



XI CONSILIATURA 2023-2028

IL RUOLO DEL CONTRATTO
COLLETTIVO NAZIONALE E
DELLE PARTI SOCIALI NELLA
NASCITA E NELLO SVILUPPO DEI
FONDI SANITARI INTEGRATIVI:
LA STORIA DEL FASDAC

QUADERNI DEL CNEL – N. 23

Ottobre 2024

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

**IL RUOLO DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE
E DELLE PARTI SOCIALI NELLA NASCITA E NELLO
SVILUPPO DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI: LA
STORIA DEL FASDAC**

A cura dell'Ufficio IV:

Dott.ssa Giulia Costa

Dott.ssa Letizia Molinaro – tirocinante presso CNEL

Su cortese richiesta ed in collaborazione con



Dott. Riccardo Rapezzi - Presidente

Dott. Bernardino Petrucci - Vicepresidente

Dott. Maurizio Mauro - Direttore

Dott.ssa Silvia Di Nicola - Assistente di Direzione

QUADERNI DEL CNEL N. 23

Ottobre 2024

I QUADERNI del CNEL - N. 23, ottobre 2024

Nei Quaderni scientifici del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, rivolti alla comunità scientifica e ai cittadini, sono pubblicati studi presentati da esperti del Consiglio ovvero da ricercatori e studiosi esterni, nell'ambito di accordi di collaborazione o di seminari presso l'Organo. In tal modo si intende contribuire al dibattito scientifico, anche al fine di ottenere contributi utili all'arricchimento della riflessione e della proposta sui temi in discussione presso il Consiglio stesso.

La scelta degli argomenti e dei metodi di indagine riflette gli interessi dei ricercatori. Le opinioni espresse e le conclusioni sono attribuibili esclusivamente agli autori e non impegnano in alcun modo la responsabilità del Consiglio.

Direttore Responsabile

Renato Brunetta - *Presidente CNEL*

Comitato di indirizzo

Floriano Botta - *Vicepresidente CNEL; Presidente Commissione Politiche sociali, sviluppo sostenibile, terzo settore; Presidente Commissione Politiche economiche e attività produttive*

Claudio Riso - *Vicepresidente CNEL; Presidente Commissione Politiche dell'Unione europea e cooperazione internazionale; Commissione Politiche economiche e attività produttive*

Michele Tiraboschi - *Presidente Commissione dell'Informazione*

“Un contratto di lavoro equilibrato inverte i diritti e modella, per la sua parte, la società in cui viviamo, tanto più in una fase di transizione, di trasformazione, quale quella che attraversiamo; accresce i valori di istituti come la sanità integrativa, la previdenza integrativa, la bilateralità; valorizza le specificità dei territori aiutando a gestirne le diversità.”

Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella (Assemblea Generale di Confcommercio-Imprese per l'Italia, 12 giugno 2024).

INDICE

Nota metodologica	6
Introduzione	8
1. L'evoluzione del <i>welfare</i> contrattuale nei CCNL applicativi del FASDAC dal 1948 ad oggi	11
1.1. <i>Il ruolo delle Parti sociali</i>	11
1.2. <i>Il welfare contrattuale come strumento di tutela di interessi collettivi</i>	14
1.3. <i>Dalle prime forme di assistenza sanitaria ad oggi</i>	18
1.4. <i>Estensione delle forme di tutela del sistema integrato di welfare contrattuale: i quattro pilastri</i>	30
2. Finalità e struttura dei fondi sanitari integrativi: l'attività del FASDAC	36
2.1. <i>La normativa di settore</i>	36
2.2. <i>Le caratteristiche del FASDAC</i>	40
2.3. <i>La mission del Fondo e i suoi principi fondanti</i>	44
2.4. <i>La risposta del FASDAC all'evoluzione del concetto di salute</i>	48
Appendice	53
Bibliografia	56

Nota metodologica

Il presente studio è stato elaborato su indicazione, e garbata sollecitazione, dei rappresentanti del FASDAC, i quali hanno inteso celebrare il settantacinquesimo anniversario del Fondo, oltre che con l'iniziativa organizzata per il 12 novembre 2024, coinvolgendo la casa delle Parti sociali, sede istituzionale della contrattazione collettiva e luogo privilegiato della negoziazione.

L'analisi nello sviluppo e dell'evoluzione delle misure di assistenza sanitaria nell'ambito del FASDAC ha richiesto in primo luogo lo studio qualitativo dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, attraverso un lavoro di ricostruzione storica per il quale si è reso necessario ricorrere congiuntamente a materiali tratti dagli archivi FASDAC e a documenti acquisiti all'Archivio dei contratti collettivi nazionali di lavoro presso il CNEL. La collaborazione instauratasi ha consentito all'Ufficio IV di acquisire preziosi testi contrattuali risalenti del settore dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto, spedizione e logistica, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime, attualmente in fase di classificazione presso l'Archivio.

Il periodo preso in esame include gli anni dal 1948, anno di istituzione del Fondo, ai CCNL attualmente in vigore.

Il presente lavoro, grazie al significativo contributo materiale e al supporto durante la stesura offerti dal FASDAC, consente di offrire un approfondimento delle caratteristiche e del funzionamento del Fondo, dei principi che ne hanno ispirato lo sviluppo negli anni e dei suoi valori fondanti, evidenziandone

inoltre l'evoluzione anche in termini quantitativi con riferimento alla platea dei beneficiari.

Attraverso tale indagine si intende fornire un contributo sull'evoluzione delle misure negoziate di assistenza sanitaria integrativa nel settore considerato, da cui emerge il ruolo svolto dalle Parti sociali, che con visione pionieristica hanno saputo garantire nel tempo forme di welfare contrattuale in linea con i mutamenti della società.

Introduzione

I Fondi sanitari integrativi rappresentano oggi un fondamentale strumento di protezione per i lavoratori e le lavoratrici, in un'ottica di responsabilità condivisa di tutela della salute tra il datore di lavoro e il lavoratore. La funzione sociale a carattere di mutualità e senza fini di speculazione privata è espressamente riconosciuta e costituzionalmente garantita dall'articolo 45 Costituzione.

È in quest'ambito che si è affermato, con sempre maggiore incisività, il ruolo delle Parti sociali che operano in un'ottica di bilateralità. In egual modo è cresciuta la consapevolezza che l'erogazione di prestazioni di *welfare* contrattuale, volte al soddisfacimento dei bisogni della popolazione lavorativa, possa giovare alle aziende anche in termini di produttività: ciò soprattutto in riferimento al soddisfacimento del diritto alla salute, soprattutto se si opera in termini di prevenzione.

L'assistenza sanitaria integrativa frutto di un processo negoziale costituisce, ad oggi, il cosiddetto secondo pilastro del sistema sanitario italiano, con un ruolo sussidiario rispetto al SSN affermatosi nonostante la normativa di riferimento sia frammentata e non sempre omogenea.

Questo lavoro ha l'obiettivo di esaminare un virtuoso esempio di Fondo sanitario integrativo del Servizio sanitario nazionale, frutto di una piena collaborazione e sinergia tra le Parti sociali: il Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali (FASDAC). Si tratta del fondo "Mario Besusso", istituito a far data dal 1948, nel settore dei dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto, spedizione e logistica, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime.

Il FASDAC, precursore del modello di *welfare* contrattuale, trova la sua espressione in sede di concertazione: è attraverso le trattative negoziali che le associazioni di categoria stabiliscono le caratteristiche del fondo, le modalità di erogazione, la platea dei beneficiari. Oggi il Fondo manifesta la sua bilateralità attraverso gli organi collegiali, costituiti pariteticamente da rappresentanti sindacali e datoriali, in una prospettiva di *governance* partecipata.

La metodologia in questa sede utilizzata si basa sullo studio dell'evoluzione del *welfare* contrattuale attraverso i CCNL applicativi del FASDAC, dal lontano 1948 fino a quelli in vigore, monitorati presso l'Archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro del CNEL.

Dapprima, viene trattato il tema del *welfare* contrattuale, con particolare riguardo al ruolo delle Parti sociali nella contrattazione collettiva, quale strumento di tutela di interessi collettivi e sviluppatosi coerentemente con quanto previsto dall'Accordo interconfederale del 1993, che vede un approccio multilivello risultante in un sistema integrato di *welfare* che può sovrapporsi e completarsi all'interno della stessa unità produttiva. In un secondo momento è stata condotta un'approfondita analisi circa la contrattazione di settore, esaminando lo sviluppo dell'assistenza sanitaria integrativa e introducendo il tema dell'estensione delle forme di tutela ed offerta di garanzie e servizi in altri ambiti, come la formazione professionale (Centro di formazione management del terziario – CFMT), la previdenza complementare (Fondo di previdenza Mario Negri) e la previdenza integrativa individuale e di garanzie di rischio (l'Associazione Antonio Pastore).

Infine, dopo una disamina di taglio storico sulla normativa di riferimento, si è più propriamente esaminato il FASDAC nelle sue caratteristiche strutturali, considerandone sia la visione che la missione.

L'elaborato, realizzato nel quadro del programma consiliare della XI Consiliatura, orientato a fare del CNEL la autentica sede istituzionale dell'ascolto dei corpi intermedi, è stato predisposto congiuntamente da funzionari CNEL in servizio presso l'Ufficio IV e componenti del Fondo stesso.

L'analisi, attraverso lo studio dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, evidenzia il ruolo che le associazioni sindacali e datoriali hanno avuto a partire del 1948 nell'introduzione di misure di assistenza sanitaria, e che ancora oggi svolgono attraverso il continuo monitoraggio del benessere dei lavoratori aderenti.

1. L'evoluzione del *welfare* contrattuale nei CCNL applicativi del FASDAC dal 1948 ad oggi

La contrattazione collettiva trova il suo fondamento nell'art. 39 Cost. ed è fonte di disciplina del rapporto di lavoro, con funzione integrativa della legge di settore. Si qualifica non come fonte di diritto in senso stretto ma come atto negoziale, manifestazione dell'autonomia privata e della libertà sindacale. Tra le materie disciplinate nei vari CCNL, nel tempo e nella quasi totalità delle categorie, si afferma il ruolo dell'assistenza sanitaria integrata. Nel settore dei dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto, spedizione e logistica, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime è stato istituito, a far data dal 1948, il Fondo sanitario FASDAC "Mario Besusso".

1.1. Il ruolo delle Parti sociali

Le Parti sociali, ossia le organizzazioni sindacali dei lavoratori e delle lavoratrici e le associazioni rappresentative dei datori di lavoro, rivestono un ruolo determinante nella costituzione e regolamentazione dei fondi sanitari integrativi. In sede di contrattazione collettiva, le rappresentanze stipulano accordi che prevedono l'istituzione di fondi volti a garantire in chiave sussidiaria prestazioni sanitarie in affiancamento a quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tali fondi sono finanziati attraverso contributi generalmente ripartiti tra datore di lavoro e lavoratori e si inseriscono nell'ambito delle misure di *welfare* contrattuale previste dai contratti collettivi nazionali o aziendali.

