipendio, il costo finale per l'azienda è significativamente superiore. Oltre ai 1.000 € di aumento, l'impresa deve sostenere circa 400 € di oneri contributivi a suo carico. Ciò significa che l'azienda spende un totale di 1.400 € per un aumento che, una volta raggiunto il dipendente, risulta notevolmente ridotto.

Il dipendente, infatti, non riceve i 1.000 € per intero. Da questa somma vengono dedotte le imposte e i contributi a suo carico (IRPEF e contributi previdenziali), che possono arrivare a circa il 40%. Di conseguenza, l'aumento netto che finisce nelle sue tasche è di circa 600 €. In questo scenario, sia l'azienda che il dipendente sostengono un carico fiscale che riduce il valore effettivo dell'operazione.

Se l'azienda destina la stessa cifra, ovvero 1.000 €, in benefit di welfare aziendale (come previdenza complementare, sanità integrativa o buoni acquisto), il meccanismo fiscale cambia radicalmente. In base alle normative vigenti, in particolare l'art. 51 e l'art. 100 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR), questi benefit, se

rientrano nelle categorie previste, sono esenti da tassazione e oneri contributivi.

Per l'azienda, il costo è esattamente di 1.000 €. Non ci sono i circa 400 € di oneri contributivi che avrebbe dovuto sostenere per un aumento di stipendio. Il risparmio per l'azienda è quindi diretto. Per il dipendente, il vantaggio è ancora maggiore: riceve il valore pieno del benefit, senza alcuna erosione fiscale. Il suo potere d'acquisto aumenta di 1.000 €, l'intero importo messo a disposizione dall'azienda.

In conclusione, il welfare aziendale è uno strumento molto più efficiente a parità di valore lordo. Per ogni 1.000 € investiti, il dipendente riceve l'intera somma, mentre con un aumento salariale ne otterrebbe solo circa 600 € netti. L'azienda, dal suo lato, realizza un risparmio diretto sui costi.



3

La Sanità Integrativa

3. La Sanità Integrativa

3.1. Fondi sanitari integrativi: tipologie e caratteristiche

Il fondo sanitario appare come un prezioso strumento di welfare integrativo, essenziale per colmare le lacune del sistema sanitario pubblico e assicurare ai cittadini una copertura sanitaria non solo adeguata e completa, ma anche tempestiva ed efficiente. La sua funzione è fondamentale, in particolare per coloro che si trovano negli anni dell'età lavorativa, poiché permette di affrontare con maggiore serenità eventuali esigenze di salute, garantendo accesso a cure specialistiche, diagnostica avanzata e trattamenti non sempre facilmente ottenibili attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, contribuendo anche al mantenimento del benessere e della produttività.⁷⁴

La Sanità Integrativa costituisce una colonna fondamentale del cosiddetto secondo welfare, un sistema di protezione sociale non statale che affianca l'azione pubblica. Essa non si limita a un singolo beneficio, ma comprende una varietà ampia di prestazioni che spaziano dall'ambito strettamente sanitario (come visite specialistiche e diagnostica avanzata) a quello socio-sanitario e assistenziale. Tali servizi sono pensati per essere integrativi e complementari a quelli già erogati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La sua diffusione nasce dalla riconosciuta necessità di sostenere il sistema pubblico, alleggerendone il carico e garantendo ai cittadini risposte più rapide e flessibili. Il quadro normativo di riferimento che ne sancisce l'importanza e ne disciplina l'azione è individuato in modo cruciale nel Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, in particolare all'articolo 9, che pone le basi per la sua organizzazione e il suo ruolo nel panorama sanitario nazionale.⁷⁵

Nel panorama del welfare contrattuale, ovvero l'insieme dei benefici sociali definiti tramite accordi tra le parti sociali, la sanità integrativa ha assunto un'importanza sempre più cruciale ed in crescita.

74. MEFOP, Guida ai fondi sanitari: Cosa sono, <https://www.sonoprevidente.it/site/main/cosa-sono-fondi-sanitari> (ultimo accesso 27/09/2025)

75. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Questa tendenza è chiaramente dimostrata dal fatto che un numero progressivamente maggiore di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL), così come i contratti aziendali e territoriali, ne fissano l'obbligatorietà di adesione per i lavoratori. Tale obbligatorietà punta a garantire una copertura universale per la categoria cui si applica il CCNL. L'opzione dell'adesione volontaria, un tempo più diffusa, è ormai circoscritta a specifiche casistiche o a particolari livelli di copertura aggiuntiva, sottolineando come l'accesso alla sanità integrativa stia diventando un elemento standard ed irrinunciabile del pacchetto retributivo e assistenziale previsto dalla contrattazione collettiva.

La sanità integrativa si afferma in modo sempre più potente come un efficace e moderno mezzo di tutela fondamentale per la buona riuscita delle politiche contrattuali di welfare. La sua presenza all'interno degli accordi collettivi serve a valorizzare e rafforzare il ruolo stesso della contrattazione collettiva come strumento dinamico e proattivo, capace di rispondere concretamente e in maniera evoluta ai bisogni di salute dei lavoratori e delle loro famiglie

La sanità integrativa in Italia poggia le sue fondamenta su una struttura ben definita, che si articola primariamente attorno a due principali tipologie di fondi, distinguibili in base alla platea dei possibili beneficiari: i fondi chiusi e i fondi aperti.⁷⁶

I fondi chiusi, spesso identificati anche come fondi negoziali o contrattuali, rappresentano una forma di sanità integrativa caratterizzata da una mutualità ristretta e ben definita. Essi vengono istituiti e riservati ad uno specifico gruppo di persone, il che implica che non sono liberamente accessibili a tutti i cittadini.

L'elemento distintivo fondamentale risiede nel fatto che l'adesione è strettamente vincolata e subordinata all'esistenza di un determinato rapporto lavorativo o all'appartenenza a una specifica categoria professionale. Di fatto, l'accesso è esclusivo per i lavoratori di

76. MEFOP, Una fotografia della sanità integrativa nella terza edizione della Survey Mefop, 2024, <https://www.mefop.it/blog/blog-mefop/sanita-integrativa-terza-edizione-survey-mefop> (ultimo accesso 27/09/2025)

un particolare settore economico o di una singola azienda, in virtù di quanto stabilito da un Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) o da accordi aziendali/territoriali.⁷⁷

La forza distintiva dei fondi sanitari chiusi risiede integralmente nel loro forte principio di mutualità e solidarietà. Questo meccanismo collettivo è fondamentale: i contributi necessari per la copertura sono regolarmente versati da tutti i datori di lavoro che partecipano così attivamente al benessere dei propri dipendenti ed in alcuni casi anche da parte del lavoratore stesso.

L'amministrazione di queste risorse finanziarie assicura a tutti gli iscritti la copertura delle spese sanitarie. Il pregio fondamentale di questo modello solidaristico è che impedisce la "selezione dei rischi". Infatti, a differenza di quanto accade nelle assicurazioni individuali, i contributi richiesti per l'adesione non variano in base all'età del singolo, né sono influenzati dal suo stato di salute pregresso o attuale. Al contrario, sono uguali per tutti gli iscritti, garantendo così parità di trattamento e accesso alle cure.

Nel panorama della contrattazione collettiva in Italia, molti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) come già detto, sono un elemento chiave che prevede l'adesione obbligatoria o facoltativa a fondi sanitari di categoria. Questi fondi sono espressione diretta della volontà delle parti sociali di garantire una copertura sanitaria integrativa a specifiche platee di lavoratori.

Esempio significativo di tale meccanismo è il Fondo EST (Ente Sanitario del Terziario), rivolto ai dipendenti del settore terziario (commercio, servizi, turismo), dimostrando come questo sistema di welfare integrativo sia trasversale e fondamentale per garantire tutele uniformi e specifiche in base al settore di appartenenza.⁷⁸

I fondi aperti rappresentano la seconda categoria principale della

77. Piras Elisabetta, I prodotti della sanità integrativa, in "Rivista di Diritto Bancario" (2019), p.p. 208-209

78. Confcommercio, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Terziario, Distribuzione e Servizi, vigenza dal 1° aprile 2023 al 31 marzo 2027.

sanità integrativa in Italia e si configurano come forme di adesione volontaria e accessibile, distinguendosi nettamente dai fondi negoziali. A questi fondi chiunque può aderire, in maniera completamente indipendente dalla propria attività lavorativa, dal settore economico di appartenenza o dal proprio status professionale.

L'adesione è, di fatto, aperta a tutti i cittadini, i quali hanno la possibilità di sottoscrivere individualmente un piano personalizzato di assistenza sanitaria integrativa. A differenza del meccanismo di adesione spesso obbligatoria e collettiva dei fondi chiusi, la scelta di aderire ad un fondo aperto è una decisione individuale.

Tale approccio si rispecchia anche nella gestione finanziaria: i contributi richiesti variano in base all'età o allo stato di salute dell'iscritto al momento della firma. Di conseguenza, il servizio sembra più a una polizza assicurativa privata piuttosto che a un vero e proprio sistema di mutuo soccorso collettivo.

I fondi aperti offrono una soluzione flessibile e mirata per tutti coloro che non rientrano nelle specifiche categorie professionali o contrattuali già coperte dai fondi chiusi o che desiderano una tutela aggiuntiva e personalizzata rispetto a quella base garantita dal proprio CCNL.

Capire la differenza tra fondi aperti e chiusi è cruciale per afferrare il concetto di mutualità nella sanità integrativa italiana. Nei fondi chiusi, la mutualità è un concetto naturale e collettivo: tutti partecipano con la stessa quota per supportare il gruppo, garantendo assistenza ricambiata a tutti, indipendentemente dal rischio individuale. Al contrario, i fondi aperti, pur presentando alcuni aspetti di solidarietà, si inquadrano maggiormente sulla scelta personale, sulla personalizzazione del piano e sulla gestione del rischio specifico di ciascun individuo.

Nella sanità integrativa italiana, è fondamentale comprendere la differenza tra Fondi Doc e Fondi Non Doc, anche se spesso non riceve la considerazione che merita. Non si tratta solo di un nome diverso o di una diversa natura giuridica. Questa classificazione, infatti, ha un impatto molto concreto e significativo sul tipo e sull'e-

stensione delle prestazioni sanitarie e assistenziali che i fondi sono autorizzati a fornire. Questa differenza operativa è rigorosamente legata alla normativa di riferimento ed alle specifiche regole fiscali e contributive che ciascuna categoria deve rispettare, decidendo in ultima analisi il livello di tutela offerto agli aderenti.⁷⁹

I "Fondi Doc" rappresentano la categoria di fondi sanitari strettamente regolamentata dal quadro normativo italiano, in particolare dal Decreto Legislativo 502/1992 e dalla successiva Riforma Bindi (D. Lgs. 229/1999). La loro nascita e operatività sono guidate da una funzione precisa: essere integrativi e complementari rispetto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e in nessun caso sostituirsi ad esso, mantenendo così la solidità del sistema pubblico.

L'ambito di intervento è rigorosamente circoscritto per evitare sovrapposizioni e concentrarsi sulle lacune del SSN. Possono coprire esclusivamente due tipologie di prestazioni:

1. Prestazioni non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): trattamenti sanitari che il SSN, pur essendo riconosciuti come utili o necessari in alcuni contesti, non è tenuto a erogare in base ai LEA vigenti. (ad esempio, assistenza per alcune terapie non convenzionali, trattamenti riabilitativi specifici o servizi di long term care).
2. Ticket: possono prevedere l'erogazione di rimborsi o la copertura diretta della quota di partecipazione alla spesa (il noto "ticket") per quelle prestazioni sanitarie che, pur essendo incluse nei LEA e quindi garantite dal SSN, rimangono parzialmente o totalmente a carico del cittadino.

