



Le Ricerche di Percorsi di secondo welfare

WELFARE E MONDO ASSICURATIVO

*Prestazioni, sinergie e prospettive
in un'ottica di secondo welfare*

di
Elena Barazzetta

Policy paper realizzato in collaborazione con



ISBN
978-88-94960-09-9

Welfare e mondo assicurativo

Prestazioni, sinergie e prospettive in un'ottica di secondo welfare

di Elena Barazzetta

Policy Paper realizzato in collaborazione con Forum ANIA - Consumatori.

Percorsi di secondo welfare • Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi

Pubblicazione su www.secondowelfare.it: giugno 2018

ISBN 978-88-94960-09-9

Policy Paper realizzato in collaborazione con Forum ANIA - Consumatori.

La ricerca è stata condotta sotto la supervisione scientifica di Franca Maino, direttrice del Laboratorio “Percorsi di secondo welfare”.

*Il **Laboratorio “Percorsi di secondo welfare”** è un progetto di ricerca nato nel 2011 dalla collaborazione tra il Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi di Torino e il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell’Università degli Studi di Milano. Il progetto, con la direzione di Franca Maino e la supervisione scientifica di Maurizio Ferrera – entrambi docenti presso “La Statale” di Milano – si propone di ampliare e diffondere il dibattito sul secondo welfare in Italia grazie alla testata online www.secondowelfare.it*

*Il **Centro Einaudi** nasce nel 1963 e si propone come punto di riferimento nel panorama culturale italiano operando a due livelli, teoretico e di analisi empirica, sui temi del dibattito politico-economico a livello nazionale e locale. Svolge attività di ricerca su progetti propri o in partnership; pubblica libri e periodici, organizza seminari, convegni, cura la formazione di giovani studiosi. L’approccio è policy-oriented, multi-disciplinare; il riferimento è la tradizione liberale.*

*Il Laboratorio “Percorsi di secondo welfare”
è un progetto in partnership con*



**CORRIERE
DELLA SERA**



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Abstract

Il policy paper è dedicato al mondo assicurativo che, in qualità di soggetto privato che eroga servizi a tutela dei rischi, è tra gli stakeholder che agiscono in complementarietà con le politiche sociali. Inoltre, esso non riveste solo il compito di fornire servizi ma anche di diffondere la cultura della prevenzione dai rischi. La ricerca analizza il ruolo che il mondo assicurativo ha assunto come soggetto di secondo welfare, nella duplice veste di operatore sul Mercato e di erogatore di servizi per i dipendenti delle stesse imprese assicuratrici. Nella prima accezione, le novità legislative in tema di welfare aziendale hanno reso le assicurazioni player fondamentali nella gestione dei piani di welfare, in particolare rispetto alle sfere della sanità integrativa e della non autosufficienza. Rispetto alle iniziative di welfare aziendale destinate ai propri dipendenti le imprese assicuratrici si dimostrano attive – e a tratti innovative – rispetto a numerose misure adottate a livello di CCNL e CIA. Dallo studio svolto il mondo assicurativo emerge dunque come soggetto consapevole del proprio posizionamento tra gli attori di secondo welfare e intenzionato a rafforzare il proprio ruolo di player nel mercato degli operatori che offrono servizi e prestazioni di welfare aziendale.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Introduzione..... | 7 |
| 1. La crisi del sistema di protezione sociale e il secondo welfare | 10 |
| 1.1 Il sistema di welfare tra crisi e nuove sfide | 10 |
| 1.2 Il secondo welfare come possibile risposta..... | 12 |
| 1.3 Quale spazio per il mondo assicurativo nel secondo welfare | 14 |
| 2. Il sistema assicurativo e le sfide del welfare | 16 |
| 2.1 La sanità integrativa e la non autosufficienza: verso il secondo pilastro sanitario..... | 16 |
| 2.2 La previdenza complementare..... | 21 |
| 2.3 La conciliazione dei tempi di vita e di lavoro..... | 23 |
| 3. Leggi di Stabilità e welfare aziendale: quali implicazioni per il mondo assicurativo | 28 |
| 3.1 Il contenuto delle leggi | 28 |
| 3.2 Welfare aziendale e sanità integrativa: un dibattito aperto | 32 |
| 4. Il welfare aziendale nel settore assicurativo italiano..... | 35 |
| 5. Il sistema assicurativo come operatore di servizi di welfare aziendale..... | 44 |
| 5.1 La gamma dei servizi: alcuni dati..... | 44 |
| 5.2 Le prestazioni assicurative sulla salute e la non autosufficienza: definizioni e caratteristiche..... | 47 |
| 6. Un approccio innovativo attraverso molteplici ruoli e differenti finalità | 51 |
| 6.1 La Responsabilità Sociale di Impresa: dal welfare all'educazione finanziaria..... | 51 |
| 6.2 Esperienze di rete: il caso di Cooperativa Insieme..... | 55 |
| 6.3 Generali e il Rapporto Welfare Index..... | 56 |
| Conclusioni..... | 59 |
| Riferimenti bibliografici | 62 |

INTRODUZIONE

Le assicurazioni sono tra i protagonisti del secondo welfare perché hanno come obiettivo la tutela degli individui da potenziali rischi che possono presentarsi nel corso della vita. Nel contesto attuale è quindi interessante analizzare questo mondo, i servizi che offre – verso i propri dipendenti e come operatore di servizi - e la sua natura per comprenderne l'importanza e descriverne il posizionamento.

Le assicurazioni italiane, con investimenti per più di 800 miliardi, sono un sostegno significativo dello sviluppo economico nel nostro Paese (Rossi 2017). Attualmente in Italia si contano 478 miliardi di euro di spesa pubblica annua per protezione sociale a cui sono da aggiungere almeno altri 70 miliardi di spesa privata delle famiglie tra sanità, formazione dei figli e servizi di *Long term care* (d'ora in poi Ltc). Un ammontare enorme di risorse per la tutela sociale che genera una ampia e articolata matrice di servizi e prestazioni per i cittadini (Forum ANIA - Consumatori – Censis 2016).

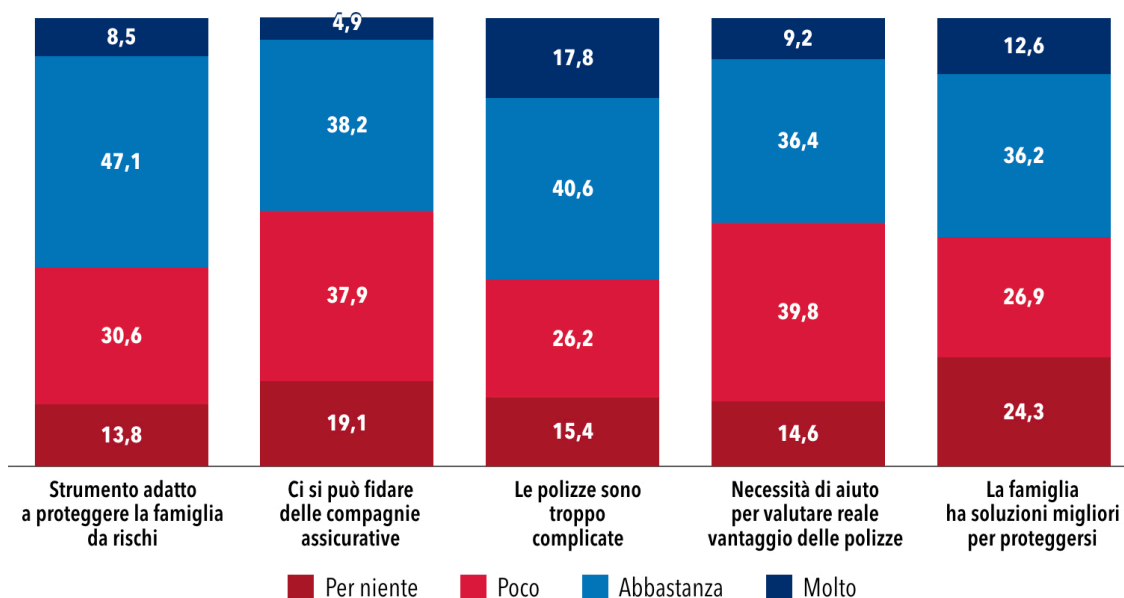
È ormai noto però che il modello sociale europeo – fondato sui tre pilastri di forte stabilità occupazionale, generosità dei programmi di welfare e solidità dei legami familiari e sociali – si è indebolito, lasciando spazio ai grandi cambiamenti economici, demografici e sociali. In questo nuovo contesto appare con forza l'inadeguatezza del vecchio sistema di protezione sociale nel rispondere ai bisogni emergenti di gestione dei rischi di una popolazione con caratteristiche nuove. Tra i cambiamenti più rilevanti, l'allungamento della vita media, elemento positivo grazie ai progressi della medicina, porta con sé l'inevitabile aumento dei costi sanitari e sociali. La diretta conseguenza di questa dinamica si riflette sulle famiglie che, nel ruolo di ammortizzatori sociali, sono minacciate nel proprio benessere, soprattutto economico.

Il progressivo trasferimento della tutela dai rischi dallo Stato agli individui non è però accompagnato da un sostegno al reddito necessario per una loro adeguata gestione; ne consegue l'esigenza che le famiglie maturino consapevolezza circa la necessità di conoscere e di sapere gestire i rischi e le vulnerabilità a cui sono chiamate a rispondere, in poche parole maturino una "cultura previdenziale". Proprio le assicurazioni, come già ricordato nel *Primo Rapporto sul secondo welfare* – non hanno solo il compito di erogare servizi ma di diffondere la cultura della prevenzione del rischio.

Dai dati di analisi del Forum ANIA - Consumatori (2016) sulla vulnerabilità economica delle famiglie emerge che solo il 25,4% delle famiglie intervistate, in una prospettiva di gestione del rischio, ha fatto ricorso a prodotti assicurativi per proteggere la propria situazione economico-patrimoniale. In linea con i dati nazionali, i dati del campione utilizzato evidenziano la bassa propensione delle famiglie italiane ad assicurarsi (fra gli

assicurati il 36,3% delle polizze sono a protezione della casa, il 15,5% per assicurazioni sanitarie, il 13,9% per rischi professionali). Se fra le cause di mancata assicurazione troviamo il basso livello di reddito, appare chiaro come proprio le famiglie più vulnerabili - e quindi con maggior esigenza di tutelarsi - siano in realtà quelle che in numero minore usufruiscono di polizze, considerate come spese non indispensabili e quindi procrastinabili. Sulla mancata scelta incidono inoltre una scarsa consapevolezza e l'assenza di cultura di gestione dei rischi (figura 1).

Figura 1 – Opinione sulle polizze assicurative (2015, dati in %).



Fonte: Forum ANIA – Consumatori (2016).

La necessità di un ruolo “formativo” delle assicurazioni è emersa inoltre dall’ultimo *Rapporto Welfare Index* (Generali 2017) in merito alle novità introdotte dalle Leggi di Stabilità 2016 e 2017 in materia di welfare aziendale¹. Rispetto ad esse è risultato che le piccole e medie imprese non dispongono di adeguate competenze sulla disciplina giuslavoristica e sulle nuove fiscalità che la regolano: circa il 92% delle PMI oggetto dell’indagine non ha infatti alcuna conoscenza o ne ha una solo generica. Insieme ad altri soggetti, il mondo assicurativo – attore centrale nella gestione dei piani di welfare aziendale – è chiamato ad agire con un lavoro di supporto e accompagnamento delle realtà imprenditoriali nell’acquisizione del *know how* utile a mettere in pratica misure adeguate di welfare aziendale. È dunque evidente come, nell’urgenza di sviluppare una nuova cultura del secondo welfare, ci sia un *fil rouge* che unisce tutti i soggetti destinatari delle “misure sociali private”, dal singolo individuo all’azienda: una

¹ Per approfondimenti si rimanda a Santoni (2017).

inconsapevolezza circa i cambiamenti in atto e l'urgenza di nuove soluzioni per rispondervi.

Il presente lavoro intende analizzare il ruolo che, nel corso dell'ultimo decennio, il mondo assicurativo ha assunto in Italia come soggetto di secondo welfare, nella duplice veste di operatore sul Mercato e di erogatore di servizi per i propri dipendenti. Dopo aver presentato l'attuale contesto, caratterizzato dalla crisi del primo welfare e dall'avvento del secondo welfare, ci si sofferma sul tema della sanità integrativa e dei servizi a supporto della non autosufficienza, alla luce sia delle novità legislative e del dibattito in corso sul secondo pilastro della sanità sia del crescente legame tra queste tematiche e il welfare aziendale. Si analizza poi il ruolo che le imprese assicuratrici hanno come aziende che sviluppano interventi di welfare per i propri dipendenti, per passare successivamente a descrivere i servizi che offrono sul Mercato. Da ultimo si prendono in considerazione le azioni di *Corporate Social Responsibility* e le iniziative attivate in materia di formazione finanziaria.

Per approfondire la prospettiva e il posizionamento delle imprese assicuratrici rispetto al contesto che viene qui presentato sono state svolte alcune interviste a testimoni privilegiati, tra cui il Servizio Relazioni Industriali dell'ANIA. Sono state svolte inoltre ricerche secondarie che ci hanno permesso di selezionare alcuni casi studio di particolare interesse². Infine è stato sottoposto un questionario alla Commissione Vita e Welfare dell'ANIA.

² Si precisa che i casi descritti non hanno pretesa di esaustività, ma sono riportati solo a fini esemplificativi.

1

LA CRISI DEL SISTEMA DI PROTEZIONE SOCIALE E IL SECONDO WELFARE

1.1 Il sistema di welfare tra crisi e nuove sfide

L'Italia è caratterizzata da un significativo divario nei livelli di garanzie tra iper-protetti e sotto-tutelati. Questa contraddizione è riconducibile soprattutto a due fattori individuabili negli anni passati: il ruolo di ammortizzatore sociale che ha assunto la famiglia – a compensazione delle carenze del sistema di welfare pubblico - e l'implementazione di programmi *ad hoc*, soprattutto al Sud, concepiti non come misure strutturali tese a risolvere le problematiche ma come assistenzialismo *una tantum*. (Maino 2013b).

Alla fase espansiva del welfare, che ha caratterizzato gli anni Cinquanta e Sessanta, ne è seguita una di declino e arretramento delle tutele nella quale ci troviamo tutt'ora in una forma particolarmente acuta, a causa della crisi finanziaria – seppur ormai in via di superamento - del 2008. Negli ultimi decenni, oltre al continuo aumento del debito pubblico - una delle più gravi criticità del nostro Paese - sono emersi nuovi rischi, esito del susseguirsi di diverse crisi sociali ed economiche tra cui ricordiamo la non autosufficienza, la precarietà lavorativa, la difficoltà di conciliare i tempi di vita e di lavoro.

Per comprendere come si è giunti alla situazione attuale, è necessario soffermarsi – come spiega Maino (2013) – su particolari spinte esogene ed endogene che hanno influenzato le economie degli stati europei. La globalizzazione e il processo di integrazione europea sono i fattori esterni di questo processo. La prima ha imposto vincoli che hanno ridotto le capacità dei governi nazionali di gestire i propri sistemi di protezione sociale, finanziari e di regolamentazione del mercato del lavoro. Il secondo, attraverso la costituzione del mercato interno e l'unione monetaria ed economica, ha influenzato lo sviluppo dei sistemi di welfare nazionali. Per quanto riguarda le spinte interne, sono certamente da evidenziare i cambiamenti demografici e le trasformazioni del mercato del lavoro, in particolare per quel che riguarda giovani e donne.

