

Capitolo 3

LE ASSICURAZIONI: NESSI E SINERGIE POSSIBILI

DI LORENZO BANDERA, FRANCA MAINO E GIULIA MALLONE

1. CHE COSA FANNO LE ASSICURAZIONI, E CHE COSA POTREBBERO FARE

Il welfare nasce con l'introduzione di assicurazioni sociali obbligatorie, e quindi sin dall'inizio il legame tra protezione sociale e schemi assicurativi è stato forte, si può dire genetico. Le politiche sociali, infatti, sono state introdotte nell'ottica di assicurazione sociale contro i rischi da infortunio sul lavoro, vecchiaia, malattia e perdita dell'occupazione. Ai lavoratori venne chiesto di pagare un certo premio assicurativo, sotto forma di contributi o tasse a seconda dei paesi, per garantirsi il diritto di essere assistiti al manifestarsi di tali situazioni. Questo accadde nella fase originaria, legando strettamente l'attribuzione di diritti al dovere di contribuzione, per garantire la sostenibilità del sistema. Lo sviluppo e la crescita economica, alimentando da un certo punto in poi l'illusione che le risorse potessero essere illimitate, hanno progressivamente fatto venire meno questo legame favorendo una diffusione delle prestazioni svincolata da considerazioni di costo, mentre i diritti sociali si trasformavano in vere e proprie spettanze acquisite.

Oggi il modello italiano di welfare è in crisi, per una serie di ragioni. In sostanza, la copertura dei costi della protezione sociale è resa problematica, per un verso, dai cambiamenti nella struttura demografica della popolazione – allungamento della speranza di vita, progressivo invecchiamento, bassa natalità –, per altro verso dalle maggiori rigidità di bilancio. E, non a caso, il dibattito sulla necessità di ripensare il sistema di protezione sociale pubblico torna a chiamare in causa il mondo assicurativo. Parte della risposta alla necessità di adeguamento del modello italiano potrebbe in effetti venire proprio da questo mondo, anch'esso componente della variegata galassia dei protagonisti del secondo welfare.

I contributi che esso può dare sono almeno due. In primo luogo vi è quello, diretto e più intuitivo, dell'offerta di strumenti di protezione sociale complementari o supplementari, capaci di ridurre le pressioni sul sistema pubblico. In secondo luogo, però, il settore assicurativo può svolgere una funzione cruciale promuovendo la prevenzione del rischio tra gli individui e dentro le aziende. La valutazione del rischio che esso effettua si riflette nei costi e nelle condizioni delle polizze offerte e sottoscritte dai cittadini e dalle imprese. Gli assicurati, così, vengono incentivati a ridurre i loro profili di rischio e a prevenire o limitare l'entità del possibile danno. Vengono in sostanza incoraggiati comportamenti virtuosi, che a loro volta si traducono in un uso responsabile e sostenibile delle risorse, sia pubbliche sia private. Infine, il ricorso a strumenti assicurativi favorisce la stabilità dei consumi durante il ciclo di vita delle persone. I consumi, che rappresentano i due terzi del PIL, costituiscono una delle principali leve della crescita economica, oltre che del benessere individuale. In Italia però le preoccupazioni diffuse circa la sostenibilità futura dell'attuale modello di welfare comportano, tra l'altro, pres-

sioni sulle retribuzioni e in generale una contrazione della propensione media al consumo, con l'effetto di deprimere ulteriormente la domanda.

A confronto con i principali paesi europei, le potenzialità del settore restano in Italia largamente inespresse, a causa del suo limitato sviluppo e della scarsa diffusione degli strumenti che esso può offrire. Tra le tante ragioni del ritardo e della bassa propensione ad assicurarsi vi è il fatto che ancora in modo molto diffuso gli individui e le famiglie dispongono di strategie alternative su cui fondare la difesa del tenore di vita. Il fatto, ad esempio, che un'ampia quota della popolazione possieda un'abitazione mette le famiglie al riparo da rischi che altrove non potrebbero che essere coperti attraverso il ricorso al mercato assicurativo. E, più in generale, le famiglie italiane sono state caratterizzate, fino a non molti anni fa, da una notevole capacità di risparmio, peraltro molto limitatamente canalizzato in impieghi assicurativi, complementari rispetto a quanto garantito dal pubblico. Una seconda ragione è connessa alla ancora troppo scarsa consapevolezza della portata della crisi del welfare. Questo però, va sottolineato, è almeno in parte riconducibile a una strategia deliberata, volta a non mettere in discussione l'idea che lo Stato debba intervenire sempre e comunque, indipendentemente dalle risorse disponibili. La mancanza di dati chiari e certi sulla portata della crisi e sulle conseguenze di questa fase di austerità non permette appunto di fare chiarezza sui confini dell'intervento pubblico in materia di welfare e sullo spazio che deve essere lasciato per altri soggetti, fra cui anche le assicurazioni. Da ultimo, va ricordato il fatto che il livello della tassazione sui premi è molto elevato, il che disincentiva chi volesse sottoscrivere polizze o aderire a fondi integrativi¹.

La situazione è tanto più grave in quanto la sotto-assicurazione lascia famiglie e imprese in condizioni di maggiore vulnerabilità, più esposte alle conseguenze negative di eventi avversi. Aggrava inoltre la percezione di insicurezza delle persone, indebolisce la competitività delle imprese, accentua la pressione sui conti pubblici. Di fronte a questo scenario, il mondo assicurativo ha cominciato ad assumere iniziative volte a promuovere, nella prospettiva di secondo welfare, forme di partnership tra sistema pubblico e intervento privato. Nel seguito di questo capitolo, vedremo in primo luogo qual è in Italia lo spazio possibile di intervento delle assicurazioni in tre ambiti (sanità, non autosufficienza e previdenza) connessi al welfare. Analizzeremo poi, sulla scorta dei risultati di alcune indagini di opinione, le percezioni degli italiani relativamente al ricorso a strumenti assicurativi in funzione di integrazione delle prestazioni pubbliche. Passeremo quindi in rassegna le diverse forme di tutela offerte agli individui e, per gli individui, alle aziende. Concluderemo infine con l'analisi di un certo numero di buone pratiche e interessanti esperimenti italiani di secondo welfare, guardando, per confronto, ad alcuni consolidati schemi di protezione contro rischi specifici adottati in altri paesi europei.

Sanità. Le previsioni OCSE mostrano che, in assenza di misure correttive, la spesa sanitaria pubblica italiana, compresa quella destinata alla non autosufficienza, crescerà fino a raggiungere il 13,3 per cento del PIL nel 2050 (Database OCSE). Per la sanità si pone quindi un problema di sostenibilità finanziaria di lungo termine, aggravato dal progressivo marcato aumento della richiesta di prestazioni che il sistema pubblico non pare in grado di soddisfare. Si aggiunga che la spesa diretta delle famiglie, cosiddetta *out of pocket*, ossia integrativa rispetto alle carenze del sistema pubblico, riproduce per sua

¹ L'aliquota d'imposta sui contratti assicurativi per la responsabilità civile generale è, ad esempio, pari a 6 euro nel Regno Unito, 6,50 euro in Spagna, 9 euro in Francia, 9,70 in Olanda e 22,25 euro in Italia (cfr. ANIA 2013a).

natura le disparità esistenti fra chi dispone di risorse economiche per curarsi e chi queste risorse non le ha.

Si stima che in Italia tale spesa *out of pocket*, premi assicurativi esclusi, si aggiri tra il 25 e il 30 per cento della spesa sanitaria complessiva. Tuttavia, nonostante siano ormai più di 500 i fondi integrativi negoziali e volontari esistenti, attualmente l'83 per cento della spesa privata è sostenuta direttamente dalle famiglie, meno del 4 per cento è garantita da compagnie di assicurazione e circa il 14 per cento da organizzazioni mutualistiche non profit. Di queste ultime si stima ne esistano circa 2.000, molte delle quali nate dalla contrattazione collettiva di grandi categorie di lavoratori dipendenti, e che si autofinanzino per oltre 4 miliardi di euro prestando servizi a più di 5 milioni di persone. In aggiunta alla fornitura di assicurazione sanitaria integrativa e sostegno per la copertura di spese funerarie, negli anni questi soggetti hanno sviluppato attività ricreative, culturali e di assistenza in settori che vanno dai servizi di trasporto per anziani e malati all'assistenza domiciliare, all'erogazione di borse di studio (cfr. Luciano 2012).

Lo sviluppo disordinato del sistema e la mancata definizione di linee di confine chiare e sostenibili fra solidarietà e mutualità hanno fatto sì che, fra i paesi industrializzati, l'Italia sia quello in cui è più basso il finanziamento della spesa privata attraverso forme mutualistiche/assicurative. Conseguentemente, è più alto il finanziamento *out of pocket*. L'elevata incidenza di questa tipologia di spesa comporta evidenti conseguenze negative: ha effetti regressivi, rischia cioè di aumentare le differenze nello stato di salute fra ricchi e poveri; avviene al di fuori di una logica di prevenzione/assicurazione colpendo, per l'intero ammontare, i soggetti che si trovano a fronteggiare esigenze sanitarie; grava, di volta in volta, su redditi generalmente già prodotti e non è legata al risparmio di lungo termine e al suo collegamento con gli investimenti produttivi, ossia a un meccanismo che per sua natura bilancia la domanda sanitaria crescente con la creazione e accumulazione di risorse per soddisfarla.

L'esperienza di altri paesi mostra che per garantire la sostenibilità del sistema si ricorre alla spesa privata in modo strutturale e organizzato. Livelli di assistenza e di servizio integrativi di quelli essenziali sono opportunamente regolamentati e affidati a un sistema articolato, fatto di fondi integrativi, mutue e compagnie di assicurazione. La sfida nel nostro paese è quella di individuare ragionevoli e chiari livelli essenziali di assistenza e servizio garantiti a tutti i cittadini e finanziati interamente con l'intervento pubblico, evitando al contempo che una logica solo formalmente universalistica si traduca nella realtà in standard qualitativi e/o tempi di attesa molto diversi e in alcuni casi inaccettabili.

Dal punto di vista normativo, per la regolazione dei fondi sanitari si deve risalire alla metà degli anni Ottanta (DPR 917/1986) e da lì arrivare alla riforma Bindi (D.lgs. 229/1999), che interviene su un settore fino a quel momento scarsamente regolamentato e quindi sviluppato. Su questa base, tra il 2007 e il 2009 si innestano gli interventi che definiscono la cornice legislativa attualmente in vigore. Si tratta della legge finanziaria per il 2008 e dei decreti attuativi del 31 marzo 2008 (Ministro della Salute Livia Turco) e del 27 settembre 2009 (Ministro Maurizio Sacconi). Fra le novità principali introdotte dai decreti, volti a dare impulso e diffusione ai fondi sanitari integrativi, va ricordato il fatto che viene consentito agli aderenti a tali fondi di dedurre dal reddito (indipendentemente dallo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa) gli oneri per i contributi versati, fino a un massimo annuo di 3.615,20 euro. In Italia i fondi e le casse sanitarie finora costituitisi contano circa 800.000 iscritti, corrispondenti a un bacino di circa 2.000.000 di assistiti.

Box 1 – Mutua Liguria, un Fondo sanitario integrativo territoriale

A marzo 2013 in Liguria è stato creato un Fondo sanitario mutualistico territoriale integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) denominato «Mutua Liguria». È il secondo esempio in Italia, dopo il fondo sanitario regionale PensPlan del Trentino-Alto Adige, e consentirà ai cittadini di usufruire di prestazioni sanitarie integrative dei LEA e agli anziani di ricevere assistenza domiciliare integrata. La novità principale di questa mutua sta nel fatto che è aperta a tutti e, non essendo orientata al profitto, ha come obiettivo di dotare i cittadini di capacità negoziale collettiva nel rapporto con l'offerta di servizi e prestazioni in ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, attivando inoltre una connessione diretta con il territorio, rispetto tanto all'individuazione dei bisogni emergenti quanto alla valorizzazione degli erogatori (anche privati) di servizi e prestazioni. La partecipazione della Regione Liguria, che attraverso una nuova legge quadro regionale del Terzo settore (LR 42/2012) ha riconosciuto la mutualità integrativa tra i soggetti titolati a partecipare alle attività di programmazione, costituisce una novità, oltre che un traguardo importante. Il riconoscimento regionale farà sì che la mutua si attenga alle linee guida e ai protocolli di qualità e sia sottoposta a controllo sulle attività integrative.