Le Parti sociali, in sede di negoziazione, stabiliscono altresì le modalità di gestione, i criteri di adesione e di erogazione delle

prestazioni, garantendo la conformità di tali strumenti rispetto alle disposizioni vigenti e adeguando gli stessi alle esigenze dei destinatari. In genere, il ruolo del sindacato nella regolazione del lavoro può declinarsi in due principali strategie di azione (Regini, 2003):

- Azione negoziale: basata su processi di contrattazione individuale e collettiva con il completo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali e datoriali. In questo ambito, si inseriscono accordi incentivati dall'intervento di attori istituzionali;
- Azione cooperativa: si distingue per il diretto coinvolgimento dei lavoratori nella gestione delle decisioni aziendali, attraverso la bilateralità tra sindacati e datori di lavoro o forme di concertazione più ampie che includono attori istituzionali. È proprio un tale modello, infatti, a dar vita ai fondi di assistenza e previdenza integrativa.

Mentre in passato la regolazione del mercato del lavoro avveniva attraverso azioni tipicamente unilaterali, già dalla prima metà del Novecento si registra un notevole aumento delle iniziative negoziali. In tal senso, il sindacato assume un ruolo strategico nella gestione dei lavoratori, poiché ha il compito di "mediare gli interessi individuali e di mantenere il consenso dei lavoratori a fronte di politiche gestionali negoziate e/o progettate con il sindacato" (Colombo, 2012).

Il *welfare* aziendale, dunque, ha l'obiettivo primario di favorire il consenso dei dipendenti attraverso iniziative finalizzate a promuovere il loro benessere sia all'interno dell'organizzazione, sia nella sfera personale e sociale (*ibidem*).

In questa cornice, il FASDAC costituisce un rilevante strumento nell'ambito della tutela della salute dei dirigenti e dei loro familiari, in virtù delle previsioni contenute nella contrattazione collettiva di riferimento. Già nel 1948, infatti, con la stipula del contratto collettivo nazionale di lavoro del 18 novembre per i dirigenti del settore commerciale tra la Confederazione Generale Italiana del Commercio (oggi Confcommercio – Imprese per l'Italia) e la Fe.N.D.A.C. – Federazione Nazionale Dirigenti Aziende Commerciali (oggi Manageritalia), le Parti sociali hanno introdotto le prime forme di assistenza sanitaria integrativa per i dirigenti commerciali.

Se da una parte la visione pionieristica delle Parti sociali ha favorito l'estensione delle forme di tutela, dall'altra ha incoraggiato l'ingresso di altre associazioni imprenditoriali. Nel 1953, si unisce tra le Parti costituenti Confetra (Confederazione Generale Italiana dei Trasporti e della Logistica) e le prestazioni del Fondo si estendono ai dirigenti delle aziende di autotrasporto, spedizione e logistica.

L'accordo istitutivo del Fondo Mario Besusso si configura come un precursore del moderno *welfare* contrattuale, favorendo l'avvio di un sistema di tutela sanitaria aggiuntiva destinato ad ampliare la gamma delle prestazioni offerte.

È in sede di concertazione, infatti, che le associazioni di categoria hanno stabilito le caratteristiche del Fondo, le modalità di erogazione e i beneficiari. Le Parti sociali hanno svolto, e svolgono, un ruolo centrale non solo nella fase di istituzione del Fondo, ma anche nella sua gestione e nel continuo aggiornamento delle prestazioni sanitarie.

Nel tempo, Manageritalia, Confcommercio e Confetra hanno generato un miglioramento delle prestazioni offerte dal

FASDAC, in linea con le evoluzioni normative e i cambiamenti delle esigenze medico-sanitarie e socioeconomiche.

La *governance* partecipata, quale caratteristica costitutiva del Fondo, si concretizza oggi nei suoi organi collegiali (Consiglio di Gestione, Comitato Esecutivo e Collegio dei Revisori dei Conti), in cui presiedono in maniera paritetica rappresentanze datoriali e sindacali.

Questo assetto, che potremmo definire bilaterale, consente una gestione condivisa e bilanciata del Fondo: le decisioni relative alla gestione delle risorse e all'erogazione delle prestazioni vengono condivise attraverso il confronto tra Manageritalia, Confcommercio e Confetra. Questo dialogo sociale risponde ad un duplice interesse: da un lato garantisce maggiore trasparenza nella gestione del Fondo, dall'altro assicura che gli interessi delle Parti siano adeguatamente rappresentati.

È evidente quanto il ruolo delle Parti sociali sia stato determinante non solo per la nascita del FASDAC, ma anche per il suo sviluppo in risposta alle nuove richieste del mercato del lavoro.

L'incontro tra le Parti e la *governance* bilaterale rappresenta un esempio virtuoso di collaborazione tra datori di lavoro e sindacati i quali, già all'epoca, riconobbero la necessità di istituire un sistema di *welfare* integrativo per i dirigenti, a complemento delle tutele offerte dal sistema assistenziale pubblico.

1.2. Il welfare contrattuale come strumento di tutela di interessi collettivi

Il *welfare* aziendale, come offerta di beni e servizi, può derivare da molteplici fonti e decisioni prese a vari livelli. Esso, infatti,

può essere frutto di un processo unilaterale da parte dell'azienda, la quale decide di offrire beni e servizi di *welfare* senza il coinvolgimento delle rappresentanze sindacali (Maino, Razetti, & Santoni, 2019).

D'altronde, più frequentemente, si configura attraverso un processo negoziale che coinvolge le organizzazioni sindacali e le rappresentanze datoriali, dando luogo al più comune *welfare* negoziale, contrattuale o bilaterale.

In questo caso, i *benefit* garantiti al lavoratore possono essere definiti attraverso vari livelli di contrattazione: nazionale, territoriale o aziendale. Coerentemente con il modello di contrattazione stabilito dall'Accordo interconfederale del 1993¹, tale approccio multilivello risulta in un sistema integrato di *welfare* che può sovrapporsi e completarsi all'interno della stessa impresa (*ibidem*).

L'assistenza sanitaria integrativa costituisce il cd. Secondo Pilastro del sistema sanitario italiano, nella convinzione della responsabilità della tutela della salute condivisa tra l'azienda e il lavoratore e della partecipazione nella protezione della propria salute.

¹ L'Accordo Interconfederale del 1993 istituito tra il Governo Ciampi e le Parti sociali prevede un sistema di contrattazione su due livelli, il contratto collettivo nazionale di lavoro e un secondo livello di contrattazione che può essere aziendale o territoriale, delineandone i limiti e le competenze. Il CCNL si occupa di stabilire le condizioni generali per ciascuna categoria professionale, garantendo una tutela uniforme per i lavoratori ed ha una durata di quattro anni per la parte normativa e di due anni per quella retributiva. Il secondo livello di contrattazione, invece, si svolge a livello aziendale o territoriale e si concentra su aspetti non ripetitivi rispetto a quelli già disciplinati dal CCNL. La contrattazione aziendale è strettamente legata ai risultati economici dell'impresa e ai programmi di produttività, qualità e competitività concordati tra le Parti. Le erogazioni derivanti da questa contrattazione dipendono quindi dagli incrementi di produttività e dai risultati economici dell'azienda. La contrattazione aziendale ha una durata di quattro anni e, durante questo periodo, le Parti si impegnano a valutare regolarmente le condizioni dell'impresa e le prospettive di sviluppo, inclusi gli impatti delle trasformazioni tecnologiche e organizzative.

Nel tempo, come visto, è esponenzialmente aumentata la consapevolezza delle Parti sociali circa l'incidenza sulla produttività del soddisfacimento dei bisogni della popolazione lavorativa.

Ad oggi, l'assistenza sanitaria integrativa svolge un ruolo centrale all'interno della contrattazione collettiva: tale necessità è resa evidente dalla constatazione di diversi fattori demografici che incidono sulla vita lavorativa. Si tratta, in particolar modo, dell'aumento dell'età media lavorativa e delle malattie croniche o invalidanti che investono gran parte della popolazione.

Ciò comporta un continuo incremento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie, a cui non sempre corrisponde un'effettiva esigibilità da parte del sistema sanitario pubblico, in termini di tempistiche ed offerta delle prestazioni, determinando perplessità sulla sostenibilità non solo in termini di *welfare* ma anche in riferimento alle aziende stesse.

È pressoché ovvio che una popolazione lavorativa di età sempre più avanzata o debilitata da malattie non rappresenta un investimento produttivo di lungo periodo per le aziende. Al contrario, tali fattori demografici hanno gradualmente determinato una rivalutazione dei fondi sanitari integrativi da parte della leadership aziendale, poiché incidono direttamente sull'assetto organizzativo e produttivo dell'impresa.

Difatti, l'offerta di prestazioni sanitarie di prevenzione o cura, costituendo una conservazione o anche un miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori, incidono positivamente sulle loro performance lavorative, di conseguenza, il guadagno è anche sul risultato produttivo dell'impresa (Tiraboschi, 2020).

Si tratta di *welfare* aziendale vero e proprio, che permette, tra l'altro, una migliore allocazione delle risorse, garantendo che il

servizio sanitario pubblico sia destinato principalmente a coloro che non hanno la possibilità economica di usufruire di altri servizi, consentendo una migliore razionalizzazione della spesa pubblica. (Tiraboschi, 2019).

Per favorire lo sviluppo di tali forme di assistenza, in assenza di un quadro normativo chiaro², il legislatore ha previsto una serie di agevolazioni fiscali con la deduzione dei contributi versati agli enti della sanità integrativa, attraverso cui viene garantita all'erario la piena tracciabilità delle spese sanitarie rimborsate³. Si tratta di una forma di contribuzione fiscalmente favorita, in conseguenza al merito riconosciuto ai Fondi per il loro sostegno al sistema di *welfare* del Paese.

Ciò nell'ottica di incentivare l'assunzione di responsabilità "nel promuovere la tutela della salute oltre la tutela universalistica garantita dal Servizio Nazionale di Salute" (Martínez, 2017).

Più nello specifico, i fondi sanitari di natura contrattuale, che rientrano nel sistema di protezione dei lavoratori definito "*welfare* contrattuale", ricevono la contribuzione prevista nel CCNL di riferimento come parte di salario destinato all'assistenza sanitaria, e che quindi non concorrono a formare il reddito (cfr. art 51 co. 2 lett. a TUIR).

Per cui può dirsi che il cd. "secondo *welfare*" o "*welfare mix*" rappresenta il risultato del ridimensionamento del *Welfare State* conseguito alla crisi economica recente e dell'interazione di diversi attori (le imprese, le Parti sociali e istituzioni pubbliche) chiamati ad implementare il network territoriale per il *welfare*. Il *welfare mix* si sviluppa in un'accezione di coinvolgimento del

² Cfr. paragrafo 2.1

³ A fronte di tale agevolazione, sulle somme versate ai fondi sanitari dal datore di lavoro è dovuto il contributo INPS del 10%.

circuito privato in un'ottica di maggiore sussidiarietà ex art.118 Cost., per "sostenere l'infrastrutturazione dei servizi a livello locale" (Maino & Mallone, 2012, p. 195).