La Commissione Europea (Gay e Pasi 2016) ha stimato nel 2015 che entro il 2060 le persone che vivono in UE aumenteranno di circa il 3% (da 507 a 523 milioni) e saranno sempre più vecchie. Le proiezioni dicono che l'aspettativa di vita per gli uomini passerà dagli attuali 77.6 anni a 84 anni, mentre per le donne da 83.1 a 89.1 anni. La popolazione over 65, che attualmente rappresenta il 13,3% della popolazione, salirà al 16,6% ma soprattutto quella con più di 80 anni raddoppierà passando dall'attuale 5,1% all'11,8%. Se la popolazione 0-14 anni resterà stabile intorno al 15% del totale, quella nella fascia

d'età 14-65 anni calerà drasticamente passando dall'attuale 66% al 55,6%. Questi dati danno evidenza dei profondi cambiamenti socio-demografici in corso e dei bisogni che conseguentemente sempre più emergeranno in termini di non autosufficienza, previdenza e assistenza sanitaria con inevitabili ripercussioni sulle famiglie e sui singoli Paesi. Nel 2060 le spese sanitarie aumenteranno dal 6,9% al 7,8% del PIL UE e le spese legate alla Ltc da 1,6% a 2,7%. In Italia il quadro presentato è ulteriormente critico se si considera che gli over 65, che oggi rappresentano il 21,2% della popolazione, nel 2060 saranno pari al 30% mentre gli over 80, oggi pari al 6,3%, raggiungeranno il 13,1%.

Riguardo il mercato del lavoro, l'Italia è tra i Paesi in cui il tasso di occupazione dopo la crisi economica sta aumentando più lentamente rispetto alla media europea, con un significativo divario territoriale tra Nord e Sud (se nel Centro-Nord su dieci persone tra i 15 e i 64 anni ne risultano occupate più di sei – con valori pressoché analoghi alla media UE – nel Mezzogiorno gli occupati sono poco più di quattro su dieci). I dati più critici riguardano l'occupazione giovanile, secondo i dati Istat del 2017 il tasso di occupazione dei *millennials* è stabile sul 39,2%, 11 punti meno rispetto al 2008.

Un dato particolarmente significativo riguarda il reddito delle famiglie; se per quelle composte da persone con età compresa fra 25 e 29 anni è diminuito del 19% rispetto alla media nazionale, è invece aumentato del 12% per la fascia 65-69 anni e addirittura del 20% per la fascia 70-74 anni. Un dato emerso dall'ultimo rapporto *dell'Osservatorio sulla vulnerabilità economica* del Forum ANIA - Consumatori (2016) è che le famiglie più a rischio di povertà sono quelle numerose e in cui il capofamiglia è donna.

Il peggioramento delle condizioni economiche e l'esigenza di rispondere a carichi di cura familiari sempre più impegnativi, portano a significative conseguenze anche sull'occupazione femminile. Se a livello europeo rispetto al 2008 il tasso di occupazione delle donne è cresciuto di 1,5 punti percentuali raggiungendo il 60,4%, in Italia nel 2016 è del 48% con profonde differenze territoriali (Istat 2017). La necessità che le donne incrementino il reddito familiare attraverso un'occupazione sta facendo emergere crescenti difficoltà di gestione degli impegni lavorativi e familiari che, come noto, ricadono tradizionalmente sulle donne. La mancata conciliazione fra occupazione retribuita e vita privata, spesso preclude alle donne con figli la possibilità di contribuire alla crescita del reddito familiare e, nei casi in cui sono componenti di un nucleo familiare mono genitoriale, rischiano invece di farle scivolare verso situazioni di povertà (Maino 2013b).

La progressiva crisi del welfare in Italia, che abbiamo appena descritto, può essere così sintetizzata:

- la crescente differenziazione dei bisogni ha reso sempre più inefficaci le risposte offerte dalle pubbliche amministrazioni basate soprattutto su erogazioni monetarie (pensioni, sussidi) e sull'offerta di servizi standardizzati;

- la famiglia come erogatrice di servizi di welfare complementari è ormai un sistema in crisi, da un lato per un progressivo impoverimento che non garantisce la tutela dei bisogni, dall'altro perché è essa stessa in crisi a causa dello sfaldamento delle relazioni al suo interno (diminuiscono i matrimoni, aumentano i divorzi e di conseguenza le famiglie monogenitoriali);
- la crisi finanziaria ha esasperato problemi già esistenti peggiorando ulteriormente situazioni di difficoltà o portando nuovi soggetti in condizioni di povertà.

Se ci si sofferma sui dati presentati nel quadro di finanza pubblica all'interno della *Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2015* (Gay e Pasi 2016), l'Italia non presenta un particolare scostamento della spesa per il welfare rispetto agli altri Paesi dell'UE (spesa per la protezione sociale - in termini di incidenza sul PIL – pari al 20,3% a fronte di una media dell'UE a 28, pari al 19,6%). La criticità continua a riguardare piuttosto lo sbilanciamento interno della spesa sociale stessa, in particolare in merito alla componente previdenziale e in parte a quella sanitaria, a scapito delle altre componenti del welfare soprattutto quelle destinate a giovani e famiglie. Se queste ultime riguardano il solo 1% del PIL – contro una media europea dell'1,7% - la spesa sanitaria assorbita dalla popolazione anziana è pari al 20%, superiore di 4,9 punti alla media dei paesi UE a 28 e - a fronte di una quota della spesa del 39,7% relativa alle prestazioni sociali, il 31,1% della spesa pubblica è destinata alle pensioni.

Urge dunque da un lato mettere in atto una ricalibratura degli interventi ridefinendo le priorità e bilanciando le risorse - spostandole dagli ambiti sovra-protetti verso quelli sotto-tutelati - dall'altro ripensare il sistema di welfare anche attraverso il coinvolgimento di soggetti privati. Poiché molte protezioni e garanzie del passato non possono più essere considerate scontate, vanno trovati nuovi modi di declinare welfare e crescita coniugando innovazione e inclusione sociale, attraverso un modello di welfare non solo assistenzialista, ma soprattutto responsabilizzante e abilitante.

1.2 Il secondo welfare come possibile risposta

È in questa direzione che si colloca l'ipotesi del "secondo welfare", espressione proposta nel 2010 in un articolo di Dario Di Vico sul *Corriere della Sera*, con la quale l'autore descriveva un nuovo insieme di misure sociali non pubbliche che avrebbe potuto aggiungere cinque punti di PIL di spesa sociale se si fosse intrecciato con le iniziative di fondazioni, aziende ed enti locali. Il secondo welfare si configura dunque come un mix di programmi di protezione e investimenti sociali a finanziamento non pubblico forniti da un'ampia gamma di attori economici e sociali collegati in reti caratterizzate da una forte componente territoriale, in grado di rispondere ai problemi dei sistemi di welfare (Ferrera e Maino 2011).

Primo e secondo welfare non sono però separati e contrapposti, ma due sfere che si intersecano con l'obiettivo di coprire in maniera adeguata le aree di bisogno esistenti. Il

welfare state mantiene la sua funzione redistributiva di base e il secondo welfare ne è, in questo senso, complementare e sussidiario, agendo direttamente su specifici bisogni, territori e comunità locali che dal primo non vengono adeguatamente soddisfatti (Ferrera e Maino 2011). Per agire in questo modo il secondo welfare opera attraverso risorse economiche derivanti da spese private che integrano quelle pubbliche.

Figura 2 - Una cornice analitica tra primo e secondo welfare.

| Pilastro Europeo dei Diritti Sociali | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| | Primo welfare | Secondo welfare | |
| | Diritti e schemi nazionali (legislazione statale) | Diritti e schemi territoriali (legislazione sub-nazionale) / Contratti / Iniziative spontanee | |
| Protezione sociale | Assicurazioni obbligatorie / SSN | Assicurazioni integrative | Assicurazioni private "sociali" |
| Investimento sociale | Infrastrutture e servizi capacitanti (livelli "adeguati") | Schemi e iniziative territoriali e settoriali | Iniziative basate su partnership o singole associazioni |
| Sostegni per l'inclusione attiva | Politiche per l'inclusione (trasferimenti e servizi) (livelli "adeguati") | Schemi e iniziative territoriali | Iniziative basate su partnership o singole associazioni |

Fonte: Maino e Ferrera (2017).

Come indicato in figura 2, nel welfare pubblico rientrano quindi i regimi di base previsti dalla legge a copertura dei rischi fondamentali dell'esistenza quali la malattia, la vecchiaia, la disoccupazione, la disabilità, gli infortuni sul lavoro e il pensionamento (Ferrera 2006). Nella sfera del secondo welfare, invece, rientrano le forme di protezione sociale integrativa volontaria (fondi pensione, sanitari, assicurativi, ecc.) e quella parte dei servizi sociali che il settore pubblico non è parzialmente o totalmente in grado di garantire (Maino 2015).

Dal punto di vista dei soggetti coinvolti, il secondo welfare prevede la delega dei poteri da parte del Pubblico verso soggetti intermedi della società che intervengono in forma sussidiaria con un duplice positivo effetto. Il primo welfare si trova alleggerito nella gestione di quei bisogni che non è in grado di fronteggiare, i soggetti privati vengono valorizzati intervenendo secondo quanto sancito dall'articolo 118 della

Costituzione che li inquadra, in ambito territoriale locale, come attori complementari e non sostitutivi delle istituzioni pubbliche³.

1.3 Quale spazio per il mondo assicurativo nel secondo welfare

Per collocare il mondo assicurativo all'interno del secondo welfare possiamo partire dai tre pilastri che costituiscono il paradigma del secondo welfare stesso (Maino 2015): l'apertura a soggetti non pubblici, l'innovazione sociale e l'*empowerment* dei destinatari.

Le assicurazioni sono tra quei soggetti non pubblici appartenenti alla sfera del Mercato che, insieme al Terzo Settore, costituisce l'insieme degli *stakeholder* che sono attivi – ciascuno secondo i propri ambiti di intervento – all'interno dell'area delle politiche sociali. Tra i principali soggetti ricordiamo inoltre le imprese, gli enti bilaterali, le mutue, i fondi integrativi, le associazioni datoriali, le organizzazioni sindacali, le associazioni e gli enti non profit, le fondazioni bancarie e le cooperative.

Queste diverse realtà agiscono sempre più spesso in sinergia su fronti comuni creando partnership che rendono più efficaci la loro azione, talvolta in forma di veri e propri accordi territoriali (vedremo più avanti esempi che coinvolgono il mondo assicurativo). Questa modalità di agire - che possiamo definire governance multi *stakeholder* - e la progettazione partecipata rappresentano elementi distintivi e imprescindibili del secondo welfare (Lodi Rizzini 2015) e implicano il superamento della centralizzazione dei poteri a livello statale. Il punto di forza di questa progettazione sta nella capacità di individuare i bisogni a livello locale e di procedere con azioni la cui efficacia è valorizzata dalla presenza di una rete di soggetti che condivide il proprio *know how*.

Strettamente legato a questo primo aspetto è l'innovazione sociale che costituisce il secondo pilastro del secondo welfare. Il processo di innovazione sociale è un'innovazione di prodotto e di processo che, grazie a nuove interazioni tra gli *stakeholder* e il territorio, rafforza le relazioni tra soggetti diversi e migliora la capacità di utilizzare beni e risorse in modi differenti (Maino 2015). In questo processo sono coinvolti lo Stato, il Mercato, il Terzo Settore e i cittadini. Questi ultimi quindi oltre ad essere i destinatari dei servizi, sono essi stessi protagonisti del processo di sviluppo del secondo welfare stesso. In questa prospettiva il mondo assicurativo può essere considerato come interlocutore di differenti soggetti nel suo ruolo di erogatore di prestazioni e servizi⁴.

³ Art. 118 della Costituzione: "Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza".

⁴ Nell'ultimo decennio l'idea dell'innovazione sociale si è costantemente diffusa a livello di Unione Europea come una leva per implementare nuovi modelli per combattere la povertà e la vulnerabilità sociale, promuovere l'inclusione sociale e favorire la partecipazione attiva dei cittadini nella progettazione

L'*empowerment* dei destinatari, terzo pilastro del paradigma, prevede infine una maggiore partecipazione dei beneficiari, anche da un punto di vista dei costi delle prestazioni. Nell'attuale condizione del welfare pubblico è necessario il finanziamento di parte delle prestazioni sociali tramite un contributo diretto dei cittadini che possono sostenerne il costo. Come affermato da Gay e Pasi (2016), la contribuzione individuale esistente andrebbe certamente rafforzata insieme ad una incentivazione di finanziamenti privati di prestazioni; è in questo scenario che le assicurazioni potrebbero giocare un ruolo fondamentale.

In sintesi, alla luce di quanto appena discusso, possiamo affermare che il mondo assicurativo possiede alcune caratteristiche che ben lo collocano tra i soggetti di secondo welfare. Innanzitutto, in qualità di attore privato che eroga servizi a tutela dei rischi, è per natura stessa tra gli *stakeholder* che agiscono in complementarietà alle politiche sociali e sempre più lo fa in rete con altri soggetti del Mercato e non, per esempio fornendo polizze assicurative ai dipendenti delle imprese all'interno di piani aziendali di welfare. Trova inoltre nell'incentivazione della contribuzione individuale terreno fertile per lo sviluppo del proprio mercato, essendo già oggi interlocutore per eccellenza di quei cittadini che, come abbiamo visto, decidono di mettere in campo risorse private per acquistare prestazioni di welfare.

di nuove politiche per lo sviluppo. La cornice di riferimento è rappresentata dal nuovo Pilastro Europeo dei Diritti Sociali, idea lanciata nel 2015, che definisce un catalogo di standard e diritti – riconosciuti e difesi dal diritto comunitario – da tutelare in ciascun Paese membro, distribuiti lungo l'arco della vita. Il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali non solo permette di individuare i diritti fondamentali ma aiuta a meglio definire gli orientamenti strategici e a inquadrare le soluzioni concrete, molte delle quali non possono essere fornite solo ed esclusivamente dal primo welfare (Maino 2017).

2

IL SISTEMA ASSICURATIVO E LE SFIDE DEL WELFARE

Nel complesso quadro che caratterizza il welfare del nostro Paese, alcuni ambiti interagiscono specificamente con il mondo assicurativo. Rispetto ad essi, l'analisi di contesto che segue intende fornire dati utili a posizionare le imprese assicuratrici come operatrici di servizi – in particolare nell'ambito della sanità integrativa, della non autosufficienza e della previdenza complementare - ed erogatrici di piani di welfare interni – è con questa finalità che si affronta anche il tema della conciliazione vita-lavoro.

2.1 La sanità integrativa e la non autosufficienza: verso il secondo pilastro sanitario

L'andamento demografico vede un progressivo allungamento della vita media, esito dei progressi della scienza ma causa di nuove difficoltà nella gestione di bisogni crescenti. L'aumento del numero di anziani con conseguente bisogno di cure ed assistenza (in particolare di assistenza domiciliare), determina la sfida di costituire un sistema sanitario sostenibile (cfr. tabella 1).