I "Fondi Non Doc" rappresentano quelle forme di assistenza sanitaria integrativa – che includono enti, casse aziendali, o società di mutuo soccorso – che non sono state istituite direttamente ai sensi del Decreto Legislativo 502/1992, il pilastro della sanità integrativa. La loro regolamentazione e, aspetto cruciale, l'accesso ai benefici fiscali e contributivi, sono disciplinati primariamente dall'articolo 51 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

79. Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019

A differenza dei più vincolati "Fondi Doc", questi enti godono di una maggiore flessibilità e possono potenzialmente coprire un'ampia gamma di spese sanitarie, incluse anche quelle che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, questa opportunità è legata a un vincolo specifico introdotto dai noti Decreti Turco e Sacconi, che sono stati emanati tra il 2008 e il 2009. Infatti, l'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA è consentita solo se l'ente si impegna a versare i contributi a favore di una struttura sanitaria non profit.

La disparità operativa e normativa tra i Fondi Doc e i Fondi Non Doc in Italia è, di fatto, una delle tendenze più evidenti e significative nel panorama della sanità integrativa, delineando modelli diversi di supporto al cittadino e di interazione con il sistema pubblico.

Secondo i dati ufficiali più recenti, aggiornati al 2023, in Italia la sanità integrativa conta ben 324 fondi sanitari registrati presso l'Anagrafe del Ministero della Salute. Questo numero, che di per sé è già significativo, nasconde una realtà strutturale ancora più rilevante: la distribuzione di questi fondi tra le due principali categorie (Fondi Chiusi e Fondi Aperti) è eccessivamente sbilanciata. Questa asimmetria non è solo una questione di statistiche, ma riflette le diverse modalità di creazione e adesione che caratterizzano il nostro Paese, con una netta predominanza di una delle due categorie rispetto all'altra, sia in termini di numero di enti che di iscritti.⁸⁰

I Fondi Non Doc (Tipologia B), che ammontavano a ben 311 unità, rappresentano una categoria significativa e flessibile all'interno dello scenario dell'assistenza sanitaria integrativa. Questa tipologia comprende una serie di soggetti, in particolare Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso, che si distinguono per la loro capacità di offrire e fornire una gamma molto più ampia e diversificata di prestazioni sanitarie ai propri iscritti. Questa libertà, però, è bilanciata da un vincolo statutario indispensabile: devono destinare almeno il 20% delle loro risorse complessive a prestazioni socialmente rile-

80. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

vanti. Questo focus mirato è specificamente diretto a coprire servizi essenziali come le cure odontoiatriche (che spesso non sono completamente coperte dal servizio sanitario nazionale) e, in modo cruciale, l'assistenza per la non autosufficienza, contribuendo così attivamente al welfare.⁸¹

I Fondi Doc (Tipologia A), la cui presenza era decisamente più contenuta ammontando a soltanto 13 unità nel panorama complessivo, costituiscono un gruppo ben definito e strettamente regolamentato. Si tratta dei fondi istituiti in ottemperanza al Decreto Legislativo 502/1992, il che ne delimita la funzione in modo molto specifico: il loro mandato principale è quello di integrare esclusivamente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Di conseguenza, le loro prestazioni sono circoscritte e si limitano in modo rigoroso a coprire un ambito specifico, ovvero le spese per le prestazioni sanitarie non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, in aggiunta, la copertura finanziaria dei ticket sanitari. Essenzialmente, la loro operatività è focalizzata sul colmare le lacune lasciate dal sistema sanitario pubblico, senza la possibilità di erogare la vasta gamma di servizi offerta da altre tipologie di fondi.⁸²

Questa netta e significativa sproporzione numerica tra le due tipologie di fondi (311 Non Doc contro soli 13 Doc) evidenzia in modo inequivocabile come il modello dei fondi "Non Doc" (Tipologia B) sia rapidamente diventato quello predominante e strutturalmente più rilevante all'interno dell'intero sistema di sanità integrativa italiano. Tale predominanza non è solo quantitativa in termini di numero di enti costituiti, ma si riflette in maniera ancora più incisiva nella platea di aderenti, la quale si avvicina all'impressionante cifra di 16 milioni di iscritti. Questa tendenza marcata e in crescita costante mostra chiaramente come l'attuale quadro normativo e le dinami-

81. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

82. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

che socio-economiche abbiano fortemente incentivato la crescita e la diffusione capillare di questa specifica tipologia di fondi. Il loro successo è attribuibile in gran parte alla loro maggiore flessibilità operativa e alla capacità di rispondere in modo più efficace e dinamico alle esigenze del moderno mercato del lavoro, specialmente attraverso l'importante veicolo della contrattazione collettiva e degli accordi aziendali, che li rendono lo strumento preferenziale per l'erogazione di benefit sanitari integrativi.⁸³

Per ottenere e mantenere la qualificazione ufficiale come fondo sanitario integrativo riconosciuto, è un requisito imprescindibile provvedere alla richiesta di iscrizione e al suo periodico rinnovo presso l'Anagrafe dei Fondi del Ministero della Salute. Questa procedura è di natura annuale e deve essere scrupolosamente rispettata. La domanda di iscrizione formale viene inoltrata dal legale rappresentante del fondo sanitario, e l'iscrizione è concessa direttamente al fondo stesso come entità giuridica. A seguito dell'approvazione, il fondo sanitario verrà ufficialmente classificato e iscritto in una delle due tipologie previste: verrà assegnato alla Tipologia A nel caso in cui rispetti i criteri dei Fondi Doc (con funzione integrativa al solo SSN), oppure alla Tipologia B qualora rientri nella categoria più flessibile dei Fondi Non Doc (caratterizzati da una più ampia gamma di prestazioni erogabili).⁸⁴

La possibilità di istituire un fondo sanitario è rigorosamente disciplinata da normative specifiche che ne definiscono la tipologia e gli obblighi.

Secondo quanto stabilito dall'articolo 9 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, i Fondi Doc (Tipologia A) possono essere costituiti da una platea ben definita di soggetti, tra cui rientrano le organizzazioni non lucrative che operano attivamente nel settore socio-sanitario,

83. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

84. Ministero della Salute, Anagrafe fondi sanitari integrativi, <https://www.salute.gov.it/new/it/servizi-online/fs-afsi-01/anagrafe-fondi-sanitari-integrativi/>, (ultimo accesso 29/09/2025)

le storiche società di mutuo soccorso, o "altri soggetti ... privati". Tuttavia, per questi ultimi, la normativa stabilisce una condizione fondamentale e non negoziabile per la qualificazione: è necessario che contengano un chiaro impegno formale a non adottare strategie o comportamenti che possano selezionare i rischi o discriminare specifici gruppi di partecipanti (come indicato nell'art. 9 del D. Lgs. 502/1992). L'obiettivo principale è garantire un accesso universale e un servizio equo.⁸⁵

Al contrario, la disciplina per l'istituzione dei Fondi Non Doc (Tipologia B) è definita prevalentemente ai fini fiscali dall'articolo 51 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR), in particolare dal secondo comma, lettera *a*. Tale disposizione permette l'istituzione di questa tipologia di fondi a quegli "enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale", tra i quali si collocano in modo prominente le casse di mutuo soccorso e strutture analoghe, purché il loro scopo primario resti quello di fornire assistenza sanitaria e sociale integrativa.⁸⁶

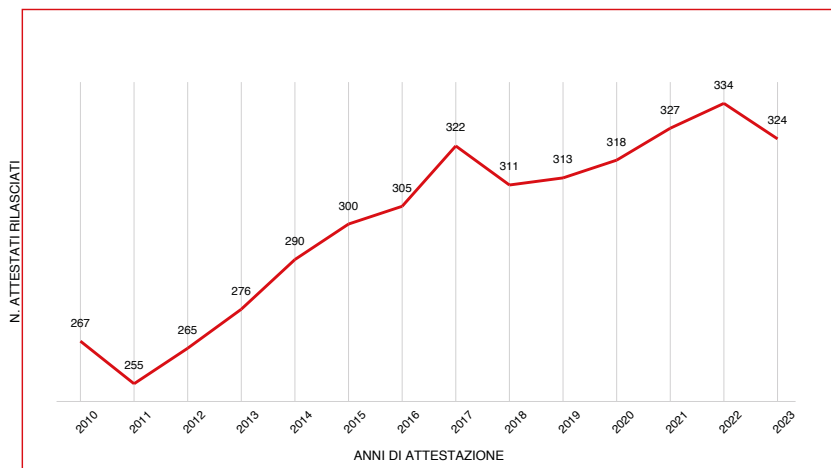
Analizzando attentamente i dati disponibili e i rapporti periodici pubblicati dal Ministero della Salute, si può riscontrare una tendenza di crescita costante e significativa del settore della sanità integrativa in Italia nell'arco di tempo che va dal 2010 al 2023. Questa tendenza riflette un cambiamento strutturale nell'erogazione e fruizione dei servizi sanitari nel Paese.

Il numero di fondi sanitari integrativi attivi è cresciuto in modo significativo: dai 267 fondi operativi nel 2010, il totale è salito gradualmente fino a raggiungere i 324 registrati alla fine del 2023. Questa espansione, misurata in un aumento di 57 enti in poco più di un decennio, non solo evidenzia la solida crescita del settore ma ne sottolinea anche la crescente importanza e il ruolo complementare all'interno del panorama sanitario italiano, rispondendo a una do-

85. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

86. Art. 51 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" (T.U.I.R.)

manda sempre maggiore di copertura e servizi aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).⁸⁷

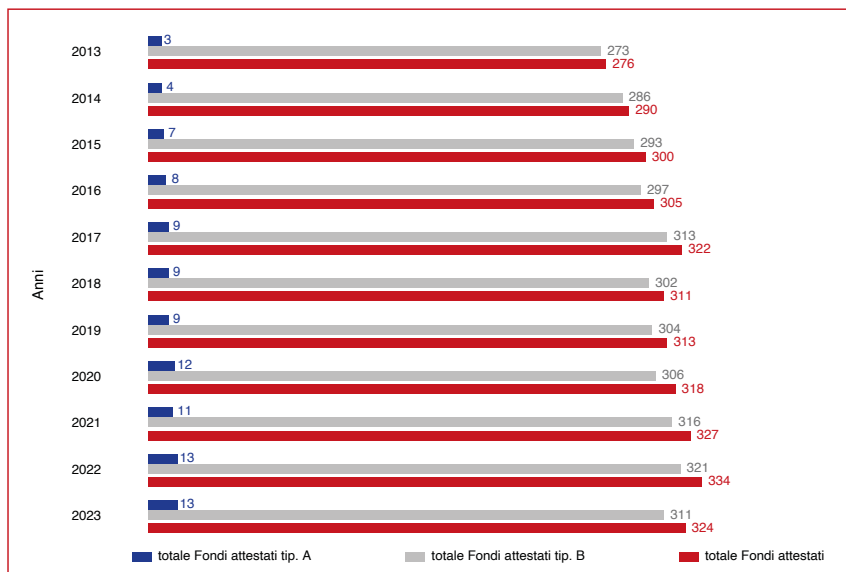


Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Differenziando il numero degli attestati rilasciati per le due tipologie A e B, vediamo che i Fondi Doc risultano nettamente inferiori rispetto ai Fondi Non Doc.⁸⁸

87. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

88. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024



Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi Sanitari (SIAF-NSIS), Ministero della Salute, 2024

Il dato più rilevante e di maggiore impatto che emerge dall'analisi del settore è certamente la costante e progressiva crescita del numero di iscritti, una tendenza che si è consolidata in modo significativo fino ad attestarsi a circa 16 milioni di persone nel corso del 2022. È importante evidenziare che questo ampio gruppo di beneficiari non comprende solo i lavoratori coperti dai contratti collettivi, ma comprende anche i loro familiari a carico. Questo amplia notevolmente la portata e l'impatto sociale del sistema. In termini demografici, la cifra è straordinaria: rappresenta oltre un quarto dell'intera popolazione italiana. Questo fattore conferma in modo definitivo che la sanità integrativa non è più un servizio di nicchia, ma un vero e proprio fenomeno di massa con una diffusione sempre più capillare.⁸⁹

In parallelo con l'aumento costante del numero di membri, anche la spesa totale dei fondi sanitari ha visto un notevole e continuo

89. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

incremento, superando la significativa soglia dei 3 miliardi di euro nel 2022.⁹⁰

Un aspetto davvero interessante che salta fuori da questa analisi finanziaria è l'attribuzione di questa spesa: di questo ingente importo, circa un terzo (ossia una quota considerevole) è stato specificamente destinato a finanziare prestazioni integrative e complementari ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questa destinazione mirata delle risorse non serve solo a sottolineare l'importanza economica raggiunta dal settore. Dimostra anche, in modo tangibile, come i fondi riescano effettivamente a coprire le lacune e le carenze del Servizio Sanitario Nazionale, agendo nelle aree dove la copertura pubblica è incompleta o insufficiente.