Tuttavia, "se le agevolazioni di natura fiscale rimangono cruciali per l'espansione del *welfare* aziendale, queste da sole non bastano a spiegare la diffusione che i programmi di *welfare* aziendale hanno conosciuto in questi ultimi anni.

Un ruolo significativo va riconosciuto ai protagonisti del secondo *welfare*, e alla volontà da parte di imprese e Parti sociali di superare un modello di intervento di stampo paternalistico, per cedere il passo a pratiche di condivisione di risorse e responsabilità." (Maino & Mallone, 2012, p. 209). In tale ottica, la tutela offerta nel *welfare* contrattuale si è sviluppata ed ampliata negli anni, investendo anche altri bisogni del lavoratore e delle proprie famiglie.

Uno sviluppo che ha interessato anche il FASDAC: se dapprima gli aventi diritto alle prestazioni del Fondo erano i dirigenti e i familiari, poi è stato riconosciuto, conformemente alla normativa di settore, anche ai conviventi *more uxorio*, ed ancora ai dirigenti pensionati e superstiti nonché a coloro che, seppur non più lavoratori dipendenti o in aspettativa, decidono per la prosecuzione volontaria della contribuzione al Fondo.

1.3. *Dalle prime forme di assistenza sanitaria ad oggi*

Come già largamente anticipato, l'introduzione delle prime forme di assistenza sanitaria è intrinsecamente vincolata allo sviluppo dei contratti collettivi nazionali di lavoro, che da sempre rappresentano il più incisivo strumento di tutela dei lavoratori e delle lavoratrici. In sede negoziale, di pari passo ai cambiamenti storici ed economico-sociali, le Parti istitutive

hanno tentato di rispondere ai crescenti bisogni della classe lavoratrice. Mentre in passato prevaleva un sistema basato sulle società di mutuo soccorso, a partire dagli anni Novanta si afferma un più organico “sistema di settore” con l’istituzione dell’assistenza sanitaria integrativa all’interno dei CCNL.

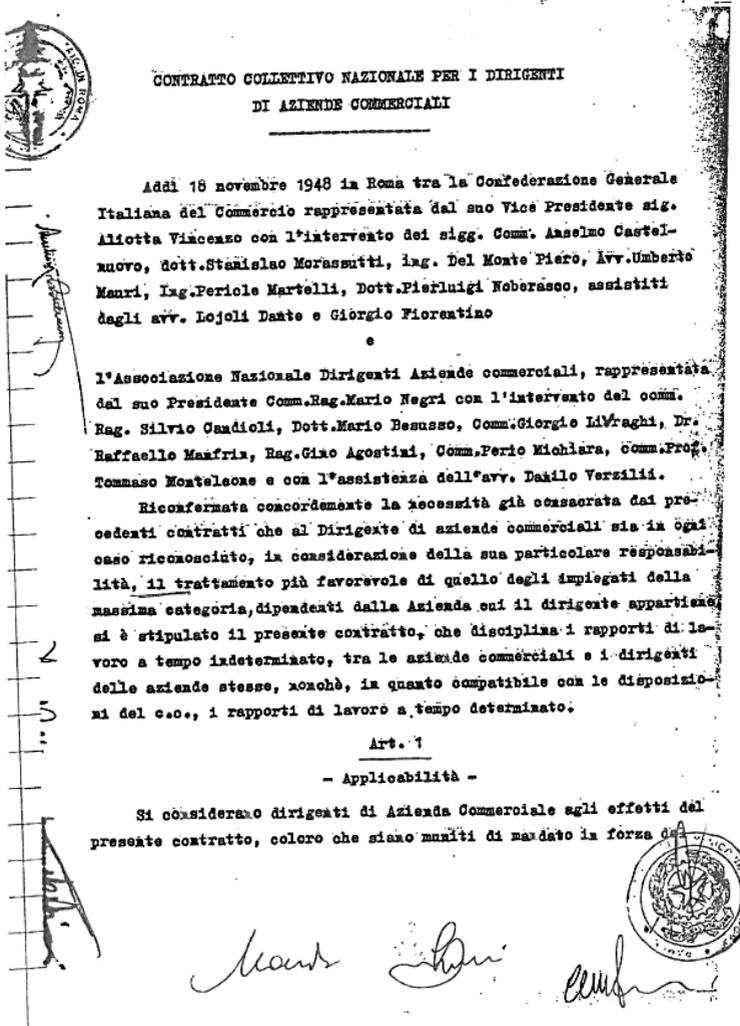
Analogamente al SSN, i fondi dedicati all’assistenza sanitaria integrativa, senza scopo di lucro, operano con modalità universalistiche senza effettuare la selezione dei rischi sanitari. La peculiarità di questi fondi risiede nell’obbligatorietà delle clausole contenute nei CCNL di settore, le quali si applicano interamente ai lavoratori che aderiscono al contratto di riferimento.

Dall’analisi dei CCNL susseguitesesi nel tempo, si può rilevare come l’evoluzione storica che ha accompagnato lo sviluppo della sanità integrativa parallelamente all’evoluzione normativa di settore⁴ ha visto le Parti sociali e i fondi stessi farsi portavoce e precursori dei bisogni sociali avvertiti nel mercato del lavoro.

L’analisi condotta riguarda l’assistenza sanitaria integrativa dei dirigenti delle aziende del terziario, turismo, trasporti, logistica e servizi: attraverso l’analisi dei contratti collettivi istituiti dalle Parti sociali (inizialmente Confcommercio e Manageritalia, poi Confetra) è evidente la lungimiranza che le associazioni sindacali e datoriali hanno avuto, già nel 1948, nel rispondere ai bisogni dei dirigenti e ai cambiamenti imposti dal mercato del lavoro (Immagine 1).

⁴ Cfr. paragrafo 2.1

Immagine 1. Prima ed ultima pagina del CCNL istitutivo del FASDAC (18 novembre 1948) tra la Confederazione Generale Italiana del Commercio e la Fe.N.D.A.C..



- 10 -

Art. 21

- Controversie di applicazione -

Per la risoluzione di controversie che eventualmente potessero sorgere per la interpretazione e l'applicazione del presente contratto verrà istituita una Commissione paritetica composta da rappresentanti della Confederazione Italiana del Commercio e della Associazione Nazionale Dirigenti Aziende commerciali.

Le modalità di costituzione e funzionamento della suddetta Commissione saranno stabilite da apposito regolamento.

Art. 22

Il presente contratto si applica ai dirigenti di Aziende commerciali soci della Associazione Nazionale Dirigenti Aziende Commerciali stipulante.

Art. 23

- Decorrenza e durata -

Il presente contratto annulla e sostituisce quello stipulato il 23/3/1940; ha decorrenza dal 15 novembre 1948, avrà la durata sino al 31/12/1949.

In caso di mancata disdetta da notificarsi due mesi prima della scadenza il contratto si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno.

M. Colonna

L. Rotta

M. Montegon

Carlo Pizzi

Giuliano del Post Allen
Alvares

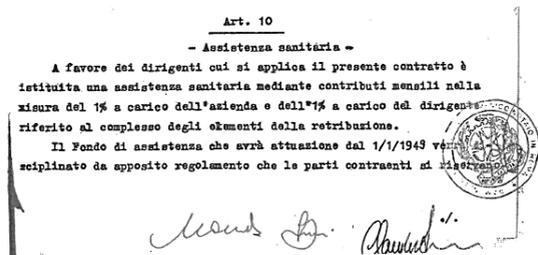


Lo stesso CCNL del 18 novembre 1948 per i dirigenti di aziende commerciali tra Confederazione generale italiana del commercio e l'Associazione nazionale dirigenti aziende commerciali, istitutivo del FASDAC, ed il "Regolamento per l'attuazione dell'assistenza sanitaria ai dirigenti di aziende commerciali" del 10 aprile 1949 tra la Confederazione generale italiana del commercio e l'Associazione nazionale dirigenti commerciali (Fe.N.D.A.C), esprimono l'intenzione di sperimentare un fondo volto ad erogare una "primordiale" forma di tutela verso i dirigenti in stato di malattia o infermità, con copertura annuale di un solo sussidio. All'art. 10, il CCNL del 1948 garantisce assistenza sanitaria con il versamento di contributi mensili pariteticamente divisi (nella misura dell'1%) a carico dell'azienda e del dirigente, nel complesso della retribuzione dello stesso (Immagine 2).

Il suddetto Regolamento definisce, inoltre, gli scopi del Fondo, in cui rientrano le spese cagionate da:

- malattie gravi e onerose, con la conseguente esclusione di quelle derivanti da malattie lievi o di carattere cronico;
- le spese di assistenza ostetrica, solo nei casi di eccezionale gravità;
- le spese di intervento chirurgico, con esclusione dei piccoli interventi;
- le spese per la degenza in ospedali o case di cura legate ai punti precedenti.

Immagine 2. Art. 10 del CCNL istitutivo del FASDAC (18 novembre 1948) tra la Confederazione Generale Italiana del Commercio e la Fe.N.D.A.C..



Fonte: archivio FASDAC.

Cinque anni dopo aderisce al FASDAC la Confederazione generale del traffico e dei trasporti (Confetra), collocandosi tra le Parti istitutive del Fondo: le prestazioni, dunque, sono state estese anche ai dirigenti appartenenti al settore dei trasporti, spedizione e della logistica. Durante le trattative negoziali, il 1° ottobre 1953, le Parti sociali (Confcommercio, Fe.N.D.A.C. e Confetra) hanno approvato un nuovo Regolamento del Fondo Assistenza Sanitaria nel quale, agli scopi citati nel Regolamento del 10 aprile 1949, si aggiungono ulteriori ambiti di applicazione: in primis, le spese per le cure termali solo quando siano richieste da una terapia legata a malattie o eventi traumatici e, in secondo luogo, le spese per cure e protesi odontoiatriche quando siano particolarmente onerose, ad esclusione delle ulteriori spese legate all'utilizzo di metalli nobili per le protesi. Al punto 8 viene estesa l'assistenza sanitaria integrativa, già prevista per i dirigenti, ai familiari "intesi come tali coloro per i quali il dirigente ha diritto agli assegni familiari". L'ampliamento della platea dei destinatari rappresenta un importante traguardo per il FASDAC, in

quanto, oltre a migliorare il benessere generale dei familiari, può favorire una maggiore fidelizzazione all'interno delle aziende: i bisogni personali e familiari vengono soddisfatti così in modo completo. Il successivo contratto collettivo nazionale del 1° agosto 1957 per i dirigenti delle aziende commerciali e le aziende di trasporto, spedizione e logistica, attraverso il Regolamento di attuazione della assistenza sanitaria, prevede che il Fondo, a gestione autonoma, sia amministrato da un Comitato al cui interno viene eletto un Presidente (art. 3). Importanti modifiche sono state apportate dall'art. 7, il quale riconosce la possibilità di continuare i versamenti al Fondo, previa approvazione del Comitato, ai dirigenti non più in servizio che abbiano almeno 60 anni compiuti e siano iscritti al sindacato aderente alla Fe.N.D.A.C (da almeno cinque anni) e al Fondo (da almeno quattro anni). L'articolo garantisce altresì, a giudizio insindacabile del Comitato, l'ammissione al Fondo di due altre categorie:

- i dirigenti che, per qualsiasi ragione, siano soggetti al versamento dei contributi ad altre istituzioni assistenziali a carattere legislativo;
- i dirigenti di altri settori, in via del tutto eccezionale e dietro versamento diretto di ambedue le quote da parte dei dirigenti stessi.