Tabella 1 – Previsioni sulla popolazione anziana in Italia per il periodo 2015-2065.

| | 2015 | 2040 | 2065 |
|---|------|-------|-------|
| Popolazione over 65 (%) | 21,5 | 31,1 | 32,6 |
| Popolazione over 75 (%) | 10,9 | 16,4 | 20,9 |
| Popolazione over 85 (%) | 3,2 | 5,7 | 10 |
| Popolazione a 10 anni da speranza di vita a 65 anni (%) | 10,1 | 11,7 | 14,4 |
| Età media | 44,2 | 48,5 | 49,7 |
| Speranza di vita a 65 anni | | | |
| M | 18,9 | 22,1 | 23,5 |
| F | 21,7 | 25,5 | 27,6 |
| Indici di dipendenza degli anziani* | 33,3 | 55 | 59,7 |
| Indice di vecchiaia** | 154 | 249,5 | 257,9 |

Note: *Rapporto fra popolazione over 65 e popolazione 15-65; **Rapporto fra popolazione over 65 e popolazione 0-14.

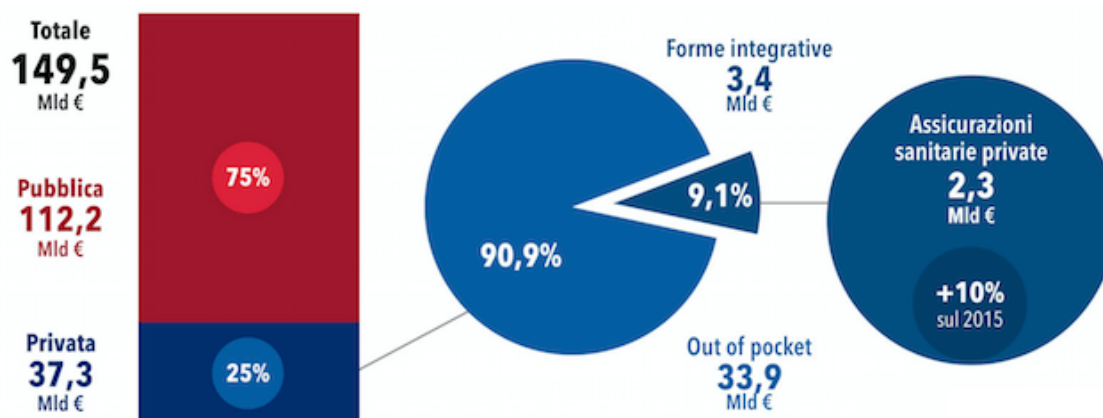
Fonte: elaborazione Il Punto su dati Istat.

La spesa sanitaria in Italia ha raggiunto nel 2016 quasi i 150 miliardi di euro di cui circa tre quarti in forma pubblica e un quarto in forma privata. La spesa privata, in costante aumento, assume varie forme: per oltre il 40% è composta da fondi sanitari integrativi

che stipulano polizze collettive con delle compagnie assicurative; ci sono poi i fondi integrativi autoassicurati e le polizze malattia individuali; infine - con una quota ancora molto piccola (4%) ma in aumento - le società di mutuo soccorso (Rossi 2017), tema approfondito nel *Secondo rapporto sul secondo welfare* (Payra 2015).

Come illustrato nella figura 3, i dati più recenti (Istat 2017b e ANIA 2017b) mostrano che nel 2016 la spesa sanitaria corrente è stata sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato. La spesa sanitaria privata è stata pari a 37.3 miliardi, con un'incidenza rispetto al Pil del 2,2%: 33,9 miliardi di euro di tale spesa è stata *out of pocket*, ovvero sostenuta direttamente dalle famiglie, senza alcuna forma di intermediazione. La spesa sanitaria pro capite è stata mediamente di 2.466 euro e ha registrato rispetto al 2012 un aumento medio annuo dello 0,7%. Tra le forme integrative, 3,4 miliardi di euro, le assicurazioni sanitarie private sono state pari a 2,3 miliardi, il 10% in più rispetto al 2015 (per ulteriori considerazioni su questi ultimi dati si rimanda al paragrafo 5.1).

Figura 3 – La spesa sanitaria italiana nel 2016.



Fonte: rielaborazione dell'autore di dati ANIA.

Dal *Rapporto* curato da Censis – RBM Assicurazione e Salute (Censis – RBM 2017) emerge un aumento dell'utilizzo della sanità a pagamento, che tra il 2013 e il 2015 ha registrato un incremento del 3,2%. Chi può permettersi di affrontare la spesa ricorre massicciamente al privato che, rispetto alle prestazioni pubbliche, secondo gli intervistati offre diversi vantaggi. Secondo l'indagine, l'incremento è dovuto ai lunghi tempi d'attesa, che hanno spinto 10,2 milioni di italiani a rivolgersi al privato. Invece 7,1 milioni hanno fatto ricorso all'*intramoenia*: nel 66,4% dei casi proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Inoltre il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento.

La lunghezza delle liste di attesa nel Pubblico porta a due comportamenti: oltre al ricorso a prestazioni sanitarie private anche alla rinuncia o al rinvio delle cure (oltre 12,2 milioni nel 2016, +1,2 milioni rispetto al 2015; Censis – RBM 2017).

È in questo contesto che si sta sviluppando una crescente legittimazione sociale della sanità integrativa vista come possibile soluzione a sostegno del sistema pubblico⁵. Le adesioni ai Fondi sanitari sono giustificate come modalità per contenere la spesa per le proprie cure, in quanto ottimizzazione delle risorse che verrebbero comunque utilizzate nei mercati sanitari privati.

La sanità integrativa sembra una soluzione “legittimata” dagli italiani visto che il 57,1% ritiene giusto che chi se lo può permettere aderisca, sgravando il Pubblico; inoltre più di 26 milioni di italiani sono propensi all’acquisto di una polizza sanitaria integrativa (Censis – RBM 2017). Se ciò dovesse realmente accadere, verrebbero allocate risorse per 15 miliardi di euro all’anno (pari alla spesa sanitaria privata pro-capite); inserite in un meccanismo di mutualità, queste risorse aumenterebbero di gran lunga il proprio potenziale di prestazioni erogabili rispetto all’utilizzo individuale sui mercati privati.

Nel settembre 2016 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato i nuovi Lea (i Livelli essenziali di assistenza che il Sistema sanitario nazionale deve garantire ai cittadini), successivamente pubblicati in Gazzetta Ufficiale con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e aggiornati così dopo 15 anni dalla loro prima definizione. Se da un lato sono state inserite negli elenchi delle malattie rare e invalidanti alcune voci fondamentali e necessarie, dall’altro lato le modifiche gravano ulteriormente sulle casse pubbliche; degli 1,5 miliardi di spesa che le modifiche hanno aggiunto, soltanto 800 milioni sono coperti (Valentini 2016). L’aggiornamento dei Lea porterà ad un aumento della spesa individuale per circa 18 milioni, dato che aggrava la spesa sanitaria *out of pocket* già pari a 33,9 miliardi di euro - uno dei valori più alti tra i Paesi occidentali - cui si aggiungono, secondo la fonte OECD, altri 9 miliardi a carico delle famiglie per le spese di non autosufficienza (Valentini 2016).

A tal riguardo, la spesa per l’assistenza sanitaria a lungo termine (Ltc) è stata nel 2016 di 15.067 milioni (+0,8% rispetto al 2015) e incide per il 10,1% sul totale della spesa sanitaria (Istat 2017b). Emerge, da alcuni dati del Ministero della Salute (Bernabei 2017), che soltanto 370.000 over 65 - a fronte di circa 3 milioni di persone bisognose - gode dell’assistenza domiciliare per la cura a lungo termine (si tratta del 2,7% degli ultrasessantacinquenni italiani contro il 20% degli anziani assistiti in casa in alcuni Paesi del Nord Europa quali Danimarca, Svezia e Norvegia). Inoltre le prestazioni, le ore dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo pro capite dei servizi non vedono alcuna uniformità sul territorio nazionale (secondo dati rilevati dal Ministero della Salute e da una *survey* effettuata da Italia Longeva).

⁵ D’altro canto il crescente ricorso alla sanità a pagamento è vista anche come delegittimazione del settore pubblico. Su questo si è ravvivato il dibattito nell’ultimo periodo e sono tornate a confrontarsi posizioni diverse tra loro.

Come affermato nel corso dell'intervista dalla Commissione Vita e Welfare ANIA, il limitato successo delle coperture di non autosufficienza è dipeso, dal lato della domanda dalla scarsa percezione del rischio di non autosufficienza da parte delle persone e dall'illusione di poter ricorrere in maniera efficiente ad altre tipologie di investimento, dal lato dell'offerta dalla complessità nella strutturazione del prodotto che si basa su ipotesi di lungo periodo sull'evoluzione delle condizioni sanitarie e sociali della popolazione. Inoltre, la mancanza di adeguate misure di incentivazione, anche fiscali, non ha favorito lo sviluppo di tali prodotti.

In Italia, la struttura organizzativa e l'erogazione delle prestazioni Ltc (indennità monetarie, assistenza domiciliare o semi-residenziale e assistenza residenziale) enfatizza il rischio di frammentazione dei quadri regolativi. Alle tre tipologie di prestazioni, corrispondono infatti altrettanti livelli di governo:

- il livello centrale (enti di previdenza) cui compete la gestione e l'elargizione dell'indennità di accompagnamento;
- il livello regionale (a sua volta declinato in Distretti Sanitari) cui sono delegati i programmi sociosanitari;
- il livello delle comunità locali cui spetta l'organizzazione delle funzioni socio-assistenziali.

Questo tipo di assetto fa sì che i criteri di definizione di non autosufficienza per tutti i programmi diversi dall'indennità di accompagnamento siano molto eterogenei da regione a regione. Tale frammentazione comporta notevoli sforzi per rendere percorribile una possibile integrazione tra prestazioni pubbliche e private. A ciò si aggiunge la scarsa disponibilità di lavoratori in grado di fornire prestazioni di assistenza ai non autosufficienti, nonché l'inadeguata offerta di infrastrutture che consentono di prendersi cura di tali soggetti presso le loro residenze, in istituti di cura o in comunità (Commissione Vita e Welfare ANIA).

Alla luce dei dati presentati si fa sempre più pressante ripensare ad un sistema di integrazione pubblico-privato che garantisca la sostenibilità delle cure, in cui il sistema pubblico mantenga la sua centralità ma vengano ampliati gli interventi delle forme sanitarie integrative. In questo senso appare necessario un grande mutamento di prospettiva e una presa di posizione da parte dello Stato nella promozione di un'assistenza integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema pubblico che ne condivide la missione di tipo solidaristico (Payra 2015). A differenza degli altri Paesi europei, in Italia non esiste però una chiara linea di demarcazione fra l'intervento pubblico e quello privato e una specifica *mission* affidata alle forme sanitarie integrative di tipo mutualistico e assicurativo. Ne deriva una situazione poco efficiente, che andrebbe cambiata a favore di un nuovo sistema di *health management*, in cui alle prestazioni pubbliche si affianchino forme sanitarie integrative, come avviene nei principali Paesi europei (Commissione Vita e Welfare ANIA). È in quest'ottica che si sta cominciando ad

avanzare la proposta di un secondo pilastro della sanità che preveda nuovi meccanismi fiscali a favore dell'intermediazione delle spese sanitarie private da parte dei fondi sanitari e una progressiva apertura di questi a tutti i cittadini, secondo modalità che garantiscano la sostenibilità del sistema (Confindustria e Confcommercio 2015)⁶.

Il primo passo in questa direzione dovrebbe essere, come è accaduto per la previdenza, un allineamento degli incentivi fiscali tra tutti i soggetti che costituiscono l'assetto della sanità integrativa. Al momento infatti la varietà delle forme integrative si manifesta in modalità gestionali, fiscali, standard di trasparenza e tutele profondamente differenziate. I fondi sanitari (ex-art. 9 del D.Lgs. 512/1992) e i soggetti che li distribuiscono erogano prestazioni, solo fino a concorrenza dei contributi raccolti (seppur per legge debbano essere eque e universali; il cosiddetto *cream skimming*), per cui le prestazioni, in definitiva, non sono garantite ma sono soggette alla limitazione delle somme versate al fondo stesso. Di converso, invece, le assicurazioni sanitarie, a fronte di stringenti vincoli da rispettare in ordine a trasparenza dell'offerta, requisiti di onorabilità e professionalità degli organi di governance, requisiti patrimoniali e garanzia contrattuale delle prestazioni assicurate a prescindere dai contributi raccolti (requisiti cui non sono invece soggetti i fondi sanitari di cui sopra), prevedono criteri di esclusione e limitazione di accesso alle prestazioni.

Tra i fondi sono compresi inoltre enti, casse e società di mutuo soccorso definite nell'art. 5 comma 2 del Testo Unico sull'Imposta dei Redditi (TUIR) come soggetti aventi esclusivamente fini assistenziali la cui modalità di azione è stabilita nei propri statuti.

Entrando nel dettaglio della disciplina fiscale che regola queste differenti soluzioni di sanità integrativa (ANIA 2015) è utile evidenziare l'eterogeneità delle rispettive cornici fiscali di riferimento, rispetto alle quali urge trovare una uniformità a favore dell'intermediazione tra pubblico e privato.

Per i fondi sanitari ex-art. 9 del D.Lgs. n. 512/1992 si applica l'art. 10 del TUIR che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro. Enti, casse e società di mutuo soccorso usufruiscono delle medesime facilitazioni fiscali, ma devono dimostrare di aver destinato a tali fondi annualmente il 20% dell'ammontare complessivo delle attività a favore degli iscritti. Anche in questo caso quindi è previsto uno sgravio contributivo annuo fino a 3.615,20 euro purché sia limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale. Lavoratori

⁶ Nel documento si sottolinea che i vantaggi fiscali dovrebbero essere garantiti anche a fondi che erogano prestazioni analoghe o sostitutive rispetto a quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i Livelli essenziali di assistenza; inoltre la proposta prevede che le strutture pubbliche possano convenzionarsi con i Fondi complementari. In questo modo, come osservato da Razetti (2015), le strutture pubbliche erogherebbero prestazioni incluse nei Lea, operando però a nome di strutture private, attivando così un processo di competizione interna.

autonomi o soggetti che si iscrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi dai benefici.

In merito alle polizze assicurative – nonostante con le ultime leggi di bilancio siano state introdotte significative novità in relazione al welfare aziendale (per le quali si rimanda al capitolo 3) – al momento non sono previste agevolazioni fiscali di particolare rilevanza ad eccezione dei contratti di copertura della Ltc che beneficiano della detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro. I premi relativi alle polizze sanitarie, invece, non solo non sono detraibili dal reddito imponibile ma sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Tale sistema propende dunque per un regime fiscale *ex post*, cioè a favore di coloro che hanno potuto anticipare le prestazioni sanitarie *out of pocket*, ma non favorisce di certo l'adesione al sistema sanitario integrativo, se non attraverso il welfare aziendale.

