

Il welfare integrativo alla luce del D.L. 25/2025 e dei nuovi contratti collettivi degli enti locali

**Approfondimento sul welfare sanitario integrativo e le regole fiscali e
contributive – a cura di Danilo Ariagno – Presidente Cassa di Assistenza
BiSalus**



TEMI DELL'INTERVENTO

- **I Drivers del welfare sanitario: il tema «longevity» le criticità del servizio sanitario nazionale**
- **I Drivers del welfare sanitario: la fiscalità ed il cuneo fiscale;**
- **Le potenzialità nell'ambito del Welfare Sanitario: il fondamentale tema del «percepito» e l'assenza di un Fondo Contrattuale;**
- **Proposte e soluzioni dedicate al settore degli Enti Pubblici**

I Drivers del welfare sanitario: il tema «longevity» le criticità del servizio sanitario nazionale

Rapporto GIMBE sulla sanità - anno 2024 - qualche dato

La spesa sanitaria, secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA), per il 2024 ammonta a € 185.116 milioni così ripartiti: € 137.456 milioni di spesa pubblica (74,3%); € 47.660 milioni di spesa privata, di cui € 41.299 milioni di spesa out-of-pocket (22,3%) e € 6.631 milioni (3,4%) di spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. Complessivamente, l'86,7% della spesa privata è sostenuta direttamente dai cittadini, mentre solo il 13,3% è intermediata.

I Drivers del welfare sanitario: la fiscalità e il cuneo fiscale

Ma attenzione alla parte fiscale: Una premessa importante

IRPEF: Aliquote fiscali in Italia

Fino a 28.000 euro	23%
Da 28.001 a 50.000 euro	35%
Oltre 50.000 euro	43%

L'art. 51 del T.U.I.R (modificato dall'art. 3 del D.lgs. 2 settembre 1997 n. 314) individua nei commi 1/2/3 i principi generali su cui si fondano le regole di determinazione della base imponibile del reddito del lavoratore, mentre nei restanti commi introduce specifiche deroghe.

COMMA 1 - Costituiscono reddito di lavoro dipendente tutte le somme e i valori (intendendo con tale espressione la quantificazione dei beni e dei servizi) che il dipendente percepisce nel periodo d'imposta, a qualunque titolo, anche sotto forma di erogazioni liberali, in relazione al rapporto di lavoro, e, quindi, tutti quelli che siano in qualunque modo riconducibili al rapporto di lavoro, anche se non provenienti direttamente dal datore di lavoro / sostituto di imposta.

Il momento di percezione è quello in cui il provento esce dalla disponibilità dell'erogante per entrare nel compendio patrimoniale del percettore. Tale principio si applica anche con riferimento all'imputazione dei valori relativi ai beni e servizi concessi al sostituto / dipendente.

COMMA 2 lett. A - Non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente:

- a) i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; *i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni dei contratti collettivi di cui all'articolo [51](#) del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o di regolamento aziendale, iscritti all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita con il decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2008, n. 141, che operino secondo il principio di mutualità e solidarietà tra gli iscritti, per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20.* Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)

LE REGOLE FONDAMENTALI

- a) Debbono essere contributi di assistenza sanitaria e non premi di polizza;
- b) Debbono essere versati a Casse, Fondi o Mutue regolarmente iscritti all'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute ed erogano prestazioni extra L.E.A (almeno il 20% destinato a prestazioni extra Lea: recupero da malattia/infortunio - perdita autosufficienza - spese dentarie);

LE REGOLE FONDAMENTALI

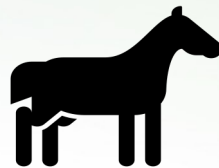
- c) Possono essere versati interamente dal Datore di Lavoro oppure congiuntamente da Datore di lavoro e Lavoratore;
- d) Il vantaggio fiscale (somma non imponibile se versata dal Datore oppure deducibile se versata dal Lavoratore) è fissato al massimo di € 3.615,20;
- e) È necessario che vengano versati in conformità a disposizioni di contratto (CCNL) o di accordo (CIA) o di regolamento aziendale, che prevedano l'erogazione del benefit a categorie totalitarie ed omogenee.