L'estensione delle forme di assistenza sanitaria ai proscrittori volontari è particolarmente rilevante per chi sceglie di mantenere un legame con il sistema di *welfare* anche dopo l'interruzione del lavoro attivo. Ciò rappresenta un passo avanti in termini di equità e uguaglianza: permettere di mantenere volontariamente i benefici dell'assistenza sanitaria in virtù di un rapporto di lavoro precedente, fa sì che non sia più circoscritta

nell'ambito dello stesso rapporto di lavoro, ma porta avanti una più ampia soddisfazione di bisogni sociali che si tradurrà nel tempo nel continuo estendersi ed affermarsi della platea di beneficiari. Nel 1966, la Confederazione italiana del commercio e del turismo, Confetra e Fe.N.D.A.C, attraverso il CCNL che modifica il Regolamento del 1° agosto 1957, integra tra le prestazioni offerte dall'assistenza sanitaria anche le spese infermieristiche rese indispensabili da particolari esigenze documentate e le spese funerarie, in caso di decesso del dirigente, da ristorare in cifra fissa deliberata dal Comitato di anno in anno.

Il CCNL del 20 dicembre 1969, con il Regolamento di attuazione dell'assistenza sanitaria per i dirigenti aziende commerciali e di trasporto e spedizione prevede l'obbligatoria iscrizione al Fondo di tutti i dirigenti a cui si applica il contratto stesso (art. 3). Si conferma l'assistibilità sia da parte dei familiari, sia dai dirigenti che hanno cessato il rapporto d'impiego prima di maturare la pensione. Anche nel caso di prosecuzione volontaria, l'assistenza si estende ai familiari.

Importanti disposizioni sono state poi introdotte dal Regolamento approvato tramite il CCNL del 31 marzo 1976, il quale all'art. 13 garantisce l'assistenza ai superstiti, beneficiari di pensione di reversibilità o indiretta INPS ai dirigenti iscritti al Fondo. Lo stesso Regolamento, inoltre, estende l'assistenza anche ai dirigenti e ai familiari che risiedono all'estero per motivi lavorativi, secondo i criteri dettati dal regolamento stesso (art. 14). L'estensione dell'assistenza sanitaria ai superstiti amplia ulteriormente l'area di applicazione del FASDAC: questa misura garantisce una rete di protezione fondamentale per il coniuge e i figli del dirigente deceduto, permettendo loro

di mantenere l'accesso alle cure mediche e alle prestazioni sanitarie senza interruzioni.

Con accordo del 10 giugno 1976, il Fondo assume l'attuale denominazione "Fondo Assistenza per i Dirigenti di aziende Commerciali e di Trasporto e Spedizione -Mario Besusso".

A partire dal 1986, rispettivamente il 30 luglio e il 16 dicembre, sia Assodocks (oggi Assologistica - Associazione Italiana Imprese di Logistica) che Federagenti (Federazione Nazionale Agenti Raccomandatori Marittimi Agenti Aerei E Pubblici Mediatori Marittimi) hanno stipulato con Fe.N.D.A.C appositi CCNL. In tali accordi, oltre alla previdenza integrativa e alla formazione professionale, è prevista l'assistenza sanitaria integrativa obbligatoria per i dirigenti ricompresi in tali contratti.

I successivi contratti di settore del 1988⁵ prevedono, in modo paritetico, che nei confronti dei dirigenti ricompresi nella sfera di applicazione degli stessi sia istituito un Fondo di assistenza sanitaria, il Fondo Mario Besusso, ad integrazione del servizio sanitario nazionale.

Il 4 giugno 1990 viene stipulato il CCNL di categoria tra la F.A.I.A.T. (Federazione delle Associazioni Italiane Alberghi e Turismo) e la Fe.N.D.A.C., con le medesime condizioni delle altre associazioni datoriali già menzionate.

⁵ CCNL per i dirigenti di aziende del terziario, distribuzione e servizi del 1° marzo 1988 tra Confederazione Generale Italiana del Commercio, del Turismo e dei Servizi e Fe.N.D.A.C.; CCNL per i dirigenti delle aziende di autotrasporto e spedizione del 18 aprile 1988 tra Confetra e Fe.N.D.A.C.; accordo di rinnovo e modifica del 10 giugno 1988 del C.C.N.L. il 16 dicembre 1986 per i Dirigenti delle Agenzie Marittime tra Federagenti e Fe.N.D.A.C.; CCNL per i dirigenti dei magazzini generali, frigoriferi e depositari per conto terzi del 13 luglio 1988 tra ASSODOCKS e Fe.N.D.A.C.; accordo del 14 luglio 1988 per le modifiche al regolamento del FASDAC tra Confederazione Generale Italiana del Commercio e del Turismo e la confederazione generale italiana del traffico e dei trasporti e Fe.N.D.A.C..

Importanti modifiche sono state apportate dall'accordo di rinnovo stipulato tra Confcommercio e Fe.N.D.A.C il 24 maggio del 1994. Attraverso le modifiche all'art. 1 del Regolamento, viene inserita nel nucleo familiare assistibile la figura del convivente *more uxorio*. In questo senso, le Parti sociali si allineano alla tendenza, oggi molto più diffusa rispetto al passato, di equiparazione dei diritti tra coniugi e conviventi di lungo periodo, riconoscendo questa nuova figura nei contesti aziendali.

A decorrere dal 1° luglio 2004, attraverso il CCNL siglato da Confcommercio e Fe.N.D.A.C si stabilisce l'introduzione di un contributo a carico dei superstiti che beneficiano dell'assistenza sanitaria ai sensi del Regolamento del Fondo, pari al 60% di quello previsto a carico dei dirigenti pensionati⁶.

L'anno 2005 segna un ulteriore passaggio storico rilevante, con l'adozione del Nomenclatore-Tariffario come strumento di definizione delle regole e condizioni di rimborso delle spese sanitarie a carattere medico. Nello stesso anno, viene introdotto il concetto di medicina preventiva; prende così il via il primo Programma biennale di prevenzione, che riflette una concezione più moderna della medicina, focalizzata non solo sulla cura, ma anche sulla promozione della salute e del benessere della persona.

Parallelamente, in quegli anni, attraverso convenzionamenti diretti, il Fondo si dota di una propria rete di strutture sanitarie (ad oggi, circa 7.000), diffuse capillarmente su tutto il territorio nazionale, per offrire una risposta adeguata, immediata e snella alle esigenze ed ai bisogni degli assistiti.

⁶ Contratto collettivo nazionale di lavoro per i dirigenti di aziende del terziario della distribuzione e dei servizi del 27 maggio 2004 tra Confcommercio e Fe.N.D.A.C..

Un'ulteriore importante tappa è rappresentata dall'accordo sottoscritto da Confcommercio e Manageritalia, in data 27 settembre 2011. Si tratta dell'accordo di rinnovo del CCNL 23 gennaio 2008 di cui è parte integrante l'accordo per il piano di riordino⁷ del FASDAC, a cui si sono successivamente adeguati tutti i contratti applicativi di tale Fondo.

A far data dal 2012, viene adottato il Nomenclatore-Tariffario come strumento di rimborso per le prestazioni sanitarie a carattere odontoiatrico, in conformità alla seconda riforma sui rimborsi delle spese sanitarie voluta dal Fondo e dai suoi rappresentanti.

Nei successivi contratti e accordi di rinnovo si assiste principalmente al continuo adeguamento contributivo del Fondo, e l'impegno (vedasi i verbali di accordo sul *welfare* stipulati nel 2019⁸) al mantenimento di un confronto aperto,

⁷ ACCORDO PIANO DI RIORDINO FASDAC: "Le Parti, al fine di garantire la sostenibilità finanziaria del Fondo FASDAC, in base alle risultanze degli specifici approfondimenti affidati ad esperti attuari, convengono sull'esigenza di approvare il presente Piano di Riordino, anche mediante modifiche al Regolamento e/o allo Statuto, ed i conseguenti interventi correttivi, di seguito descritti, che dovranno essere deliberati dagli Organi di gestione del Fondo medesimo entro il 30 novembre 2011: a partire dal 1 gennaio 2013, adeguamento pari al 2 (due)% annuo del contributo di solidarietà di cui all'art. 27, lett. b), CCNL per i dirigenti di aziende del terziario, della distribuzione e dei servizi analogo adeguamento di una quota pari ad euro 1.105,00 a carico dei pensionati diretti, da verificare dalle Parti stipulanti in occasione di ogni rinnovo del presente CCNL; introduzione della quota 85 secondo le modalità definite nella allegata tabella a); efficientamento e razionalizzazione della spesa sanitaria per 6 milioni di euro; introduzione del controllo su gestioni separate; individuazione di un indicatore di garanzia per il presidio del rapporto tra patrimonio del Fondo e gestione corrente; rafforzamento del controllo dei rischi operativi attraverso la individuazione di nuovi benchmark; sistematica attività di controllo e governo della spesa sanitaria e di gestione. Il presente Piano sarà oggetto di verifica attuariale annuale.

⁸ Verbale di accordo 21 luglio 2019 Confcommercio e Manageritalia; verbale di accordo del 7 ottobre 2019 tra Confetra e Manageritalia; verbale di accordo del 31 ottobre 2019 tra Federagenti e Manageritalia; verbale di accordo del 11 novembre 2019 tra Federalberghi e Manageritalia; verbale di accordo del 14 novembre 2019 tra AICA e Manageritalia; verbale di accordo del 27 novembre 2019 tra Assologistica e Manageritalia.

nella condivisione dell'esigenza di un rafforzamento in termini di efficienza e sostenibilità dei sistemi di *welfare* e di bilateralità contrattuale, per trasformarla in una reale opportunità per le imprese.

Attualmente, la totalità dei contratti che prevede il FASDAC come Fondo sanitario di riferimento estende tale forma di assistenza anche ai familiari del dirigente, ivi compresi il convivente *more uxorio*, nonché i dirigenti pensionati, i proscrittori volontari iscritti al Fondo, gli inabili o invalidi e i superstiti. Secondo il Regolamento, oggi in vigore, il FASDAC rimborsa:

- a) le spese specialistiche ambulatoriali e domiciliari per cure mediche, chirurgiche e farmaceutiche, conseguenti a malattie o eventi traumatici;
- b) le spese per gravidanza, parto e puerperio;
- c) le spese per ricoveri in ospedali o case di cura, richieste dai casi di cui ai commi precedenti sia per la degenza che per le cure;
- d) le spese per prestazioni odontoiatriche;
- e) le spese per endoprotesi;
- f) le spese infermieristiche domiciliari rese indispensabili da particolari esigenze documentate dal medico curante;
- g) le quote di compartecipazione alla spesa per le prestazioni del SSN; Regolamento FASDAC – sottoscritto dalle Parti il 13/10/2015 e modificato il 10/11/2023;
- h) le spese per prestazioni sociosanitarie;
- i) le spese per la prevenzione;
- j) le spese funerarie per il solo dirigente.