Dall'analisi di tutti i fondi sanitari, affiora una struttura ben definita: la maggioranza, circa il 96% degli organismi attivi, è costituita da fondi di Tipologia B — questi sono enti, casse e società di mutuo soccorso, meglio noti come "Fondi Non Doc". Al contrario, i fondi di Tipologia A, o "Fondi Doc", rappresentano una piccola minoranza. Questa evidente sproporzione non è affatto casuale; anzi, mette in luce l'importanza fondamentale della normativa attuale. È stato infatti il meccanismo legato all'accesso ai benefici fiscali che ha incentivato questa dinamica: l'imposizione del vincolo di destinare almeno il 20% delle risorse a prestazioni con rilevanza sociale (come le cure odontoiatriche e l'assistenza per la non autosufficienza) ha di fatto spinto anche i fondi "Non Doc" — tradizionalmente più orientati verso prestazioni a domanda — a investire attivamente e in modo significativo in servizi di utilità pubblica, contribuendo così in maniera sostanziale al welfare integrativo nazionale.⁹¹

Nel loro complesso, tutte queste tendenze analizzate — dalla crescita esponenziale del numero di iscritti all'aumento significativo della

90. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

91. Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

spesa erogata – indicano chiaramente che la sanità integrativa ha superato lo stadio di fenomeno accessorio o di nicchia. Si è ormai definitivamente affermata come un elemento strutturale e fondamentale del più ampio sistema di welfare del Paese. Questa evoluzione conferisce al settore un impatto crescente e sempre più tangibile, che si manifesta su diversi fronti cruciali: sia sulla copertura e la disponibilità delle prestazioni sanitarie per milioni di cittadini, sia sulla spesa sanitaria complessiva nazionale, alleggerendo in parte il carico finanziario sul Servizio Sanitario Nazionale e ampliando le opportunità di accesso alle cure.

3.2. Normativa di riferimento (D. Lgs. 502/1992, D.M. 27 ottobre 2009, ecc.)

La Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 è una data scolpita nella storia della sanità italiana. Con essa, l'Italia ha compiuto un balzo epocale: la creazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha definitivamente superato il vecchio e frammentato sistema mutualistico. Il principio fondante era chiaro e rivoluzionario: la salute non era più una questione di ceto o di lavoro, ma un "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".⁹²

Fino ad allora, l'assistenza si fondava sulle cosiddette "casce mutue". Il sistema era frammentato in innumerevoli piccole mutue, una per ogni categoria o settore, dove i lavoratori versavano i contributi per la propria assistenza sanitaria. Sebbene offrisse una copertura, generava enormi disparità: le mutue più ricche garantivano servizi di alta qualità, lasciando spesso scoperti i lavoratori precari o chi non aveva affatto un'assicurazione.

Un punto di svolta fondamentale fu la Legge 833 del 1978, che demolì il vecchio sistema e lo sostituì con i principi cardine di universalità, equità e solidarietà. Le cure sanitarie vennero finalmente estese a tutti i cittadini, senza distinzione di reddito o professione. Cruciale fu anche il cambio di rotta nel finanziamento: i fondi non provenivano più dai contributi delle singole categorie professionali, ma dalla fiscalità generale, con l'obiettivo

92. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

di assicurare un unico, elevato standard qualitativo di servizi per tutti.

Sebbene la salute sia diventata una competenza statale fondamentale, la normativa riconobbe fin da subito i limiti del sistema pubblico nel soddisfare ogni singola necessità. In tale contesto, l'articolo 46 ha creato lo spazio per l'integrazione, sancendo il principio che "La mutualità volontaria è libera". Questa frase ha gettato le basi per lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi, permettendo loro di affiancare il SSN senza mai sostituirlo.

Il Decreto Legislativo 502/1992 ha giocato un ruolo fondamentale nel definire i legami tra il Servizio Sanitario Nazionale e la sanità integrativa. L'articolo 9 mirava a promuovere la creazione di fondi che potessero rafforzare l'offerta di cure e trattamenti non coperti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni garantite dal Piano Sanitario Nazionale.⁹³

Il decreto ha introdotto un principio fondamentale di solidarietà e non discriminazione: le entità private che creano fondi devono impegnarsi a non adottare "strategie o comportamenti di selezione dei rischi che discriminino particolari gruppi di persone". È un vero e proprio imperativo morale per un sistema sussidiario.

Questo impianto normativo ha di fatto creato i futuri "Fondi Doc" (Tipologia A): fondi che potevano erogare esclusivamente spese relative a prestazioni non incluse nei LEA ed i ticket per quelle incluse, mantenendo una funzione di integrazione strettamente regolamentata.

La Riforma Bindi (D. Lgs. 229/1999) ha rappresentato un momento decisivo per riordinare il sistema sanitario, con un intervento mirato sull'articolo 9. L'obiettivo primario era impedire che i fondi sanitari integrativi potessero duplicare o, peggio, sostituire le prestazioni già garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), salvaguardando in questo modo il principio di universalità.⁹⁴

93. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

94. D. Lgs. 229, 1999, Riordino e integrazione della disciplina della disciplina del Servizio sanitario nazionale

Sebbene la riforma non abbia mai coniato esplicitamente i termini "Fondi Doc" e "Fondi Non Doc", ha rafforzato la distinzione funzionale. I "Fondi Doc" venivano formalmente definiti come gli unici integrativi del SSN, con l'obbligo di iscrizione all'Anagrafe e il limite di erogare solo prestazioni non LEA. Parallelamente, le altre forme di assistenza (casce e società di mutuo soccorso), i futuri "Fondi Non Doc", continuavano a esistere al di fuori di queste restrizioni, offrendo una gamma più ampia di servizi, sebbene con un diverso regime fiscale. La Riforma ha dunque formalizzato un sistema a due binari: uno strettamente regolamentato e di supporto al SSN, l'altro più flessibile e legato alla mutualità volontaria.

I Decreti Turco del 2008 e Sacconi del 2009 hanno rappresentato un vero e proprio punto di svolta per la sanità integrativa, introducendo una novità fondamentale: la fiscalità agevolata.⁹⁵

In precedenza, solo i Fondi Doc avevano un trattamento fiscale favorevole. Con questi decreti, la distinzione è stata superata ai fini fiscali, legando il beneficio non più al nome del fondo, ma al rispetto di specifiche regole. Tutti gli enti, come casce e mutue, che si registravano all'Anagrafe dei Fondi Sanitari e soddisfacevano i requisiti, avevano la possibilità di beneficiare della deducibilità dei contributi, fino a un massimo di 3.615,20 euro.

Il criterio più importante per accedere a questo beneficio è il requisito del 20%: i fondi devono destinare almeno il 20% delle loro risorse annuali a prestazioni di particolare rilevanza sociale, selezionate per la loro funzione integrativa rispetto al SSN:

1. Assistenza Odontoiatrica: Ha incentivato i fondi a coprire un'area di spesa privata tradizionalmente molto alta per i cittadini.
2. Assistenza Socio-Sanitaria per la Non Autosufficienza: Riguarda il supporto per le persone che non sono più autonome nelle attività quotidiane, un bisogno cruciale e in crescita.

95. Florianello Fabio, Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa, *Quotidiano Sanità*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65325 (ultimo accesso 25/07/2025)

Grazie a questo requisito, il ruolo sociale dei fondi è stato decisamente rafforzato, consolidandoli come il “secondo pilastro” del sistema sanitario italiano, con un chiaro e definito mandato di integrazione rispetto al SSN.

L'ultimo aggiornamento significativo è arrivato con il D.lgs. 13 dicembre 2024, n. 192. Con esso, la legge primaria (il TUIR) ha accolto in modo esplicito il principio di mutualità e solidarietà tra i membri dei fondi sanitari. Questa formalizzazione legislativa non fa che rafforzare un orientamento già in uso, mettendo in rilievo la finalità assistenziale e non speculativa di tale modello.⁹⁶

3.3. La fiscalità dei fondi integrativi

La vera rivoluzione per il settore è arrivata con il Decreto Turco del 2008, che ha introdotto per la prima volta un significativo incentivo: la fiscalità agevolata per i fondi sanitari. Questo decreto ha stabilito che i contributi versati sono interamente deducibili fino alla soglia di 3.615,20 Euro, un fattore decisivo per l'espansione del sistema.

Inizialmente, il vantaggio fiscale era riservato esclusivamente ai fondi costituiti in base all'Articolo 9 del D. Lgs. 502/92, noti come "Fondi Doc". Tuttavia, è stato il Decreto Turco (del 2008) a estendere e consolidare l'agevolazione fiscale per l'intero settore. Tuttavia, con il Decreto Turco, che si riferiva al Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR, Art. 51 comma 2), si fece un passo importante: si superò la rigida distinzione tra Fondi Doc e Fondi Non Doc per quanto riguarda il trattamento fiscale. Non era più la denominazione del fondo a fare la differenza, ma piuttosto l'adesione a specifici requisiti funzionali.⁹⁷

96. D.Lgs. 13 dicembre 2024, n. 192, “Revisione del regime impositivo dei redditi (IRPEF-IRES)”

97. Agenzia delle Entrate, Circolare n. 50/E dell'11 luglio 2008, Oggetto: Abrogazione del regime delle deduzioni extracontabili di cui all'articolo 109, comma 4, lettera b) del TUIR e affrancamento delle deduzioni pregresse e del vincolo di sospensione sulle riserve – articolo 1, commi 33, 34, 48 e 51 della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008)

Un elemento fondamentale di questa riforma fu l'istituzione dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero competente. Inoltre, per poter accedere alle agevolazioni fiscali, i fondi furono vincolati all'obbligo di destinare una quota non inferiore al 20% delle loro risorse a prestazioni di elevata rilevanza sociale e integrativa, quali: prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza; il rimborso dei ticket; le prestazioni odontoiatriche non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per integrare il quadro normativo, il Decreto Sacconi del 2009 ha fatto un passo avanti per chiarire meglio il concetto di prestazioni vincolate (il 20%) e per rafforzare il ruolo dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

L'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari non è obbligatoria per operare, ma è necessaria e vincolante per l'accesso ai benefici fiscali. L'Anagrafe ha il compito cruciale di censire tutti gli enti che operano nel campo della sanità integrativa, di valutarne le connessioni con il SSN e, soprattutto, di verificare annualmente che sia rispettata la soglia minima del 20% delle risorse destinata alle prestazioni socialmente rilevanti.

Questa iscrizione all'Anagrafe deve essere rinnovata con cadenza annuale (entro il 31 luglio), assicurando un monitoraggio continuo e costante sul rispetto dei requisiti di solidarietà e di integrazione del sistema pubblico.

3.4. I rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e relativi rischi di frammentazione

Il rapporto tra la sanità integrativa e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si basa su un equilibrio particolarmente delicato, un principio formalizzato dalla Costituzione (Art. 32) che riconosce lo Stato come responsabile primario della salute dei cittadini. La funzione dei fondi è chiaramente definita, in particolare dal D. Lgs. n. 502/1992 (Art. 9) e dai successivi Decreti Ministeriali del 2008 e 2009: completare e supportare il SSN, mai sostituirlo.⁹⁸

98. Gori Cristiano, "Sanità integrativa e universalismo: rischi e opportunità", Politiche Sociali/Social Policies, 2020

Da un lato, i fondi offrono un ottimo sostegno per ampliare la protezione sanitaria dei cittadini. La loro azione alleggerisce la pressione sul SSN, offrendo alternative che accorciano le lunghe liste d'attesa e garantiscono l'accesso a prestazioni Extra LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) non coperte dal pubblico. Parliamo, ad esempio, di molte cure odontoiatriche, fisioterapia o check-up preventivi. In sostanza, aumenta il livello globale di tutela sanitaria.