L'iniziativa è partita nel giugno 2012 con la costituzione dell'Associazione «Per una mutua ligure», voluta da Legacoop Liguria, Fimiv e Mutua Cesare Pozzo in coerenza con le finalità del Progetto Salute Legacoop. L'Associazione intendeva costruire un network fra le realtà cooperative e mutualistiche maggiormente strutturate nei diversi settori, al fine di generare un'offerta basata sull'ottimizzazione dei processi relativi alla tutela della salute e del benessere dei cittadini, e aveva posto tra le sue finalità la creazione a livello regionale di un fondo sanitario mutualistico territoriale integrativo del SSN.

Mutua Liguria si è data come obiettivi quelli di: 1) dotare l'utenza pagante individuale di capacità negoziale collettiva nel rapporto con l'offerta dei servizi e delle prestazioni in ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale; 2) conferire in un collettore unico i contributi destinati alla sanità integrativa versati sia dai lavoratori dipendenti (o dalle aziende in loro favore) sia dai singoli cittadini, superando la dicotomia tra fondi aziendali chiusi ed esclusivi e fondi aperti alla società civile; 3) garantire, nella continuità del rapporto associativo e non limitatamente alla durata del rapporto di lavoro, il mantenimento delle prestazioni integrative lungo tutto l'arco di vita; 4) attivare una connessione diretta e dinamica con il territorio, al fine di individuare sia i bisogni effettivi sia i servizi e le prestazioni da erogare.

Gli schemi assicurativi proposti sono due, entrambi condizionati all'adesione volontaria (costo: 2 euro in qualità di socio ordinario) oltre che al versamento del contributo annuo (fiscalmente detraibile): il Piano Base A costa 25 euro l'anno e offre prestazioni e trattamenti sanitari e odontoiatrici a tariffario agevolato, nonché l'accesso a condizioni agevolate a prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie organizzate attraverso il sistema Prontoserenità; il Piano Base B offre in aggiunta servizi di assistenza medica 24 h a seguito di infortuni o malattia attraverso la centrale operativa di IMA Assistance – qui i costi variano a seconda delle necessità ma non superano comunque i 50 euro l'anno². Entrambi i piani comprendono i nuclei familiari.

L'erogazione delle prestazioni verrà affidata a circa 130 strutture convenzionate che operano sul territorio ligure. Queste includono 48 poliambulatori, 39 studi odontoiatrici e 12 case di riposo. Vi è inoltre la possibilità di accedere alle 1.500 strutture convenzionate a livello nazionale. Ci si avvarrà in particolare degli Ambulatori Genova Salute, nati per iniziativa delle cooperative sociali che hanno costituito nel capoluogo ligure e a Savona una rete sanitaria ambulatoriale di qualità per offrire prestazioni a tariffe contenute, soprattutto in campo odontoiatrico. Infine, per i servizi alla persona e alla famiglia il soggetto di riferimento è la Fondazione Easy Care.

² Per approfondire i piani e le modalità di erogazione dei servizi, si rimanda a Maino (2013a).

Sono, come si vede, numeri piuttosto ridotti. Perché crescano, occorrono uno sforzo collettivo e un piano di intervento analogo a quello attuato per la previdenza integrativa. Attraverso un'opportuna regolazione, infatti, si potrebbe indurre una maggiore partecipazione di fondi e assicurazioni al finanziamento della spesa sanitaria pubblica per ambiti ritenuti meritevoli di attenzione. Per un verso, occorrerebbe far perno sulla contrattazione collettiva e su opportuni incentivi fiscali. Per altro verso, e come accade in altri sistemi sanitari europei, il settore pubblico dovrebbe decidere di sviluppare servizi a pagamento, quali l'intramoenia, o di adottare forme di compartecipazione al costo, differenziate per tipologia di prestazione e in base alle caratteristiche economiche e sanitarie dei pazienti. Il mondo assicurativo chiede inoltre, sulla base di un principio di pari trattamento per strumenti che hanno le stesse finalità, di estendere alle polizze malattia i benefici fiscali previsti per i fondi: le prime infatti, oltre a non godere dei benefici, sono soggette a un'imposta sul premio pari al 2,5 per cento³ (cfr. ANIA 2013b). Chiede inoltre che, pur all'interno di un sistema sanitario di tipo universale, si vada verso una maggiore cooperazione tra pubblico e privato, tale da integrare offerta pubblica e intervento privato. Un esempio interessante in questa direzione è il Fondo sanitario integrativo regionale costituito in Liguria nella primavera del 2013 (cfr. box 1).

Non autosufficienza. L'Italia è interessata da un rapido processo di invecchiamento della popolazione, più accentuato rispetto agli altri paesi europei, che comporterà un forte aumento della spesa relativa all'assistenza agli anziani e in particolare alle persone non autosufficienti. Le previsioni OCSE, in effetti, confermano che la crescita della spesa pubblica italiana sarà largamente attribuibile al costo dell'assistenza agli anziani (*long term care*)⁴. A causa della particolare struttura demografica, che vedrà nei prossimi decenni quasi un anziano per ogni lavoratore attivo, la copertura dei costi a esclusivo carico di questi ultimi risulterebbe particolarmente gravosa e socialmente inaccettabile. Anche qui, dunque, appare indispensabile accompagnare all'intervento pubblico l'iniziativa pubblica privata, prevedendo adeguati benefici fiscali ai fondi e alle coperture assicurative per la non autosufficienza, unitamente a iniziative di sensibilizzazione che facilitino l'accumulo di risorse dedicate. La contrattazione collettiva può svolgere un ruolo di primaria importanza, eventualmente inserendo questa tipologia di copertura all'interno dei fondi di previdenza complementare. Un esempio di buona pratica nell'affrontare il problema è il Fondo bilaterale istituito da imprese e sindacati del settore assicurativo, interamente finanziato dal contributo dei datori di lavoro, pari attualmente allo 0,4 per cento della retribuzione lorda (cfr. paragrafo 4).

Previdenza integrativa. La demografia italiana pesa non solo sul problema della non autosufficienza, ma più in generale sulla copertura previdenziale per l'età anziana. Da un lato, il tasso di dipendenza (ovvero il rapporto fra persone con più di 65 anni e persone in età di lavoro) sta crescendo rapidamente ed è destinato a raggiungere il 60 per cento nel 2040 (cfr. Database Eurostat); dall'altro, i dati mostrano che negli ultimi anni la copertura pensionistica ha continuato a diminuire. Questo è avvenuto sia per la limitata rivalutazione del montante contributivo collegato all'andamento negativo del PIL sia

³ Le polizze malattia individuali in Italia sono circa 1.500.000.

⁴ Se nel 2008 gli anziani non autosufficienti erano circa 2 milioni, pari al 20 per cento della popolazione con più di 65 anni di età, due anni dopo, nel 2010, tale quota aveva già raggiunto il 30 per cento. Viste le dimensioni del problema, lo stanziamento di 50 milioni di euro previsto nella Finanziaria 2008 appare evidentemente insufficiente.

per le trasformazioni in atto nel mercato del lavoro, che hanno portato a minore continuità contributiva e a un appiattimento delle carriere. La riforma Fornero del 2011 è stata mossa appunto dalla necessità di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema, dando più completa e rigorosa attuazione al metodo contributivo per il calcolo delle pensioni del primo pilastro. Affinché tale metodo risulti socialmente sostenibile, ossia consenta ai pensionati di mantenere livelli di vita dignitosi, occorre però agire sui due fronti del secondo pilastro (previdenza complementare) e del terzo pilastro (risparmio individuale).

La previdenza integrativa o complementare è stata introdotta in Italia negli anni Novanta. Il cosiddetto secondo pilastro è costituito dai fondi di categoria chiusi, ossia ad adesione riservata agli appartenenti a una determinata categoria produttiva o occupazionale. Ai fondi chiusi si affiancano i piani pensionistici individuali, a cui tutti i cittadini possono aderire sottoscrivendo polizze assicurative (è questo il terzo pilastro), e i fondi pensionistici aperti, che rappresentano una soluzione a metà strada tra secondo e terzo pilastro (sono anch'essi sottoscrivibili da tutti i cittadini)⁵. Benché il legislatore sia intervenuto più volte a ridefinire la configurazione del sistema previdenziale – a partire dalla riforma Amato del 1992 fino alla riforma Fornero del 2011⁶ –, l'Italia continua a caratterizzarsi per una bassa incidenza della previdenza complementare. Soltanto un quarto circa dei lavoratori dipendenti del settore privato vi aderisce. I tassi di adesione sono particolarmente bassi fra i lavoratori che più avrebbero bisogno dell'integrazione pensionistica: giovani e dipendenti delle piccole e medie imprese. Mancano ancora all'appello i dipendenti pubblici e gran parte dei lavoratori autonomi. Inoltre, i contributi versati alla previdenza complementare sono generalmente modesti e insufficienti a coprire il divario previdenziale che si manifesterà nei prossimi decenni.

A fronte di tale difficoltà, non si può non sottolineare che le famiglie italiane mantengono una notevole propensione al risparmio, ridottasi negli ultimi anni ma solo per effetto della compressione dei redditi dovuta alla crisi, e detengono uno stock di attività finanziarie pari a circa quattro volte il loro reddito annuo disponibile. A ciò si aggiunga che il 70 per cento circa delle famiglie vive in una casa di proprietà. Il risparmio, inoltre, è meno concentrato rispetto ad altri paesi industrializzati: secondo i dati della Banca d'Italia, tre quarti delle attività finanziarie complessive delle famiglie fa capo a lavoratori dipendenti o a pensionati.

Alla luce di queste considerazioni, il mondo assicurativo chiede di introdurre maggiore flessibilità nel sistema previdenziale complementare⁷, riflettendo anche su come ridurre le distanze tra la previdenza complementare e le altre forme di risparmio, tenendo conto che in molti paesi le polizze vita, specie se hanno un orizzonte temporale di lungo termine, vengono considerate parte del sistema di welfare e, in quanto tali, hanno un trattamento fiscale più simile a quello della previdenza che a quello degli altri impieghi del risparmio.

⁵ Per approfondimenti si rimanda a Jessoula (2009), Marinelli (2011), Neri (2012).

⁶ Più nel dettaglio, dopo la riforma Amato vanno menzionate la riforma Dini del 1995, gli interventi correttivi voluti da Prodi (1997) e D'Alema (2000), la riforma Maroni-Tremonti del 2004 e quella Damiano del 2006-2007.

⁷ Andrebbero in questa direzione la possibilità di ripensare le scelte di conferimento del TFR da parte del lavoratore, o la piena portabilità del contributo del datore di lavoro, o ancora la possibilità di uscita dal sistema in caso di difficoltà nel raggiungere i requisiti del pensionamento di base (cfr. ANIA 2013b).

2. LA PERCEZIONE DELLA CRISI E LA DISPONIBILITÀ DEI CITTADINI A RICORRERE AL MERCATO ASSICURATIVO

Senza dubbio la crisi e i suoi effetti stanno facendo crescere nella pubblica opinione la consapevolezza dei problemi di sostenibilità del sistema di welfare, fino a pochi anni fa largamente ignorati: questioni percepite in passato come distanti o marginali si stanno rivelando problematiche per milioni di persone, ora particolarmente interessate a capire quale sarà il loro livello di benessere futuro.