A testimonianza dell'attenzione posta dalle Parti nella gestione delle conseguenze di malattie invalidanti, dal 2021, il FASDAC gestisce la copertura per LTC (*Long Term Care*). Tale garanzia opera in favore di tutti i dirigenti in servizio e dei proscrittori volontari, coprendo il rischio di non autosufficienza sopravvenuto per qualsiasi causa.

Il Consiglio di Gestione del Fondo è l'organo preposto a valutare la possibilità di ammettere alle prestazioni ulteriori casi oltre quelli su indicati nonché individuare e stabilire le modalità di fruizione dei programmi di prevenzione e altresì monitora l'adeguatezza del progetto, nell'ottica della razionalizzazione della spesa sanitaria.

1.4. Estensione delle forme di tutela del sistema integrato di welfare contrattuale: i quattro pilastri

Negli anni, in un contesto normativo dinamico e grazie a proposte a carattere innovativo, il CCNL ha esteso notevolmente gli ambiti di applicazione con la previsione di quattro istituti contrattuali; oggi, il FASDAC rappresenta dunque una significativa espressione del sistema integrato di *welfare* contrattuale (Immagine 3).

Immagine 3. I quattro pilastri del sistema integrato di *welfare* contrattuale.





Fonte: FASDAC.

Successivamente al FASDAC, è stato istituito - nel 1956 e dunque con molto anticipo rispetto all'emanazione di norme regolatorie della previdenza complementare - il Fondo di previdenza Mario Negri, fondo pensione "preesistente" che offre anche prestazioni aggiuntive socialmente utili (quali, borse di studio o sussidi per i figli minori con grave disabilità). Tale Fondo, che costituisce il secondo pilastro della previdenza integrativa, rappresenta la forma pensionistica complementare applicabile ai dirigenti delle aziende commerciali, dei trasporti, della logistica, dei servizi, ausiliarie e del terziario avanzato.

Poco prima degli anni '80, viene introdotto un trattamento di previdenza integrativa dell'assicurazione obbligatoria invalidità, vecchiaia e superstiti INPS, nonché una forma di assicurazione e previdenza polivalente supplementare con decorrenza 1° settembre 1978: la Convenzione Previr '95, voluta e creata da Fe.N.D.A.C. e da Confcommercio, che rappresenta lo sviluppo della forma di previdenza integrativa garantita contrattualmente agli associati Manageritalia.

L'ampio sistema di tutele offerto dal *welfare* contrattuale è il risultato di un continuo dialogo tra le Parti sociali, le quali cercano da sempre di non offrire soltanto mere prestazioni, ma di garantire una tutela completa e continuativa nel tempo che accompagni il dirigente (e il suo nucleo familiare) in età

lavorativa e post-lavorativa. Nel 1992, infatti, con il Contratto collettivo nazionale di lavoro firmato da Confcommercio e Fe.N.D.A.C., viene introdotto il concetto di formazione professionale⁹. Attraverso l'art. 22, le Parti si impegnano ad istituire un Ente (oggi il Centro di formazione management del terziario - CFMT), gestito pariteticamente, con il fine di offrire ai dirigenti opportunità di formazione professionale a titolo gratuito "particolarmente mirate alle problematiche peculiari del settore e alla loro evoluzione in riferimento alla nuova realtà dell'Europa unita". Si tratta della prima esperienza di formazione integrata all'interno di un CCNL, per offrire essenzialmente: corsi di prima formazione al ruolo manageriale dei neo-dirigenti; corsi avanzati con contenuti individuali sia nelle aree specialistiche che in quelle della formazione manageriale differenziata.

A far data dal 1° gennaio 1998, la Previr '95 è stata sostituita dalla Convenzione Antonio Pastore che rappresenta il programma assicurativo di terzo pilastro. In particolare, l'Associazione "Antonio Pastore" è preposta alla stipulazione e conclusione di appositi contratti di assicurazione, a favore degli iscritti in attività assunti o nominati dirigenti con CCNL del commercio, dei trasporti, alberghi, agenzie marittime e magazzini generali, nonché all'organizzazione della raccolta dei contributi da versare come premi alle imprese di assicurazione. Tra le principali coperture, figurano la garanzia per premorienza del dirigente, per malattia e conseguente

⁹ Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dirigenti di aziende del terziario della distribuzione e dei servizi del 19 marzo 1992 tra la Federazione Generale Italiana del Commercio, del Turismo e dei Servizi e la Fe.N.D.A.C. - Federazione Nazionale Dirigenti di Aziende Commerciali, dei Trasporti, del Turismo, dei Servizi, Ausiliarie e del Terziario avanzato.

invalidità che comporti la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità all'esercizio della professione nonché per rischio infortuni professionali ed extraprofessionali. Importanti disposizioni e novità per il Fondo di Previdenza Mario Negri sono state apportate nel 2005 quando, attraverso il D.lgs. 5 dicembre 2005 n.252, viene modificata la normativa circa il sistema di previdenza complementare in Italia. La riforma, la quale disciplina le forme pensionistiche complementari, ha l'obiettivo di rafforzare il secondo pilastro del sistema pensionistico italiano, ad integrazione della già prevista previdenza obbligatoria. Il Decreto si inserisce in un contesto volto a limitare, per quanto possibile, la pressione sull'apparato pensionistico pubblico, rafforzando un sistema complementare basato su fondi negoziali, fondi pensione aperti o forme pensionistiche individuali.

Nel 2008, in data 22 gennaio, viene stipulato l'accordo quadro di riforma degli assetti contrattuali, tra governo e Parti sociali, sul nuovo modello contrattuale. L'accordo si prefiggeva di realizzare, in sostituzione del regime vigente, nuove regole e procedure di negoziazione e gestione della contrattazione collettiva, con l'obiettivo di un sempre maggiore sviluppo economico e crescita occupazionale collegata all'aumento della produttività, nonché la semplificazione e la riduzione del numero dei contratti collettivi nazionali di lavoro nei diversi comparti. In tale accordo, ad ogni modo, si conferma, tra l'altro, l'assetto della contrattazione collettiva su due livelli (il contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria e la contrattazione di secondo livello come definita dalle specifiche intese) e la durata triennale della stessa.

Inoltre, nello stesso anno entra in vigore il D.M. Turco del 31 marzo 2008 che, come sarà analizzato successivamente¹⁰, supera la dicotomia tra fondi "doc" e fondi non doc" e istituisce l'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute, dove il FASDAC viene subito iscritto. Il Decreto verrà modificato nel 2009 dal Decreto Sacconi, che specifica ulteriormente gli ambiti di applicazione, le procedure e le modalità di funzionamento dei fondi sanitari. Nel 2009¹¹ e nel 2010¹², stante la necessità, da una parte di approfondire le tematiche introdotte con l'accordo sopraccitato e uniformarsi alla nuova disciplina di settore, e dall'altra di valutare le opportunità connesse all'aumento della produttività, le Parti hanno stipulato i rispettivi accordi, in attesa anche del rinnovo dei CCNL di settore.

A far data dal 2021¹³, poi, è volontà delle Parti che il CFMT possa divenire il principale operatore di riferimento contrattuale per

¹⁰ Vedi paragrafo 2.1. Normativa di settore.

¹¹ Verbale integrativo 20 aprile 2009 tra ASSOLOGISTICA – Associazione Italiana Imprese di Logistica, Magazzini Generali, Magazzini Frigoriferi, Terminalisti portuali, interportuali ed aeroportuali e MANAGERITALIA - Federazione Nazionale dei Dirigenti, Quadri e Professional del Commercio, Trasporti, Turismo, Servizi, Terziario Avanzato; verbale integrativo del 31 marzo 2009 tra CONFETRA - Confederazione Generale Italiana dei Trasporti e della Logistica – e MANAGERITALIA - Federazione Nazionale dei Dirigenti, Quadri e Professional del Commercio, Trasporti, Turismo, Servizi, Terziario Avanzato.

¹² Accordo di rinnovo del CCNL 15 ottobre 1999 del 5 ottobre 2010 tra FEDERAGENTI-federazione nazionale agenti raccomandatari marittimi agenti aerei e mediatori marittimi e MANAGERITALIA - Federazione Nazionale dei Dirigenti, Quadri e Professional del Commercio, Trasporti, Turismo, Servizi, Terziario Avanzato.

¹³ Accordo di proroga con modificazioni del 16 giugno 2021 del CCNL del 21 luglio 2016 tra Confcommercio e Manageritalia; Accordo di proroga con modificazioni del 21 luglio 2021 del CCNL del 21 dicembre 2016 tra Federalberghi e Manageritalia; Accordo di proroga con modificazioni del 26 luglio 2021 del CCNL del 23 dicembre 2016 tra Assologistica e Manageritalia; Accordo di proroga con modificazioni del 30 luglio 2021 del CCNL del 10 novembre 2016 tra Confetra e Manageritalia; Accordo di proroga con modificazioni del 13

l'evoluzione delle professionalità manageriali delle imprese del terziario, in un'ottica di ottimizzazione e potenziamento del sistema di *welfare* contrattuale. E così, dal 2021, il CFMT eroga un servizio di politiche attive per valorizzare e sostenere il riposizionamento professionale dei dirigenti che si trovano in uno stato di uscita dall'azienda e gestisce la Piattaforma *welfare* dirigenti del terziario che rappresenta uno strumento contrattuale che aumenta il benessere complessivo personale e familiare del dirigente. Un benessere già perseguito con i Fondi contrattuali ma che integra gli stessi con servizi di *welfare* aziendale personalizzabili, in base alle esigenze del dirigente e dei propri familiari.

In un tale contesto, gli accordi di proroga dei CCNL di categoria, sottoscritti a partire dal mese di giugno 2021, hanno introdotto una razionalizzazione funzionale delle contribuzioni e delle prestazioni di *welfare*, redistribuendo risorse e servizi tra i vari Enti. Così, ai fini dell'efficientamento ed ottimizzazione dei servizi, a partire dal 1° ottobre 2021, il FASDAC ha integrato la propria offerta attraverso la garanzia *Long Term Care*, fino ad allora incluso nelle coperture dell'Associazione Antonio Pastore, con conseguente evoluzione delle prestazioni dall'ambito sanitario a quello sociosanitario.

settembre 2021 del CCNL del 13 febbraio 2017 tra Federagenti e Manageritalia; Accordo di proroga con modificazioni del 21 ottobre 2021 del CCNL del 15 marzo 2017 tra AICA e Manageritalia.

2. Finalità e struttura dei Fondi Sanitari Integrativi: l'attività del FASDAC

I fondi sanitari integrativi di origine contrattuale sono enti che, operando senza scopo di lucro, concorrono al soddisfacimento dei bisogni legati alla tutela della salute. Il FASDAC si inserisce in tale quadro, garantendo una risposta moderna ed efficace al bisogno di salute dei propri assistiti.