D'altra parte, è davvero importante conservare una vigilanza attenta per assicurare che questi strumenti non peggiorino le disuguaglianze e non finiscano per gravare sul sistema pubblico.

Anche se la sanità integrativa gioca un ruolo cruciale nel welfare italiano, si porta dietro alcuni rischi che devono essere gestiti con attenzione per garantire che il sistema rimanga giusto e sostenibile.

Il rischio più grande è quello di realizzare una sanità a due velocità, che necessariamente porta a profonde disparità. Infatti, chi ha accesso a un fondo sanitario integrativo, spesso grazie a un Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL), gode di una copertura migliore, più rapida e completa. Al contrario, categorie escluse, come i lavoratori di settori non coperti, i disoccupati o gli autonomi, rimangono vincolati ai soli servizi del SSN, dovendo affrontare interamente i costi delle prestazioni non LEA o subire tempi di attesa molto lunghi. Questa situazione rischia di erodere il principio di universalismo del SSN e di amplificare le disuguaglianze sociali in materia di salute.⁹⁹

La crescita dei fondi e delle polizze sanitarie private può facilmente portare a una sovrapposizione dei servizi. Se questi fondi non si limitano a colmare le lacune, ma rimborsano visite specialistiche o esami diagnostici già coperti dal SSN (anche se con tempi di attesa diversi), si finisce per creare un sistema parallelo e ridondante. Il fatto che i fondi competano per la stessa utenza e le stesse prestazioni crea inefficienza e aumenta i costi complessivi. Così si rischia di disperdere le risorse invece di ottimizzarle.

Un altro rischio importante riguarda la sostenibilità finanziaria del sistema pubblico. Se i fondi, seguendo una logica di mercato, si con-

99. Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019

centrano su prestazioni a basso rischio e costo ragionevole (come la diagnostica di routine), potrebbero finire per selezionare i rischi, offrendo condizioni più favorevoli a persone sane e meno a chi ha malattie croniche o complesse. Questa selezione ostacola graverebbe sul SSN, forzandolo a gestire le patologie più costose e complicate, compromettendo così la sua capacità di garantire un'assistenza universale e di alta qualità per tutti.¹⁰⁰

Infine, la pluralità dei fondi – ognuno con i propri regolamenti, piani sanitari e reti di convenzioni – crea una significativa scissione gestionale. Nonostante l'esistenza dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari, un coordinamento efficace a livello nazionale diventa complesso. La mancanza di una piena integrazione tra il sistema pubblico e quello privato può rendere difficile la gestione complessiva della spesa sanitaria, la pianificazione dei servizi e la valutazione dell'impatto reale dei fondi sul benessere collettivo.

3.5. I fondi sanitari nei contratti collettivi

La sanità integrativa ha compiuto in Italia un percorso di trasformazione che l'ha portata dall'essere una semplice opzione facoltativa a diventare un elemento fondamentale del cosiddetto "secondo welfare". Questa evoluzione è stata guidata, in gran parte, dal ruolo centrale assunto dalla contrattazione collettiva, che ha trasformato la tutela sanitaria integrativa in un vero e proprio diritto esigibile per milioni di lavoratori.

Il "secondo welfare" si riferisce a quell'insieme di servizi e prestazioni sociali che non sono erogati direttamente dallo Stato, ma da soggetti privati (come imprese, enti del terzo settore, e ovviamente i fondi sanitari). Questi servizi affiancano e rinforzano il welfare pubblico tradizionale, il quale, di fronte a esigenze sempre più complesse e a risorse limitate, non riesce più a soddisfare pienamente tutti i bisogni dei cittadini, in particolare nel settore della salute.¹⁰¹

100. Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019

101. Maino Franca e Ferrera Maurizio, Secondo welfare: cos'è, come funziona, prospettive, Laterza, 2022

La sanità integrativa, con i suoi fondi, casse e società di mutuo soccorso, è il pilastro principale di questo sistema sussidiario, manifestando il suo impatto in diversi modi concreti:

- Offre prestazioni sanitarie non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come le cure odontoiatriche o alcune terapie specifiche, che altrimenti sarebbero interamente a carico delle famiglie.
- Garantisce l'accesso a strutture private o convenzionate, riducendo drasticamente i tempi di attesa per esami diagnostici, visite specialistiche o interventi, aspetto cruciale per la tempestività delle cure.

Attraverso i rimborsi, aiuta i cittadini a sostenere il costo dei ticket e delle prestazioni sanitarie, alleggerendo significativamente l'onere finanziario domestico.¹⁰²

Il concetto di "secondo welfare" si salda indissolubilmente con quello di welfare contrattuale. In Italia, la sanità integrativa non è più il risultato di una libera scelta individuale per molti lavoratori, ma è diventata un diritto acquisito grazie ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL).

Molti CCNL di settori chiave – come commercio, turismo e industria – hanno stabilito l'obbligatorietà dell'iscrizione a un fondo sanitario di categoria (spesso denominato "fondo chiuso"). L'adesione non è lasciata alla volontà del singolo, ma è un diritto del lavoratore stabilito dall'accordo tra le parti sociali.¹⁰³

Questo inserimento nei contratti ha potenziato il ruolo dei sindacati e delle associazioni datoriali, che negoziano bilateralmente i piani sanitari e i contributi. La sanità integrativa si è così evoluta in un fondamentale strumento di tutela sociale, capace di offrire una protezione sanitaria uniforme a intere categorie di lavoratori e ai loro nuclei familiari. La sua forza sta nel garantire questa

102. Fondo Est, Piano Sanitario 2025, <https://www.fondoest.it/content/piano-sanitario> (ultimo accesso 29/09/2025)

103. CNEL, XXVII rapporto mercato del lavoro e contrattazione collettiva, 2026

copertura a prescindere dal reddito o dallo stato di salute del singolo individuo.

Alcuni fondi sanitari integrativi contrattuali prevedono l'estensione delle garanzie anche ai familiari. Ad esempio il Fondo Est, da settembre 2025 offre la possibilità di estendere le garanzie ai figli minori fiscalmente a carico. In via sperimentale il Fondo, ha iniziato erogando prestazioni limitate, ortodonzia ed acquisto di lenti ed occhiali da vista. Tale sperimentazione servirà per ampliare successivamente le garanzie, a seguito di verifica della compatibilità economica. Il CCNL, per avviare il tutto, da luglio 2025 ha previsto un contributo aggiuntivo mensile a carico del datore di lavoro di € 3,00.¹⁰⁴

I fondi sanitari previsti dai CCNL funzionano come enti non profit, sostenuti principalmente dai contributi dei datori di lavoro, a volte con una piccola parte a carico dei lavoratori. Sono istituiti e regolati dalle associazioni firmatarie del contratto, garantendo che le prestazioni vengano erogate tramite strutture convenzionate o a rimborso, secondo il Piano Sanitario specifico di ciascun Fondo.¹⁰⁵

Il meccanismo di adesione ai fondi chiusi è un elemento cruciale, poiché non si basa sulla scelta individuale, ma su un'adesione definibile come "obbligatoria" o "automatica", rafforzando i principi di universalità e mutualismo.¹⁰⁶

La maggior parte dei CCNL prevede che, nel momento in cui un'azienda aderisce al contratto collettivo, l'iscrizione dei suoi dipendenti al fondo diventi un automatismo. Il lavoratore non ha facoltà di rinunciare, e l'azienda è contrattualmente obbligata a versare i contributi.¹⁰⁷

104. Fondo Est, Regolamento sulle prestazioni per familiari, <https://www.fondoest.it/page/Regolamento-sulle-Prestazioni-per-familiari> (ultimo accesso 09/10/2025)

105. CNEL, Il Ruolo Del Contratto Collettivo Nazionale E Delle Parti Sociali Nella Nascita E Nello Sviluppo Dei Fondi Sanitari Integrativi: La Storia Del Fasdac, 2024

106. MEFOP, Linee Guida per la best-practice dei Fondi sanitari, 2021

107. Confcommercio, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Terziario, Distribuzione e Servizi, vigenza dal 1° aprile 2023 al 31 marzo 2027.

L'adesione obbligatoria assicura che tutti i lavoratori di quel settore abbiano accesso alla tutela, inclusi coloro che, per ragioni di costo o condizioni di salute (rischio), non avrebbero potuto sottoscrivere individualmente una polizza privata. La copertura diventa un diritto esigibile per una vasta platea.

L'automatismo consolida il principio di solidarietà e mutualismo. I contributi sono versati per l'intero gruppo, e il rischio è compensato collettivamente. I contributi non vengono calcolati sul rischio individuale, ma sono uniformi per tutti, garantendo che i più sani sostengano i più bisognosi. Questo approccio è diametralmente opposto alla logica di selezione del rischio tipica delle assicurazioni commerciali.

La mancata adesione da parte di un'azienda a un fondo sanitario integrativo previsto dal CCNL non è priva di conseguenze; al contrario, comporta sanzioni specifiche volte a tutelare il diritto del lavoratore alla copertura.

Nel contesto del welfare contrattuale, l'adesione è un obbligo e la sua inosservanza espone l'azienda a un doppio onere sanzionatorio:

1. La sanzione più immediata è l'obbligo di corrispondere al dipendente un importo aggiuntivo in busta paga, noto come Elemento Distintivo della Retribuzione (EDR). Questo EDR rappresenta il valore economico della mancata copertura ed è calcolato in base alla contribuzione che l'azienda avrebbe dovuto versare al fondo.

Il versamento dell'EDR non libera l'azienda dai suoi doveri. In caso di mancata iscrizione, il datore di lavoro rimane direttamente responsabile di garantire al lavoratore le stesse identiche prestazioni sanitarie previste dal piano del fondo.¹⁰⁸

Questa duplice sanzione rende la mancata adesione una scelta non solo illegittima, ma anche fortemente svantaggiosa per l'azienda. Il dipendente, dal canto suo, vede rafforzato il suo diritto, potendo richiedere all'azienda il rimborso delle spese mediche sostenute, di-

108. Confcommercio, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Terziario, Distribuzione e Servizi, vigenza dal 1° aprile 2023 al 31 marzo 2027.

mostrando in modo inequivocabile la natura di diritto esigibile della sanità integrativa.

3.6. Inclusività, universalità e prospettive future

La sfida più grande per il futuro della sanità integrativa in Italia è superare l'attuale logica dei "due sistemi separati" per costruire una sinergia operativa e strategica con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'obiettivo non è sostituire il SSN, ma renderlo più efficace attraverso un supporto mirato.¹⁰⁹

Per raggiungere un'integrazione efficace, è necessario coinvolgere attivamente i fondi nella pianificazione sanitaria nazionale e regionale. Ciò permetterebbe di indirizzare strategicamente le loro prestazioni verso le aree di maggiore carenza del sistema pubblico, come ad esempio:

- I programmi di prevenzione mirata;
- Le cure per la non autosufficienza, che gravano pesantemente sulle famiglie;
- L'innovazione tecnologica e l'acquisto di attrezzature costose.

Si potrebbero stabilire accordi diretti tra i fondi sanitari e le strutture pubbliche. Questo permetterebbe l'uso congiunto di attrezzature o la gestione coordinata dei percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo un uso più efficiente delle risorse.

Un'altra ipotesi utile è rivedere la normativa sui "Fondi Doc" per consentire loro di offrire una gamma più ampia di prestazioni. L'importante è che queste rimangano sempre complementari e mai sostitutive dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La trasparenza è un requisito basilare per costruire la fiducia dei cittadini e per misurare l'efficacia reale del sistema.

A questo scopo, l'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute andrebbe potenziata. Potrebbe raccogliere dati più dettagliati

109. UPB, Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, 2025

ti e standardizzati sulle prestazioni erogate, sui costi e sul pubblico dei beneficiari. Un controllo così accurato renderebbe possibile un giudizio chiaro sull'effetto dei fondi e dirigerebbe le scelte politiche in modo più consapevole.