Con un volume di premi lordi totale di 115 miliardi di euro nel 2011, il mercato assicurativo italiano è il settimo maggiore a livello mondiale e il quarto in Europa dopo Regno Unito, Francia e Germania. Dal 1991, il settore assicurativo italiano ha messo a segno una crescita annua del 7 per cento, supportata soprattutto dalla crescita nel segmento vita, che rappresentava nel 2011 il 68 per cento del mercato totale (rispetto al 27 per cento del 1991). Fra il 2008 e il 2011, tuttavia, ossia per effetto della crisi, la redditività del settore assicurativo è stata pari a zero o addirittura negativa (con la sola eccezione del segmento vita, che nel 2009 ha realizzato una modesta ripresa). La diffusione delle assicurazioni private sanitarie è ancora nettamente inferiore rispetto agli altri paesi europei (copre appena il 5 per cento della spesa privata sanitaria complessiva); analogamente, si rileva una certa diffidenza dei consumatori verso i prodotti che potrebbero compensare l'arretramento dello Stato: i prodotti previdenziali rappresentano appena il 2,1 per cento del settore vita, le polizze *long term care* addirittura meno dello 0,1 per cento (Swiss Re 2012). Vi sono dunque ampi margini per una crescita della domanda assicurativa di privati e aziende, e a stimolarla potrebbe concorrere anche la ridotta capacità dello Stato di alimentare il welfare pubblico.

A causa della crisi che non passa, alla maggior parte dei cittadini appare infatti sempre più chiaro che il welfare state non è più in grado di garantire il livello di servizi finora offerti. Come mostra una ricerca curata dal Censis per conto del Forum ANIA Consumatori, addirittura il 63 per cento degli italiani ritiene che il sistema di welfare pubblico non assicuri più una copertura adeguata a contrastare i diversi rischi e bisogni emergenti. Il 75,3 per cento pensa che il sistema vigente non sia più in grado di contenere le disegualianze sociali, l'82,5 che offra servizi disomogenei da territorio a territorio, il 78,9 lo giudica troppo costoso, mentre secondo l'86 per cento occorrerebbe un cambiamento radicale per dare maggiore copertura ad alcune forme di bisogno giudicate più urgenti (tabella 1).

Per il 19,6 per cento degli italiani (tabella 2) la contrazione della copertura pubblica si stabilizzerà negli anni a venire, mentre il 63,6 per cento ritiene che si accentuerà ancora. Le aspettative sulla tenuta del sistema pubblico di assistenza sociale sono dunque decisamente negative; tale diffusa percezione, tuttavia, non pare essersi tradotta in una coerente ricerca di soluzioni innovative.

La tendenza prevalente, infatti, pare essere ancora quella di affidarsi alle forme più tradizionali di autotutela, fiduciosi in particolare nella propria capacità di risparmio e nell'aiuto del nucleo familiare. In risposta al progressivo «rattrappimento» del welfare state, gli italiani intendono risparmiare di più in vista di future necessità (84 per cento), si propongono di tenere stili di vita morigerati per evitare di intaccare la propria salute o quella dei familiari (80 per cento) o confidano nella capacità di adattamento della propria famiglia (76,3 per cento). Solo il 30 per cento vede nelle polizze assicurative una via percorribile per far fronte ai rischi futuri (tabella 3). Sono in particolare i percettori di redditi bassi a vedere nell'integrazione assicurativa una strada difficile (solo il 20,1 per

cento la ritiene accessibile), mentre fra i soggetti con reddito medio poco più della metà del campione si dichiara interessato.

Tabella 1 – Opinioni sul welfare italiano, per classi di età (valori percentuali)

Pensando a previdenza, sanità, assistenza sociale, scuola, eccetera, il welfare italiano secondo Lei nel complesso:	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Offre una buona copertura per i vari rischi	40,1	37,7	35,2	37,0	37,0
Non offre una buona copertura per i vari rischi	59,9	62,3	64,8	63,0	63,0
Costa troppo in generale al bilancio pubblico, genera troppe spese	75,2	76,1	77,3	85,9	78,9
Non costa troppo in generale al bilancio pubblico, non genera troppe spese	24,8	23,9	22,7	14,1	21,1
Ci sono troppe differenze nella quantità/qualità dell'offerta tra le regioni/territori	82,5	85,9	87,9	87,8	86,6
Non ci sono troppe differenze nella quantità/qualità dell'offerta tra le regioni/territori	17,5	14,1	12,1	12,2	13,4
Va cambiato per dare copertura ai nuovi bisogni (ad esempio non autosufficienza)	86,9	84,4	89,1	83,2	86,0
Va bene così, in realtà i bisogni chiave sono coperti	13,1	15,6	10,9	16,8	14,0
Svolge un ruolo chiave per ridurre, contenere le ineguaglianze sociali	29,2	27,2	23,9	20,6	24,7
Non riesce nemmeno a contenere le diseguaglianze sociali	70,8	72,8	76,1	79,4	75,3

Fonte: Censis (2012)

Tabella 2 – Livello di ampiezza della copertura pubblica nel futuro, per area geografica (valori percentuali)

Ritiene che nel futuro (3-5 anni) l'ampiezza della copertura pubblica (sanità, previdenza, formazione, avrà:	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Un ampliamento	15,6	10,2	10,6	14,4	13,1
Una sostanziale stabilità	18,5	19,9	21,1	19,4	19,6
Una diminuzione	63,3	63,8	66,8	62,4	63,6
Non so	2,6	6,1	2,5	3,8	3,7

Fonte: Censis (2012)

Tabella 3 – Strumenti e risorse per fronteggiare eventuali rischi o imprevisti, per livello socio-economico (valori percentuali)

Livello socio-economico	Alto/ medio-alto	Medio	Basso/ medio-basso	Totale
• Cercare di risparmiare in modo da garantire più sicurezza a me e ai miei familiari	83,6	83,1	84,7	83,9
• Assumere comportamenti molto cauti, ad esempio adatti a salvaguardare al massimo la mia salute e quella dei miei familiari (es. visite mediche periodiche)	18,5	19,9	21,1	19,6
• Confidare nella capacità di adattamento della mia famiglia alle nuove necessità	70,5	74,7	78,8	76,3
• Impegnarsi nel lavoro al fine di ottenere un maggiore reddito	68,9	61,9	52,4	58,0
• Stipulare polizze danni (responsabilità civile infortuni, polizze sanitarie)	44,3	38,1	24,5	32,3
• Confidare nell'aiuto da parte di familiari/parenti/amici	21,3	30,2	33,2	31,0
• Stipulare polizze vita o fondi pensione (area previdenza)	50,8	37,7	20,1	30,4
• Sottoscrivere fondi di investimento	23,0	17,9	9,2	14,2

Fonte: Censis (2012)

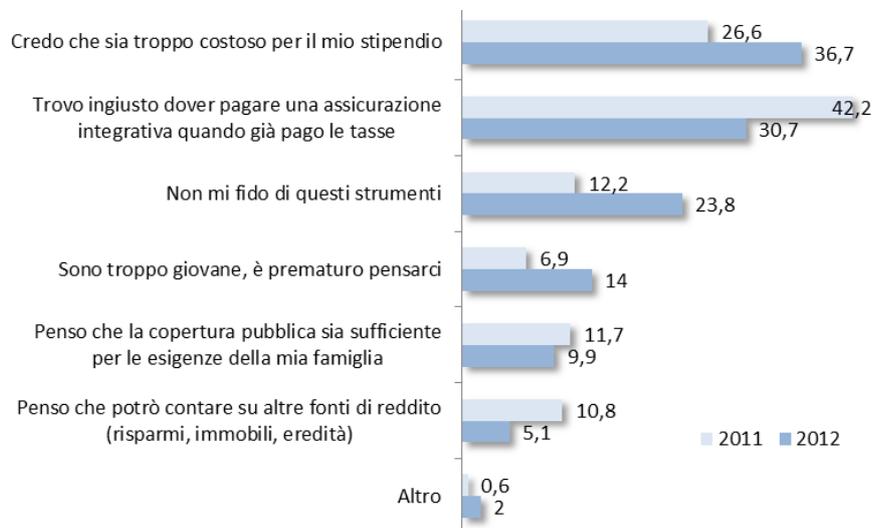
Nonostante la consapevolezza dei grandi cambiamenti in corso in tema di welfare, gli italiani sembrano dunque ancora restii ad affidarsi al sistema assicurativo per integrare le minori garanzie offerte dal pubblico. Perché?

Una ricerca svolta nell'ambito del progetto «Welfare, Italia: Laboratorio per le nuove politiche sociali» indica come tanto sul fronte sanitario (figura 1) quanto su quello previdenziale (figura 2) siano identificabili diversi fattori che limitano la domanda di prodotti assicurativi integrativi. In primo luogo c'è la questione dei costi, a detta di molti troppo elevati in un momento di crisi come quello attuale, che spesso richiede l'impiego delle risorse familiari per far fronte a situazioni di disagio immediate. Esistono poi alcune motivazioni di carattere «ideologico». Spesso, infatti, viene percepito come ingiusto il fatto che il cittadino, oltre all'alto livello di tassazione, debba pagare assicurazioni integrative per usufruire di servizi di welfare, e non mancano neanche coloro i quali dichiarano di «non fidarsi» degli strumenti offerti dalle assicurazioni. C'è infine chi, per ragioni di età o perché ha a disposizione risorse economiche aggiuntive, non ritiene necessario nell'immediato ricorrere a strumenti integrativi.

Se nel 2011 poco meno di un terzo del campione (il 31,9 per cento) aveva dichiarato di ritenere un'ingiustizia dover pagare prodotti previdenziali privati quando già versava tasse e contributi allo Stato e oltre due quinti (il 42,2 per cento) condivideva il giudizio in materia di sanità, nel 2012 entrambe le quote si riducono in misura sensibile (rispettivamente al 23,5 e al 30,7 per cento), mentre aumenta significativamente il numero di coloro che ritengono i prodotti previdenziali (30,6 per cento) e sanitari (36,7) troppo costosi e, dunque, non sostenibili per il budget familiare. Cresce pure, tuttavia, la «sfiducia generica», passata dal 12,2 al 23,8 per cento per i prodotti sanitari e dal 18,7 al 22 per cento per i prodotti previdenziali.

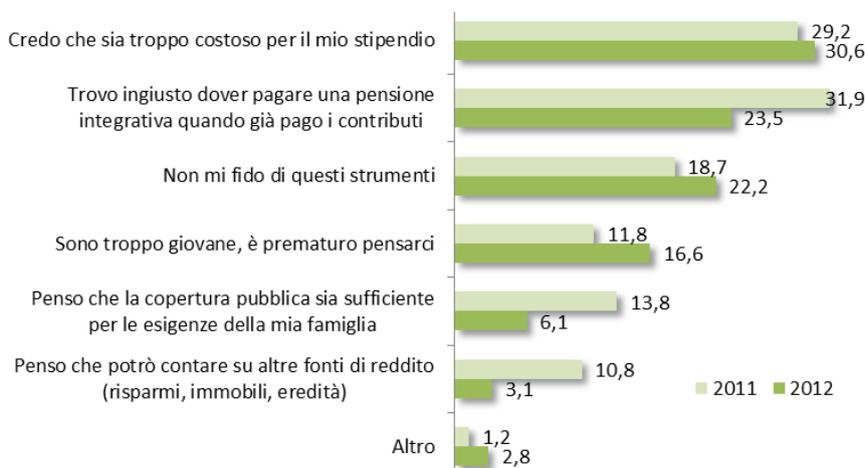
Si conferma pertanto chiaramente l'esistenza di un problema informativo, che rappresenta senza dubbio il primo ambito su cui le assicurazioni dovranno intervenire per allargare il proprio mercato, le cui attuali dimensioni risentono della mancanza di una cultura assicurativa diffusa.