Alla luce di questo quadro, è opportuno invece che il nuovo modello preveda una chiara regolamentazione degli ambiti di intervento delle forme sanitarie integrative, verso le quali orientare la spesa privata. Insieme alla revisione delle forme di compartecipazione alla spesa, - che, tra esenzioni per reddito, per età e per patologia da una parte e ticket maggiorati per esigenze finanziarie dall'altra, hanno perso la finalità originaria - l'efficientamento e la migliore redistribuzione collettiva della spesa privata, oggi lasciata per lo più a diretto carico dei singoli cittadini, si dovrebbe garantire una popolazione più protetta, con criteri di maggiore equità, sostanzialmente a parità di costi per le famiglie. Non si tratterebbe peraltro di una novità: in Francia la compartecipazione proporzionale al costo delle prestazioni ha contribuito a indirizzare la popolazione, per la quota a proprio carico, verso le coperture private, in buona parte di tipo mutualistico, con costi contenuti a fronte di una protezione universale. In Germania i cittadini più abbienti sono incentivati ad optare per forme sanitarie integrative grazie alla riduzione delle tasse, mentre per tutti esiste un sistema assicurativo privato obbligatorio dedicato alla copertura delle spese per la perdita di autonomia (Commissione Vita e Welfare ANIA).

2.2 La previdenza complementare

L'avvento del modello contributivo (la pensione erogata dall'INPS è passata dall'80% della media delle ultime cinque retribuzioni annuali al 55-60% della retribuzione media dell'intera vita lavorativa) e la dinamica demografica hanno fatto contrarre il peso della previdenza pubblica obbligatoria (Rossi 2017). In Italia in realtà la spesa netta per le pensioni è allineata con la media UE in termini di percentuale del PIL, ma - secondo il Prof. Alberto Brambilla, Presidente del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali - a pesare sullo squilibrio del sistema sono soprattutto un mercato del lavoro statico e sbilanciato tra la domanda e l'offerta e il basso livello dei salari. A questo proposito è importante sottolineare infatti che nemmeno la disponibilità di un lavoro e relativo

reddito salvaguarda dalla povertà, dati Eurostat indicano che in Italia l'11,5% di chi ha un lavoro è a rischio povertà (Guarino 2017).

Per mantenere un decoroso tenore di vita si rende pertanto sempre più necessaria un'integrazione della pensione pubblica con forme previdenziali private, il cosiddetto secondo pilastro. Questo comprende: fondi negoziali istituiti per i dipendenti aziendali mediante la contrattazione di secondo livello; fondi negoziali istituiti dalla contrattazione nazionale; fondi aperti, promossi e gestiti da imprese di assicurazione o da altri intermediari finanziari; fondi preesistenti, nati prima dell'emanazione dell'attuale normativa; Piani individuali pensionistici di tipo assicurativo (PIP). I dati dimostrano che l'adozione di forme integrative è in crescita. Nel 2017 il numero degli iscritti in Italia ai fondi pensione è salito a 8,3 milioni, in aumento del 7,1% da fine 2016, in valore assoluto 554 mila aderenti in più (COVIP 2017).

Sul fronte della previdenza complementare, nonostante l'incremento descritto, l'Italia risulta essere soltanto al ventiseiesimo posto tra i Paesi Ocse. Ciò è causato da diversi fattori quali la struttura del sistema pensionistico pubblico, i tassi di sostituzione offerti, le modalità di adesione ai fondi integrativi. Basti pensare che nel Regno Unito l'iscrizione a questi ultimi è automatica e in Olanda semi-obbligatoria (in questi paesi gli asset dei fondi privati rappresentano rispettivamente il 97% e il 178% del Pil).

Anche se i lavoratori italiani iscritti ai fondi integrativi sono in aumento si rileva ancora una significativa resistenza causata nei giovani da una mancanza di interesse verso il problema e nei lavoratori più maturi dal sospetto circa l'efficacia e la trasparenza del sistema, causato soprattutto dalla mancanza di conoscenza sul tema.

Le adesioni infatti sono limitate rispetto al bacino potenziale dei lavoratori occupati, con un tasso di copertura complessivo attorno al 25%. Si denotano inoltre profonde disparità territoriali (al Nord i tassi di adesione sono oltre il 30%, al Sud sono fermi al 21%), tra i lavoratori dipendenti privati (oltre 30%), autonomi (21,3%) e del settore Pubblico (solo 194.000 adesioni su 7,8 milioni di iscritti complessivi), nonché nelle grandi imprese (tassi di adesione superiori all'80%) rispetto alle piccole aziende (tassi inferiori al 10%) (Jessoula 2017).

Affinché i lavoratori possano mantenere un adeguato livello di protezione e benessere una volta usciti dal mondo del lavoro, urgono iniziative di informazione e alfabetizzazione sul tema dei fondi integrativi che saranno sempre più necessari se si considera che il rapporto tra occupati e pensionati nel 2015 è pari soltanto a 1,38 attivi per pensionato, mentre l'equilibrio del sistema richiederebbe un valore di 1,55 (così come ricordato dal Prof. Alberto Brambilla Presidente del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali). Anche l'OCSE punta l'accento sull'importanza della cultura previdenziale suggerendo che gli Stati attuino misure informative e simulatori accessibili ai cittadini affinché possano valutare e comprendere la portata del tema e adottare possibili soluzioni (Guarino 2017).

2.3 La conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Il tema della conciliazione tra vita professionale, privata e familiare gioca un ruolo fondamentale nel complesso sistema di gestione dei bisogni di cui già abbiamo parlato.

È ben noto che in Italia la rete di solidarietà familiare è tradizionalmente un attore di primaria importanza nella gestione della cura dei figli e degli anziani (Saraceno e Naldini 2007); molto spesso questi ultimi vivono in prossimità abitativa con uno o più figli beneficiando della loro disponibilità a farsene carico (Forum ANIA - Consumatori – Censis 2016).

Se queste caratteristiche culturali favoriscono un maggior sostegno reciproco – si pensi non soltanto alla cura degli anziani da parte dei figli ma anche all'aiuto dei nonni nella gestione dei nipoti – la carenza di servizi adeguati soprattutto per l'infanzia e gli anziani non autosufficienti porta ad un sovraccarico sulle famiglie, in particolare sulle donne, principali *care givers* del welfare informale, con inevitabili ripercussioni sull'occupazione lavorativa. Nel 2016 il tasso di occupazione femminile tra i 15 e i 64 anni si attesta al 48%, con una distanza di 18,4 punti percentuali rispetto a quello maschile pari al 66,5% (Istat 2017)⁷ e di circa 13 punti percentuali rispetto al dato medio europeo sull'occupazione femminile (Istat 2017a). In questo contesto ci sono poi gli appartenenti alla cosiddetta “generazione sandwich” contemporaneamente coinvolti nell'assistenza di uno o più genitori anziani e di accudimento di uno o più figli in età evolutiva.

Tra le madri di 25-49 anni, il tasso di occupazione si ferma al 54,1 per cento; il rapporto Istat “Avere figli in Italia negli anni 2000” (Istat 2014) individua i fattori che influenzano l'uscita dal mercato del lavoro delle neo-mamme. Le donne con elevato grado di istruzione, residenti al Nord e che hanno la possibilità di affidare i figli ai nonni sono le più propense a non lasciare il posto di lavoro mentre il tipo di contratto di lavoro è ciò che incide in maniera più significativa sul rischio di perdere il lavoro a seguito della gravidanza.

Il 42,7% delle madri che lavorano ha dichiarato di avere problemi a conciliare gli impegni familiari con il lavoro. Questa percentuale sale tra le lavoratrici a tempo pieno, in particolare tra coloro che svolgono lavoro a turni e non beneficiano di strumenti di flessibilità oraria. Le uniche strategie possibili per le donne italiane sono l'affidarsi ai nonni e l'iscrizione dei figli all'asilo: la seconda è più utilizzata al Centro-Nord, mentre nel Mezzogiorno prevalgono soluzioni più “informali” come affidare i figli ai familiari o a baby-sitter, scelta generalmente dettata dalle rette troppo care (per il 50,2% delle madri) ma anche dalla scarsità dell'offerta sul territorio. Se al Centro-Nord usufruire dei

⁷ Sempre secondo l'Istat, le forti differenze territoriali che connotano il mercato del lavoro italiano condizionano i tassi di occupazione femminile, che passano dal 58,2 per cento nel Nord al 31,7 per cento nel Mezzogiorno.

nidi risulta difficile per la mancanza di posti disponibili, al Sud si riscontra più spesso l'assenza delle strutture stesse; in ogni caso il peso economico della retta è determinante rispetto alla decisione di lasciare o meno il lavoro per occuparsi dei figli a tempo pieno (Mallone 2015).

In merito al numero di anziani non autosufficienti si riscontra un costante aumento. Le stime dell'Istat sui cambiamenti demografici per il 2016 (Istat 2017) riportano che gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17mila. Per gli uomini la vita media raggiunge 80,6 anni (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014), per le donne 85,1 anni (+0,5 e +0,1). Nonostante la cura degli anziani continui a ricadere prevalentemente sulle famiglie, da una [ricerca DOMINA](#) (Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico, firmataria del CCNL sulla disciplina del lavoro domestico) - presentata nel giugno 2017 - nel 2015 dalle famiglie italiane risultano assunti regolarmente 886.125 lavoratori domestici (57,6% Colf, 42,4% Badanti) con una crescita dal 2007 del 42%. Considerando anche i lavoratori irregolari si stima che il numero superi il milione.

Secondo dati Istat, pubblicati nella sopra citata ricerca specifica sul tema della conciliazione vita-lavoro (Istat 2014), erano 15.182.000 (il 38,4% della popolazione di riferimento) le persone che dichiaravano di prendersi regolarmente cura di figli coabitanti minori di 15 anni, oppure di altri bambini, di adulti malati, disabili o di anziani. Il 27,7% delle persone tra i 15 e i 64 anni aveva figli coabitanti minori di 15 anni, il 6,7% si prendeva cura di altri bambini e l'8,4% di adulti o anziani bisognosi di assistenza. Le donne risultavano coinvolte in questo tipo di responsabilità di cura più spesso degli uomini (42,3% contro il 34,5%) e anche per questo risultava più bassa la loro partecipazione al mercato del lavoro.

Proprio per l'urgenza dimostrata dai dati presentati, il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ha assunto negli anni un ruolo sempre più rilevante nelle politiche sociali tanto da rappresentare un importante ambito strategico per le politiche del lavoro e di pari opportunità sia a livello europeo che nazionale.

Il Parlamento Europeo nella Risoluzione approvata, il 13 settembre 2016, sulla *Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale* (Parlamento europeo 2016) sottolinea che *“La conciliazione tra vita professionale, privata e familiare deve essere garantita quale diritto fondamentale di tutti, nello spirito della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con misure che siano disponibili a ogni individuo, non solo alle giovani madri, ai padri o a chi fornisce assistenza”*. Si chiede inoltre *“l'introduzione di un quadro per garantire che tale diritto rappresenti un obiettivo fondamentale dei sistemi sociali e invita l'UE e gli Stati membri a promuovere, sia nel settore Pubblico che privato, modelli di welfare aziendale che*

rispettino il diritto all'equilibrio tra vita professionale e vita privata". Tale Risoluzione è soltanto l'ultima di una serie di altri atti adottati a livello europeo al fine di favorire la conciliazione vita lavoro⁸ (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità 2016).

In Italia sono numerosi i riferimenti normativi al tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, a partire dalla stessa Costituzione che affronta il tema da diversi punti di vista: del diritto al lavoro, del diritto alla maternità e ad avere una famiglia, del diritto all'iniziativa economica privata⁹.

La legge 8 marzo 2000, n. 53, (*Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città*), ha messo in atto una sensibilizzazione delle imprese e delle parti sociali sul tema conciliazione. Fondamentale è stata la messa a disposizione di risorse (art. 9) per le imprese che desiderassero implementare soluzioni in favore della conciliazione famiglia-lavoro dei propri collaboratori e dipendenti. Negli anni successivi sono stati numerosi gli interventi legislativi che hanno coinvolto sempre più il mondo produttivo, identificando la conciliazione vita lavoro come soluzione organizzativa aziendale di opportunità di risparmio, aumento della produttività e tutela dei diritti dei lavoratori e lavoratrici¹⁰ (Visentini 2015).

⁸ La Risoluzione del Parlamento Europeo del 9 giugno 2015 sulla Strategia dell'UE per la parità tra uomini e donne dopo il 2015, nella quale si evidenzia l'importanza di prevedere strumenti che favoriscano la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; la *Roadmap "New start to address the challenges of work-life balance faced by working families"*, pubblicata ad agosto 2015, che rafforza l'attenzione sul tema della conciliazione quale strumento per il raggiungimento di un migliore tasso di occupazione compatibile con le responsabilità familiari".

⁹ Art. 4: *"la Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società."* Art. 30: *"è dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio"*, proteggendo *"la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo"* e che *"la Repubblica detta le norme generali sull'istruzione ed istituisce scuole statali per tutti gli ordini e gradi"* (art. 33). Rispetto ai *"rapporti economici"* e dal punto di vista dell'impresa, il titolo III ribadisce che *"la donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione"* (art 37). *"L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali"* (art 41).

¹⁰ In particolare si segnalano: il decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80, recante *Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro*, con il quale sono state introdotte misure a favore delle opportunità di conciliazione per la generalità dei lavoratori e, in particolare, delle lavoratrici; la legge 7 agosto 2015 n. 124, *Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche* che all'articolo 14 - *Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche* - prevede misure volte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle PA attraverso meccanismi che favoriscano una organizzazione del lavoro flessibile e non più incentrata sulla presenza fisica, ma su risultati misurabili.

Di particolare rilevanza è l'intesa Sacconi del 2011 *“Nuove relazioni industriali e di lavoro a sostegno delle politiche di conciliazione”* che individua nell'evoluzione della contrattazione collettiva uno snodo fondamentale per il rilancio delle politiche di conciliazione e rileva inoltre che *“la modulazione degli orari e dei tempi di lavoro e, in generale, le politiche aziendali di conciliazione possono beneficiare delle misure fiscali di detassazione del salario di produttività con riferimento alle somme erogate dal datore di lavoro nell'ambito di accordi territoriali o aziendali di produttività ed efficienza organizzativa”* (Visentini 2015).

Di recente approvazione (maggio 2017) sono infine le disposizioni in materia di *“Lavoro Agile”* che sono diventate legge all'interno del Ddl sul lavoro autonomo sancendo un fondamentale passaggio nel processo di flessibilità organizzativa in un'ottica di conciliazione vita-lavoro (Barazzetta 2017b; 2017d). La legge definisce lo *smart working* come *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa”*. Il tema del lavoro agile e dei vantaggi che porta - aumento della produttività dei dipendenti, migliore conciliazione vita-lavoro e conseguente riduzione dell'assenteismo, miglioramento del clima aziendale - è ormai noto tra l'opinione pubblica e a livello governativo e i dati ne dimostrano una crescita significativa¹¹. Anche le PA hanno mosso i primi passi con l'approvazione finale del testo di riforma del Pubblico Impiego avvenuta a marzo 2017, che ha confermato l'obiettivo di offrire ad almeno il 10% dei lavoratori forme di flessibilità entro il 2018. A seguito di questo fondamentale passaggio si rende necessario attivare processi sistematici di riorganizzazione dei modelli aziendali, seguendo i tanti esempi di grandi imprese che hanno messo in atto questo cambiamento. La grande sfida, come su altri fronti, resta l'apertura di questa possibilità nelle PMI, che costituiscono oltre il 95% delle attività produttive del nostro Paese.