2.1. La normativa di settore

Lo scenario dei fondi integrativi sanitari presenta, al pari del più ampio contenitore del *welfare* di fonte negoziale di cui è parte, una complessa articolazione normativa. Il quadro normativo di riferimento racchiude, tra l'altro, diversi provvedimenti legislativi emanati dai vari ministeri, a cui si deve aggiungere una normazione di livello regionale. Il fondamento costituzionale dei fondi sanitari integrativi è l'art. 45 Cost., che riconosce la funzione sociale a carattere di mutualità e senza fini di speculazione privata, e che trova già realizzazione normativa nella legge n. 833 del 1978, istitutiva del sistema sanitario nazionale (Cfr. art. 46).

Nel settore della previdenza sociale, l'intenzione alla base delle spinte legislative è quella di promuovere il concorso dell'autonomia privata con l'adozione di adeguate misure di incentivi. Ma, mentre nel settore delle pensioni si è giunti ad una disciplina strutturale del sistema, nel settore sanitario, l'istituzione e la regolamentazione dei fondi sanitari integrativi è stata più avvicinata e meno omogenea. Ad oggi, i fondi sanitari integrativi, che rappresentano una "rivitalizzazione

delle preesistenti «Casse Mutue», ed ai quali sono equiparate le Società di mutuo soccorso, giuridicamente riconosciute, che già gestiscano fondi integrativi sanitari" (Cinelli, 2022, p. 456), sono integrativi delle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario nazionale, con un ruolo sussidiario rispetto a quest'ultimo.

Ripercorrendo un po' la storia della disciplina di settore, è dapprima necessario citare il primo intervento normativo in materia di fondi sanitari, il D.lgs. n. 502 del 1992, attuativo della Lg. delega n. 421 del 1992. Tale norma istituisce per la prima volta i fondi sanitari integrativi (art.9 "forme differenziate di assistenza") con l'obiettivo di porre le fondamenta per un secondo livello di assistenza sanitaria in grado di integrare il SSN (Costantino). Agli albori normativi si riconosceva la possibilità, all'assistito iscritto, di beneficiare di un contributo economico per la fruizione delle prestazioni sanitarie a pagamento, o ancora attribuivano a soggetti singoli o consortili la facoltà di negoziare, con gli erogatori delle prestazioni sanitarie, condizioni di assistenza per una generalità di soggetti appartenenti a categorie predeterminate (Piras, 2016, p. 75).

Il successivo D.lgs. 517/1993 modificando la locuzione in "forme integrative di assistenza sanitaria", descrive le prestazioni che un fondo sanitario integrativo può erogare (cfr. art. 10), aggiuntive a quelle del SSN, nonché individua le fonti dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, tra cui rientrano anche i contratti ed accordi collettivi. Tale prescrizione avrebbe dovuto trovare un'ulteriore specifica in un decreto ministeriale successivo, mai emanato. Nel 1999 è poi emanata la riforma Bindi (D.lgs. 229/99), che modifica l'art. 9 del D.lgs. 502/1992 e introduce la tipologia dei fondi integrativi del SSN, i cd. fondi "doc". Tale categoria racchiude le prestazioni di

carattere complementare alla sanità pubblica eccedenti i LEA - Livelli essenziali di assistenza- e corrispondenti alle caratteristiche ivi previste, tra cui l'erogazione solo presso strutture accreditate al SSN. Il decreto prevede, inoltre, che i fondi di nuova costituzione possono essere definiti "doc" solo qualora riportino espressamente nella denominazione la dicitura "integrativo del SSN". I fondi "non doc" sono di conseguenza quelli che non hanno l'obbligo di rispettare tali vincoli e possono porsi in sostituzione anche dei LEA. In un'ottica iniziale, il ruolo dei fondi sanitari integrativi rileva nella copertura di prestazioni erogabili al di fuori della standardizzazione del SSN con la possibilità attribuita ai cittadini di scelta per adeguare ai propri bisogni le prestazioni eccedenti, con un maggior comfort e personalizzazione delle stesse (Spandonaro, 2004). Anche la Riforma Bindi prevedeva l'emanazione di un successivo regolamento ministeriale, mai entrato in vigore.

Dieci anni dopo, interviene in materia il D.M. Turco del 31 marzo 2008, che, riconoscendo l'esistenza di fondi diversi da quelli tipizzati dal decreto sopra citato, pone le basi per il superamento della dicotomia tra fondi "doc" e fondi "non doc" (Florianello, 2018).

Il decreto ministeriale, inoltre, istituisce l'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute, per censire oltre ai fondi sanitari integrativi del S.S.N., gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine assistenziale. Il Decreto Turco è stato poi modificato nel 2009 con il D.M. del 27 ottobre, cd. Decreto Sacconi, che specifica ulteriormente gli ambiti di applicazione, le procedure e le modalità di funzionamento delle diverse forme sanitarie integrative. Ad oggi, il sistema distingue fra

fondi ex art. 9 ed enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale (cfr. art.1). La differenza, da un punto di vista meramente sostanziale, è che i primi sono predisposti all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, per cui svolgono una funzione integrativa, mentre i secondi ricomprendono anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal SSN. Ciò comporta una difformità sia rispetto le forme giuridiche utilizzate e le regole applicabili, sia rispetto le prestazioni assicurate e gli incentivi fiscali. L'evoluzione normativa ha quindi, con gli ultimi interventi legislativi citati, portato a un rilancio e ad una maggiore centralità dei fondi sanitari, in un'ottica di "riforma «multi-pilastro» del sistema sociale italiano", ove, accanto ai servizi garantiti dal SSN vi sono posti i fondi integrativi di origine contrattuale o negoziale, e da ultimo, le polizze assicurative individuali su base volontaria (Cavazza & De Pietro, 2011). Ciò ha fatto sì che aumentasse sia il numero dei fondi sanitari, sia, di concerto, la platea dei beneficiari, non solo ai dipendenti, ma anche ad altre categorie di utenti.

2.2. Le caratteristiche del FASDAC

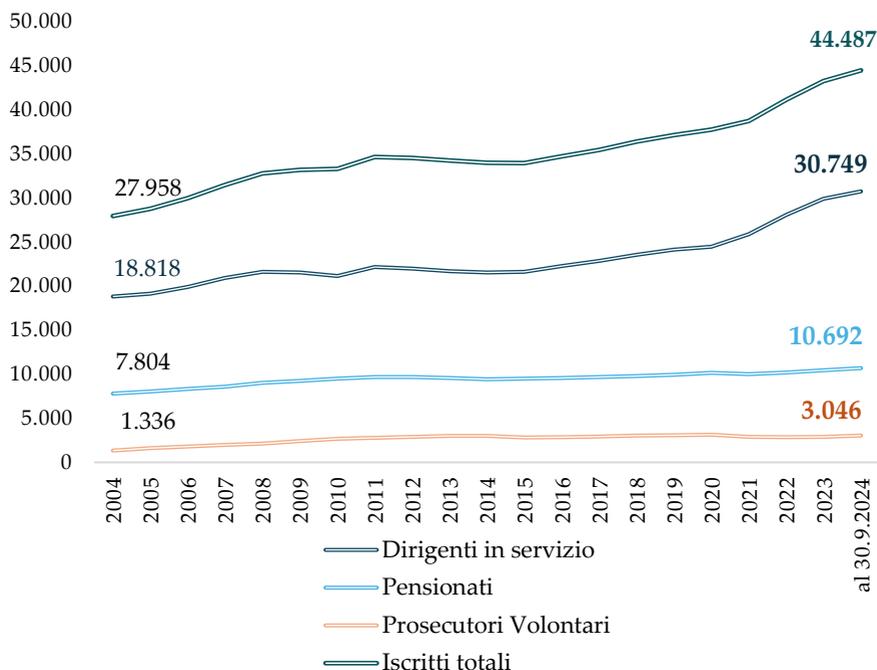
Il FASDAC “Mario Besusso”, Fondo di Assistenza Sanitaria per i Dirigenti delle Aziende Commerciali, di Trasporto e Spedizione, istituito nel 1948, nasce dalla contrattazione collettiva tra le Parti Istitutive Confcommercio, Confetra (Parti datoriali) e Manageritalia (in rappresentanza dei dirigenti), per rispondere alla domanda di salute dei dirigenti e dei loro familiari. In applicazione dei diversi CCNL, il Fondo assiste attualmente i dirigenti appartenenti a differenti settori: Terziario, Trasporto e Spedizione, Logistica, Magazzini Generali, Aziende Alberghiere ed Agenzie Marittime.

Il FASDAC opera nell’area garantita dall’art. 46, comma 1, della Legge 833/1978 (“La mutualità volontaria è libera”), proponendosi come Ente che ha cristallizzato nella sua attività i medesimi principi di equità, uguaglianza e solidarietà della nostra società. Il Fondo favorisce, così, nel rispetto delle libertà individuali, la libera iniziativa compatibile con l’utilità sociale e, di fatto, legittima la tutela di un interesse collettivo con la previsione dello strumento della contrattazione collettiva. Il FASDAC, costituito in ragione di un obbligo contrattuale assunto reciprocamente dai rappresentanti dei datori di lavoro e dai rappresentanti dei lavoratori, appartiene alla categoria degli Enti bilaterali. In particolare, il FASDAC rientra tra gli Enti istituiti nell’ambito dei CCNL dei Dirigenti del Terziario per la gestione di un sistema di *welfare* di categoria, unitario ed integrato¹⁴.

¹⁴ Cfr. Paragrafo 1.4

Al 30 settembre 2024, il FASDAC assiste 44.487 nuclei familiari, composti da 30.749 dirigenti in servizio, 3.046 proscrittori volontari e 10.692 pensionati di cui 8.766 dirigenti in quiescenza e 1.926 superstiti (Grafico 1).

Grafico 1. Serie storica iscritti, anni 2004-2024.

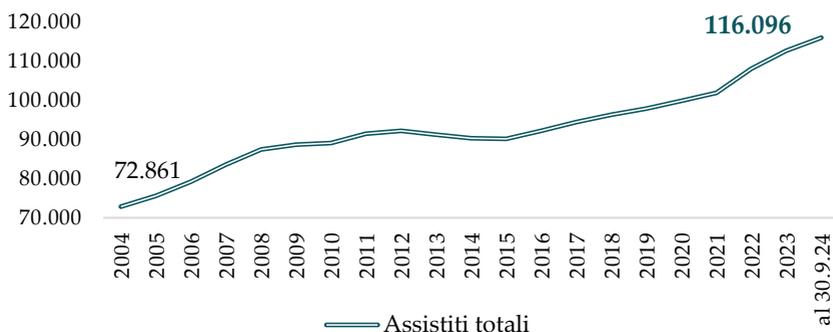


Fonte: Banca dati FASDAC.

La popolazione complessivamente coperta, alla stessa data, conta 116.096 assistiti tra titolari e familiari (Grafico 2); per

questi ultimi, che godono della stessa offerta sanitaria dei dirigenti, non è previsto alcun contributo aggiuntivo.