Figura 1 – Motivi per cui non si intende acquistare in futuro prodotti sanitari integrativi (valori percentuali)



Fonte: Censis-Unipol (2012)

Figura 2 – Motivi per cui non si intende acquistare in futuro prodotti previdenziali integrativi (valori percentuali)



Fonte: Censis-Unipol (2012)

3. WELFARE E PRODOTTI ASSICURATIVI: L'OFFERTA

Pur con ovvie differenze fra le diverse compagnie, il mondo assicurativo nel suo complesso ha messo a punto un'offerta di servizi e prestazioni di welfare che è possibile ricondurre ad alcune definite tipologie di intervento. Con riferimento al rischio malattia, al rischio non autosufficienza e al settore sanitario-sociale, è possibile distinguere fra strumenti che si rivolgono alle persone e soluzioni pensate per il mondo aziendale. Con riferimento alla previdenza integrativa, invece, la distinzione principale è tra fondi pensione aperti e piani pensionistici individuali. Cominciamo l'analisi dalla sanità e dal rischio di non autosufficienza, dove troviamo polizze *long term care*, polizze *dread disease* e polizze di tipo misto.

Il contratto relativo alle polizze *long term care* prevede, in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, una rendita assicurata annua vitalizia rivalutabile, corrisposta in rate anticipate. La garanzia è vitalizia ed è operante anche quando il piano di versamento dei premi si è concluso⁸. La perdita di autosufficienza è riconosciuta quando l'assicurato raggiunge almeno un determinato punteggio, con i criteri e le modalità riportati nelle condizioni contrattuali previste dall'assicurazione prescelta. La copertura di non autosufficienza rappresenta una importante evoluzione delle coperture di rischio (tipicamente, morte/invalidità totale e permanente). La rendita vitalizia erogata in caso di non autosufficienza assume particolare rilievo sul piano sociale poiché risponde a un bisogno di maggiore sicurezza economica, a integrazione di quanto offerto dal Servizio Sanitario Nazionale, in presenza di progressivo invecchiamento della popolazione e trasformazione dei nuclei familiari verso modelli composti da uno o due persone.

Per *dread disease* si intende una copertura complementare, abbinata a un'assicurazione vita, contro il rischio di insorgenza di una malattia particolarmente grave e potenzialmente invalidante. Questa polizza ha finalità soprattutto previdenziali, offrendo sostegno economico in caso di una malattia che richieda costosi interventi chirurgici. Le malattie più frequenti previste dalla *dread disease* sono: infarto del miocardio; malattie che richiedono interventi di chirurgia cardiovascolare; ictus cerebrale; tumore o neoplasia maligna; insufficienza renale irreversibile; malattie che comportano la necessità di un trapianto d'organo.

Vi sono poi polizze di tipo misto, che coniugano le esigenze di risparmio e quelle di protezione sanitaria della famiglia, abbinando un piano di accumulo a premio annuo a una copertura di tipo *dread disease* o *long term care*, per proteggere l'autonomia dell'assicurato nella pianificazione e realizzazione del progetto di vita. Prodotti di questo tipo possono anche contenere clausole particolari, quali, ad esempio, la possibilità di chiedere anticipi al solo sospetto di una grave malattia, attivando così un prestito che consenta di affrontare le spese diagnostiche iniziali; o anche la possibilità, in caso di perdita del lavoro oppure di separazione o divorzio, di ottenere un prestito speciale senza interessi, utile per proteggere il piano di risparmio e le garanzie collegate in caso di eventi che rendano difficile il regolare pagamento dei premi.

Venendo ai prodotti di copertura sanitaria offerti alle aziende, si distingue sostanzialmente tra polizze di rimborso delle spese mediche, infortuni di tipo cumulativo, «caso morte e invalidità totale e permanente», *long term care*.

La polizza di rimborso delle spese mediche è indirizzata alle aziende o enti che vogliono offrire ai propri dipendenti/associati la copertura delle spese sostenute per le cure a seguito di infortunio o malattia, agevolando l'accesso alle strutture sanitarie anche private e consentendo all'assicurato di scegliere la soluzione più adatta alle sue necessità. Il contratto è strutturato in maniera flessibile e permette a ogni azienda di costruire la copertura che meglio risponde alle sue esigenze. La polizza tende a fidelizzare il personale dipendente, protetto così dalle conseguenze economiche dei problemi di salute. La copertura prevede l'assicurazione della totalità dei dipendenti o appartenenti a una determinata categoria e durata annuale con tacito rinnovo. Il premio di assicurazione vie-

⁸ La perdita di autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo presumibilmente permanente avviene quando l'assicurato è incapace di svolgere gli «atti elementari della vita quotidiana» (farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare) e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

ne calcolato in base all'età e alla zona geografica di residenza degli assicurati, nonché alle garanzie e ai massimali richiesti. L'assicurazione può coprire solo i dipendenti o anche i componenti del loro nucleo familiare (compresi i figli non conviventi, purché studenti e fino a 26 anni di età) e può essere composta da più prestazioni, a seconda delle esigenze e della disponibilità di spesa preventivata. Ad esempio, può prevedere il rimborso delle spese ospedaliere e chirurgiche con o senza intervento; il rimborso delle spese derivanti da interventi chirurgici ad alta specializzazione; la diaria sostitutiva giornaliera in caso di ricovero a totale carico del SSN o in reparti solventi; le prestazioni diagnostiche e terapeutiche extra-ricovero (TAC, RMN, eccetera); le visite specialistiche, esami e analisi di laboratorio; le cure oncologiche; le cure e terapie dentarie; le lenti correttive.

L'assicurazione infortuni cumulativa aziendale assicura invece i dipendenti contro gli infortuni sul posto di lavoro, durante gli spostamenti compiuti con diversi mezzi di trasporto quali auto, aereo e treno, nello svolgimento delle occupazioni familiari e domestiche e durante i momenti di svago e tempo libero. Una struttura flessibile e un'ampia gamma di garanzie permettono la creazione di contratti adattabili alle esigenze di ogni azienda, prevedendo coperture *ad hoc* per le diverse figure aziendali. L'assicurazione infortuni cumulativa aziendale consente anche di assolvere agli eventuali obblighi derivanti dai contratti collettivi nazionali di lavoro (CCLN). La copertura prevede l'assicurazione della totalità dei dipendenti o appartenenti a una determinata categoria e durata annuale con tacito rinnovo. Il premio di assicurazione viene calcolato in base alla classe di rischio degli assicurati (a seconda delle mansioni svolte: amministrative, commerciali/tecniche o con attività manuale) nonché alle garanzie e ai massimali richiesti. La prestazione principale è relativa al caso di invalidità permanente. Tale garanzia prevede la liquidazione di un indennizzo qualora l'assicurato riporti lesioni permanenti a seguito di un infortunio. Per determinate categorie professionali, quali dirigenti e quadri, la polizza riveste particolare importanza in quanto prevede condizioni e garanzie specifiche che consentono alle imprese di ottemperare agli obblighi contrattuali derivanti sia da CCLN che da accordi aziendali. La tutela del dipendente può essere prestata con somme fisse o collegate al reddito sulla base di multipli della retribuzione.

La copertura per il «caso morte e invalidità totale e permanente» prevede la liquidazione di un capitale in unica soluzione in caso di morte o morte/invalidità totale permanente. Per invalidità totale permanente dell'assicurato si intende la riduzione permanente della sua capacità di guadagno, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempre che l'assicurato, a seguito di tale evento, risolve il rapporto di lavoro in atto con la contraente. La copertura è rinnovabile annualmente; il premio viene calcolato in base all'età dell'assicurato all'ingresso in copertura (o al rinnovo annuale della copertura stessa), al capitale assicurato e al periodo di copertura (se inferiore all'anno). I capitali assicurabili vengono determinati di volta in volta da accordi collettivi, regolamenti aziendali, oppure possono essere concordati in un rapporto di mandato. Tali capitali devono comunque rispondere a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati. La durata annuale della copertura implica che il costo (premio di assicurazione) della copertura prescelta venga determinato all'entrata in copertura dell'assicurato e a ogni rinnovo, usualmente posto al 1° gennaio (per cui il primo premio può essere calcolato pro-rata), in funzione degli elementi demografici e finanziari (età ed entità della prestazione assicurata). Pertanto, il premio risulta crescente in funzione dell'età. La durata del contratto è solitamente pari a 5 anni (rinnovabile automaticamente di anno in anno alla scadenza).

L'assicurazione *long term care*, a sua volta, garantisce l'erogazione di una rendita annua vitalizia in caso di perdita di autosufficienza permanente nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è riconosciuta quando l'assicurato raggiunge almeno un determinato punteggio secondo criteri e modalità definiti nelle condizioni contrattuali. La rendita annua vitalizia iniziale viene corrisposta in rate anticipate mensili e si rivaluta a ciascuna ricorrenza annuale. Questa copertura ha la caratteristica di prevedere un premio annuo costante per tutta la durata contrattuale (usualmente pari a tre anni). Al termine del triennio di copertura e in caso di rinnovo, il premio è ricalcolato in base all'età dell'assicurato al momento del rinnovo.

Veniamo, infine, al rischio vecchiaia e al settore previdenziale. Qui sostanzialmente possiamo distinguere tra Fondi pensione aperti e Piani individuali pensionistici. I Fondi pensione aperti sono forme pensionistiche complementari alle quali possono iscriversi tutti coloro che, indipendentemente dalla situazione lavorativa (lavoratore dipendente o autonomo/libero professionista), intendano costruirsi una rendita integrativa della pensione di base (come suggerisce il termine «aperti»). Le aziende, ad esempio, possono istituire un piano pensionistico complementare a favore dei dipendenti attuali e futuri attraverso un fondo pensione aperto. Il finanziamento del piano pensionistico avviene con i versamenti dei contributi previsti dai CCLN. L'adesione a un Fondo pensione aperto è libera e volontaria e non è necessariamente legata alla condizione lavorativa. Si può quindi aderire anche se al momento non si svolge alcuna attività lavorativa. Il lavoratore dipendente privato può aderire al Fondo aperto su base individuale o su base collettiva. I lavoratori appartenenti a una determinata impresa possono aderire al Fondo pensione aperto secondo quanto stabilito dai contratti di lavoro, dagli accordi o dai regolamenti aziendali. Al momento dell'adesione, l'aderente sceglie uno o più comparti di investimento in cui far affluire le contribuzioni. La scelta dell'investimento può essere rivista dopo un anno. Il fondo pensione è finanziato, oltre che dal trattamento di fine rapporto (TFR), anche da una quota a carico dell'aderente, calcolata sulla base dei CCNL di categoria e indicata nella fonte istitutiva del fondo o nell'accordo aziendale, e da un contributo dal datore di lavoro. Il Fondo pensione aperto fornisce la possibilità di usufruire di importanti vantaggi fiscali sia sui contributi versati (deducibili) sia sulle richieste di liquidazione (tassate con aliquota agevolata).

I Piani individuali pensionistici di tipo assicurativo (PIP) sono forme pensionistiche complementari esclusivamente individuali, rivolte a tutti coloro che, indipendentemente dalla propria situazione lavorativa, intendano costruirsi una rendita integrativa alla pensione pubblica. Come i Fondi pensione aperti, anche i PIP sono costituiti sotto forma di patrimoni separati e autonomi rispetto a quello dell'impresa di assicurazione che li istituisce, e sono destinati esclusivamente al pagamento delle prestazioni agli iscritti. Il lavoratore dipendente al momento dell'adesione sceglie liberamente l'importo e la periodicità della contribuzione (entrambi modificabili in qualsiasi momento) e può versare anche il solo TFR. A seconda delle caratteristiche del PIP, l'iscritto sceglie di collegare la rivalutazione della sua posizione individuale a una gestione separata, oppure a uno o più fondi interni o Organismi di investimento collettivo del risparmio (OICR), oppure a una combinazione di queste due modalità. Anche per questi contratti è possibile usufruire dei vantaggi fiscali riservati alle altre soluzioni di previdenza complementare.