Da ultimo, il 14 settembre 2017 è stato firmato il decreto del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze che riconosce sgravi contributivi alle imprese del settore privato che prevedono istituti di conciliazione tra vita professionale e privata nei contratti aziendali (Barazzetta 2017c). Si tratta dell'attuazione in via

¹¹ La Ricerca 2016 dell'Osservatorio Smart Working del Politecnico di Milano aveva rilevato una forte crescita delle iniziative strutturate di smart working nelle grandi imprese, il 30% di queste ha intrapreso o consolidato nell'ultimo anno misure agili di lavoro contro il 17% dell'anno precedente. Se consideriamo le PMI il numero scende drasticamente (13%), ma tra queste le imprese che si dichiarano contrarie a misure di lavoro agile sono scese dal 48% al 27%. Attualmente tra i 22 milioni di lavoratori in Italia, si contano circa 300 mila smart worker effettivi e 5 milioni potenziali, di cui 3,7 milioni in aziende private e 1,3 milioni nelle PA. Dal 2013 c'è stato un incremento del 40%, come trasformazioni di rapporti di lavoro già esistenti, per un valore pari al 7% dei dipendenti.

sperimentale di una misura già prevista dal D.Lgs. 80/2015 e riguarda aree di intervento – inserite a livello di contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale – relative alle tematiche della genitorialità, della flessibilità organizzativa e del welfare aziendale.

3

LEGGI DI STABILITÀ E WELFARE AZIENDALE: QUALI IMPLICAZIONI PER IL MONDO ASSICURATIVO

Le novità legislative del 2016 e 2017 in tema di welfare aziendale hanno introdotto alcune modifiche volte a rispondere in maniera più adeguata alle esigenze dei dipendenti e dei loro familiari¹².

Tra le voci coinvolte troviamo servizi di assistenza, fondi di previdenza complementare e forme di sanità integrativa che riguardano direttamente il mondo assicurativo in qualità di operatore. Il paragrafo intende dunque individuare le sinergie tra la sfera del welfare aziendale e quella delle imprese assicuratrici, con uno specifico approfondimento sull'attuale dibattito relativo all'integrazione pubblico-privato in ambito sanitario.

3.1 Il contenuto delle leggi

Il tema del welfare aziendale ha ridato negli ultimi anni una nuova centralità alle politiche di gestione del capitale umano delle aziende, che pongono sempre più attenzione alla propria offerta sulla base delle esigenze dei dipendenti (Commissione Vita e Welfare ANIA).

Il welfare privato – le cui origini risalgono al medioevo con le associazioni religiose – ha mantenuto per diverso tempo una natura di complementarietà rispetto al sistema pubblico garantendo generalmente un più alto livello qualitativo dei servizi proposti (Treu 2013). Negli ultimi decenni le trasformazioni socio economiche hanno portato ad un aumento progressivo e ad una maggiore differenziazione dei bisogni sociali che il welfare state non è più in grado di fronteggiare. La riduzione delle risorse pubbliche, il rallentamento della crescita economica prima e la crisi poi hanno indotto il sistema pubblico ad una selezione dei bisogni essenziali da garantire universalmente (Treu 2013).

In questo contesto il welfare privato - il cui valore ha una fondamentale implicazione nella sfera pubblica ed è legittimato nella Costituzione stessa¹³ - si sviluppa e amplia la propria capacità di risposta ai bisogni crescenti, in particolare nella sfera della

¹² Anche la manovra del 2018, seppur in misura minore rispetto alle due precedenti, ha previsto delle interessanti novità in tema di welfare aziendale.

¹³ La Costituzione italiana (artt. 18, 33, 38, e 39) riconosce la libertà dei privati di organizzarsi per finalità legittime e di interesse comune come quelle previdenziali, assistenziali, e, per altro verso, culturali e di istruzione (Treu 2013).

previdenza e della sanità integrativa, come abbiamo già illustrato. Queste stesse aree - destinate in origine a quadri e dirigenti - sono state inizialmente il contenuto esclusivo del welfare aziendale; oggi i benefit si estendono a svariate soluzioni legate ai servizi di cura delle famiglie, al tempo libero, alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e sono spesso destinate a tutti i dipendenti e ai loro familiari. Inoltre è ormai pratica diffusa la regolazione di queste soluzioni attraverso accordi collettivi, nazionali e aziendali (Treu 2013).

Numerosi sono ormai i casi di aziende, soprattutto grandi, che hanno implementato piani di welfare aziendale ed è largamente dimostrato che l'attuazione di queste soluzioni migliora il benessere dei dipendenti (in forza della effettiva necessità dei benefit offerti) e di conseguenza la produttività dell'impresa.

Gli strumenti di welfare aziendale sono disciplinati dal Testo Unico delle imposte sui Redditi (TUIR) e, in particolare, dalle disposizioni inerenti le forme di retribuzione non monetaria (i cosiddetti *fringe benefits*). Nello specifico, l'art. 51 riguarda il trattamento dei benefit in capo ai dipendenti, mentre gli artt. 95 e 100 disciplinano le condizioni di deducibilità dei relativi costi in sede di determinazione del reddito di impresa per il datore di lavoro.

L'art. 51 comma 1 stabilisce che concorrono a formare il reddito imponibile del dipendente non soltanto le erogazioni in denaro ma anche quelle in natura, beni e servizi, con alcune eccezioni. Tra queste sono compresi i benefits di welfare aziendale¹⁴ a condizione che (art. 100) siano concesse alla generalità dei dipendenti o a specifiche categorie, secondo il principio dell'onnicomprendività, siano utilizzati volontariamente dai dipendenti e non in adempimento ad un vincolo contrattuale e che il trattamento fiscale agevolato sia previsto secondo specifici limiti di spesa stabiliti per ciascuna area di servizi:

- assistenza sanitaria e fondi pensione con un limite annuo rispettivamente di 3615,2 euro e di 5164,57 euro (i contributi eccedenti concorrono alla formazione del reddito limitatamente alla differenza);
- nessun limite per le aree scuola, istruzione, mutui e finanziamenti e per le aree sociale, culturale, ricreativa ed educativa;
- altri benefit (convenzioni, buoni pasto ecc.) e i fringe benefits nel caso in cui l'importo non superi la soglia di 258,23 euro annui; in caso di superamento di tale soglia, l'intero importo concorre integralmente alla formazione del reddito imponibile.

¹⁴ Utilizzo di opere e servizi erogati dal datore di lavoro con specifica finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale, sanitaria o di culto; prestazioni di servizi di trasporto collettivo, anche se affidate a terzi; somme servizi e prestazioni erogate dal datore di lavoro per la frequenza di asili nido e colonie climatiche e borse di studio per i familiari dei dipendenti; contributi di assistenza sanitaria ed erogazioni riferibili ad alcune spese sanitarie.

La legge di Stabilità 2016 ha introdotto delle novità in tema di welfare aziendale e premio di risultato, come approfondito da Santoni (2017) nel *Terzo rapporto sul secondo welfare*, in particolare:

- ha aggiornato i servizi che possono essere inclusi nei piani di welfare (art. 51) con l'inserimento della lettera f-ter che inserisce la possibilità di fruire di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti, crescente bisogno dei lavoratori. Questo cambiamento pone le basi per un effettivo ingresso del privato nel sistema di welfare cercando in quest'ultimo un partner in grado di riequilibrare la spesa per la protezione sociale (Sodini 2016);
- ha eliminato il requisito di volontarietà che non prevedeva la possibilità di inserire all'interno della contrattazione aziendale le misure di welfare riconducibili all'art. 100 comma 1 del TUIR (art. 100). Tra questi poniamo l'accento sui contributi versati dal datore di lavoro a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale e sanitario oppure sotto forma di contributi al fondo di previdenza complementare;
- ha incentivato lo sviluppo della contrattazione di secondo livello nella promozione del welfare aziendale. Con queste novità il welfare diventa parte costitutiva del rapporto di lavoro rispetto al quale azienda e sindacati rivestono un ruolo paritetico (Mallone e Tafaro 2017);
- ha introdotto la possibilità di poter convertire in tutto, o in parte, il Premio di produzione in welfare aziendale. Il lavoratore può così scegliere, in forma opzionale, per la conversione del premio in beni e servizi di welfare fra cui troviamo le polizze Ltc (entro la soglia dei 258 euro), le polizze sanitarie, i piani previdenziali.

Nel disegno di legge di Stabilità 2017 è stata inoltre introdotta nell'art. 51 comma 2 la lettera f-quater che prevede l'estensione ai dipendenti stessi, oltre che ai loro familiari, di contributi e premi versati dal datore di lavoro per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Ciò comporta che tutti i servizi di assicurazione di *Long term care*¹⁵ e *dread disease*¹⁶ possano essere coperti dalle aziende, godendo della defiscalizzazione, non più per un massimo di 258 euro a dipendente – come è stato fino all'anno precedente - ma senza limite di spesa.

¹⁵ Con questa espressione si definisce il complesso di interventi assistenziali a favore di quei soggetti che, divenuti anziani, non sono più in grado di svolgere una vita autonoma.

¹⁶ Per *dread disease* si intende una copertura assicurativa contro il rischio di insorgenza di malattie particolarmente gravi, che di norma comprendono: infarto del miocardio; ictus cerebrale; tumore o neoplasia maligna; insufficienza renale irreversibile; malattie che richiedono interventi di chirurgia cardiovascolare o comportano la necessità di trapianti d'organo.

I piani di welfare possono così godere di una maggiore elasticità e flessibilità necessari a rispondere agli emergenti bisogni sociali, in particolare nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e nell'assistenza agli anziani.

Come si evince da un documento redatto dal Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e degli esperti contabili (Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e degli esperti contabili 2016), indichiamo di seguito nel dettaglio il contenuto dell'art. 51 del TUIR, relativo a sanità, assistenza e previdenza complementare, ambiti che potrebbero dunque rientrare nella contrattazione aziendale:

- Comma 2, lettera a: non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. È possibile quindi (possibilità ammessa anche ante stabilità 2016): effettuare versamenti per assistenza sanitaria fino ad un limite complessivo annuo fra datore di lavoro e lavoratore di euro 3.615,20 e per i contributi alla previdenza complementare fino ad un limite complessivo annuo fra datore di lavoro e lavoratore di euro 5.164,57;
- Comma 2, lettera f: polizza sanitaria o incremento della stessa o estensione coperture per finalità sanitarie, in questo caso anche oltre il limite annuo di euro 3.615,20;
- Comma 2, lettera f-ter: le somme, i servizi e le prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti indicati nell'art. 12, senza limite di spesa;
- Comma 2, lettera f-quater: i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, senza limite di spesa.

Le misure legislative dunque favoriranno senz'altro un maggior ricorso da parte dei lavoratori a forme mutualistiche e assicurative sulla salute, anche attraverso un rafforzamento del ruolo della contrattazione collettiva. Non a caso, negli ultimi anni, accanto alla previdenza e all'assistenza sanitaria, si sono affiancate altre coperture erogate a titolo di benefit come le coperture assicurative in caso di morte e invalidità permanente (Commissione Vita e Welfare ANIA).

Le imprese assicuratrici sono già, direttamente o mediante convenzionamento, i principali erogatori di piani previdenziali e di assistenza sanitaria, distinguendosi rispetto ad altri operatori per la garanzia incondizionata di rendimenti minimi o altre prestazioni

definite legate alla protezione della persona, dalla pensione, agli infortuni e alle malattie. Sono quindi candidati ideali ad erogare piani di welfare per le aziende proprio perché in grado di coprire i diversi bisogni del ciclo di vita delle famiglie. Inoltre, grazie anche al ruolo di aggregatori delle coperture offerte, le imprese di assicurazione possono redistribuire i rischi nell'ambito della collettività, ottenere economie di scala e fungere da gruppo d'acquisto, scontando prezzi convenienti su alcune prestazioni assicurate, come le spese mediche, grazie ai benefici del convenzionamento (Commissione Vita e Welfare ANIA).

La panoramica presentata ci permette di comprendere quali siano le potenzialità, che ben si inseriscono all'interno di piani di welfare aziendale, per il mondo assicurativo. Ad esso, in qualità di operatore di servizi, spetterà ora il compito di garantire un'adeguata risposta all'aumento della domanda. Esso prevede inoltre che l'adeguamento dell'offerta ad un maggior numero di richieste non andrà a modificare il contenuto del prodotto, ma porterà ad adottare soluzioni che favoriscano una maggiore standardizzazione e omogeneizzazione delle coperture su larga scala.

3.2 Welfare aziendale e sanità integrativa: un dibattito aperto

Il rapporto tra sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale (Ssn) è al centro di un dibattito attualmente in corso riguardante il ruolo che dovrebbe avere lo Stato e i rischi della privatizzazione della sanità. La critica è sollevata da parte di chi sostiene che la sanità integrativa – in particolare quella prevista tra i servizi di welfare aziendale – rischia di scardinare la sanità pubblica aumentando le differenziazioni e minacciando dunque il principio di universalismo (Cavicchi 2017). Secondo questa concezione, le novità introdotte con le ultime Leggi di Stabilità riversano sullo Stato tutti i rischi attraverso la leva fiscale. In passato il welfare aziendale è stato associato alla crescita delle grandi imprese manifatturiere, in grado di garantire ai loro dipendenti significativi benefici sotto forma di piani sanitari in cui il rischio, in caso di evoluzione negativa, era interamente a carico delle imprese. Attualmente il meccanismo prevedrebbe invece un sistema fiscale totalmente a favore dell'impresa e interamente a carico dello Stato. Inoltre, secondo questa posizione, le misure a favore del welfare aziendale rischiano di rendere la sanità pubblica residuale e di includere solo coloro che hanno un lavoro – escludendo tutti gli altri – con gravi ripercussioni in termini di equità e coesione sociale. Granaglia (2017), pur non escludendo completamente aspetti virtuosi nel welfare aziendale, pone l'attenzione sul fatto che le agevolazioni fiscali alla sanità complementare comportino alcuni costi non indifferenti. Innanzitutto, un costo da parte di chi paga, in forma di mancato accesso, prestazioni di cui non gode. Il welfare aziendale a favore della sanità complementare favorisce infatti i lavoratori dipendenti più ricchi, addebitandone il costo anche ad altri che non possono accedervi. Altro genere di costi riguarda il rischio di peggioramento delle prestazioni assicurate dal Servizio

sanitario nazionale. Agevolare la sanità complementare mentre si diminuiscono le risorse al welfare pubblico potrebbe risultare rischioso, a causa di un possibile indebolimento della qualità delle prestazioni pubbliche e di marginalizzazione del Ssn.

Seppure sia legittimo guardare con attenzione alle obiezioni appena descritte, a nostro avviso non può essere trovato un tentativo di soluzione alla mancanza di risorse se non in una forma di interazione ed integrazione tra pubblico e privato. Attualmente infatti i cittadini italiani spendono direttamente quasi 40 miliardi di euro, di cui solo il 10% mediante forme di sanità integrativa. Anche l'obiezione per cui la sanità integrativa collettiva (in larga parte prevista dai piani di welfare aziendale) rischia di ingenerare iniquità, favorendo i più ricchi, sembra non tenere conto che per un quarto della spesa sanitaria i cittadini sono di fatto lasciati soli, con il risultato - iniquo - che ricorre alla spesa privata solo chi se lo può permettere. Quanto poi alle proposte di universalizzare altre voci di spesa, come l'odontoiatria e la non autosufficienza, spesso vengono sottostimati i costi che, a fronte degli attuali vincoli di finanza pubblica sarebbero insostenibili. La redistribuzione collettiva della spesa, attraverso il welfare aziendale e contrattuale, come avvenuto per la previdenza complementare, o attraverso forme integrative aperte anche agli individui, permette invece di ricorrere alla spesa privata mediante una rete integrata di tutela (sanitaria), che introduce più equità perché mutualizza i costi e le prestazioni, e accede ai consumi sanitari con i benefici del convenzionamento.