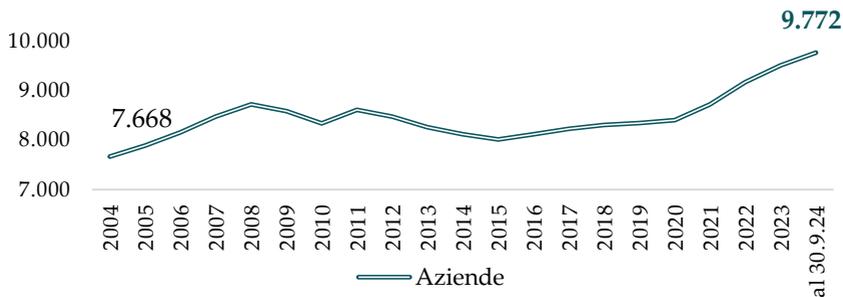
Grafico 2. Serie storica assistiti, anni 2004-2024.



Fonte: Banca dati FASDAC.

Le aziende attualmente aderenti risultano pari a 9.772, con applicazione prevalente - pari al 95% - del contratto delle aziende Commerciali e del Terziario (Grafico 3).

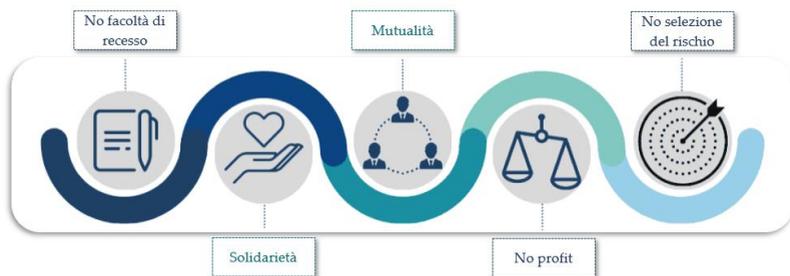
Grafico 3. Serie storica aziende, anni 2004-2024.



Fonte: Banca dati FASDAC.

La peculiarità distintiva del FASDAC risiede nelle sue caratteristiche intrinseche (Immagine 4).

Immagine 4. Caratteristiche del Fondo



Fonte: FASDAC.

Il Fondo assume la forma giuridica di associazione no profit ed opera, dunque, senza fini di lucro; gli avanzi di gestione, infatti, non rispondono al soddisfacimento di profitti privati ma vengono reinvestiti nel tempo sotto forma di prestazioni, tutelando gli interessi dell'intera collettività degli assistiti. L'attività del FASDAC si contraddistingue, inoltre, per l'assenza di selezione del rischio. Tutti i dirigenti, indipendentemente dal loro stato di salute, godono degli stessi vantaggi di assistenza. Questo approccio sottolinea l'impegno del Fondo a fornire un sostegno continuo, garantendo che nessun iscritto sia escluso sulla base delle condizioni mediche, di età o di eventuali patologie pregresse. La filosofia del FASDAC si traduce concretamente nell'immediata e continua offerta delle proprie garanzie, senza applicazione di periodi di carenza per i dirigenti e i loro nuclei familiari assistiti, coperti sin dalla data di nomina e senza alcun limite di età o

interruzioni temporali. Inoltre, diversamente dai tradizionali principi delle assicurazioni, il FASDAC opera in assenza della facoltà di recesso, non effettuando il continuo confronto tra contributi incassati ed erogazioni effettuate e mantenendo l'assistenza nel tempo.

2.3. *La mission del Fondo e i suoi principi fondanti*

La mission del FASDAC, come già detto, si inserisce nel più ampio contesto del *welfare* contrattuale per la categoria dei dirigenti del settore terziario. Il Fondo, istituito per garantire in favore dei dirigenti un'assistenza sanitaria in sinergia con quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si propone di operare come un sistema di protezione sociale che affianca e integra il SSN, in un concetto di sussidiarietà e di sistema, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria complessivamente offerta.

In una concezione di "Integrazione di Sistema" con il SSN, il FASDAC tara la propria modalità di gestione anche in termini di appropriatezza medico sanitaria della spesa affrontata dagli iscritti. In questo contesto e con tali direttrici, la strada intrapresa dalle Parti istitutive è stata infatti orientata alla previsione di un *welfare* solidale che concorra a garantire un maggiore benessere collettivo, per tutelare meglio i rischi e rispondere ai bisogni emergenti, proponendo forme più stringenti di collaborazione e cooperazione tra soggetti pubblici e privati.

La visione del FASDAC si basa, dunque, su due principi chiave:

- I. vicinanza alle esigenze degli assistiti: il Fondo intende rispondere prontamente ai bisogni di salute emergenti,

con una gamma di coperture sempre più flessibile e adeguata alle diverse fasce di popolazione.

- II. sussidiarietà rispetto al SSN: Il FASDAC agisce in modo sussidiario rispetto al SSN, coprendo bisogni che il sistema sanitario pubblico non riesce sempre a soddisfare. La sua missione non si sovrappone al SSN, ma lo integra, rispondendo ai bisogni immediati e specifici di gruppi omogenei di dirigenti.

Così, attraverso tale funzione sussidiaria, che rappresenta la chiave per soddisfare il diritto del cittadino del terzo millennio di avere un sistema di protezione sociale equo, sostenibile e soprattutto rispondente ai nuovi bisogni, il Fondo offre agli assistiti una serie di opportunità, dove il bisogno di salute può essere liberamente meglio soddisfatto. Con una visione pragmatica, il Fondo risponde ad una delle esigenze più avvertite dagli assistiti, ossia fornire una risposta immediata, pronta ed appropriata alle richieste “qui ed ora” di un reale e non differibile bisogno di salute, offrendo omogeneamente i propri servizi sull’intero territorio nazionale con prontezza e flessibilità di accesso. Il contributo che, in generale, l’attività dei fondi sanitari di origine negoziale assicura è valutabile, innanzitutto, sotto il profilo dell’efficienza di sistema. Infatti, i fondi di natura negoziale tarano la propria offerta sanitaria alla soddisfazione di bisogni di gruppi di soggetti omogenei, al fine di realizzare il miglior equilibrio possibile tra la massima utilità generabile per il collettivo di fruitori e, al tempo stesso, allocando nel miglior modo possibile le risorse disponibili. In linea generale, quindi, l’apporto fornito dalla sanità integrativa al soddisfacimento del diritto alla salute dei cittadini evidenzia le potenzialità e i vantaggi di un approccio realmente integrato

tra Servizio Sanitario Nazionale e *welfare* contrattuale. Con una funzione di supporto ed affiancamento al SSN, i fondi Sanitari di natura negoziale garantiscono tutele e prestazioni senza gravare sul Servizio Sanitario Nazionale e nel rispetto del ruolo centrale che questo assume nell'ambito del *welfare* state. Infatti, con risorse non sottratte al sistema pubblico ma derivanti da contribuzione destinata dalle Parti sociali in sede di contrattazione, i fondi sanitari di origine contrattuale non sostituiscono la spesa pubblica con quella privata ma mobilitano risorse aggiuntive; risorse che consentono di mettere in campo azioni sussidiarie rispetto al sistema pubblico. Non va tralasciato, inoltre, l'apporto dato al Sistema in relazione alla lotta all'evasione fiscale che proprio in campo sanitario assume livelli rilevanti.

In tale scenario, l'attività del Fondo si basa su due principi fondanti che si estrinsecano nei valori di mutualità e solidarietà, caratterizzati dal trasferimento dei rischi sulla collettività ed il beneficio di questa prevale sugli interessi individuali.

In particolare, tali valori si coniugano in atti operativi che puntano a garantire:

- solidarietà tra generazioni diverse;
- solidarietà all'interno delle stesse generazioni;
- mutualità tra tutti gli assistiti.

Il FASDAC garantisce la propria assistenza anche qualora il dirigente esca definitivamente dal mondo del lavoro, consentendo - nel rispetto di determinate condizioni regolamentari - il mantenimento dell'iscrizione al Fondo nel periodo di quiescenza.

Questa facoltà concessa ai pensionati, fortemente voluta e condivisa dalle Parti istitutive nella contrattazione collettiva,

riconosce il diritto alla continuità di iscrizione al Fondo a favore di soggetti non più in attività e al relativo nucleo familiare assistibile, con assistenza garantita a fronte del versamento di un contributo ridotto. L'agevolazione a tale categoria di iscritti assume maggiore rilevanza per la facoltà di iscrizione e assistenza riconosciuta anche ai superstiti, attraverso una contribuzione ancora più contenuta di quella dell'iscritto pensionato. Si preserva, così, un diritto per il dirigente *vita natural durante* e, in caso di decesso, anche per l'eventuale superstita beneficiario di pensione di reversibilità o indiretta. Inoltre, limitatamente ai pensionati di età maggiore di 85 anni ed in possesso di redditi più bassi, il Fondo rivolge una ulteriore attenzione consentendo loro una contribuzione ridotta del 40% rispetto a quanto richiesto agli altri pensionati.

Nello spirito di solidarietà, si inquadra anche l'assistenza garantita dal Fondo a beneficio di soggetti inabili con contribuzione pari all'ammontare stabilito a carico dei pensionati.

Accanto ad una solidarietà intergenerazionale, il FASDAC garantisce anche una solidarietà all'interno delle generazioni (infra-generazionale). Il Fondo consente il mantenimento dell'iscrizione anche ai soggetti temporaneamente usciti dal mondo del lavoro dipendente, in qualità di proscrittori volontari (passati dal 2% del totale degli iscritti, nel 2001, al 7% nel 2023). L'evoluzione delle dinamiche del mercato lavorativo, fondate sempre meno sul paradigma del rapporto di dipendenza, possono determinare periodi, più o meno lunghi, di non applicazione del Contratto Collettivo Nazionale in capo al dirigente iscritto. In virtù di tale trasformazione nel mondo socio-produttivo, il Fondo garantisce a tutti i suoi iscritti la

possibilità di fruire dell'assistenza anche nell'eventualità di una uscita dal mondo del lavoro dipendente, sia temporanea ma potenzialmente anche definitiva, non facendo venir meno il diritto alle prestazioni per sé e il proprio nucleo familiare. Realizzare la solidarietà tra generazioni è possibile, però, solo grazie allo specifico contributo posto a carico dei dirigenti attivi - sia dirigenti in servizio che proscrittori volontari - che permette alla "gestione separata" propria dei pensionati il raggiungimento dell'equilibrio economico/finanziario.