4. LE ASSICURAZIONI NEL SECONDO WELFARE

All'interno del secondo welfare possiamo distinguere due diverse funzioni del mondo assicurativo: quella delle compagnie assicurative come partner tecnico in grado di fornire la propria competenza per la gestione degli schemi di natura assicurativa, e quella invece delle assicurazioni come «attore sociale». Questa seconda funzione – svolta non tanto dalle singole compagnie quanto dagli attori collettivi che le rappresentano, come l'ANIA – è ben più ampia, complessa e politicamente rilevante. Tuttavia, entrambe le funzioni sono desiderabili e non mutuamente esclusive. La convinzione che il mondo assicurativo possa e debba avere un ruolo sociale – aiutare cioè la società a superare i problemi dello Stato sociale attraverso la proposta di soluzioni adeguate e accessibili per le famiglie – è infatti spesso ricordata nel dibattito pubblico ed espressa con convinzione dai nostri «testimoni», primo tra tutti il Presidente del Forum ANIA Consumatori, Silvano Andriani. Una consapevolezza, da parte degli attori sul mercato, che può dare ottimi risultati se «combinata» con le competenze tecniche e gestionali di cui le assicurazioni sono portatrici.

Un secondo aspetto molto importante da sottolineare in un'ottica di secondo welfare riguarda l'opportunità di dialogo, cooperazione e co-progettazione dell'attore assicurativo con gli altri protagonisti del secondo welfare. La forza progettuale del nuovo modello deriva infatti proprio dalla capacità di creare sinergie e mettere in comune risorse, siano esse economiche, umane, organizzative o relazionali. La vera novità è rappresentata dall'apertura a nuovi soggetti come preconditione per l'inizio di un «lavoro di rete» finalizzato alla costruzione di soluzioni comuni e comunitarie. Partendo dalla dimensione locale e territoriale, e coinvolgendo i privati e le parti sociali, ma anche il Terzo settore e i fornitori di servizi.

Per questo motivo, le sezioni che seguiranno presenteranno *best practices*, esempi, ma anche solo progetti e proposte, accomunati dal fatto di essere nati dall'incontro del settore assicurativo con partner diversi. Per mostrare come la responsabilità sociale del mondo assicurativo non solo sia possibile, ma inizi già a fiorire in numerosi contesti.

Assicurazioni e aziende. Quello tra compagnie assicurative e aziende che stipulano polizze di welfare per i propri dipendenti è un rapporto ormai consolidato. Fa infatti parte del *core business* delle assicurazioni quello di negoziare con le imprese interessate polizze assicurative di natura sanitaria che coprano intere categorie di dipendenti, se non anche tutta la forza lavoro. L'aspetto innovativo qui è rappresentato dalla possibilità di «personalizzare» l'offerta in base alle esigenze della popolazione aziendale: quello che è stato fatto, ad esempio, all'interno dell'ormai noto «Pacchetto Welfare» del Gruppo Luxottica (su cui cfr. in dettaglio il capitolo 2, paragrafo 3). La cassa di assistenza sanitaria istituita a partire dall'anno 2010-2011 copre i dipendenti degli stabilimenti e dell'ufficio di Milano assunti a tempo indeterminato, insieme con i loro familiari. La polizza sanitaria fornita da Unisalute⁹ in base alle esigenze dei dipendenti Luxottica include infatti, oltre alle visite odontoiatriche, un «pacchetto maternità» richiesto dall'azienda considerando che il 65 per cento della popolazione aziendale è composto da donne. Luxottica ha dunque acquistato per ogni dipendente, operaio o impiegato, una polizza assicurativa¹⁰. Il dipendente e la sua famiglia rimangono naturalmente a carico del si-

⁹ Fondata dal Gruppo Unipol nel 1995, UniSalute è la prima compagnia in Italia a occuparsi esclusivamente di assicurazione sanitaria.

¹⁰ Quadri e dirigenti già possedevano una propria polizza assicurativa.

stema sanitario nazionale, con il rimborso dei ticket, ma hanno anche la possibilità di recarsi in strutture private convenzionate per le visite specialistiche, nonché la copertura in caso di ricovero. Il pacchetto maternità prevede poi che le visite ginecologiche – così come accade per quelle odontoiatriche – siano effettuabili in qualsiasi struttura scelta dal dipendente. Si tratta quindi di un pacchetto molto simile a una polizza acquistabile sul mercato, a eccezione del fatto che non c'è alcuna differenza di costo in base allo stato di salute del singolo dipendente. Dall'istituzione della copertura sanitaria nel 2010 in poi, i successivi accordi integrativi hanno non solo continuato a prevedere la polizza, ma ne hanno di volta in volta ampliato la generosità¹¹.

Assicurazioni e parti sociali. Se le organizzazioni sindacali hanno da sempre un ruolo cruciale nella costituzione di fondi di natura sanitaria e previdenziale, è altrettanto vero che la difficile congiuntura economica e la crescente complessità gestionale spingono verso la richiesta di sempre maggiore competenza e professionalità a tutela degli investimenti delle persone. Anche a fronte delle iniziative di sindacati e organizzazioni datoriali, dunque, le assicurazioni rappresentano un importante partner tecnico a garanzia del migliore funzionamento dei fondi. Proprio in questo ambito welfare «assicurativo» e «contrattuale» si intrecciano: una collaborazione fra attori e tradizioni diverse che può produrre sistemi di tutela sociali e «socializzanti», ma al tempo stesso «professionali». Da un lato ci sono le organizzazioni sindacali e datoriali che sempre più spesso – soprattutto a livello territoriale – cercano il raggiungimento di soluzioni condivise (cfr. ad esempio, nel capitolo 2, l'esperienza di Unindustria Treviso). Dall'altro c'è la disponibilità delle assicurazioni a essere partner in progetti innovativi di tutela dei lavoratori e delle famiglie, di fronte anche all'interesse derivante dalla capacità delle parti sociali di «aggregare» le piccole realtà territoriali e costituire insieme una «massa critica» rilevante. Si può dunque pensare a uno scambio: a fronte di un impegno dei rappresentanti di lavoratori e imprenditori a raccogliere adesioni, le compagnie assicurative possono usare la propria competenza gestionale per studiare sistemi ritagliati sui bisogni della popolazione di riferimento. Nulla di molto diverso dall'esempio della polizza sanitaria «personalizzata» richiesta da Luxottica in base ai bisogni specifici del proprio personale, di cui abbiamo appena parlato.

All'incontro tra mondo assicurativo e sindacati attiene poi tutto il «capitolo» che riguarda la contrattazione collettiva. Una *best practice* da citare riguarda proprio il già ricordato contratto collettivo nazionale del settore assicurativo, che fin dal 2003 istituiva il Fondo unico nazionale LTC a tutela del rischio di non autosufficienza dei dipendenti del settore. Il fondo, costituito nel 2005 dall'ANIA e dalle organizzazioni sindacali FIBA/CISL, FISAC/CGIL, FNA, SNFIA e UILCA, ha il compito di fornire prestazioni assistenziali in relazione all'insorgenza di eventi imprevisti e invalidanti tali da compromettere l'autosufficienza¹². Beneficiari sono tutti i lavoratori dipendenti non dirigenti delle imprese di assicurazione o di enti che adottano il CCNL del 18 luglio 2003 in forza dal 1° gennaio 2004, nonché il personale andato in pensione con contratto assicurativo, sempre dalla stessa data. Ogni 5 anni il fondo definisce l'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili, che attualmente consistono in una rendita di 12.253

¹¹ L'ultimo contratto integrativo del Gruppo Luxottica, firmato dalle parti il 4 luglio 2013, prevede infatti «ampliamento ulteriore delle coperture assicurative per spese diagnostiche e specialistiche attualmente non previste dal piano sanitario integrativo».

¹² Per maggiori informazioni circa il funzionamento del fondo, si rimanda alla sezione dedicata [www.ltc.ania.it] del portale ANIA.

euro, pagabile al verificarsi dello stato di non autosufficienza e finché il beneficiario rimanga in vita in tale stato¹³. Nel 2013 gli iscritti al Fondo sono più di 56.000, in costante crescita rispetto ai circa 41.000 del 2004. Cresce anche la quota di donne tra i beneficiari, che arriva nel 2013 al 47 per cento.

Il tema della non autosufficienza, «esplosivo» nel nostro paese solo negli ultimi anni, è invece largamente discusso all'estero, specialmente in quei paesi che – come l'Italia – sentono drammaticamente il problema dell'invecchiamento demografico. Il dibattito sulla necessità e i costi della *long term care* non può ignorare la questione dell'obbligatorietà dell'assicurazione, come dimostra il caso tedesco, ricostruito nel box 2.

Box 2 – La *Pflegeversicherung* in Germania

La normativa tedesca risale al 1994 e definisce la prima legislazione completa in materia di tutela dei soggetti non autosufficienti. Si tratta di fatto del «quinto ramo» delle assicurazioni sociali tedesche. Infatti, l'architettura del nuovo istituto segue il modello «bismarckiano» delle assicurazioni sociali, innestandosi su quello preesistente delle assicurazioni di malattia¹⁴.

Con l'entrata in vigore della nuova normativa, da gennaio 1995, è stata introdotta la copertura assicurativa long term care (Pflegeversicherung) tramite un fondo pubblico di assistenza per i non autosufficienti. Sono state previste due fasi di attuazione: nella prima è stata garantita la sola assistenza domiciliare; a partire da luglio 1996 è stata introdotta anche l'assistenza presso strutture residenziali. Gli enti incaricati di gestire il fondo di assistenza sono le Casse di assistenza, enti di diritto pubblico senza fini di lucro dotati di autonomia gestionale e sottoposti a vigilanza pubblica. Si tratta di fondi istituiti presso le Casse mutue sanitarie. Ogni Cassa sanitaria ha costituito all'interno della propria struttura una Cassa di assistenza per la non autosufficienza a favore dei propri iscritti, gestita dal proprio personale amministrativo. Coloro che godono di assistenza sanitaria erogata da una compagnia assicurativa privata devono stipulare obbligatoriamente una polizza contro il rischio di non autosufficienza. I beneficiari della prestazione sono i residenti di qualsiasi età, che necessitano di aiuto per svolgere le azioni quotidiane ricorrenti. Lo stato di bisogno si distingue in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche. I benefici e le prestazioni ricevuti corrispondono a tre livelli di necessità: livello I (rilevante): il bisogno si manifesta una volta al giorno in relazione all'igiene personale, all'alimentazione o a un minimo di due categorie di quelle definite sopra; livello II (grave): il bisogno si manifesta almeno tre volte al giorno in relazione a due categorie di quelle in precedenza menzionate; livello III (gravissima): il bisogno si manifesta in qualsiasi orario per ogni giorno della settimana in relazione a tutte le categorie descritte dalla normativa.

Selezionando una copertura erogata dalle Casse di assistenza, i beneficiari possono scegliere nell'ambito dell'assistenza domiciliare fra prestazioni in natura, importi in denaro o prestazioni combinate in natura e denaro. Sono inoltre previste prestazioni ulteriori per i costi di adattamento che facilitino l'assistenza di lungo periodo, per i costi per modificare l'abitazione e per corsi di assistenza riservati ai familiari o ai volontari.

¹³ Lo stato di non autosufficienza, come definito dal Regolamento del Fondo, avviene quando la persona perde in modo permanente la capacità di svolgere i seguenti «atti elementari della vita quotidiana»: farsi il bagno; vestirsi e svestirsi; igiene del corpo; mobilità; continenza; bere e mangiare. A ciascuna di queste azioni è assegnato un punteggio in base a tre gradi di autonomia – può quindi essere 0, 5 o 10 – e lo stato di non autosufficienza si ha al raggiungimento di 40 punti.

¹⁴ Le informazioni sul caso tedesco sono tratte da Madama e Maino (2012).