Non va dimenticato inoltre che a fronte di una crescente domanda di servizi di protezione sociale e degli alti costi del lavoro, il Legislatore ha scelto di promuovere il welfare aziendale rinunciando agli oneri contributivi e fiscali e riconoscendo il contributo del sistema produttivo e delle imprese. Lo Stato ha deciso dunque di stringere un patto implicito con i soggetti coinvolti: a fronte di sgravi fiscali il ritorno nelle casse dello Stato consiste in un gettito che verrà generato dalla messa in moto di nuove risorse, ad esempio in nuova occupazione (Maino e Ferrera 2017). Come afferma Ferrera (2017) nell'introduzione al *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia*: *“Non sappiamo qual è il saldo finale di queste operazioni, non solo in termini di benessere generale, ma neppure sul bilancio dello Stato. Può ben essere che, come altre forme di deficit spending, il valore delle agevolazioni sia più che compensato in termini di maggiore occupazione e maggiori transazioni attivate dalle iniziative di secondo welfare e dunque di maggior gettito”*.

In merito alla difesa del principio di universalismo occorrerà chiarire quale debba essere la valenza sociale dei servizi e delle prestazioni mirando alla copertura di una platea di destinatari più ampia ed inclusiva possibile; in particolare sul fronte della sanità integrativa è opportuno prevedere l'estensione delle coperture al nucleo familiare del lavoratore. Inoltre andrebbero sempre più messe a punto formule aggregative intorno al tema del welfare aziendale, capaci di non confinarlo entro l'impresa, ma di metterlo in connessione con il territorio in cui l'impresa stessa opera per la valorizzazione della

produzione locale, dell'occupazione, e del benessere dei cittadini (Maino e Ferrera 2017).

A fronte dei dati presentati in precedenza è indubbio che sia necessario incrementare il finanziamento del Ssn attualmente ben al di sotto della media europea - il nostro Paese spende 748 euro pro-capite in meno, pari a un divario del 25% rispetto alla media EU (Meridiano Sanità 2016) - come ha ricordato la CGIL nel documento presentato a luglio 2017 contenente le linee strategiche per sostenere e rilanciare il Ssn (CGIL 2017). Nel testo però si afferma anche che *“l'universalità dei diritti è fondata sulla centralità della funzione pubblica, riconoscendo un giusto ruolo al settore privato”* che deve essere collocato in funzione collaborativa, e non concorrenziale. Quale debba essere l'ambito di intervento delle forme sanitarie integrative è oggetto di dibattito. L'indirizzo del legislatore attraverso i benefici fiscali si orienta sia verso una modalità esclusivamente integrativa sia verso una modalità parzialmente integrativa, laddove riconosce benefici anche ai fondi sanitari che erogano almeno il 20% delle prestazioni in ambiti extra-LEA (cure riabilitative, non autosufficienza, odontoiatria). Una ricerca Censis del 2010 riporta a tal proposito che, con riferimento ai fondi sanitari integrativi considerati nell'analisi, dei sinistri per i quali era richiesto un rimborso quasi il 55% riguardava l'area delle prestazioni sostitutive, con una prevalenza nelle regioni del Centro e per i fondi di origine contrattuale nazionale e per quelli a gestione assicurata (RBM Salute – Censis 2012). Si consideri poi che l'incidenza della spesa *out of pocket* sulla spesa sanitaria totale è pari al 23%, di poco inferiore a quella degli altri Paesi europei. Ciò che caratterizza l'Italia è che nonostante il 16% degli italiani sia coperto da forme sanitarie integrative (RBM Salute – Censis 2016), queste, come abbiamo visto, intermediano soltanto il 10% circa della spesa sanitaria privata, pari a 37.318 miliardi (Istat 2017b).

Il secondo pilastro sanitario non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma invece un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio Sanitario Nazionale attraverso il quale *“intermediare”* la spesa sanitaria rimasta a loro carico. Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro sistema Pubblico, ma, al contrario, di una fonte di alimentazione aggiuntiva per il sistema sanitario che attraverso l'organizzazione e il governo della spesa sanitaria privata è in grado di favorire la sostenibilità futura dello stesso Ssn utilizzando strumenti messi a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario.

4

IL WELFARE AZIENDALE NEL SETTORE ASSICURATIVO ITALIANO

Il mondo assicurativo non soltanto riveste, come abbiamo appena visto, un ruolo di primaria importanza in qualità di operatore di servizi, ma ha anche implementato - e continua tuttora a sviluppare – innovative soluzioni di welfare aziendale per i dipendenti delle proprie imprese.

Nel 2016 il settore assicurativo ha dato occupazione – includendo anche tutti gli addetti alle reti di vendita e alla distribuzione dei prodotti – a circa 300.000 persone, con un numero di dipendenti delle imprese assicuratrici pari a circa 47.000 unità (ANIA 2017b) che comprende anche i circa 3.500 dipendenti di società controllate da imprese di assicurazione ai quali è applicato il contratto collettivo nazionale assicurativo. Nello specifico, il numero del totale dipendenti delle imprese assicuratrici comprende il personale amministrativo (37.909 unità), il personale dei call center (2.404 unità), il personale dirigente (pari a 1.285 unità) e il personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione (5.252 unità).

A partire dagli anni '80 si sono sviluppate nel settore assicurativo varie iniziative di welfare aziendale destinate ai dipendenti delle imprese assicuratrici attraverso interventi apportati in sede di negoziazione di primo livello - tramite i rinnovi contrattuali nazionali - e/o attraverso accordi collettivi sindacali di secondo livello - attraverso la contrattazione integrativa aziendale.

Inizialmente, come negli altri ambiti, lo sviluppo del welfare aziendale assicurativo si è caratterizzato in particolare come estensione degli istituti previdenziali e sanitari del welfare pubblico. Con l'emergere dei nuovi bisogni, precedentemente descritti, le misure di welfare si sono estese con l'intento di perseguire nuove finalità soprattutto in ambito sociale e familiare. L'adozione di nuove misure ha come riferimento non solo l'esigenza di maggiore protezione e sicurezza dei propri dipendenti, ma anche la necessità di assicurare la sostenibilità del business con la dovuta responsabilità sociale verso tutti gli *stakeholder* (lavoratrici/lavoratori inclusi) e verso il contesto sociale ed economico nel quale le assicurazioni stesse operano.

Le varie iniziative di welfare adottate in questi anni dalle imprese di assicurazione possono sostanzialmente essere presentate secondo la seguente suddivisione:

- integrazione del sistema previdenziale/pensionistico nazionale;
- misure integrative per l'assistenza sanitaria, la tutela della salute e l'assistenza alla persona;
- conciliazione dei tempi/impegni di lavoro e familiari;

- tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e forme di sostegno per alcune categorie di lavoratori;
- interventi e sostegni economici a dipendenti e loro familiari;
- sensibilizzazione e valorizzazione della tutela delle pari opportunità;
- formazione/sostegno alla mobilità professionale;
- tutela contro i rischi dell'invecchiamento e della non autosufficienza.

Presentiamo di seguito le misure adottate dal settore assicurativo negli ultimi decenni. I vari interventi, adottati a livello di Contratto Collettivo Nazionale (CCNL) e/o a livello di Contrattazione Integrativa Aziendale (CIA) sono desumibili dai CCNL sottoscritti negli anni dall'ANIA con le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) del settore assicurativo e si riferiscono al personale dipendente non dirigente delle imprese che applicano tale contratto; i dati riguardanti il welfare aziendale implementato a livello delle singole imprese, sono invece stati estrapolati dai testi - a disposizione dell'ufficio Relazioni Industriali di ANIA - dei Contratti Integrativi Aziendali applicati al personale di alcune primarie compagnie del comparto e/o dalle informazioni che in proposito sono state acquisite nel tempo dalle varie imprese associate.

Integrazione del sistema previdenziale nazionale

CCNL – Il settore assicurativo è stato tra i primi a prevedere un trattamento pensionistico complementare (rispetto a quello pubblico) per tutti i lavoratori delle imprese. In particolare è previsto a favore di ciascun lavoratore/lavoratrice un trattamento previdenziale integrativo finanziato in parte mediante il contributo dell'impresa, in parte mediante il contributo del lavoratore/lavoratrice, anche attraverso conferimento del TFR. A seguito dei vari rinnovi contrattuali nel frattempo intervenuti, questo contributo è attualmente fissato nella misura del 2% ma tale percentuale è stata nel tempo ampiamente incrementata a seguito di interventi nelle varie sedi aziendali.

CIA – In applicazione di quanto previsto dal CCNL e nel rispetto della regolamentazione stabilita in materia sul piano normativo, si è sviluppato in questi anni un consolidato sistema di previdenza complementare aziendale a favore di tutti i dipendenti delle compagnie, attraverso la costituzione di appositi Fondi pensione aziendali o interaziendali. Tale sistema è finanziato dalle singole imprese con contributi che variano tra il 4% e l'8% (comprensivi del contributo nazionale) e, in via opzionale, dai dipendenti, con una contribuzione da loro scelta sulla base delle specifiche previsioni dei contratti integrativi aziendali.

Misure integrative per l'assistenza sanitaria e l'assistenza alla persona

CCNL – Sempre a partire dagli anni '80, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro ha introdotto, a favore dei funzionari delle imprese assicuratrici, forme integrative di assistenza sanitaria da attuarsi attraverso polizze assicurative o per il tramite di apposite Casse assistenza/Fondi sanitari aziendali e/o interaziendali. Tali garanzie, via via implementate nel tempo, riguardano anche i familiari a carico dei funzionari e prevedono, secondo determinati criteri e massimali di spesa, le seguenti principali prestazioni:

- rimborso delle spese per ricoveri di medicina o chirurgia ed interventi chirurgici (delle rette di degenza, degli onorari del chirurgo, dell'assistenza infermieristica e dei medicinali);
- rimborso delle spese sostenute per il parto (degenza, onorari, assistenza pediatrica, ecc.);
- rimborso delle spese per prestazioni sanitarie e specialistiche, per visite mediche, prestazioni odontoiatriche e per terapie relative a malattie oncologiche.

Per alcune di tali prestazioni il CCNL prevede il rimborso delle relative spese anche per i due anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, laddove questa è seguita dall'andata in quiescenza del funzionario.

A partire dal 1° gennaio 2000, il CCNL ha poi introdotto un contributo a carico delle imprese pari allo 0,50% della retribuzione tabellare da destinarsi al trattamento di assistenza sanitaria a valere per tutti gli altri dipendenti delle imprese, che si aggiunge a quelli stabiliti in materia di assistenza sanitaria nazionale.

CIA – In sede aziendale, in molti casi già a far data dagli anni '90, sono andate sviluppandosi forme di previdenza sanitaria integrativa a favore del personale dipendente non dirigente. Tali prestazioni - che nel caso dei Funzionari integrano quelle da contratto collettivo nazionale - sono state, come sopra detto, garantite attraverso o la stipula di polizze sanitarie o la costituzione di Fondi sanitari aziendali/interaziendali. Queste consistono, nella maggioranza dei casi, nel rimborso delle spese per interventi chirurgici, per analisi ed esami diagnostici, per visite mediche specialistiche, per prestazioni odontoiatriche, per check-up di prevenzione e forme di assistenza alla persona (infermieristiche e/o domiciliari).

Tali prestazioni – erogate anch'esse nel limite di determinate misure o plafond di spese previste dai Contratti Integrativi Aziendali – sono in alcuni casi finanziate anche con il contributo dei lavoratori e, in altre ipotesi, possono essere ulteriormente ampliate con il contributo dei lavoratori medesimi per estenderle ai familiari a carico.

Significativo è che la quasi totalità del personale interessato delle imprese assicuratrici (circa 43.000) è iscritto ai vari fondi di assistenza sanitaria aziendali e/o interaziendali nel tempo costituiti nel settore.

Il Fondo Unico Nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza

Per quanto riguarda la tutela contro i rischi dell'invecchiamento e della non autosufficienza, data la rilevanza della misura adottata, viene presentato di seguito uno specifico approfondimento.

La propensione degli italiani a pianificare soluzioni in prospettiva di lungo termine, come la pensione complementare o le coperture per la perdita di autonomia, è piuttosto contenuta. Come evidenziato dalla Commissione Vita e Welfare ANIA, a meno che non si vogliano adottare decise scelte di policy, come è stato fatto in Germania con l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria per la perdita di autosufficienza, il principale veicolo di sperimentazione e di diffusione di tali soluzioni è la contrattazione collettiva, anche aziendale e interaziendale. Il settore assicurativo, in questo senso, ha da tempo dato l'esempio costituendo un fondo nazionale specializzato per la copertura dei rischi legati alla perdita di autosufficienza che assicura tutti i dipendenti e i pensionati del settore con contributi interamente a carico del datore di lavoro.

In considerazione dell'allungamento della vita e dell'insorgenza di eventi imprevedibili e invalidanti tali da comportare uno stato di non autosufficienza (con conseguente necessità di assistenza) nel 2005 è stato costituito - primo fra tutti - il Fondo Unico Nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza (*Long Term Care*). Questo Fondo - che opera a favore di tutto il personale dipendente non dirigente delle imprese assicuratrici - è finanziato attraverso un contributo (a carico delle imprese) pari allo 0,50% della retribuzione tabellare contrattuale dei dipendenti ed interviene laddove, al ricorrere delle specifiche condizioni medico-sanitarie indicate nella relativa regolamentazione che disciplina la materia, si verifichi a carico del beneficiario/affiliato al Fondo uno "stato di non autosufficienza". Il riconoscimento di tale stato avviene tramite il raggiungimento di un punteggio minimo assegnato attraverso la valutazione dell'autonomia del soggetto rispetto all'espletamento di specifiche pratiche quotidiane, vale a dire: farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare.

Il Fondo definisce l'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili tramite una rendita annua pagabile al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'affiliato/beneficiario e finché rimanga in vita in tale stato. La rendita è rivalutata in base al rendimento di una gestione assicurativa speciale, il che significa che l'importo può crescere ma mai decrescere.

Le prestazioni sono rese dal Fondo attraverso apposita polizza di assicurazione e consistono in una rendita media annua attualmente pari a circa 13.500 euro. Si sottolinea in proposito che a norma del regolamento concordato tra le Parti sociali del settore, le prestazioni sono garantite, salvo che i dipendenti non cambino settore di appartenenza, anche nel periodo della pensione. Il Fondo Ltc in parola è gestito da

Organi Consiliari composti, in modo paritetico, da rappresentanti delle imprese e delle organizzazioni sindacali.

Al 31 dicembre 2016 risultavano fruitori delle prestazioni del Fondo circa 40 persone mentre gli affiliati/beneficiari risultavano essere complessivamente poco più di 59.000, di cui circa l'89% ancora in servizio e l'11% già in quiescenza.

Per quanto riguarda la contrattazione di secondo livello, in alcune imprese del settore si stanno introducendo misure atte ad implementare il trattamento stabilito a livello nazionale, con l'obiettivo di estendere le suddette prestazioni di Ltc anche ai familiari a carico del lavoratore.