**Le potenzialità nell'ambito del
welfare sanitario:
il fondamentale tema del “percepito”
e l'assenza di un Fondo Contrattuale**

Ma tutto questo
come si inquadra
nelle dinamiche di
retribuzione aziendale?



Il passaggio da
employee benefits assicurativi
sanitari
al welfare: il tema del percepito
*ovvero a caval donato... oggi si
guarda in bocca*



La grave assenza di un Fondo Contrattuale dedicato al settore degli Enti Pubblici



Proposte e soluzioni di welfare sanitario integrativo dedicate al settore degli Enti Pubblici.

Piani con Coperture Assicurative e Rimborsi da Fondo Spese.

Rimborso Spese Mediche - GENERALI

Opzione: **PRIMA PROTEZIONE Default**

Contributo annuo	Forma completa Dipendente	454,39 €
Contributo annuo	Forma completa Nucleo	746,06 €

Descrizione Garanzia	Massimale	Scoperti e franchigie
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	€ 100.000	Scoperto: in rete: nessuno minimo € 0 fuori rete: 25% min. € 1.500
Spese Ospedaliere e chirurgiche	GARANZIA NON OPERANTE	
Cure Oncologiche	€ 7.000	Scoperto: in rete: nessuno minimo € 0 fuori rete: nessuno minimo € 0
<u>Maternità</u>	GARANZIA NON OPERANTE	
Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici	€ 750	Scoperto: in rete: scoperto 5% minimo € 30 fuori rete: 50%; minimo € 0
<u>Trattamenti fisioterapici e riabilitativi</u>	€ 200	Scoperto: in rete: scoperto 5% minimo € 30 fuori rete: 50%; minimo € 0
Protesi	€ 500	Scoperto: in rete: scoperto 0% minimo € 0 fuori rete: 0%; minimo € 0
Medicinali	GARANZIA NON OPERANTE	
Trattamenti psicoterapici	GARANZIA NON OPERANTE	

Prestazioni diagnostiche ad Alta specializzazione		€ 3.000	Scoperto: <i>in rete: scoperto 5% minimo € 30</i> <i>fuori rete: 35%; minimo € 0</i>	
Consulto Da Remoto		GARANZIA OPERANTE		
Second Opinion		GARANZIA NON OPERANTE		
Teleconsulto Medico Specialistico		GARANZIA NON OPERANTE		
Care <u>Giver Base</u>		GARANZIA NON OPERANTE		
Care <u>Giver Top</u>		GARANZIA NON OPERANTE		
Check Up		GARANZIA NON OPERANTE		
Lenti correttive		GARANZIA NON OPERANTE		
Cure <u>dentarie</u>		€ 1.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
	<u>Visite</u>		<u>nessuno</u>	<u>No rimborso</u>
	<u>Igiene orale</u>		<u>nessuno</u>	<u>No rimborso</u>
	<u>Visita emergenza</u>		<u>nessuno</u>	<u>20%</u>
	<u>Conservativa</u>		<u>50%</u>	<u>70%</u>
	<u>Radiologia odontoiatrica</u>		<u>10%</u>	<u>50%</u>
	<u>Chirurgia</u>		<u>10%</u>	<u>50%</u>
	<u>Endodonzia</u>		<u>50%</u>	<u>70%</u>
	<u>Paradontologia</u>		<u>Tariffario</u>	<u>Tariffario</u>
	<u>Protesi</u>		<u>Tariffario</u>	<u>Tariffario</u>
	<u>Ortognatodonzia</u>		<u>Tariffario</u>	<u>Tariffario</u>
	<u>Implantologia</u>		<u>Tariffario</u>	<u>Tariffario</u>

IL FONDO SPESE SALUS

Cos'è il FONDO SPESE SALUS

Si tratta di un servizio di rimborso diretto da parte della Cassa per tutte le prestazioni di carattere strettamente Sanitario.

È un **sistema efficace, semplice ed estremamente fruibile** per garantire a ciascun **Dipendente o Amministratore** (e relativo nucleo familiare) la tranquillità che ogni spesa sanitaria venga coperta (**compresi i check-up, qualsiasi forma di prevenzione, i farmaci, la piccola chirurgia estetica**): anche quelle prestazioni che, normalmente, vengono escluse dai Piani Sanitari.