Qualora il soggetto richieda cure particolari, che non possono essere prestate a domicilio, si può ottenere un'assistenza part-time. Nell'ipotesi che ciò non sia sufficiente, si accede a un altro piano, denominato short-time care, che fornisce le prestazioni ulteriori ritenute necessarie. Da aprile 2002 le persone sono autorizzate a beneficiare di una prestazione aggiuntiva – qualora siano ritenute non autosufficienti e bisognose di assistenza, il che viene accertato dal Servizio Medico dell'assicurazione malattia – rispetto a quella fornita dal sistema per la long term care. Generalmente questo gruppo di assicurati include casi di demenza senile o di malattie psichiatriche. Le prestazioni sono basate sull'assistenza domiciliare o in casa di cura e sono fondate su due principi generali: 1) la riabilitazione ha sempre la precedenza rispetto all'assistenza; 2) l'assistenza domiciliare ha sempre la precedenza rispetto all'assistenza in casa di cura. L'assistenza presso case di cura prevede costi variabili tra 1.023 e 1.432 euro al mese a seconda che l'assistito si collochi nel livello di necessità I (rilevante), nel livello II (grave) o nel livello III (gravissima). Tali benefici tuttavia non vengono corrisposti in pieno qualora l'assistito abbia già richiesto prestazioni superiori a un certo importo. Scegliendo una garanzia assicurativa, sono viceversa erogati i soli importi monetari senza alcuna prestazione ulteriore.

Assicurazioni e Terzo settore. Assicurazioni e Terzo settore sono due mondi che, sebbene storicamente piuttosto lontani, stanno oggi acquisendo consapevolezza del proprio ruolo di supporto a un welfare in difficoltà. Già nel 2012 ANIA e Fondazione Cariplo avevano condotto insieme la ricerca *Assicurazioni per persone con disabilità e le loro famiglie. Analisi dei bisogni, soluzioni e proposte*: uno sforzo congiunto che testimonia la volontà di instaurare un dialogo tra attori del settore privato in una sinergia virtuosa, con l'obiettivo ultimo di produrre soluzioni concrete. Lo studio unisce infatti l'industria assicurativa e il privato sociale nel tentativo di trovare risposte nuove per tutelare la disabilità. Una condizione che preoccupa sempre più le famiglie, che sentono di non riuscire a coprire i bisogni dei propri cari con l'accumulazione di capitale «fai da te», e vivono con angoscia il «durante noi», travolto dai tagli all'assistenza pubblica, ma ancor più il «dopo di noi». L'analisi, che propone alcune soluzioni assicurative elaborate a partire da dati americani sulla disabilità, evidenzia la crescente specificità dei bisogni sociali, che richiedono assistenza mirata e coinvolgimento diretto dei beneficiari. È essenziale che gli operatori del mercato assicurativo usino il proprio *know how* per l'innovazione dei prodotti, mentre il Terzo settore può contribuire a promuovere l'aggregazione della domanda necessaria per la «socializzazione del rischio». Se infatti il mercato e la concorrenza fra operatori sono il miglior motore per l'innovazione di prodotto, è altrettanto vero che il Terzo settore ha l'importante compito di favorire l'incontro tra domanda e offerta, nonché di sensibilizzare famiglie e associazioni verso una nuova consapevolezza e «cultura» del rischio.

Senza però dimenticare il ruolo delle istituzioni pubbliche. Non solo perché lo Stato rimane il primo e imprescindibile fornitore di servizi e sostegno economico, ma anche perché è compito del pubblico definire con chiarezza i confini della propria azione così da consentire alle famiglie di organizzare le proprie risorse (anche mediante la sottoscrizione di polizze assicurative, e qui la «prova dei mezzi» non deve essere tale da scoraggiare chi si impegna in questa direzione) sulla base di strumenti pubblici sicuri e duraturi nel tempo. Se l'assicurazione è una forma «pulita» per garantire alla persona con disabilità ciò di cui ha bisogno anche dopo la perdita dei genitori, è indispensabile che essa sia inserita in un sistema di servizi e regolazione pubblica che ne garantisca il migliore utilizzo: il privato, in altre parole, dovrebbe farsi promotore di soluzioni nuove studiate in sinergia con un settore pubblico che, inserendosi nella relazione tra cittadino e compagnia assicurativa al fine di garantirne correttezza e trasparenza, è imprescindibile per dare credibilità al modello.

Alcuni rappresentanti delle compagnie assicurative¹⁵ hanno reagito ricordando l'importanza del ruolo sociale del settore e auspicando la nascita di «risposte di sistema» che tutelino non i singoli bensì la collettività, assicurando anche una corretta informazione circa le possibilità esistenti. Il mercato assicurativo deve in effetti farsi carico di elaborare soluzioni in termini di servizi da affiancare alla rendita monetaria: il vero problema, specialmente in alcune aree del paese, è proprio l'accesso alle prestazioni.

Le compagnie assicurative dispongono del *know how* per studiare prodotti *ad hoc*, offrire prezzi competitivi, fare un'informazione corretta e completa, ma manca un sistema di *providers* strutturato intorno al potenziale mercato. Il dialogo con le associazioni del Terzo settore rimane prezioso per fornire risposte appropriate e favorire l'aggregazione di domanda e offerta, in ambito di disabilità e di non autosufficienza. Un nuovo sistema di partnership consentirebbe alle Fondazioni di promuovere soluzioni di lungo periodo, ossia non destinate a «morire» con la fine del finanziamento, mirate all'attivazione dei beneficiari e in grado di autosostenersi senza ricorrere necessariamente a contributi a fondo perduto. Per il mondo assicurativo si tratterebbe di un *trade-off*: la scelta di un minor guadagno a fronte della disponibilità di un nuovo ed esteso bacino di beneficiari.

Assicurazioni e società. È innegabile che le assicurazioni, pur soggetti «for profit», siano profondamente «intrecciate» alla vita dei cittadini e ai rischi che essi corrono, siano questi di natura sanitaria, economica o sociale. Proprio per questo è nata, su impulso del mondo assicurativo, una esperienza innovativa di concertazione «dal basso», come ama definirla il suo presidente Silvano Andriani¹⁶. Si tratta del Forum ANIA Consumatori, occasione di incontro periodico fra i rappresentanti del mondo assicurativo e le associazioni dei consumatori per discutere i problemi, cercare soluzioni comuni e condivise, studiare percorsi di informazione e formazione utili ai cittadini. Il Consiglio, fondato nel 2008, è composto da 11 rappresentanti delle compagnie di assicurazione, 8 delle associazioni dei consumatori, 3 soggetti indipendenti e dal Presidente.

Il Forum ha sviluppato la maggior parte delle sue iniziative nell'ambito della formazione, per far sì che i cittadini siano più consapevoli dei rischi sociali, della loro natura e della varietà di risposte a disposizione, attraverso un'attività condotta anche attraverso le scuole. Un contributo importante alla costruzione e alla diffusione dell'economia finanziaria tra i giovani viene infatti dal progetto «Io&irischi», realizzato dal Forum in collaborazione con l'Università Cattolica, l'Università Bocconi e l'Associazione europea per l'educazione economica. Avviata nell'anno scolastico 2010-2011 come progetto pilota nelle Regioni Lombardia e Lazio (con la partecipazione di 12 scuole secondarie di primo grado), l'iniziativa si rivolge alle scuole e alle famiglie per promuovere nelle nuove generazioni una maggiore consapevolezza del rischio e una cultura della sua prevenzione e gestione nel corso della vita. Approdato quest'anno alle scuole superiori, «Io&irischi» si propone di affrontare, con approcci diversificati nei diversi gradi e ordini di scuola, tematiche sensibili e imprescindibili per un'educazione finanziaria: i concetti di rischio, prevenzione e mutualità, esplorati nel percorso per i pre-adolescenti; la prevenzione, la pianificazione e la previdenza messe a fuoco nella proposta per gli studenti del triennio degli istituti tecnici e professionali. Per l'anno scolastico 2013/14 Io&irischi coinvolge più di 400 classi e 10.000 studenti¹⁷.

¹⁵ Presenti durante la presentazione milanese della ricerca avvenuta nel maggio 2012 in occasione di Reatech, la «fiera della disabilità».

¹⁶ L'intervista al Presidente del Forum ANIA Consumatori è stata pubblicata sul sito www.secondowelfare.it il 29 ottobre 2012.

¹⁷ Per approfondire il progetto «Io&irischi» si rimanda a Maino (2013c).

Il Forum ANIA Consumatori promuove inoltre studi e ricerche. Con l'aiuto del Censis, ha dato vita a un percorso di analisi e dibattito sul ruolo di numerosi soggetti – come lo Stato e le amministrazioni locali, ma anche il mondo delle imprese e la società civile – nella costruzione di un sistema di welfare sostenibile. La prima fase del percorso (costituita dalla pubblicazione dello studio del 2010 *Gli scenari del welfare. Tra nuovi bisogni e voglia di futuro*) ha evidenziato l'incapacità del sistema di welfare attuale di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni sociali, mentre la seconda (iniziata nel dicembre 2012 con la presentazione dell'indagine sulla percezione degli italiani rispetto ai rischi sociali: *Le nuove tutele oltre la crisi*) si propone di avviare una riflessione circa le possibili soluzioni e l'apporto che ciascuno degli attori politici, economici e sociali può dare a una nuova organizzazione del welfare.

Assicurazioni ed enti locali. Se aziende e sindacati possono costituire bacini di utenza attraverso l'aggregazione dei singoli lavoratori, anche gli enti locali possono operare in maniera analoga, predisponendo coperture assicurative per i propri cittadini. Con riferimento all'assistenza medica, è in via di definizione il progetto di un Fondo sanitario «solidale» rivolto ai cittadini del Comune di Carugate (in provincia di Milano, con circa 15.000 abitanti) illustrato nel box 3. È interessante anche quanto accaduto a Sogliano al Rubicone (nel Cesenate, 3.200 abitanti), dove fra 2009 e 2010 il Comune ha offerto a tutti i residenti occupati a tempo indeterminato una polizza assicurativa contro la perdita del lavoro. Il progetto faceva parte di un pacchetto di servizi finanziato dai proventi dell'attività di smaltimento rifiuti: assegni per i nuovi nati, rette agevolate all'asilo, contributi per l'università, libri gratis per gli studenti delle scuole medie, contributi per i mutui sulla casa. La polizza riconosceva, in caso di licenziamento, un indennizzo mensile di 400 euro per ciascun lavoratore per la durata di un anno. Il contributo non sostituiva le obbligazioni e prestazioni a carico del datore di lavoro, dell'INPS o di altri enti di natura pubblica o privata, ma operava invece in via integrativa per consentire il mantenimento del tenore di vita del lavoratore e della sua famiglia.

Un progetto innovativo anche per le assicurazioni: delle 46 invitate a partecipare al bando, solo una, Net Insurance, ha alla fine accettato la sfida e proposto un piano soddisfacente. Nonostante l'iniziale curiosità da parte del mercato assicurativo, in molti ha prevalso la paura di «creare un precedente» senza poter valutare concretamente il rischio. Durante l'anno di copertura, dal giugno 2009 al giugno 2010, ci sono state cinque domande, di cui una respinta e quattro invece regolarmente coperte dall'assicurazione. A fronte di 40.000 euro di premi, la compagnia ne ha versati circa 47.000 in pagamenti: un saldo negativo, ma accompagnato da un notevole ritorno di immagine. Il problema però rimane: gli assicuratori hanno bisogno di regole attuariali, serie storiche e «frequenza di sinistralità» per calcolare i costi della copertura, informazioni possedute dall'INPS ma non dalle compagnie assicurative. Nel caso di Sogliano, ad esempio, la percentuale attesa, ricavata in via indiziaria, era del 2 per cento, mentre quella reale è stata del 2,3. In mancanza di dati utili, e «allarmata» dal grande interesse suscitato dall'iniziativa tra enti locali e consorzi di province e comuni in diverse regioni, Net Insurance ha dovuto riconoscere pubblicamente di non avere al proprio interno le forze per intraprendere questo nuovo business in maniera strutturata¹⁸.