Inoltre, i fondi dovrebbero avere l'obbligo di mostrare i propri bilanci ed i dati sulle prestazioni in maniera chiara. Questo aiuterebbe i cittadini a confrontare le offerte e capire bene come funziona questo meccanismo.

Per evitare il pericolo di un sistema sanitario a due velocità, è importante sostenere idee che rendano l'assistenza integrativa più inclusiva.

Si può pensare di ampliare la copertura a categorie che ora sono in gran misura esclusi, come lavoratori autonomi, disoccupati o pensionati. Questo potrebbe farsi, ad esempio, creando dei "fondi di rete" su base locale o con accordi speciali. Inoltre, per rendere più leggero il peso della spesa alle famiglie si potrebbero provare modelli in cui una porzione della spesa medica privata viene gestita con voucher o detrazioni fiscali ben precise.

Infine, i fondi hanno la possibilità di giocare un ruolo chiave nella promozione della prevenzione con programmi di screening e campagne di sensibilizzazione. Questo modo proattivo non solo migliora la salute della popolazione nel breve tempo, ma aiuta anche a diminuire la spesa sanitaria a lungo termine per lo Stato.

Il futuro della sanità privata non è in una crescita confusa ma nella sua capacità mostrare di lavorare in sinergia con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rispettando i principi di universalità, equità e solidarietà basi del nostro welfare.



4

Le realtà empiriche
della sanità integrativa
nel turismo:
analisi comparativa dei fondi

4. Le realtà empiriche della sanità integrativa nel turismo: analisi comparativa dei fondi

4.1. Introduzione al monitoraggio empirico e metodologia d'indagine

La struttura della sanità integrativa nel settore turistico italiano non è solo un insieme di iniziative rare o casuali; è, in realtà, il frutto di una contrattazione collettiva ben strutturata e contrattualizzata a livello nazionale.¹¹⁰ Negli ultimi decenni, abbiamo assistito ad un passaggio da un modello di welfare rigidamente stato-centrico ad un sistema multi-pilastro, il che ha conferito agli enti bilaterali un ruolo fondamentale nel supportare ed integrare strategicamente i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).¹¹¹

Per valutare realmente l'efficacia, la sostenibilità finanziaria ed il grado di penetrazione di questo impianto, questo capitolo intende lasciare da parte l'approccio puramente tecnico-normativo e immergersi in un monitoraggio empirico, sia quantitativo che qualitativo. L'analisi si fonda sui flussi operativi e sui database gestionali forniti direttamente dai principali enti bilaterali che regolano il settore turistico e dei servizi avanzati nel Paese: Fondo Est, QUAS, FAST, FONTUR e ASTER.

L'incrocio di questi flussi informativi è fondamentale per mappare e decodificare quattro dimensioni macro-aziendali specifiche:

1. L'evoluzione storica e l'adattabilità della base associativa, soprattutto dopo i "traumi" macroeconomici che hanno colpito il settore ricettivo e dei servizi;
2. I modelli di finanziamento e la sostenibilità dei sistemi di contribuzione obbligatoria, studiando l'impatto del costo del lavoro e la capacità interna delle strutture di gestione;
3. La distribuzione geopolitica e la distribuzione territoriale delle tutele, verificando se ci sono significative differenze tra il Nord ed il Sud del Paese;

110. Tiraboschi Michele, Welfare for people. Quarto rapporto su "Il welfare occupazionale e aziendale in Italia", ADAPT University Press, 2021

111. ISTAT, Rapporto annuale 2025, la situazione del paese, 2025

4. La composizione merceologica e la destinazione strategica del liquidato, per comprendere quali siano i maggiori bisogni sanitari della popolazione lavorativa ed in che misura i fondi riescano a soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Attraverso questo approccio comparativo, vogliamo capire se la sanità integrativa contrattuale nel turismo possa davvero essere considerata uno strumento di universalismo professionale, oppure se, al contrario, sia influenzata dalle tipiche frammentazioni strutturali del mercato del lavoro in questo settore.

4.2. Evoluzioni della base associativa (2021-2025): dinamiche di crescita e trend di consolidamento

I dati storici per il periodo 2021-2025 mostrano una crescita importante, continua e diffusa nel numero di dipendenti iscritti. Questo evento non solo evidenzia l'efficacia in aumento e la diffusione delle tutele assistenziali obbligatorie, ma segna anche un consolidamento occupazionale in un settore che, dopo aver superato la crisi pandemica del ciclo precedente, ha visto una notevole ripresa nei volumi d'affari e, di conseguenza, nella forza lavoro regolarizzata.

Fondo Est emerge come un vero e proprio gigante nel settore, diventando un punto di riferimento per il welfare contrattuale in Italia. Continua a crescere di anno in anno, passando dai 432.761 iscritti nel 2023 ai 442.981 nel 2024, fino a toccare un record storico di 476.866 dipendenti assistiti nel 2025. Questo aumento segna un'espansione del 10,2% solo negli ultimi due anni, grazie soprattutto all'implementazione del CCNL per i Pubblici Esercizi, la Ristorazione Collettiva ed il Commercio.¹¹²

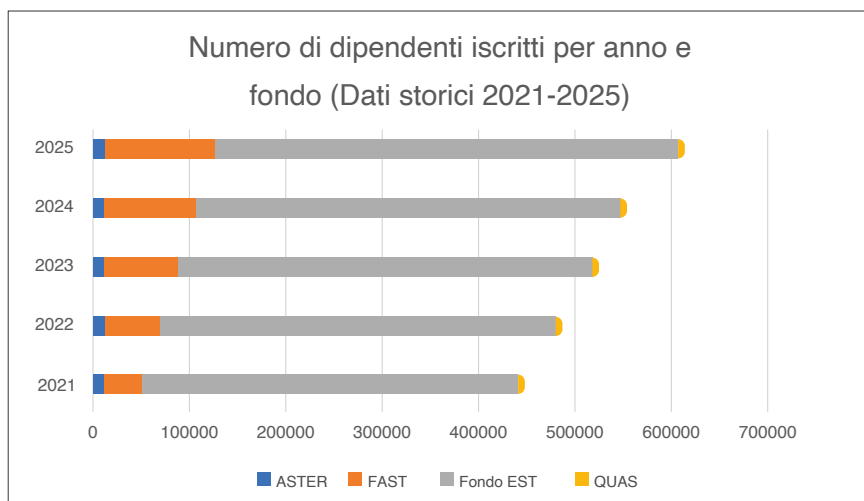
FAST è un esempio davvero importante quando si parla di come l'accelerazione del monitoraggio empirico possa fare la differenza. Nel 2021, il fondo aveva una base di assistiti piuttosto stabile, limitata a 40.000 lavoratori. Ma nel 2025, tale numero aumenta sino ad arrivare ai 115.000 iscritti! Questa straordinaria crescita è stretta-

112. Dati riferiti ad iscritti cui si applicano i CCNL del Turismo.

mente connessa all'introduzione dell'obbligo di contribuzione nelle aziende del settore ricettivo e alberghiero che seguono il CCNL Turismo. A questo si aggiunge un'azione di auditing ed una battaglia contro l'evasione contrattuale, portata avanti dalle parti sociali.

ASTER mostra un profilo di sviluppo molto lineare ed incrementale, riflettendo una governance mirata a consolidare organicamente le posizioni. I dati storici rivelano un incremento degli iscritti, che sono passati da 53.215 nel 2022 raggiungendo 59.274 posizioni attive nel 2025.

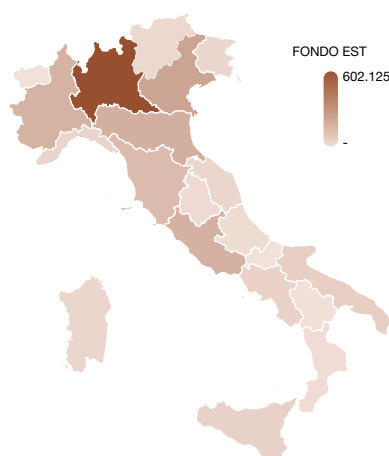
QUAS, in linea con la sua natura di cassa categoriale specialistica dedicata esclusivamente ai Quadri del settore terziario, turismo e servizi, registra un'evoluzione di rilievo sotto il profilo istituzionale. La sua base si amplia dai 7.121 professionisti tutelati nel 2024 ai 7.961 del 2025. Lo sviluppo di QUAS costituisce un segnale indiretto del rafforzamento delle figure apicali e direzionali all'interno delle catene alberghiere e delle grandi aziende di servizi del settore.



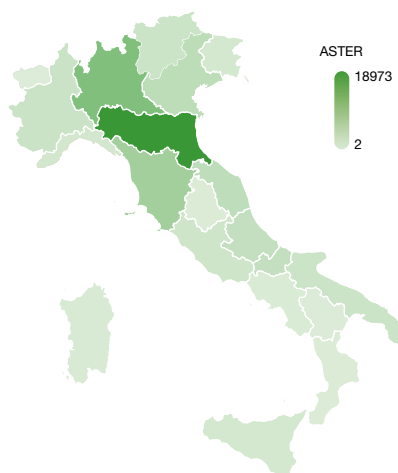
4.3. Distribuzione regionale e concentrazione territoriale: l'asimmetria geopolitica del welfare

L'analisi geografica degli iscritti mette in luce una netta asimmetria territoriale, con una forte concentrazione delle posizioni attive nelle regioni del Nord e del Centro Italia. Questo squilibrio non è dovuto a una diversa volontà di adempimento da parte dei datori di lavoro, ma riflette piuttosto la realtà geopolitica ed industriale del turismo italiano. Il Mezzogiorno, caratterizzato da un turismo stagionale e frammentato, con micro-imprese a conduzione familiare, presenta volumi associativi piuttosto ridotti. Al contrario, le regioni settentrionali, con strutture ricettive corporate, grandi poli fieristici e reti commerciali ben organizzate, attraggono la maggior parte della popolazione assistita.

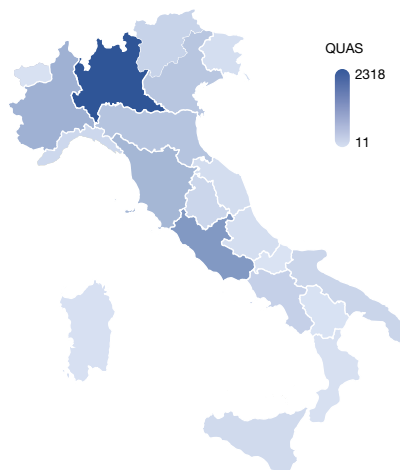
Fondo EST - Su un totale di 2.203.916 posizioni tracciate storicamente a livello regionale, la Lombardia emerge come il vero cuore pulsante dell'ente, ospitando da sola il 27,32% degli iscritti (602.125 iscritti). Al secondo posto troviamo il Veneto con l'11,49% (253.219 iscritti), seguito dall'Emilia-Romagna con il 9,61% (211.822 iscritti), dal Lazio con il 9,11% (200.813 iscritti) e dal Piemonte con il 9,02% (198.715 iscritti). Insieme, queste cinque regioni controllano oltre il 66% del totale nazionale, lasciando alle altre quindici regioni solo quote periferiche.



ASTER - Presenta un modello di polarizzazione territoriale unico e un po' diverso dal solito. L'Emilia-Romagna si distingue come l'area con la maggiore densità, con il 31,76% degli iscritti totali (18.973 su un totale di 59.743). Al secondo posto troviamo la Lombardia, con il 17,74% (10.598 iscritti), seguita dalla Toscana con l'11,50% (6.873 iscritti) e dal Lazio, che chiude la classifica con il 2,54% (1.518 iscritti).



QUAS - La distribuzione geografica della cassa dei quadri segue da vicino la mappa dei centri direzionali e delle sedi principali delle multinazionali nel settore del turismo e dei servizi. In tale contesto, la Lombardia si distingue per la sua forte attrattiva, ospitando il 29,12% del totale nazionale (2.318 quadri su un totale di 7.959). Il Lazio, grazie alla sua posizione centrale sia dal punto di vista amministrativo che commerciale, si colloca saldamente al secondo posto con il 15,19% (1.209 unità). A seguire troviamo il Piemonte con il 10,37% (825 iscritti), la Toscana con il 9,22% (734 iscritti) e l'Emilia-Romagna con il 6,53% (520 iscritti).