Il Fondo Spese Salus può essere proposto in affiancamento o sostituzione di altri tipi di voucher o forme di regalia, presentando un valore percepito di utilizzo molto alto ed andando anche verso concetti di più elevato valore sociale.

Siamo assolutamente convinti che questo servizio, combinato alle ampie garanzie assicurative, sia il più completo sistema di prestazioni in ambito sanitario.

L'Ente mette a disposizione una somma per ciascun **Dipendente** (e relativo nucleo familiare) per qualsiasi tipologia di spese sanitarie previste nel **NOMENCLATORE**: verrà quindi versato alla Cassa BiSalus l'importo complessivo concordato costituendo un apposito Fondo.

Il Fondo disponibile deve essere pari o superiore a 150 €.

È possibile integrare le somme stanziare durante il corso dell'anno.

Le prestazioni non vengono erogate da Compagnie di Assicurazione ma **rimborsate direttamente dalla Cassa** attingendo dal Fondo costituito dall'Ente.

Le prestazioni verranno rimborsate **senza applicazione di franchigie, scoperti o limiti di risarcimento**. L'unico limite operante sarà costituito dalla somma messa a disposizione per ciascun Dipendente.

I rimborsi potranno essere resi a favore del Dipendente oppure del suo intero nucleo familiare come risultante da certificato di stato di famiglia.

Dopo aver sostenuto le spese, l'Assistito dovrà scaricare l'App DOC24, con un codice di abbonamento gratuito.

Tramite DOC24 l'Assistito avrà la possibilità di **caricare**, semplicemente, **le richieste di rimborso**, essere aggiornato sullo stato di avanzamento della pratica ed avrà inoltre accesso ad una serie di **servizi aggiuntivi** (prestazioni di Telemedicina, Network Sanitario con tariffe agevolate, TrovaFarmacia e TrovaFarmaco).

Dopo aver ricevuto da DOC24 la validazione delle pratiche di rimborso, la **Cassa BiSalus** predispone ed invia il bonifico sul conto corrente indicato dall'Assistito.

Ai fini del rimborso **non sarà richiesta alcuna diagnosi o prescrizione medica.**

Sono ammesse a rimborso tutte le spesa sanitarie sostenute o richieste entro i 24 MESI dalla data di stipula del contratto.

Al termine di detto periodo di utilizzo, le eventuali somme rimaste inutilizzate dagli Assistiti non potranno essere restituite ma dovranno essere reinvestite in mutualità.

All'interno del Fondo Spese Salus viene inoltre inserita una **garanzia** per il **rimborso delle spese dentarie da Infortunio**, con un massimale di € 2.000 disponibile per il solo caponucleo.

I costi complessivi possono variare in base all'entità del Fondo Spese che viene stanziato dall'Ente. In media, viene applicato un costo di gestione pari al 10% sull'importo del Fondo stesso.

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI

Tramite il FONDO SPESE SALUS possono essere rimborsate tutte le prestazioni strettamente sanitarie.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, di seguito riportiamo le prestazioni rimborsabili mediante questo servizio:

- + RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO** (Interventi ambulatoriali, day hospital/day surgery, parto naturale/cesareo, aborto terapeutico);
- + ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE e TRATTAMENTI FISIOTERAPICI;**
- + CURE DOMICILIARI e ONCOLOGICHE;**
- + MEDICINA PREVENTIVA/CHECK UP;**
- + CURE DENTARIE** (comprese le ortodontiche) e **CURE OCULISTICHE** (correzione difetti visivi, lenti a contatto e da vista);
- + MEDICINALI** (Farmaci, Parafarmaci e Dispositivi Medici) compresa la **MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE;**
- + CURE PSICOTERAPICHE e LOGOPEDISTICHE**
- + CERTIFICAZIONI MEDICHE;**
- + RIMBORSO DI SCOPERTI E FRANCHIGIE DI ALTRE COPERTURE SANITARIE;**



Grazie per l'attenzione



BiSALUS
CASSA DI ASSISTENZA