¹⁸ Il *core business* di Net Insurance S.p.A. è costituito dalla tutela dei cosiddetti «prestiti con cessione del quinto», operando dunque sui rischi connessi all'occupazione ma nel contesto della tutela di istituti bancari che concedono prestiti a lavoratori dipendenti. L'azienda non dispone quindi della

Box 3 – Fondo sanitario integrativo territoriale: il caso di Carugate

La proposta – avanzata in occasione delle elezioni comunali del 2011 dalla Lista Civica ProCarugate – è quella di offrire alla comunità locale la possibilità di un'assistenza medica integrativa grazie alla costituzione di un Fondo sanitario integrativo territoriale che faciliti e migliori per tutti i cittadini residenti l'accesso ai servizi socio-sanitari specialistici, garantendo anche l'erogazione di servizi medici gratuiti o comunque a condizioni agevolate e prezzi inferiori rispetto a quelli offerti dal mercato. La proposta è stata rivista, articolata e presentata alla cittadinanza nel dicembre 2012, in occasione di un incontro pubblico durante il quale ProCarugate si è impegnata a individuare modalità di collaborazione tra pubblica amministrazione, Terzo settore e privati per la realizzazione del Fondo sanitario.

La parte più ambiziosa e innovativa del progetto prevede la distribuzione a tutti i residenti a Carugate di una Card per ottenere agevolazioni in un network di strutture sanitarie e di medici specialisti convenzionati con sconti tra il 15 e il 30 per cento rispetto ai prezzi medi nazionali. Il possessore della tessera potrà richiedere accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, interventi chirurgici, prestazioni odontoiatriche, prestazioni di natura estetica o acquistare lenti da vista. Il Fondo include anche il sostegno agli anziani in condizioni di non autosufficienza con servizi organizzati sul territorio e con aiuti economici mirati alla cura e riabilitazione presso la Onlus Casa dell'Anziano «San Camillo», casa di cura e RSA funzionante nel territorio comunale da molti anni¹⁹.

Tra i servizi qualificanti del Fondo i promotori puntano sulla prevenzione dei tumori maschili e femminili, in collaborazione con gli enti del territorio, su una visita oculistica per ragazzi di età 11-14 anni e sulla prevenzione dentale per i bambini dagli 8 ai 10 anni. Aderenti del Fondo dovrebbero essere tutti i cittadini residenti a Carugate, indipendentemente dalle loro capacità di reddito e patrimoniale, prevedendo forme di sostegno per i meno abbienti. I finanziatori del Fondo dovrebbero essere soggetti privati, banche e aziende locali, oltre alle famiglie. Il Comune, che ha dichiarato disponibilità a concedere un patrocinio, verrebbe quindi ad affiancarsi a istituzioni locali come la Caritas o le banche che agiscono sul territorio, insieme ad altri soggetti ancora da individuare. Erogatori infine dovranno essere gli enti territoriali, la ASL, i centri diagnostici, specialistici e dentistici del territorio, tra cui la Casa «San Camillo» per la parte legata all'assistenza per la non autosufficienza.

L'amministrazione di Sogliano ha così realizzato, con una spesa di circa 33.000 euro, il primo esperimento di polizza assicurativa contro la perdita del lavoro in Italia. Sebbene non sia stata rinnovata per il 2010-2011, questa polizza ha suscitato l'interesse di numerosi enti locali, che hanno raccolto informazioni e contattato la compagnia assicurativa per valutare la possibilità di stipulare polizze analoghe. Nonostante l'impossibilità da parte di Net Insurance di far fronte a una domanda che esiste e andrà espandendosi, l'esempio di Sogliano al Rubicone apre una nuova via e offre uno spunto di riflessione anche per il settore privato.

base statistica necessaria per la corretta predisposizione della tutela di un altro rischio, come quello della perdita involontaria del lavoro. Per maggiori informazioni si rimanda a www.netinsurance.it, il sito web della Compagnia.

¹⁹ Per approfondire i servizi del progetto di Carugate si rimanda a Maino (2013b).

5. ASSICURARSI CONTRO IL RISCHIO DI DISOCCUPAZIONE IN EUROPA

Di fronte al massiccio aumento della disoccupazione, e del gran numero di persone che – per questioni contrattuali e per mancanza dei requisiti – rimangono «scoperte» dal sistema pubblico, il rischio di disoccupazione colpisce più che in passato. Negli ultimi anni anche nel nostro paese è iniziato il dibattito circa l'opportunità di cercare nuovi strumenti di natura assicurativa per integrare i sussidi pubblici e «attutire il colpo» laddove manchi del tutto il supporto economico. Un tema molto delicato, non solo per i cittadini ma anche e soprattutto per le compagnie assicurative: si tratta infatti di un rischio difficilmente «classificabile» e prevedibile su basi attuariali. Senza contare che un buon funzionamento di questi schemi necessiterebbe di un alto grado di «socializzazione del rischio», attraverso il coinvolgimento di un'ampia platea di iscritti.

Se in Italia siamo ancora ai primi tentativi – come l'esperienza di Sogliano al Rubicone descritta nel paragrafo precedente –, esistono invece interessanti esperienze internazionali di partnership fra i diversi attori del welfare. Il caso più significativo è quello dei fondi assicurativi contro il rischio di disoccupazione in **Svezia**. A differenza di infortunio, vecchiaia e malattia, il rischio di disoccupazione in Svezia non è tutelato da uno schema pubblico di assistenza. Fermo restando che il lavoratore disoccupato ha diritto a un assegno pubblico, è lo Stato stesso a incoraggiare tutti i cittadini ad aderire a uno dei fondi volontari tramite i quali ottenere, in caso di disoccupazione, un sussidio più generoso e commisurato al proprio ultimo stipendio. I fondi assicurativi contro il rischio di disoccupazione sono divisi per categorie occupazionali e settori produttivi. Gestiti dai sindacati, sono però formalmente indipendenti: l'adesione non avviene automaticamente per gli iscritti al sindacato, ma richiede un'iscrizione separata. Fin dagli inizi del secolo scorso i sindacati svedesi hanno amministrato fondi assicurativi volontari, che hanno però nel tempo dimostrato importanti limiti in termini di copertura dei lavoratori più a rischio e capacità di erogazione dei sussidi, rendendo pertanto opportuno un intervento pubblico. Negli anni Venti del secolo scorso fu istituito il sistema «Ghent» – dal nome della cittadina belga che lo adottò per prima nel 1901 – che prevede l'erogazione di sussidi pubblici ai sistemi gestiti dai sindacati. Il modello, diffuso in quegli anni anche in Belgio, Francia, Olanda e nei paesi del Nord Europa, dopo la seconda guerra mondiale venne sostituito ovunque, tranne che in Svezia e Danimarca²⁰, da sistemi di assicurazione obbligatoria.

Il sistema svedese è composto da 31 fondi di natura privata, che devono per legge avere almeno 10.000 iscritti ed essere registrati al National Labour Market Board (Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS). Sono formalmente indipendenti dai sindacati, anche se sono associati ad alcuni di questi tanto da coprire le stesse categorie di lavoratori. Il controllo pubblico sul sistema si esercita attraverso l'AMS, che ne stabilisce le regole, e l'Unemployment Insurance Board (IAF), che ne supervisiona il funzionamento. I fondi sono finanziati da contributi pubblici e versamenti a carico degli iscritti, e presentano costi di gestione molto diversi fra loro. Tale variabilità, che dipende dalla struttura del rischio per le diverse categorie di lavoratori e dal numero degli iscritti, contribuirà in futuro ad aumentare la competizione tra fondi. Con la separazione formale dei fondi dai sindacati di riferimento, i lavoratori possono rimanere iscritti al proprio sindacato e optare per un fondo più economico, a patto che abbiano i requisiti occupazionali per aderirvi. La struttura si completa poi con un sussidio minimo di disoccupazione che

²⁰ Per approfondire il sistema Ghent si rimanda a Vandaele (2006) e Kjellberg (2006).

copre tutti coloro che sono stati occupati per un periodo di tempo minimo. Lo strumento è stato introdotto con la riforma del 1997 in sostituzione del Kontanta Arbetsmarknadsstöd (KAS), assistenza finanziata con la tassazione generale per l'erogazione di sussidi minimi ai lavoratori non iscritti a uno dei fondi o che non soddisfacevano i requisiti (Ministry of Health and Social Affairs 2009). Sia il sussidio del 1997 che il precedente KAS sono caratterizzati da condizioni più severe dei fondi privati, in termini tanto di generosità delle erogazioni quanto di durata della copertura. Benché il legame tra fondi privati e sindacati rimanga stretto, come dimostrato dal fatto che la maggior parte degli iscritti ai primi sono affiliati anche ai secondi, nel 1998 la separazione formale fra i due è stata evidenziata dalla nascita del fondo indipendente Alfa (Alfa-Kassan), la cui caratteristica distintiva rispetto ai fondi di ispirazione sindacale consiste nell'essere aperto a tutti i lavoratori indipendentemente dal settore di occupazione²¹. Nonostante il numero degli aderenti sia cresciuto considerevolmente negli ultimi anni, rimane comunque una realtà di nicchia rispetto al vasto numero di iscritti ai fondi di settore.

La coalizione di centro-destra che ha vinto le elezioni in Svezia nel 2006 ha apportato cambiamenti significativi, nel tentativo di ridimensionare il ruolo dei fondi assicurativi privati. Condizioni di ammissibilità più restrittive e *benefits* meno generosi sono stati accompagnati da aumenti rilevanti dei versamenti a carico del dipendente, in passato contenuti grazie al più consistente contributo pubblico. È stata aumentata anche la differenza negli importi richiesti dai diversi fondi, proporzionata ai tassi di disoccupazione dei diversi settori. Queste misure hanno portato a un abbassamento del numero degli iscritti del 6 per cento già ad aprile 2007 (cfr. Clasen e Viebrock 2008). Nonostante la recente iniziativa legislativa abbia indubbiamente reso l'adesione a un fondo volontario privato meno conveniente che in passato, il sistema assicurativo svedese rimane caratterizzato da costi ragionevoli in capo al singolo e sussidi generosi in caso di disoccupazione. È tuttavia probabile che i lavoratori faranno sempre meno la scelta «automatica» di iscriversi al fondo corrispondente alla propria categoria occupazionale, e cercheranno invece di approfittare delle condizioni migliori proposte da alcuni fondi, favorendo così un sistema più competitivo²².

Un'esperienza diversa, ma finalizzata allo stesso tipo di tutela, è quella del sistema di tutela contro la disoccupazione del **Regno Unito**. La base del sistema è infatti costituita dall'erogazione di un sussidio statale, la Jobseeker's Allowance, subordinata al superamento di una «prova dei mezzi»²³. La selettività delle condizioni richieste per beneficiare del sussidio – insieme alla preoccupazione per i tagli alla spesa pubblica e l'espansione della crisi economica – ha però favorito lo sviluppo di fondi assicurativi privati contro la disoccupazione. Con il ricorso al mercato assicurativo per integrare gli aiuti statali (come già accade per altri rischi quali malattia e vecchiaia) anche la gestione del rischio di disoccupazione si è inserita così nel modello tipicamente liberale, fondato su sussidi statali – residuali e contenuti – integrati da assicurazioni private.

Per limitare i danni dovuti alla perdita del lavoro, o, meglio, della capacità di lavorare, nel Regno Unito sono state introdotte molteplici forme assicurative finalizzate non solo a compensare la perdita di reddito, ma anche a mantenere lo standard di vita pre-

²¹ Per maggiori informazioni si rimanda al sito inglese dell'Alfa Kassan: <https://english.alfakassan.se/>.

²² Le informazioni sul caso svedese sono tratte da Mallone (2011).

²³ Per informazioni si rimanda al sito del Governo britannico: www.gov.uk/jobseekers-allowance/overview.

cedente²⁴. Se però in passato la maggior parte di queste assicurazioni si concentrava sui rischi di malattia e infortunio, negli ultimi tempi la crisi economica e la crescita del tasso di disoccupazione e dei contratti a breve termine e flessibili hanno reso impellente la necessità di tutelare l'impatto sul livello dei risparmi di un terzo fattore: la disoccupazione. Ecco, quindi, l'espansione delle Unemployment Insurances (UI), per cui è possibile scegliere fra tre tipi di assicurazione: 1) Unemployment, Accident and Sickness Insurance (ASU); 2) Accident and Sickness Insurance only; 3) Unemployment Insurance only.