4.4. Gestione economico-finanziaria e contribuzione

Il finanziamento del sistema assistenziale integrativo nel settore turistico si basa su un principio di obbligatorietà che deriva dalla contrattazione collettiva, come già anticipato. Questa contrattazione stabilisce i flussi finanziari necessari per garantire la stabilità e la solvibilità dei fondi nel lungo periodo. La quota media annuale versata per ogni dipendente può variare, in alcuni casi anche notevolmente, a seconda del fondo di appartenenza, rispecchiando direttamente sia la categoria professionale di riferimento – con le relative capacità di spesa e livelli retributivi – sia il contesto negoziale definito dalle parti sociali nei rispettivi contratti collettivi a livello nazionale.

La manifestazione più chiara di tale differenziazione si trova in QUAS, la cassa d'assistenza pensata esclusivamente per i Quadri del terziario e del turismo. Si tratta, infatti, di un insieme di persone con stipendi elevati e necessità di coperture con massimali alti, il fondo prevede un contributo annuo ordinario di 410 € per ogni persona. Per quanto riguarda la gestione dei costi, la governance di QUAS adotta un modello di co-finanziamento parziale, stabilendo che 50 € siano a carico diretto del lavoratore tramite una trattenuta

sulla busta paga, mentre la parte residua, ovvero la quota maggiore, viene coperta dal datore di lavoro come parte del welfare aziendale e della retribuzione differita. Infine, per quanto riguarda l'iscrizione, l'accesso a tale ente per questa categoria di alto livello richiede il pagamento di una quota fissa una tantum di 340 €.

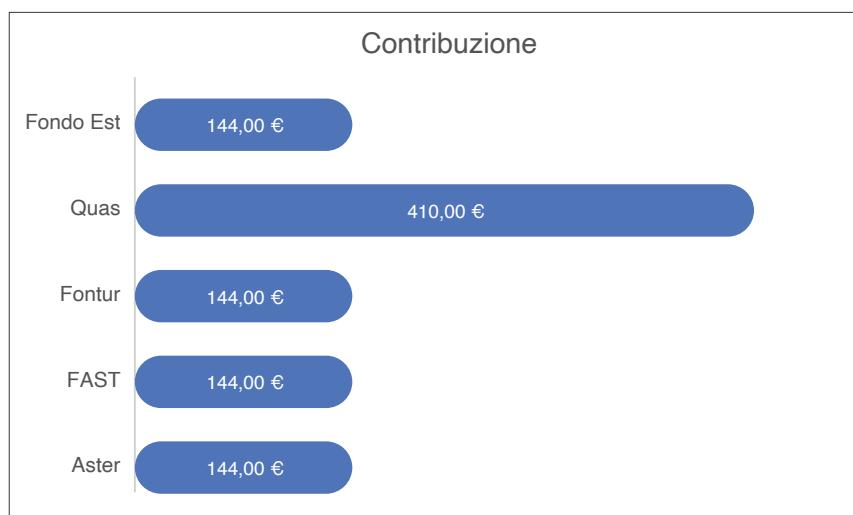
Confrontando i due principali fondi sanitari, Fondo EST e FAST, dedicati ai livelli operativi e impiegatizi del settore, emerge una chiara coincidenza sulle metriche della contribuzione ordinaria complessiva. Tuttavia, è interessante notare che questa contribuzione si articola in base a regimi contrattuali e formule di ripartizione diverse, a seconda delle specificità dei tavoli negoziali.

Fondo EST si distingue per un contributo mensile di 12 € a persona, che si traduce in un totale annuale di 144 €. La gestione finanziaria di questo fondo mostra una notevole flessibilità a seconda del settore merceologico. Nel regime principale, regolato dal CCNL Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Turismo, le parti sociali hanno scelto un modello assistenziale puro, dove il costo mensile è interamente a carico del datore di lavoro. D'altra parte, nel CCNL Imprese di Viaggi e Turismo, la struttura finanziaria si orienta verso un sistema di co-finanziamento, in cui 2 € al mese sono a carico del dipendente, mentre i restanti 10 € sono sostenuti dall'azienda.

FAST è stato progettato specificamente per le imprese ricettive e alberghiere che seguono il CCNL Turismo. Questo fondo riprende la stessa struttura economica del Fondo EST, con una contribuzione ordinaria di 12 € al mese per ogni lavoratore, che si traduce in 144 € all'anno. Tuttavia, a differenza del grande settore terziario, FAST adotta un modello a contribuzione mista in modo uniforme e strutturato. In tale sistema, i costi sono suddivisi tra le parti: 2 € al mese vengono trattenuti direttamente al lavoratore, mentre i restanti 10 € sono coperti dall'azienda.

Anche se parliamo delle quote di ingresso una tantum, i fondi destinati ai livelli operativi mostrano una notevole omogeneità finanziaria, anche se si differenziano per le modalità di prelievo. Il Fondo EST ed ASTER utilizzano un criterio di proporzionalità legato all'o-

rario di lavoro, regolando la quota d'iscrizione in base all'impatto contrattuale della risorsa: 8 € per i lavoratori part-time e 15 € per quelli a full-time. Dall'altra parte, il fondo FAST ha come obiettivo quello di semplificare la gestione amministrativa garantire una determinata uniformità, stabilendo una quota fissa di iscrizione di 15 €, senza prendere in considerazione la tipologia di orario lavorativo del dipendente.



Dal punto di vista dell'efficienza gestionale, la capacità di questi enti di ottimizzare la trasformazione del ricavo contributivo in prestazioni nette rappresenta un indicatore chiave di sostenibilità. Un ente bilaterale che riesce a mantenere i propri costi di funzionamento amministrativo, marketing istituzionale e gestione delle controversie al di sotto della soglia critica del 5-10% dei contributi totali dimostra un'elevata virtuosità operativa. Un attento controllo delle spese strutturali consente di destinare quasi tutte le risorse finanziarie al bilancio del liquidato, massimizzando così il ritorno sociale dell'investimento contrattuale effettuato da aziende e lavoratori.

4.5. Efficacia delle prestazioni e accessibilità al sistema di welfare integrativo

4.5.1. Analisi economico-operativa del liquidato

L'analisi dei flussi finanziari ed operativi legati alle prestazioni effettivamente liquidate è uno strumento metodologico fondamentale per valutare l'impatto reale della sanità integrativa. Questo approccio ci permette di misurare la differenza tra le coperture teoriche offerte dai regolamenti e gli effettivi consumi sanitari della popolazione iscritta. Guardando la distribuzione dei flussi, si nota una costante macroeconomica e comportamentale che accomuna tutti gli enti monitorati: è presente una chiara frattura strutturale tra la frequenza delle prestazioni richieste, quella che chiamiamo "medicina del quotidiano", e il valore economico assorbito dalle diverse aree di cura.

La branca odontoiatrica si conferma come la principale voce di costo per tutti i fondi analizzati. Tale fenomeno evidenzia come le cure odontoiatriche, l'ortodonzia e l'implantologia siano le aree in cui i cittadini non trovano particolare supporto all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a causa delle note carenze dell'offerta pubblica e dei costi elevati del mercato privato. Di conseguenza, i fondi contrattuali svolgono un ruolo di supplenza strutturale di tale settore, assimilando una parte significativa delle risorse disponibili per il welfare sanitario.

La seconda grande area che prende risorse in modo significativo è quella dei Ricoveri ordinari e dei Grandi Interventi Chirurgici. Nello specifico, questa categoria segue una logica di assicurazione e protezione del rischio biologico che è completamente diversa da quella delle cure quotidiane: infatti, sebbene la frequenza d'uso e il numero di sinistri siano molto bassi, i costi medi per ogni singolo evento sono piuttosto elevati. L'importanza di questa voce è particolarmente evidente nel modello operativo di ASTER, che presenta una struttura fortemente focalizzata sulla protezione dai grandi rischi e dai sinistri complessi. Qui, la specifica sottovoce relativa ai grandi interventi chirurgici si innalza come la colonna portante dell'intero bilancio del fondo.

Dall'altro lato, troviamo un'area con un elevato utilizzo volumetrico ma costi medi per prestazione più contenuti, che include la specialistica ambulatoriale, la diagnostica ed i protocolli di prevenzione. Questi aspetti sono fondamentali per valutare l'efficacia dei fondi nel monitoraggio della salute quotidiana e nella promozione della diagnosi precoce.

Per il Fondo EST, la Diagnostica e l'alta diagnostica rappresentano l'area con il maggior tasso di utilizzo in termini di volumi e richieste autorizzate, seguite dalle Visite Specialistiche e dai check-up previsti nei pacchetti di Prevenzione.

Nel caso di QUAS, la Diagnostica rimane al primo posto tra le priorità gestionali del fondo, subito dopo l'odontoiatria, evidenziando una forte inclinazione degli iscritti verso il monitoraggio specialistico e l'accesso a strutture poliambulatoriali all'avanguardia.

Per ASTER, la richiesta di medicina specialistica sul territorio viene principalmente gestita tramite la copertura ed il rimborso dei Ticket del SSN. Questa categoria si distingue per i volumi operativi del fondo, evidenziando l'efficacia di ASTER nel contenere la spesa sanitaria diretta per i lavoratori che decidono di utilizzare la rete pubblica.

Un elemento di grande valore tra i vari settori e categorie si fa notare nel mondo della Fisioterapia e della Riabilitazione. Mentre il Fondo EST ed il Fondo ASTER gestiscono la spesa complessiva di questa area all'interno di limiti dimensionali più contenuti, QUAS riserva una parte significativa del proprio bilancio per la riabilitazione post-traumatica o conservativa. Questa differenza mette in luce una maggiore propensione al consumo di terapie riabilitative da parte della categoria dirigenziale dei quadri, oppure suggerisce che esista un nomenclatore tariffario molto più ampio, sia in termini di massimali che di numero di sedute rimborsabili, rispetto ai fondi destinati ai livelli operativi.

Infine, la spesa per gli ausili visivi (lenti ed occhiali) mostra una stabilità sostanziale tra il Fondo EST e QUAS, configurandosi come una forma di tutela standardizzata e ben consolidata nel tempo all'interno dei rispettivi piani assistenziali.

4.5.2. Qualità delle tutele, modalità d'accesso e specializzazione del nomenclatore (FAST e ASTER)

L'efficacia reale della promessa assistenziale nel welfare contrattuale non può essere valutata solo in termini di denaro o volume dei pagamenti. È fondamentale considerare anche la qualità delle risposte organizzative e come sono strutturati i canali di accesso ai servizi. I dati forniti mostrano che Fondo EST, QUAS e ASTER offrono performance gestionali che si allineano con i migliori standard europei nella gestione dei sinistri e delle pratiche assistenziali. I tempi medi per la liquidazione dei rimborsi e per l'autorizzazione delle prestazioni sono rapidi e ben strutturati, il che aiuta a rendere più snello il ciclo di attesa per gli iscritti.

Tuttavia, il vero fattore che determina quanto l'assistenza sia realmente efficace dal punto di vista economico, oltrepassando le barriere legate al reddito, è rappresentato dalla distinzione tra le prestazioni fornite direttamente e le prestazioni indirette (rimborso ex-post). L'attivazione di un canale di assistenza diretta, supportato da una rete assicurativa esterna o da convenzioni proprietarie ben strutturate (come, ad esempio, la rete Unisalute o i centri odontoiatrici accreditati per QUAS), gioca un ruolo fondamentale per la sostenibilità economica del lavoratore. Infatti, l'accesso diretto azzerà o riduce drasticamente l'impegno finanziario immediato per l'iscritto: il costo della prestazione viene gestito e liquidato tra il fondo sanitario e la struttura medica convenzionata, lasciando a carico del dipendente solo l'eventuale quota residua di franchigia o scoperto prevista dal nomenclatore.