Conciliazione dei tempi/impegni di lavoro e familiari

CCNL – Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro prevede una serie di misure atte a garantire ai dipendenti (sotto forma di permessi retribuiti, ad ore o a giornate) tempi necessari per gestire adeguatamente i propri impegni di lavoro con quelli personali e/o familiari. Tali permessi si aggiungono a quelli già previsti sul piano normativo generale e costituiscono pertanto ulteriori facilitazioni sul piano organizzativo del dipendente. Il contratto prevede inoltre varie forme di aspettativa per giustificati motivi personali o di famiglia, per lo più non retribuite, salvo diversa valutazione a seconda delle circostanze che le giustificano.

CIA – Nelle compagnie del settore, in occasione della sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali, sono stati stipulati accordi per regolamentare la “flessibilità” (in entrata e in uscita) dell'orario di lavoro settimanale (37 ore), il lavoro su turni, l'accesso a forme di part-time (orizzontale, verticale e misto) e la concessione di ulteriori permessi (mediamente tra le 10 e le 20 ore, retribuite e/o non, a seconda delle circostanze) che si aggiungono a quelli stabiliti dal CCNL. Sempre al fine di favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in molte compagnie sono state avviate e realizzate iniziative per la costituzione di asili nido per i figli dei dipendenti e/o stipulate convenzioni presso strutture vicine alle sedi aziendali (i servizi e le iniziative di flessibilità oraria citate sono riconducibili alla gran parte delle principali imprese assicuratrici).

In questi ultimi anni, in alcune primarie compagnie sono stati inoltre stipulati accordi in tema di smart working per determinate categorie di lavoratori interessati a tale modalità di lavoro. Questa azione è particolarmente significativa perché implementata (in linea con alcune tra le più innovative realtà aziendali del territorio in termini di gestione delle risorse umane) prima della recente approvazione della legge in materia di smart working.

Tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e forme di sostegno per talune categorie di lavoratori

CCNL – Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, in attuazione delle disposizioni contenute nel D.lsg. n. 626/1994 e successivamente nel TU n. 81/2008, ha recato disposizioni implementative a favore dei lavoratori in tema di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, al fine di consentire e garantire la realizzazione di condizioni ambientali che favoriscano un sistema di qualità totale di lavoro. Tali norme hanno in concreto regolamentato la costituzione di Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza (RLS) presso ciascuna impresa, stabilendone composizione, modalità e tempi per l'esercizio delle funzioni alle stesse assegnate. La regolamentazione del CCNL prevede a tal fine la concessione di ulteriori permessi di lavoro retribuiti (rispetto a quelli di legge) per ciascun lavoratore impegnato nelle attività delle Rappresentanze sopra citate.

CIA – Nella maggioranza delle imprese del settore si sono andate via via sviluppando, in linea con quanto avvenuto per l'assistenza sanitaria integrativa, forme di garanzie a carico (totale o parziale) dell'azienda, contro i rischi di invalidità (permanente o temporanea) dei propri dipendenti conseguenti ad infortuni professionali, extraprofessionali o legati a casi di malattia. Tali coperture possono essere anche estese ai familiari a condizione del versamento di un contributo da parte del dipendente.

Per quanto concerne i lavoratori portatori di handicap, le misure previste dai contratti integrativi aziendali consistono per lo più in ulteriori ore di permesso rispetto a quelli stabiliti dalle norme di legge; in taluni casi sono anche previsti accordi con le Province per favorire l'inserimento e la formazione di tali lavoratori in azienda.

Interventi e sostegni economici a dipendenti e loro familiari

CCNL – Il CCNL si limita a rinviarne la possibile trattazione nelle sedi aziendali e prevede, tra l'altro, che in occasione di eventuale stipula di contratti integrativi possano anche esaminarsi forme di erogazioni economiche (aggiuntive a quelle del CCNL) collegate alla produttività e redditività aziendale, nonché forme di agevolazione ai dipendenti per l'acquisto della prima casa di abitazione e/o per l'assegnazione in locazione di alloggi di proprietà delle imprese.

CIA – Nella maggior parte delle imprese, in linea con la sopra richiamata disposizione del Contratto nazionale, i contratti integrativi aziendali delle compagnie assicuratrici hanno previsto a far data dagli anni '80 l'erogazione di premi "variabili" a favore dei dipendenti, collegati (secondo determinate modalità e criteri) alla redditività ed alla produttività dell'impresa. L'entità degli importi varia da compagnia a compagnia ma, in termini generali, per tutti i lavoratori del comparto questi premi costituiscono di fatto un trattamento economico integrativo rispetto a quello base riconosciuto dal CCNL.

La corresponsione di tali premi è di particolare rilievo alla luce anche delle misure apportate dalle ultime “Leggi di stabilità” in base alle quali, come già descritto, è prevista la possibilità per il lavoratore di optare per forme di welfare aziendale anche in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme erogate come premi di produttività.

Tra gli altri interventi di natura economica previsti dai contratti integrativi aziendali, segnaliamo quelli consistenti in prestiti a tasso agevolato per l'acquisto dell'abitazione e/o comunque per altre comprovate necessità personali/familiari (per esempio per la ristrutturazione dell'abitazione, per spese mediche, per spese scolastiche dei figli ecc.).

Da ultimo, segnaliamo che tra le varie forme di sostegno economico ai dipendenti sono previsti, in taluni casi, anche contributi per gli abbonamenti annuali per i mezzi pubblici, nonché agevolazioni per la stipula di polizze assicurative nell'ambito dei rami esercitati dalla compagnia medesima (per auto, garanzie contro i rischi di responsabilità civile, polizza fabbricati, furto, incendi ecc.).

Sensibilizzazione e valorizzazione della tutela delle pari opportunità

CCNL – Con il Contratto Collettivo Nazionale stipulato nel 1991 è stata costituita all'interno del settore assicurativo la Commissione Mista Nazionale per le pari opportunità (CNPO), che è composta in maniera mista da rappresentanti delle aziende del settore e delle organizzazioni sindacali firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro.

I compiti della Commissione si concentrano in particolare sull'analisi dell'intera problematica relativa alla parità uomo-donna; sulla diffusione nel settore della cultura in tema di pari opportunità; sulla dotazione alle Commissioni Aziendali di indicazioni di carattere generale ed eventuali consulenze (ove richieste), nonché sul sostegno per la costituzione di Commissioni Aziendali nelle compagnie che ne sono ancora sprovviste.

La “missione” della Commissione, in sostanza, è quella di accrescere la sensibilità in materia di pari opportunità di genere al fine di poter progressivamente realizzare una concreta uguaglianza nell'ambiente di lavoro.

L'attività della CNPO ha portato, nel corso degli anni, anche alla realizzazione di diverse iniziative, workshop, studi ed approfondimenti inerenti alle tematiche descritte.

CIA – In linea con quanto sopra evidenziato, a partire dal 2000, si sono costituite in molte compagnie Commissioni Paritetiche aziendali per le pari opportunità, con analoghi compiti ed obiettivi rapportati alle specifiche realtà aziendali.

Formazione/sostegno alla mobilità professionale

CCNL – Con apposite disposizioni stabilite nel corso del tempo, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro ha previsto la valorizzazione della mobilità professionale e la

rilevanza del ruolo della formazione continua, che viene nel comparto attuata anche attraverso l'apposito Fondo interprofessionale Banche Assicurazioni (FBA), con finanziamenti dei piani di formazione presentati (previo accordo sindacale) dalle imprese per i propri dipendenti.

All'interno del settore opera anche l'Ente Bilaterale Nazionale per la Formazione Assicurativa (ENBIFA), istituito con Accordo del 18 dicembre 1999 tra i cui compiti figura anche quello di "promuovere e favorire la ricerca sui fabbisogni di professionalità nel settore assicurativo". Nel corso di questi anni ENBIFA ha inoltre organizzato diversi eventi e giornate di studio per l'approfondimento di tematiche afferenti l'attività lavorativa nel comparto delle assicurazioni.

CIA – Tutte le imprese del settore prevedono, oltre alle azioni di valorizzazione interna della mobilità professione come previsto dal CCNL, ore/giorni di permesso retribuito (aggiuntivi a quelli di legge) per lo svolgimento delle attività di formazione, per i lavoratori/lavoratrici studenti, nonché riconoscimenti economici in caso di conseguimento di diploma o di laurea ed il rimborso delle spese scolastiche per tutti i lavoratori studenti di scuole secondarie, Università, Master, Corsi di specializzazione o Esami di Stato.

L'analisi effettuata – riassunta nella Tabella 2 – ci permette di affermare che il settore assicurativo si prende cura ampiamente e da tempo dei propri dipendenti. Inoltre in diversi ambiti le imprese hanno significativamente esteso le iniziative stabilite dal CCNL sia a livello di beneficiari (coinvolgendo l'intera popolazione aziendale) sia attraverso l'introduzione di ulteriori misure. Il mondo assicurativo non solo su alcuni temi ha anticipato gli altri settori inserendo elementi di innovazione nella tutela dei propri collaboratori (si pensi al Fondo Unico sulla non autosufficienza), ma si è dimostrato reattivo alle nuove sfide offrendo tutele in risposta ai nuovi bisogni, per esempio attraverso l'introduzione di modalità di lavoro flessibile. A tal proposito si evidenzia che nel rinnovo del CCNL del 22 febbraio 2017 sono state introdotte ulteriori misure che disciplinano l'orario di lavoro in termini di maggior flessibilità ed efficienza.

Tabella 2 – Sintesi delle misure di welfare aziendale adottate dalle imprese assicuratrici.

| AMBITI DI RIFERIMENTO | CCNL | CIA |
|--|---|--|
| <i>Misure integrative del sistema previdenziale nazionale</i> | Trattamento pensionistico complementare per tutti i lavoratori delle imprese | Costituzione di appositi Fondi pensione aziendali o interaziendali a favore di tutti i dipendenti delle compagnie |
| <i>Misure integrative dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza alla persona</i> | Forme integrative di assistenza sanitaria a favore dei funzionari e dei familiari a carico + Fondo Unico per la non autosufficienza | Forme di previdenza sanitaria integrativa a favore del personale dipendente non dirigente (a integrazione del CCNL per i funzionari) con possibilità in alcuni casi di estensione ai familiari salvo il versamento di un contributo da parte del dipendente. |
| <i>Conciliazione dei tempi/impegni di lavoro e familiari</i> | Misure di flessibilità oraria e di permessi lavorativi | Ulteriori misure di flessibilità oraria e di permessi lavorativi + in alcuni casi asili nido aziendali e smart working |
| <i>Tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e forme di sostegno per talune categorie di lavoratori</i> | Costituzione di Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza (RLS) presso ciascuna impresa | Forme di garanzie a carico dell'azienda contro i rischi di invalidità dei propri dipendenti conseguenti ad infortuni professionali, extraprofessionali o legati a casi di malattia (tali coperture possono essere anche estese ai familiari salvo il versamento di un contributo da parte del dipendente). |
| <i>Interventi e sostegni economici a dipendenti e loro familiari</i> | Possibile trattazione rinviata nelle sedi aziendali | Erogazione di premi "variabili" a favore dei dipendenti, collegati alla redditività ed alla produttività dell'impresa + prestiti a tasso agevolato per l'acquisto dell'abitazione e/o comunque per altre comprovate necessità personali/familiari + abbonamenti annuali per i mezzi pubblici + agevolazioni per la stipula di polizze assicurative |
| <i>Sensibilizzazione e valorizzazione per la tutela delle pari opportunità</i> | Commissione Mista Nazionale per le Pari Opportunità (CNPO) con finalità di sensibilizzazione sul tema | Commissioni Paritetiche aziendali per le pari opportunità |
| <i>Formazione/sostegno alla mobilità professionale</i> | Formazione continua attraverso l'apposito Fondo Interprofessionale Banche Assicurazioni (FBA) + Ente Bilaterale Nazionale per la Formazione Assicurativa (ENBIFA) | Permessi retribuiti per lo svolgimento delle attività di formazione dei dipendenti e riconoscimenti economici in caso di conseguimento di titolo di studio ed il rimborso delle spese scolastiche |

5

IL SISTEMA ASSICURATIVO COME OPERATORE DI SERVIZI DI WELFARE AZIENDALE

Il capitolo intende presentare una panoramica dei servizi che le imprese assicuratrici offrono e che possono essere ricompresi nei piani di welfare aziendale¹⁷, le tendenze del mercato assicurativo e un breve approfondimento sui principali concetti che caratterizzano la definizione di coperture sulla salute e la non autosufficienza.

5.1 La gamma dei servizi: alcuni dati

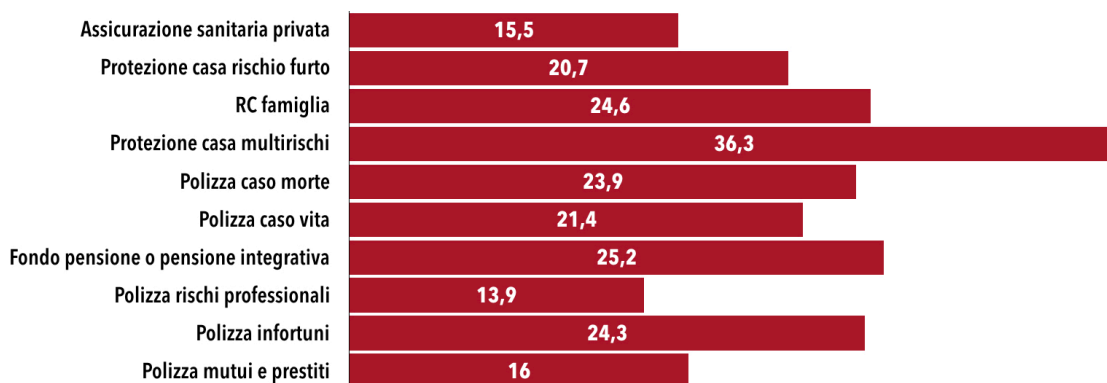
Le polizze assicurative sono generalmente raggruppate in categorie in cui rientrano rischi simili, basate su principi differenti e che prevedono modalità specifiche di gestione della forma assicurativa. Tali categorie vengono definite “rami” e si distinguono principalmente in ramo danni e ramo vita. Le polizze del “ramo danni” tutelano l’assicurato da eventi che possono danneggiare beni legati al suo patrimonio (per esempio la casa o l’auto), i suoi possibili guadagni, il patrimonio nel suo complesso o la sua persona. Le polizze “ramo vita” prevedono l’obbligo per l’assicuratore di versare ai beneficiari, indicati nel contratto di assicurazione, un capitale o una rendita qualora si verifichi un evento attinente alla vita dell’assicurato come morte, invalidità o vecchiaia (ANIA 2017b).

Nonostante il mercato assicurativo italiano continui a mantenere un posto centrale nel sistema economico e sociale, nel 2016 – per la prima volta dopo tre anni di crescita – la raccolta dei premi è diminuita dell’8,2% (2,6% in calo rispetto al solo 2015), con un premio medio per abitante pari a 2.258 euro – inferiore rispetto a quello registrato negli altri principali Paesi industrializzati (ANIA 2017b).