Le proposte di UI sono piuttosto varie, tuttavia si possono individuare alcuni punti comuni alla maggior parte di esse. L'Unemployment Insurance Cover copre l'individuo in caso di licenziamento e disoccupazione involontaria, ma esistono alcune proposte più ampie: ad esempio, quella di British Insurance include anche le dimissioni per la cura full-time di un familiare. Fondamentale è che il richiedente sia ignaro del licenziamento al momento della stipula della polizza. La «prova dei mezzi» è meno stringente di quella per la Jobseeker's Allowance statale, e rende quindi le polizze accessibili anche a persone con redditi più alti, con lavori ben retribuiti ma non stabili, e ai lavoratori autonomi. In alcuni casi è inoltre prevista la stipulazione di un *Job seeker's agreement*, un accordo tra il contraente e un'agenzia per l'impiego che comprende anche un documento costantemente aggiornato da entrambe le parti, atto a certificare gli sforzi dell'assicurato per cercare una nuova occupazione. I premi variano in base alle caratteristiche del rimborso che si richiede e al *deferred period*, cioè a partire da quando si comincia a riscuotere l'indennizzo. Come gli altri fondi assicurativi, anche le UI possono essere offerte da compagnie assicurative, banche o altre organizzazioni private. Molte compagnie assicurative offrono «pacchetti» nei quali combinano l'Unemployment Insurance con ulteriori coperture, ad esempio per il pagamento di mutui o prestiti. Il periodo di erogazione rimane tuttavia esiguo se confrontato con gli alti prezzi dei premi, e in certe aree geografiche e per impieghi nei quali la probabilità di perdere il lavoro è maggiormente elevata, è più difficile ottenere polizze assicurative, per la presenza di meccanismi di selezione avversa²⁵.

6. L'ELABORAZIONE DI PROPOSTE CONDIVISE

La ricerca *Vulnerabilità e benessere delle famiglie italiane* promossa dal Forum ANIA Consumatori ha posto l'accento sulla condizione di alcuni gruppi di cittadini – come i giovani, gli anziani, gli extracomunitari – che vivono situazioni di drammatica vulnerabilità (cfr. Anderloni e Vandone 2011). Per questo è necessario che il mondo assicurativo, in collaborazione non solo con le associazioni dei consumatori ma anche con i numerosi soggetti pubblici e privati che operano nell'ambito del welfare, passi dalla fase di analisi e constatazione dei problemi a quella di elaborazione e proposta. Continuare a studiare i fenomeni sociali rimane fondamentale specialmente in un momento come questo, in cui i bisogni dei cittadini si modificano molto velocemente e sono sempre più diversificati. Tuttavia lo sforzo necessario – ha spiegato il presidente del Forum ANIA Consumatori, Silvano Andriani – è proprio quello di tradurre la conoscenza in proposte,

²⁴ Si veda ad esempio l'articolo pubblicato il 12 maggio 2010 sul «Daily Telegraph» dal titolo *The Cost of Unemployment Insurance*.

²⁵ Le informazioni sul caso britannico sono tratte da Lodi Rizzini (2012).

sempre sfruttando il meccanismo di concertazione «dal basso» e partendo dall'idea che l'emergere di nuovi rischi sociali e la situazione demografica lascino spazio per la costituzione di un *welfare mix*. Un nuovo assetto che offre certamente opportunità al settore privato, ma non può che definirsi attraverso nuove politiche pubbliche.

Il coraggio di «ripensare» il welfare, aggiornandone i contenuti alle necessità di oggi, può passare solo attraverso un grande cambiamento culturale: nelle abitudini dei singoli cittadini, ma anche con un nuovo modo di gestire il pubblico e di elaborare le politiche. E con lo sguardo rivolto alle esperienze estere, che insegnano nuove soluzioni. Certo in Germania assicurarsi per la non autosufficienza è ormai obbligatorio (cfr. box 2), mentre in Italia si muovono i primi passi: per il settore assicurativo e quello bancario, la copertura *long term care* è stata inserita all'interno del contratto collettivo (cfr. il paragrafo 4). Tuttavia, un insieme di elementi culturali e l'eccessivo familismo italiano non aiutano a far percepire alle famiglie i rischi reali derivanti dall'invecchiamento della popolazione.

Co-progettazione e *governance* condivisa sono poi elementi essenziali per lo sviluppo di soluzioni innovative. Le assicurazioni possono, infatti, garantire il flusso di denaro nell'eventualità che la situazione si determini, ma certamente non sono in grado di assicurare i servizi dove non esistono. Accordi con enti locali e associazioni no profit possono essere un tentativo di dare una risposta più ampia al problema della non autosufficienza. La via contrattuale – prerogativa di parti sociali e aziende – rimane infine importantissima per lo sviluppo di queste tutele tra i lavoratori; le forme collettive possono infine costituire una leva per migliorare la qualità del servizio sanitario, ad esempio incentivando gli iscritti a sottoporsi a controlli e programmi di prevenzione periodica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anderloni L. e Vandone D. (2011), *La vulnerabilità e il benessere delle famiglie italiane*, Forum ANIA Consumatori e Università degli Studi di Milano
- ANIA (2013a), *L'assicurazione italiana. 2012-2013*, Roma, ANIA
- (2013b), *Le proposte del settore assicurativo per la XVII Legislatura*, Roma, ANIA
- Censis (2012), *Le nuove tutele oltre la crisi: il welfare possibile per giovani, migranti e non autosufficienti*, Roma
- (2010), *Gli scenari del welfare, tra nuovi bisogni e voglia di futuro*, Roma
- Censis-Unipol (2012), *Una nuova strategia per il welfare, equità e consapevolezza*, Roma, Censis
- Clasen J. e Viebrock E. (2008), *Voluntary Unemployment Insurance and Trade Union Membership: Investigating the Connections in Denmark and Sweden*, «Journal of Social Policy», 32, pp. 433-451
- IPR Marketing (2013), *Gli italiani e la previdenza integrativa*
- Jessoula M. (2009), *La politica pensionistica*, Bologna, Il Mulino
- Kjellberg A. (2006), *The Swedish Unemployment Insurance. Will the Ghent System Survive?*, «Transfer: European Review of Labour and Research», n. 12, pp. 87-98
- Lodi Rizzini C. (2012), *Sussidi statali e assicurazioni private contro la disoccupazione nel Regno Unito*, 26 novembre, disponibile su www.secondowelfare.it
- Luciano A. (2012), *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità. Risposte alla crisi del welfare*, Euricse Working Paper n. 32/2012
- Madama I. e Maino F. (2012), *Le politiche per la non autosufficienza in Italia: quali prospettive?*, 20 aprile 2012, disponibile su www.secondowelfare.it

- Maino F. (2013a), *Un Fondo sanitario integrativo per tutti a livello regionale: «Mutua Liguria»*, 17 marzo, disponibile su www.secondowelfare.it
- (2013b), *Assistenza medica solidale per tutti i cittadini: il progetto di Carugate*, 30 maggio 2013, disponibile su www.secondowelfare.it
- (2013c), *Assicuratori, scuola e famiglie insieme per l'educazione finanziaria*, 18 giugno 2013, disponibile su www.secondowelfare.it
- Mallone G. (2011), *Fondi assicurativi per la disoccupazione: il sistema svedese*, 13 dicembre, disponibile su www.secondowelfare.it
- Marinelli N. (2011), *I fondi pensione in Italia. Aspetti peculiari e confronti internazionali*, Milano, FrancoAngeli
- Mefop (2012), *La previdenza pubblica e privata: cosa ne pensano i lavoratori?*, Roma, Mefop
- Ministry of Health and Social Affairs (2009), *Social Insurance in Sweden. Fact Sheet*, dicembre
- Neri S. (2012), *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, «La rivista delle politiche sociali», n. 3, pp. 129-144
- Swiss Re (2012), *Il mercato assicurativo italiano. Opportunità nella patria del Rinascimento*
- Vandaele K. (2006), *A Report from the Homeland of the Ghent System: The Relationship between Unemployment and Trade Union Membership in Belgium*, «Transfer: European Review of Labour and Research», n. 13, pp. 647-657

LE NOSTRE INTERVISTE AI PROTAGONISTI

1. Ivan Tamietti, Direttore Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo, 17 luglio 2013
2. William Revello, Responsabile Servizi alla Persona Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo, 17 luglio 2013
3. Elide Tisi, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Torino, 17 luglio 2013
4. Davide Drei, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Forlì, 11 luglio 2013
5. Fausta Martino, Unità Innovazione Sociale e Valutazione del Piano di Zona del Comune di Forlì, 11 luglio 2013
6. Barbara Graglia, Dirigente Politiche attive del lavoro del Comune di Torino, 15 maggio 2013
7. Augusto Ferrari, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Novara, 4 maggio 2012
8. Gino Mazzoli, Coordinatore nazionale di Spazio Comune, 14 febbraio 2013
9. Romano Guerinoni, Direttore generale Fondazione Welfare Ambrosiano, 25 ottobre 2011
10. Cristina Tajani, Assessore alle Politiche per il lavoro, sviluppo economico, università e ricerca del Comune di Milano, 25 ottobre 2011

ARTICOLI SULLE ASSICURAZIONI PUBBLICATI SU WWW.SECONDOWELFARE.IT

- [Assicuratori, scuola e famiglie insieme per l'educazione finanziaria](#), Franca Maino, 18 giugno 2013
- [Assistenza medica solidale per tutti i cittadini: il progetto di Carugate](#), Franca Maino, 30 maggio 2013

- [Un Fondo sanitario integrativo per tutti a livello regionale: «Mutua Liguria»](#), Franca Maino, 13 marzo 2013
- [Forum ANIA Consumatori: nuove tutele oltre la crisi](#), Giulia Mallone, 20 dicembre 2012
- [Sussidi statali e assicurazioni private contro la disoccupazione nel Regno Unito](#), Chiara Lodi Rizzini, 26 novembre 2012
- [Welfare e assicurazioni: l'intervista al Presidente Andriani](#), Giulia Mallone, 29 ottobre 2012
- [Il mercato assicurativo italiano: opportunità nella patria del Rinascimento](#), Giulia Mallone, 17 settembre 2012
- [Nuove regole per gli investimenti: un'opportunità per i fondi pensione?](#), Giulia Mallone, 28 luglio 2012
- [Fondi pensione: il nuovo 703/1996](#), Giulia Mallone, 3 giugno 2012
- [Assicurazioni e Terzo settore: risposte nuove per la disabilità](#), Giulia Mallone, 28 maggio 2012
- [Informazione previdenziale e nuove prospettive di welfare alla GNP 2012](#), Giulia Mallone, 21 maggio 2012
- [Le politiche per la non autosufficienza in Italia: quali prospettive?](#), Franca Maino e Ilaria Madama, 20 aprile 2012
- [Crescita economica e risparmio a lungo termine](#), Giulia Mallone, 20 aprile 2012
- [Divieto di discriminazione in ambito assicurativo: le linee guida. Intervista a Laura Calafà](#), Giulia Mallone, 16 febbraio 2012
- [Lo stop dell'Unione Europea alle tabelle differenziate uomini-donne per il calcolo della pensione. Intervista a Olivia Bonardi](#), Giulia Mallone, 12 gennaio 2012
- [Fondi assicurativi per la disoccupazione: il sistema svedese](#), Giulia Mallone, 13 dicembre 2011
- [La vulnerabilità economica delle famiglie italiane](#), Giulia Mallone, 22 novembre 2011
- [Le polizze vita in Italia: costi, rischi e rendimenti](#), Giulia Mallone, 9 novembre 2011
- [Risorse limitate, rischi economici e domanda di assicurazione: la famiglia in equilibrio tra sostenibilità economica e sociale](#), Giulia Mallone, 8 novembre 2011