Al contrario, il sistema indiretto, impone ai lavoratori a coprire le spese anticipatamente attingendo ai propri risparmi e richiedendo il rimborso solo in un secondo momento, rischia di riproporre le stesse barriere d'accesso che colpiscono i redditi più bassi. Infatti, molti lavoratori nel settore turistico, nonostante abbiano un evidente bisogno di assistenza, potrebbero non avere la liquidità immediata necessaria per attivare i servizi nel circuito privato, finendo per rinunciare o rimandare le cure.

Quando l'analisi puramente quantitativa presenta dei limiti interpretativi legati alla natura dei flussi anagrafici, un esame qualitativo e comparato dei nomenclatori di FAST e ASTER ci offre una chiara visione dell'evoluzione e della specializzazione protettiva del welfare integrativo nel settore turistico. Questi due enti si distinguono nel contesto nazionale perché non si limitano a fornire prestazioni clinico-sanitari, ma hanno indirizzato i loro piani assistenziali verso la gestione delle fragilità sociali, supporto alle famiglie e introduzione di prestazioni biotecnologiche e diagnostiche all'avanguardia.

ASTER, nello specifico, si distingue per il suo forte impegno nel welfare socio-assistenziale, offrendo un supporto reale per affrontare il rischio di vulnerabilità familiare e dipendenza. Il suo piano sanitario è ben strutturato ed include interventi per gestire la non autosufficienza, con sussidi specifici sia per l'assistenza diretta a iscritti non autosufficienti che per il supporto ai familiari di primo grado. Inoltre, il nomenclatore garantisce tutele inclusive che hanno un alto valore etico-sociale: tra queste, ci sono pacchetti di prevenzione e monitoraggio dedicati a chi è affetto da sindrome di Down, copertura per le campagne di vaccinazione antinfluenzale e un sussidio economico per l'acquisto di parrucche destinate a pazienti oncologici, contribuendo a ridurre l'impatto psicologico ed economico delle terapie invasive.

FAST opera con un approccio strategico che si focalizza sulla medicina preventiva avanzata, la protezione della salute riproduttiva e la diagnostica oncologica all'avanguardia. Il suo piano tariffario è progettato per affrontare le nuove sfide della bioetica e della transizione demografica, includendo il rimborso per i trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), l'accesso a esami genetici avanzati per valutare la predisposizione ereditaria ai tumori ed i test predittivi per la risposta molecolare alla chemioterapia. Oltre a questa forte specializzazione, FAST offre coperture per il monitoraggio di patologie complesse, come la polisonnografia, e si occupa delle cronicità legate agli stili di vita, finanziando i trattamenti farmacologici per l'obesità grave. Infine, il framework

assistenziale di FAST si completa con l'attivazione di coperture di Long Term Care (LTC), pensate per garantire una rendita o un supporto assistenziale permanente in caso di perdita dell'autosufficienza durante il rapporto lavorativo.

Conclusioni

Il lavoro di analisi svolto ha portato ad esplorare la profonda trasformazione che sta interessando il nostro sistema di protezione sociale. Focalizzando l'attenzione sulla sanità integrativa, è stato possibile vedere da vicino come l'emergere del welfare contrattuale non sia affatto un aspetto secondario, ma piuttosto una risposta fondamentale e necessaria al crescente bisogno di sostenibilità e di efficienza del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

I risultati dello studio hanno confermato senza alcun dubbio l'ipotesi iniziale: l'integrazione ha una natura ambivalente, un po' come una medaglia con due facce.

Da un lato abbiamo che l'efficacia è innegabile, grazie a fondi sanitari ed agli accordi tra le parti sociali, il sistema alleggerisce il carico sul SSN e di conseguenza diminuisce la tempistica di attesa per l'accesso alle cure. Gli incentivi fiscali sono un supporto importante, in grado di raccogliere risorse private destinate ad un interesse collettivo, migliorando la vita di intere categorie di lavoratori.

Dall'altro lato, l'analisi ha rilevato un pericolo concreto, la frammentazione e la disuguaglianza; il fatto che l'accesso ad una buona assistenza sanitaria dipenda in un modo così asimmetrico, per tipo di contratto o dalla solidità del settore in cui si lavora è in netto contrasto con i principi di universalità ed inclusività, basi del nostro SSN. Non si tratta solo di un divario sociale, ovvero per chi può permetterselo e chi no, ma di un vero e proprio problema delle modalità: percorsi diagnostici paralleli che, se non gestiti, rischiano di trasformarsi in sprechi anziché in un valore aggiunto.

L'obiettivo principale non è assolutamente bloccare l'evoluzione ma anzi suggerire una coordinazione e preservare l'universalità. Il percorso verso la complementarietà etica si basa su die pilastri fondamentali.

Il primo riguarda la norma come barriera, atti come il D.M. del 27 ottobre 2009, in tale contesto non dovrebbero essere considerati

come questioni burocratiche abitudinarie ma come meccanismi di protezione nella loro natura più pura. Abbiamo bisogno che vengano utilizzati seriamente per specificare i limiti: i fondi dovrebbero operare in maniera complementare e sussidiaria, concentrandosi su aree in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) soffre maggiormente (ad esempio, liste d'attesa troppo lunghe e prevenzione) e mai per sostituire o indebolire i servizi pubblici di base, per rivaleggiare o competere con altri servizi pubblici.

Il secondo è la democrazia della contrattazione: la giustizia sociale dovrebbe incoraggiare una contrattazione collettiva diffusa e uniforme. Il welfare contrattuale dovrebbe superare l'obiettivo aziendale attraverso un processo di trasformazione dello stato di assistenza sanitaria in un diritto sociale per la classe generale dei lavoratori. Solo così si può combattere l'effetto della "sanità a due velocità", distribuendo i benefici in modo equo e solidale.

I risultati mettono in luce l'urgenza e chiamano l'attenzione dei decisori politici. È necessario concentrarsi sulle modalità di integrazione dei servizi e del sistema eticamente ed efficacemente. È necessario un "pilota" per l'integrazione, la sfida fondamentale è passare dall'attuale coesistenza alla coordinazione strategica. Si spesa in futuro che i leader politici lavorino per creare un efficace struttura in grado di coordinare, il Ministero della Salute, le autorità di regolamentazione, i Fondi Sanitari e le Federazioni. L'obiettivo principale del "pilota" dovrebbe essere quello di accompagnare i Fondi nelle aree più a rischio del SSN, come la prevenzione, l'assistenza a lungo termine o programmi che aiutano a ridurre le liste d'attesa. Quindi provando a trasformare le risorse integrative in un contributo al bene comune.

Tutti devono essere inclusi: – il più ambizioso e probabilmente il più urgente, da una prospettiva morale – è la copertura di tutte le persone attualmente escluse dalla contrattazione collettiva (ad esempio, lavoratori autonomi/partite IVA con regime semplificato).

Le future analisi politiche dovrebbero esaminare strumenti come la modulazione fiscale (fornendo incentivi per l'adesione individuale

volontaria che rispetti gli standard di solidarietà) o l'attuazione di sussidi pubblici speciali per le fasce di reddito più basse. Solo in questo modo il diritto all'assistenza sanitaria integrativa potrà diventare una realtà per tutti.

In sintesi, questo testo vuole essere un consiglio: l'assistenza sanitaria integrativa non è un mero aggiustamento tecnico, ma un passo fondamentale verso la sussidiarietà orizzontale. I legislatori e i sostenitori del progetto devono gestirla in modo equo, intelligente e ben regolamentato. Questa evoluzione, però, potrà svilupparsi solo come un rafforzamento sostenibile del diritto universale alla salute e, di conseguenza, del principio di coesione sociale, attraverso un coordinamento strategico che coinvolga le fasce più vulnerabili della società.

La validità di questo quadro interpretativo trova un supporto fondamentale ed una chiara conferma empirica nelle evidenze emerse dall'analisi approfondita del settore turistico, che viene discussa nel quarto capitolo di questo lavoro. Le dinamiche osservate tra il 2021 e il 2025 dimostrano in modo chiaro come la sanità integrativa stia attraversando una fase di consolidamento strutturale, passando da un beneficio accessorio ad una parte essenziale del pacchetto retributivo e assistenziale per i lavoratori. Tuttavia, l'analisi della base associativa e della distribuzione territoriale ha rivelato un'asimmetria geopolitica che Franca Maino identifica come uno dei rischi latenti del secondo welfare. Purtroppo, la concentrazione territoriale delle tutele e delle adesioni rispecchia le storiche fratture dello sviluppo economico italiano, mettendo in luce come il welfare contrattuale, se non gestito da una regia nazionale ben coordinata, possa, senza volerlo, amplificare i divari geografici nell'accesso alla tutela della salute invece di ridurli.

I dati sulla gestione economico-finanziaria e sull'analisi operativo-economica del liquidato mettono in luce l'incredibile capacità di mobilitare risorse private per scopi sociali, ma ci invitano anche a riflettere sul concetto di accessibilità sostanziale. Confrontando i vari modi di erogazione delle prestazioni, emerge chiaramente che la vera distinzione tra un welfare inclusivo ed uno eliminante si trova

nella scelta tra assistenza diretta e rimborso indiretto. L'assistenza diretta – realizzata attraverso reti convenzionate ben strutturate e performanti – si è dimostrata un potente strumento di equità: riducendo o azzerando il costo immediato per il lavoratore, eliminando le barriere economiche all'accesso alle cure e proteggendo i redditi più bassi. Al contrario, i sistemi che si basano sul rimborso ex-post (assistenza indiretta) costringono i dipendenti ad anticipare somme talvolta considerevoli attingendo ai propri risparmi, riproponendo così gli stessi limiti d'accesso che si trovano nel canale privato tradizionale, escludendo di fatto i lavoratori più vulnerabili o stagionali che non hanno la liquidità necessaria.

Un'altra indicazione chiave emerge dall'analisi qualitativa dei nomenclatori di FAST e ASTER, che presentano due modelli complementari e virtuosi di "specializzazione protettiva". Il lavoro ha messo in luce come questi fondi siano riusciti a superare la semplice prestazione clinica standard, rispondendo ai nuovi bisogni sociali ed etici che stanno nascendo a causa delle attuali transizioni demografiche e bioetiche. Da un lato, il modello di ASTER si distingue per la sua forte vocazione socio-assistenziale, fornendo risposte concrete alla non autosufficienza e alla vulnerabilità delle famiglie attraverso sussidi mirati e coperture di alto valore etico, come il supporto per i pazienti con sindrome di Down o i contributi per i malati oncologici. Dall'altro lato, FAST si caratterizza per una visione all'avanguardia, puntando sulla tecnologia e sulla medicina preventiva avanzata, introducendo tutele innovative come la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), test predittivi molecolari ed esami genetici per la predisposizione ai tumori, oltre a coperture strutturate per la Long Term Care (LTC).

In conclusione, l'esperienza pratica del turismo ci mostra chiaramente che la sanità integrativa può davvero lavorare in perfetta armonia e complementarietà con il Servizio Sanitario Nazionale, a condizione che vengano rispettate tre condizioni fondamentali. Prima di tutto, è essenziale promuovere l'uso diffuso dell'assistenza diretta, affinché le prestazioni non diventino un privilegio riservato a chi ha la possibilità di risparmiare in anticipo. In secondo luogo, i

fondi devono orientare i loro nomenclatori verso prestazioni che siano realmente integrative e socio-assistenziali (prendendo spunto da FAST e ASTER), concentrandosi sulle lacune del sistema pubblico e sulla gestione delle nuove fragilità sociali, evitando così duplicazioni inutili e costose dei LEA che potrebbero frammentare ulteriormente il sistema. Infine, è urgente un'evoluzione del quadro normativo che non si limiti a una semplice vigilanza fiscale, ma che favorisca un'integrazione pianificata tra l'Anagrafe del Ministero della Salute e la programmazione sanitaria pubblica. Solo attraverso questa transizione da un sistema frammentato ad un modello di sussidiarietà regolata potremo garantire i principi costituzionali di universalità e uguaglianza sostanziale, trasformando la sanità integrativa in un pilastro solido, equo ed inclusivo del welfare italiano del futuro.

Bibliografia

Accordo Interconfederale Confindustria CGIL – CISL – UIL sulla rappresentanza e sulla validità dei contratti aziendali (28 giugno 2011).