2.4. La risposta del FASDAC all'evoluzione del concetto di salute

La vision del FASDAC riflette la volontà di continuare ad essere un attore chiave nel sistema di *welfare* contrattuale e nazionale. Il Fondo mira ad innovare e ottimizzare le proprie coperture e servizi, in risposta all'evoluzione del concetto di salute. Non si tratta più solo di fornire cure mediche ma di promuovere uno stile di vita sano e, nel complesso, un benessere complessivo. Finalità questa particolarmente rilevante in un contesto caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, per effetto del quale il FASDAC si pone l'obiettivo di favorire la sopravvivenza in buona salute, attraverso un supporto sempre più personalizzato alle caratteristiche ed esigenze dei propri assistiti, con un'attenzione agli anziani e ai soggetti con patologie croniche o che si trovino in uno stato di non autosufficienza. Nel tempo, il FASDAC ha dunque messo in campo azioni finalizzate ad adattare il proprio modello assistenziale per rispondere ai nuovi bisogni di salute degli assistiti nonché ai cambiamenti socioeconomici in atto. Il contesto di riferimento del FASDAC è infatti in continuo e progressivo cambiamento, per effetto di fattori quali le

conseguenze lasciate dalla fase emergenziale legata al Covid-19, la transizione demografica in atto nel nostro Paese, la sempre maggiore incidenza delle patologie croniche, il maggiore e prepotente irrompere delle tecnologie digitali e, da ultimo ma non ultimo, le azioni derivanti dall'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le riforme di "sistema" che l'accompagna. Da una parte la pandemia ha ridotto l'accesso alle cure. In molti sono stati costretti a rinviare, se non a rinunciare del tutto, alla prevenzione e alle altre prestazioni sanitarie. Dall'altra parte il PNRR ha disegnato, per gli anni a venire, un nuovo e duraturo assetto della sanità pubblica volto, tra le altre cose, a limitare l'assistenza ospedaliera e ad incentivare la medicina territoriale. Per parte loro, le nuove tecnologie digitali puntano ad avvicinare i cittadini al bene salute, attraverso l'utilizzo di *device* da utilizzare a distanza per la consultazione dei medici, la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri vitali. La persona viene messa al centro del sistema salute dove agiscono sia le istituzioni pubbliche che gli enti privati, tra cui i Fondi Sanitari. In tale quadro dinamico ed evolutivo, il FASDAC ha pertanto ritenuto di dover rimodulare la propria offerta sanitaria. In particolare, per effetto del richiamato fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie croniche, come già ricordato, il Fondo ha ampliato la propria offerta, inizialmente incentrata nel solo ambito sanitario, con servizi socio-sanitari che includono la Long Term Care (LTC), per supportare le persone non autosufficienti e quelle con bisogni di assistenza a lungo termine, ma anche una maggiore sensibilità verso i soggetti con cronicità e tutte le forme in cui un contesto di "socializzazione" può tradursi in

benessere psico-fisico dei soggetti. Così, da ultimo, nel 2023, il Fondo ha introdotto nuovi livelli di assistenza e nuovi servizi, grazie all'attuazione di una manovra "espansiva" ad ampio raggio, varata dal Consiglio del Fondo nel pieno rispetto del mantenimento dell'equilibrio e della sostenibilità futura¹⁵, sia a breve che a lungo termine, fondata su logiche di intervento che ha combinato obiettivi immediati ad azioni con respiro più strategico. Gli ambiti coinvolti risultano essere campi e settori con una valenza ed interesse crescente in futuro (il sociosanitario e le prestazioni domiciliari) o che necessitano di essere affrontati tempestivamente (la prevenzione o l'ampliamento delle prestazioni in ortodonzia), spaziando dalle prestazioni classiche (l'odontoiatria) a quelle più innovative e sperimentali (la genomica e la telemedicina). In particolare, tra i livelli di assistenza oggetto di revisione nell'anno 2023, la prevenzione è stata ed è fortemente attenzionata dal Fondo, trattandosi anche di un elemento che evidenzia la perfetta sintonia tra i principi e gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale e l'attività del Fondo. I moduli proposti dal FASDAC seguono, infatti, le linee guida scientificamente approvate dal Ministero della Salute e dalla Società Scientifica Internazionale. La consapevolezza dell'importanza della prevenzione, e la sensibilità delle Parti Sociali verso tale tematica, è da sempre molto alta. Il primo programma di prevenzione, di durata biennale, è stato avviato nel 2005 ma l'acume con cui è

¹⁵ Il Fondo elabora, ogni anno, il Bilancio Tecnico Attuariale che consente di valutare - in chiave prospettica - in che misura le principali scelte operate dall'Organo di Gestione, nell'ambito dell'evoluzione demografica della popolazione di riferimento, possano incidere sulle determinanti di base della struttura economico-finanziaria del Fondo in termini di solidità e sostenibilità di medio-lungo periodo.

progredito nel tempo conferma ancor di più il senso di attenzione che gli organi del Fondo attribuiscono a tale attività. I tratti innovativi che hanno caratterizzato, negli anni, l'offerta di prevenzione sono individuabili nelle seguenti iniziative:

- introduzione di un secondo livello di approfondimento, totalmente gratuito, qualora le evidenze cliniche lo richiedano;
- estensione dell'assistibilità dai dirigenti attivi (dirigenti in servizio e proscutori volontari) anche ai pensionati ed ai superstiti, mostrando sensibilità alla richiesta che da tali categorie veniva avanzata;
- inserimento di processi operativi snelli e immediati, per favorire l'accesso ai moduli di prevenzione;
- ampliamento delle patologie indagate, con l'introduzione di specifici nuovi moduli per la prevenzione dei tumori pneumologici e dermatologici;
- previsione di un programma di "remind comunicativi", per ribadire la importanza degli screening per una diagnosi precoce dei tumori che, se colti nelle fasi iniziali, danno una maggiore probabilità di ricevere cure efficaci.

"Ripartiamo dalla Prevenzione" è stato lo slogan che ha accompagnato l'attività del programma biennale del periodo post-pandemia (biennio 2021-2022) e, in una naturale "consecutio temporis", con il biennio 2023-2024 si è ribadita l'importanza della prevenzione, come attività lungimirante di "investimento in salute". Un investimento a cui i dirigenti hanno risposto mostrando maggiore attenzione e sensibilità, con un incremento esponenziale del ricorso ai moduli offerti e conseguente aumento di risorse destinate (per il biennio in

corso, 2023-2024, oltre 4 milioni di €) raddoppiate rispetto al biennio 2019-2020. È in questo spirito e finalità che va inquadrato l'impegno e l'attenzione del Fondo, in particolare nelle attività di prevenzione, con l'obiettivo ulteriore di apportare un contributo alla catena di interventi posti in essere dalle Istituzioni Sanitarie Pubbliche per una maggiore tempestività della diagnosi dei tumori, fase fondamentale per favorire miglioramenti anche in relazione ai tassi di sopravvivenza.

Appendice

Tavola 1. Numero iscritti per tipologia (dal 2004 al 30.09.2024).

Anno	Dirigenti in servizio	Pensionati	Prosecutori Volontari	Dirigenti totali
2004	18.818	7.804	1.336	27.958
2005	19.137	8.034	1.599	28.770
2006	19.889	8.315	1.790	29.994
2007	20.937	8.588	1.970	31.495
2008	21.625	9.018	2.143	32.786
2009	21.544	9.247	2.411	33.202
2010	21.154	9.494	2.675	33.323
2011	22.178	9.697	2.785	34.660
2012	21.993	9.669	2.892	34.554
2013	21.705	9.582	2.984	34.271
2014	21.552	9.441	3.006	33.999
2015	21.622	9.509	2.826	33.957
2016	22.265	9.592	2.871	34.728
2017	22.872	9.666	2.931	35.469
2018	23.568	9.787	3.038	36.393
2019	24.134	9.938	3.063	37.135
2020	24.468	10.170	3.140	37.778
2021	25.877	9.997	2.887	38.761
2022	28.102	10.193	2.852	41.147
2023	29.908	10.457	2.900	43.265
al 30.9.2024	30.749	10.692	3.046	44.487

Tavola 2. Numero assistiti totali (dal 2004 al 30.09.2024).

Anno	Assistiti totali
2004	72.861
2005	75.594
2006	79.251
2007	83.611
2008	87.468
2009	88.701
2010	89.128
2011	91.546
2012	92.255
2013	91.237
2014	90.379
2015	90.242
2016	92.247
2017	94.510
2018	96.418
2019	97.981
2020	99.943
2021	101.995
2022	108.151
2023	112.748
al 30.9.24	116.096

Tavola 3. Numero aziende (dal 2004 al 30.09.2024).

Anno	Aziende
2004	7.668
2005	7.891
2006	8.159
2007	8.476
2008	8.723
2009	8.591
2010	8.341
2011	8.616
2012	8.479
2013	8.265
2014	8.116
2015	8.014
2016	8.119
2017	8.228
2018	8.310
2019	8.347
2020	8.408
2021	8.723
2022	9.176
2023	9.511
al 30.9.24	9.772

Bibliografia

- Arlotti, M., Ascoli, U., & Pavolini, E. (2017). *la Rivista delle Politiche Sociali*. In S. Cecconi, *Fondi sanitari e policy drift. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?* (p. 77-92). Roma: Ediesse.
- Cavazza, M., & De Pietro, C. (2011). Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale. In *Rapporto OASI 2011 L'aziendalizzazione della sanità in Italia* (p. 161-188). Egea.
- Cinelli, M. (2022). *Diritto della previdenza sociale*. Torino: G.Giappichelli editore.
- Colombo, S. (2012). Il ruolo delle organizzazioni sindacali nelle scelte di *welfare* aziendale. *La rivista delle politiche sociali*, 3, 115-128.
- Colombo, S., & Regaglia, I. (2011). *Sindacato e welfare locale*. Milano: FrancoAngeli.
- Costantino, C. (s.d.). *L'evoluzione della disciplina dei fondi sanitari*. Tratto da mefop:
<https://www.mefop.it/cms/doc/19831/evoluzione-della-disciplina-dei-fondi-sanitari-chiara-costantino.pdf>
- Florianello, F. (2018, settembre 08). *Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa*. Tratto da Quotidiano sanità:
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65325

- Maino, F., & Mallone, G. (2012). Secondo *welfare* e imprese: nesso e prospettive. *La rivista delle politiche sociali EDIESSE*, p. 195-212.
- Maino, F., Razetti, F., & Santoni, V. (2019). *Welfare aziendale, contrattazione e premi di risultato*. In *XXI RAPPORTO MERCATO DEL LAVORO E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA* (p. 378-392). CNEL.
- Martínez, S. F. (2017, settembre 26). *Assistenza sanitaria integrativa*. Tratto da Bollettino ADAPT - Dizionario breve sul *welfare* aziendale a cura di ADAPT e AIWA: <https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2017/09/Assistenza-sanitaria-integrativa.pdf>
- Piras, E. (2016, marzo 23). I fondi sanitari integrativi: una prima visione di insieme. *Il Nuovo Diritto delle Società (online)*. G. Giappichelli Editore.
- Regini, M. (2003). I mutamenti nella regolazione del lavoro e il resistibile declino dei sindacati. *Stato e Mercato*, p. 83-107.
- Spandonaro, F. (2004). Le prospettive di sviluppo dei fondi sanitari integrativi in Italia. *Atti del VI Congresso nazionale di scienza e tecnica delle assicurazioni*, (p. 291-304). Bologna.

Tiraboschi, M. (2019). Secondo rapporto sul *welfare* occupazionale e aziendale in Italia. In *Welfare for People* (p. 65-121). ADAPT University Press.

Tiraboschi, M. (2020). Terzo rapporto sul *welfare* occupazionale e aziendale in Italia. In *Welfare for People* (p. 351-358). ADAPT University Press.