Agenzia delle Entrate, Circolare n. 50/E dell'11 luglio 2008, Oggetto: Abrogazione del regime delle deduzioni extracontabili di cui all'articolo 109, comma 4, lettera b) del TUIR e affrancamento delle deduzioni pregresse e del vincolo di sospensione sulle riserve – articolo 1, commi 33, 34, 48 e 51 della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008)

Agenzia delle Entrate, Circolare 15 giugno 2016, n. 28/E, Premi di risultato e welfare aziendale – articolo 1 commi 182-190 legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016)

AICA, Federturismo, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Industria Turistica, vigenza dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2027.

Assolombarda, Osservatorio Welfare Assolombarda - Anno 2021

Assoturismo-Confesercenti, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Turismo, vigenza dal 1° luglio 2024 al 31 dicembre 2027.

Becker Ulrich., *The Bismarck Model and Beyond*, Berlin, Springer, 2005.

Beveridge William, *Social Insurance and Allied Services*, Cmd. 6404, 1942

Cancilla Francesco Antonino, *Servizi di welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Giuffrè, Università di Palermo 2009

Cantiano Giuseppe, Ambrosio Pasquale, Guarino Mario, *Contrattazione di prossimità: normativa ed applicazione pratica*, Cedam, 2019

Caruso Sebastiano Bruno, *Recenti sviluppi normativi e contrattuali*

del welfare aziendale. Nuove strategie di gestione del lavoro o neo consumismo?, in "Rivista Italiana di Diritto del Lavoro", n. 1, p. 369-388, 2018.

Cinelli Maurizio, Diritto della Previdenza Sociale, Giappichelli, Torino 2013.

CISL, 1° Rapporto sulla contrattazione di secondo livello, 2025

CISL, La partecipazione al lavoro, 2025

CNEL, XXVII rapporto mercato del lavoro e contrattazione collettiva, 2026

CNEL, Il Ruolo Del Contratto Collettivo Nazionale E Delle Parti Sociali Nella Nascita E Nello Sviluppo Dei Fondi Sanitari Integrativi: La Storia Del Fasdac, 2024

Confindustria, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Terziario, Distribuzione e Servizi, vigenza dal 1° aprile 2023 al 31 marzo 2027.

Confindustria, Indagine Confindustria sul lavoro del 2024

De Luca Vittorio, Lo Stato e il welfare come dovere costituzionale, in Beretta Loris (a cura di), Il welfare aziendale. Dalla teoria alla pratica, i Quaderni, SAF, Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, n. 68, Commissione Lavoro, (2016) pp. 29-37.

Esping-Andersen Gøsta, The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press, 1990

Federalberghi, Faita Federcamping, Fisascat CISL, UILTuCS, FILCAMS-CGIL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Turismo, vigenza dal 1° luglio 2024 al 31 dicembre 2027.

Ferraro Giuseppe, L'efficacia soggettiva del contratto collettivo, In: Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale, ISSN 0392-7229, 2011, pp. 739-777.

Ferrera Maurizio, Le trappole del welfare, Il Mulino, 2007

Ferrero, Sustainability Report 2024

Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019

Gabrielli Gabriele e Zaccaro Francesco, Remunerazione, welfare aziendale e Human Resource Management. Un framework per orientare reward strategy e politiche retributive, in Alvino, I., Ciuciovino, S., Romei, R. (a cura di), Il welfare aziendale. Una prospettiva giuridica, Il Mulino, pp. 29-62, 2019.

Generali Italia, L'età adulta del welfare, 2024

Generali Italia, Rapporto Welfare Index PMI 2019

Ghezzi Giorgio, La responsabilità contrattuale delle associazioni sindacali, Giuffrè, Milano 1963.

Giannetti Giovanna, Bellentani Maria Donata, Mennini Francesco Saverio, Cicchetti Americo, I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023. Ministero della Salute, 2024

GIMBE, Report Osservatorio GIMBE 2/2025 La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023, 2025

Giugni Gino, L'evoluzione della contrattazione collettiva nelle industrie siderurgica e mineraria (1953-1954), Giuffrè, Milano 1964

Giugni Gino, Contrattazione collettiva e diritto del lavoro. Laterza, 2002

Gori Cristiano, "Sanità integrativa e universalismo: rischi e opportunità", Politiche Sociali/Social Policies, 2020

Grandi Daniele, Legge di stabilità e welfare aziendale: un (mezzo) favore alle relazioni industriali?, in "bollettino.adapt.it", 27 ottobre, 2015.

Greve Bent, Occupational Welfare. Winners and Losers, Cheltenham, Edward Elgar, 2007.

Hemerijck Anton, Changing Welfare States, Oxford University Press, 2013

INPS, Rapporto Annuale, 2025

ISTAT, Rapporto annuale 2025, la situazione del paese, 2025.

Jacobbi Paola, Luisa. Sonzogno, 2024.

Jacoby Russell, *Modern Manors: Welfare Capitalism since the New Deal*, New York, Princeton UP, 1997.

Lamberti Fabiola, *Finalità e nozione del welfare aziendale*, in Alvino, I., Ciucciiovino, S., Romei, R. (a cura di), *Il welfare aziendale. Una prospettiva giuridica*, Il Mulino, pp. 87-118, 2019.

Luxottica, *Sustainability Report 2024*

Maino Franca, *Il secondo welfare e la sfida pandemica, tra pubblico e privato*, in Maino Franca (a cura di), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto rapporto sul secondo welfare*, Giappichelli, Torino 2021.

Maino Franca e Ferrera Maurizio, *Secondo welfare: cos'è, come funziona, prospettive*, Laterza, 2022

Maino Franca e Razetti Federico, *Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi*, Giappichelli, 2019.

Massagli Emmanuele, Spattini Silvia e Tiraboschi Michele, *Fare welfare in azienda. Guida pratica per imprese, consulenti, sindacalisti, operatori*, ADAPT University Press, Bergamo 2018.

MEFOP, *Linee Guida per la best-practice dei Fondi sanitari*, 2021

Merli Stefano, *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale*, Firenze, La nuova Italia, 1972.

Murena Claudia, *Il welfare aziendale e la recente normativa sui flexible benefits*, in "Diritto delle Relazioni Industriali", Vol. 29, n. 4, pp. 1235-1248, 2019.

Obinger Herbert e Wagschal Uwe (eds.), *Germany's Social Policy since 1945*, Springer, 2020

OECD, *Health at a Glance*, 2025

Piras Elisabetta, *I prodotti della sanità integrativa*, in "Rivista di Diritto Bancario" (2019), p.p. 208-209.

Proia Giorgio, *Il welfare contrattuale*, Torino, Giappichelli, 2017.

Sapelli Giulio, Olivetti: il sogno di una comunità, Torino, Einaudi, 2010.

Saraceno Chiara e Pavolini Emmanuele, Welfare: alla ricerca di un equilibrio, Bologna, Il Mulino, 2019.

Senato della Repubblica, Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, 2018.

Stolleis Michael, History of Social Law in Germany, Springer, 2013

Tiraboschi Michele, Welfare for people. Quarto rapporto su “Il welfare occupazionale e aziendale in Italia”, ADAPT University Press, 2021.

Titmuss Richard, Essays on the Welfare State, Londra, Allen and Unwin, 1958 (versione italiana in Saggi sul “welfare state”, Edizioni Lavoro, 1963).

Treu Tiziano, (a cura di) Welfare aziendale. Migliorare la produttività e il benessere dei dipendenti, Ipsoa, Milano 2013.

Treu Tiziano, Welfare aziendale 2.0. Nuovo welfare, vantaggi contributivi e fiscali, Ipsoa, 2016

UPB, Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, 2025

Varaldo, R.. Lanerossi. Storia di un'impresa tessile italiana. Marsilio, 2009

Zoli Carlo, Il diritto sindacale; in Diritto del Lavoro Vol I – UTET, 2007

Giurisprudenza

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 24 aprile 1993, n. 4802

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 20 marzo 1996, n. 2361

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 27 maggio 1996, n. 4870

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 28 maggio 2004, n. 10353

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 02 novembre 2021, n. 31201

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 10 novembre 2021, n. 33131

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 02 ottobre 2023, n. 27806

Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, 14 luglio 2014, n. 16089

Fonti normative

Legge 30 aprile 1969, n.153, "Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale"

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

Legge 13 maggio 1985, n. 190, "Istituzione della categoria professionale dei quadri intermedi"

Art. 2095, 1° co., c.c. (in riferimento alle quattro categorie legali: dirigenti, quadri, impiegati, operai)

Art. 51 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi" (T.U.I.R.)

D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Legge 8 agosto 1995, n. 335, "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare"

D. Lgs. 229, 1999, "Riordino e integrazione della disciplina della disciplina del Servizio sanitario nazionale".

Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27 ottobre 2009, "Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale"

Legge 28 giugno 2012, n. 92, "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita"

Legge 28 dicembre 2015, n. 208, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)."

Legge 11 dicembre 2016, n. 232, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio

2017-2019."

Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

Legge 28 marzo 2019, n. 26, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni"

Legge 1° aprile 2021, n. 46, Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e universale

D.lgs. 13 dicembre 2024, n. 192, "Revisione del regime impositivo dei redditi (IRPEF-IRES)"

Legge 15 maggio 2025, n. 76, Disposizioni per la partecipazione dei lavoratori alla gestione, al capitale e agli utili delle imprese.

Sitografia

Edenred, Osservatorio welfare aziendale in Italia: prevalgono i fringe benefit, <https://www.edenred.it/welfare-aziendale/osservatorio-welfare-aziendale/>, (ultimo accesso 23/09/2025)

Ferrari, 2024 Annual Report, <https://www.ferrari.com/en-EN/corporate/sustainability-reports> (ultimo accesso 23/09/2025)

Fisascat Cisl, Vorwerk Folletto, Rinnovato l'accordo aziendale per i 4000 agenti di commercio, capi e incaricati alla vendita, 2016, <https://www.fisascat.it/news/vorwerk-folletto-rinnovato-laccordo-aziendale-per-i-4000-agenti-di-commercio-capi-e-incaricati-alla-vendita> (ultimo accesso 25/09/2025)

Fisascat Cisl, Vorwerk Italia/Folletto, siglata l'intesa di rinnovo dell'Accordo Integrativo Aziendale applicato ai circa 600 dipendenti della sede centrale e degli uffici commerciali, 2025, <https://fisascat.it/news/vorwerk-folletto-cia> (ultimo accesso 25/09/2025)

Florianello Fabio, Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa, Quotidiano Sanità, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65325 (ultimo accesso 23/09/2025)

Fondo Est, Piano Sanitario 2025, <https://www.fondoest.it/content/piano-sanitario> (ultimo accesso 29/09/2025)

Fondo Est, Regolamento sulle prestazioni per familiari, <https://www.fondoest.it/page/Regolamento-sulle-Prestazioni-per-familiari> (ultimo accesso 09/10/2025)

MEFOP, Guida ai fondi sanitari: Cosa sono, <https://www.sono-previdente.it/site/main/cosa-sono-fondi-sanitari> (ultimo accesso 27/09/2025)

MEFOP, Una fotografia della sanità integrativa nella terza edizione della Survey Mefop, 2024, <https://www.mefop.it/blog/blog-mefop/sanita-integrativa-terza-edizione-survey-mefop> (ultimo accesso 27/09/2025)

Ministero della Salute, Anagrafe fondi sanitari integrativi, <https://>

www.salute.gov.it/new/it/servizi-online/fs-afsi-01/anagrafe-fondi-sanitari-integrativi/, (ultimo accesso 29/09/2025)

RetImprese, Cosa facciamo per te, https://www.retimpresa.it/cosa-facciamo-per-te/#:~:text=WELFARE%20*%20RetImpresa%20promuove%20la%20diffusione%20del,e%20personalizzare%20in%20funzione%20delle%20specifiche%20esigenze. (ultimo accesso 23/09/2025)

RetImpresa, Un nuovo servizio per il welfare aziendale in rete, <https://www.retimpresa.it/un-nuovo-servizio-per-il-welfare-aziendale-in-rete/> (ultimo accesso 23/09/2025)