La figura 4 mette in evidenza le tipologie di prodotti assicurativi sottoscritti dalle famiglie italiane. La raccolta premi nei rami vita, dopo il massimo storico raggiunto nel 2015, è stata nel 2016 di 102 miliardi, 11% in meno rispetto all’anno precedente. Meno significativo il calo nella raccolta premi nel ramo danni (l’1% in meno rispetto al 2015) che è stata pari a circa 32 miliardi, esito di un bilanciamento tra la diminuzione significativa dei premi nel ramo RC auto (-5,6%) e di un aumento negli altri rami danni (+2,6%) tra cui si evidenzia la crescita significativa del ramo salute (+10%), che ha raccolto oltre 2,3 miliardi di euro (ANIA 2017b).

¹⁷ Tralasciando per esigenze di selezione il tema della previdenza complementare, area compresa tra le prestazioni offerte dalle assicurazioni.

Figura 4 – Quota delle famiglie italiane assicurate per tipo di prodotto assicurativo (2016, %)

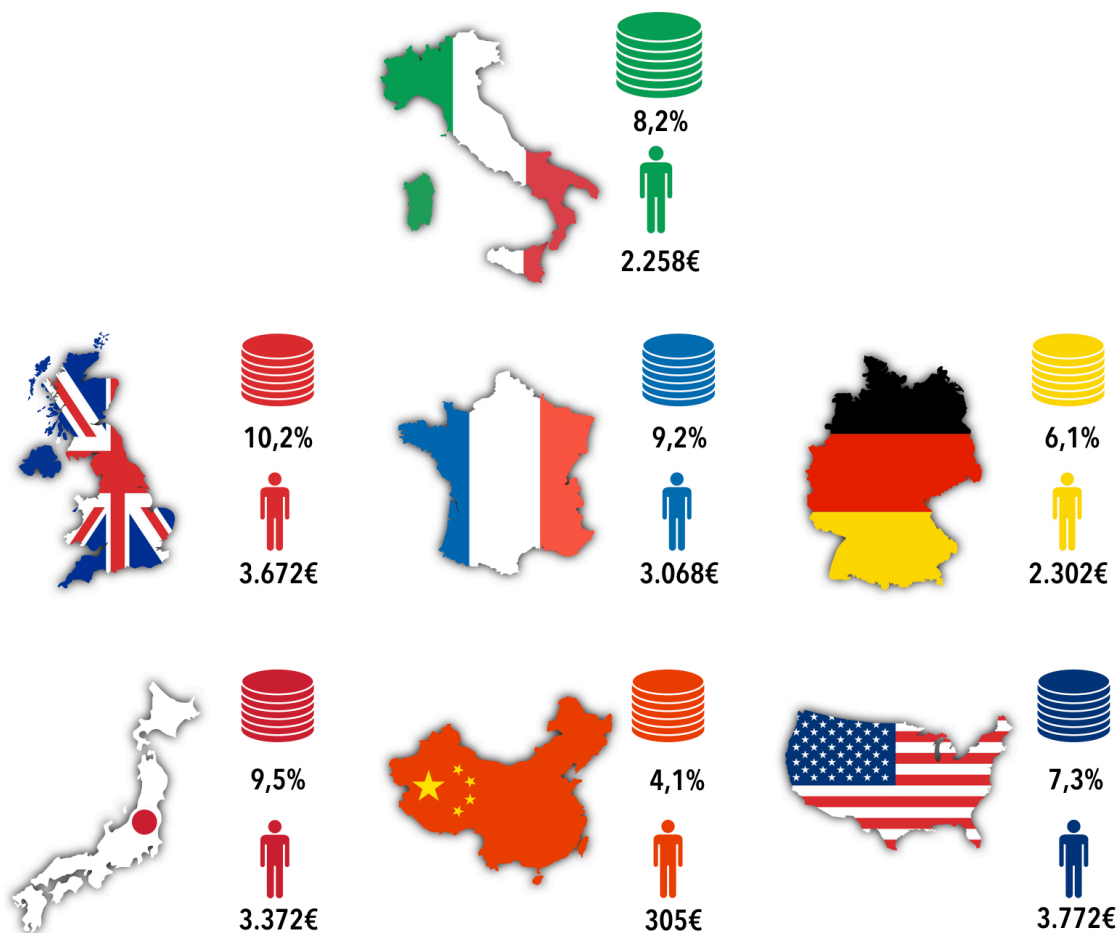


Fonte: Forum ANIA – Consumatori (2017).

È interessante sottolineare che nel 2017 il ramo malattia è aumentato ulteriormente di quasi il 10%, dopo l'aumento di oltre l'8% dal 2015 al 2016, a causa della domanda di copertura per i rischi legati alle spese mediche e agli interventi chirurgici. Inoltre, la diffusione di polizze collettive legate a strumenti di welfare integrativo aziendale – favorita come abbiamo visto dalle ultime Leggi di Stabilità – ha portato il volume dei premi di questo ramo a superare, sempre nel 2017, i 2,5 miliardi (ANIA 2017b).

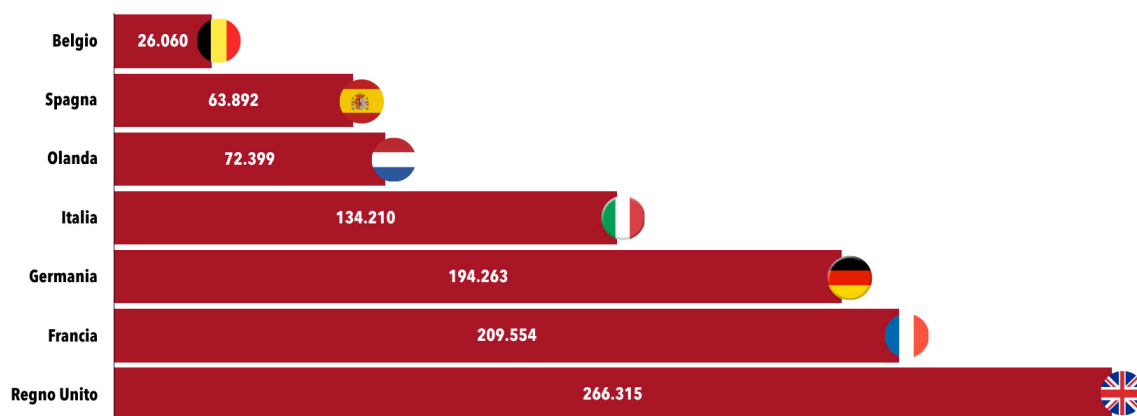
Il confronto internazionale (figure 5 e 6) vede l'Italia al quarto posto in Europa e all'ottavo nel mondo per raccolta dei premi. Nel 2016 il volume premi complessivo dei principali mercati UE (Belgio, Francia, Germania, Olanda, Regno Unito e Spagna) è stato pari a 967 miliardi di euro, risultando in aumento del 3,5% rispetto al 2015. Insieme all'Olanda (-2% la variazione per questo paese è relativa al 2015 rispetto al 2014) e al Belgio (-0,6%), l'Italia ha però registrato variazioni negative (-8,7%) (ANIA 2017a). Nel nostro Paese inoltre, rispetto all'estero, sono ancora poco diffuse le coperture assicurative contro i rischi del lavoro, della famiglia, della salute, del patrimonio. Si consideri infatti che il peso dei premi danni (non auto) rispetto al Pil – con un valore pari a circa l'1% – è meno della metà o in alcuni casi meno di un terzo rispetto ad altri grandi Paesi europei (ANIA 2017c).

Figura 5 – Premi (danni e vita) rispetto al PIL (2016, %) e per abitante (2016, €).



Fonte: ANIA (2017b).

Figura 6 – Premi diretti in alcuni dei principali Paesi UE (2016, milioni di €).



Fonte: ANIA (2017a).

Box 2**Generali Welion: *player* per il welfare aziendale integrato**

A fine 2017 è nata Generali Welion, società legata a Generali, operativa dall'inizio del 2018. Si tratta di un nuovo player per il welfare aziendale integrato, destinato innanzitutto alle 5.000 imprese valutate dalla ricerca Welfare Index PMI.

L'idea ha avuto origine dall'esperienza nel welfare integrato che Generali ha maturato negli anni non solo attraverso la propria offerta assicurativa, ma anche attraverso i vasti programmi di welfare dedicati ai propri dipendenti e la conoscenza del mercato scaturita da Welfare Index PMI. L'offerta oltre ad avere l'obiettivo di incrementare i livelli di servizio nel quadro delle prestazioni sanitarie e di svolgere servizi di consulenza alle imprese che intendono attivare piani di welfare aziendale, mira ad espandere l'azione commerciale di Generali Welion anche verso nuovi servizi "non assicurativi" come carte dedicate, percorsi di cura, facilitazioni nell'accesso al network convenzionato (non solo sanitario, ma esteso anche ad altri servizi coerenti con le risposte attese dai beneficiari del "welfare integrato"). Lo strumento a supporto di queste attività è la piattaforma web utilizzata non solo per gestire i flexible benefit ma tutti i servizi necessari alla realizzazione dei piani sanitari (ad esempio con servizi di prima diagnostica on site) oltre che a quelli dedicati al Ltc, area ancora poco esplorata ma – come abbiamo visto – favorita dalle ultime novità legislative in tema di defiscalizzazione dei premi assicurativi pagati per questo tipo di polizze.

5.2 Le prestazioni assicurative sulla salute e la non autosufficienza: definizioni e caratteristiche

Le assicurazioni sulla salute e quelle sulla vita, costituiscono nel complesso le cosiddette assicurazioni di persone, prevedendo l'intervento dell'assicuratore al manifestarsi di un'alterazione, tra quelle previste in polizza, dello stato di salute della persona assicurata o al sopraggiungere di invalidità senile (De Angelis e Di Falco 2016).

Le prestazioni possono essere di diversa natura a fronte di diversi obiettivi di copertura:

- il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato per un consumo di beni o servizi sanitari, eventualmente in alternativa o in aggiunta a quelli offerti dal sistema pubblico;
- la corresponsione di un capitale o di una rendita con lo scopo di compensare, almeno in misura parziale, la perdita da parte del soggetto assicurato della capacità di produrre e di generare reddito da lavoro o la necessità di far fronte a maggiori spese a seguito della perdita di autonomia;
- l'erogazione di servizi socio-sanitari per soddisfare direttamente i bisogni

insorti a seguito del verificarsi dell'evento assicurato.

Le assicurazioni sulla salute possono essere vendute sia in forma autonoma (*stand alone*) sia in abbinamento a un'assicurazione sulla vita, potendo anche essere l'una garanzia accessoria dell'altra. L'abbinamento di queste forme assicurative, attraverso l'assemblaggio di più coperture, realizza un'economia di scala sui costi assicurativi e amministrativi rispetto alla predisposizione di singoli prodotti o contratti per ciascuna copertura economicamente meno vantaggiosi.

Il livello di approfondimento delle condizioni di salute dell'assicurato è funzionale all'entità della copertura e di altri parametri, tra cui il modello distributivo adottato, demandando la verifica, in presenza di importi assicurati inferiori a determinate soglie prestabilite dall'assicuratore, alla somministrazione agli assicurati di un questionario sanitario. Allo stesso modo, per somme di particolare entità, l'assicuratore provvede a richiedere all'assicurato informazioni e documentazione via via più dettagliate al crescere della copertura richiesta, fino alla documentazione riguardante anche il profilo finanziario e patrimoniale del soggetto da assicurare, in modo da comprendere l'effettiva esigenza di copertura, nonché l'eventuale presenza di elementi di *moral hazard*. Quest'ultimo è una componente di rischio che individua un insieme di fattori a sfavore dell'assicuratore sulla reale possibilità di conoscere le effettive condizioni di salute dell'assicurato e dalla propensione di quest'ultimo a non dichiarare patologie esistenti o altre condizioni (di carattere sanitario, professionale o sportivo) che siano rilevanti per la valutazione del rischio da assicurare al momento della sottoscrizione. Si parla in questi casi di antiselezione: la compagnia di assicurazioni è portata ad esprimere una quotazione del rischio (e dunque una quantificazione del premio) difforme da quella che avrebbe espresso disponendo di tutte le informazioni in possesso dell'assicurato (De Angelis e Di Falco 2016). Questo fenomeno ha riflessi negativi su tutta la collettività degli assicurati o dei potenziali assicurati in quanto provoca conseguenze di svantaggio sui premi.

Con l'espressione *Long term care* si definisce invece il complesso di interventi assistenziali erogati, non necessariamente da parte di un assicuratore, a favore di quei soggetti che, divenuti anziani, non sono più in grado di svolgere una vita autonoma. Tra questi rientra l'assicurazione privata per la perdita di autosufficienza: quindi, a differenza delle altre coperture sulla salute, il rischio assicurato è dovuto non solo all'accadimento di un infortunio o all'insorgenza di una malattia più o meno grave, ma anche alla invalidità senile (De Angelis e Di Falco 2016).

La non completa autosufficienza si può manifestare a vari livelli: in ordine di gravità crescente, si può avere bisogno di assistenza domiciliare, soggiorno con assistenza in case di riposo o ricovero in case di cura.

Le coperture assicurative Ltc generalmente mirano a fornire un supporto economico per far fronte alle spese originate dalle situazioni appena indicate. Queste ultime, insorgendo tipicamente in età avanzata e con limitate possibilità di recupero, orientano maggiormente l'offerta assicurativa verso soluzioni la cui durata coincide con la vita dell'assicurato.

Il supporto economico offerto consiste, nella maggior parte dei casi, nell'erogazione di una somma assicurata forfettaria o nel risarcimento, totale o parziale, del costo per l'assistenza. Tuttavia è possibile realizzare la copertura anche prevedendo prestazioni in natura.

Definire lo stato di non autosufficienza secondo precisi parametri è fondamentale per stabilire il momento in cui deve essere pagata la prestazione. L'approccio più utilizzato si basa sulla verifica della mancanza di autonomia nello svolgere determinate attività elementari, usuali nella vita quotidiana, che vengono definite nelle condizioni di assicurazione secondo il metodo basato sulle ADL (*Activities of Daily Living*)¹⁸.

Il primo indice ADL (che risale al 1963) prevede una valutazione sulla base delle sei attività elementari riportate di seguito:

- lavarsi: capacità di entrare ed uscire dal bagno, compiere in autonomia le funzioni igieniche; entrare ed uscire dalla vasca o dalla doccia e utilizzare una spugna per lavarsi senza l'aiuto di altre persone;
- vestirsi: capacità di indossare tutti i tipi di vestiario e di protesi eventualmente necessarie, incluse la capacità di prenderle dal luogo dove sono normalmente custodite;
- usare i servizi: capacità di espletare le necessarie funzioni fisiologiche senza l'aiuto di una terza persona;
- muoversi: capacità di cambiare posizione, come alzarsi dal letto, trasferirsi su una poltrona o su una sedia a rotelle e viceversa;
- alimentarsi: capacità di portarsi, da un piatto alla bocca, il cibo preparato da una terza persona; capacità di controllarsi nella continenza.

Gli indici IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) prendono in considerazione, inoltre, azioni legate alla gestione domestica, in particolare: fare la spesa, cucinare, lavare la biancheria, governare la casa, usare il telefono e amministrarsi (per esempio, andare in banca o in uffici pubblici).

La copertura assicurativa Ltc può essere offerta secondo diverse modalità. In caso di offerta autonoma (*stand alone*), la prestazione è corrisposta nel momento in cui l'assicurato diventa bisognoso di assistenza, secondo lo schema ADL. La copertura, di

¹⁸ Questa tecnica consiste nel considerare, per ciascuna attività, la possibilità o meno di essere svolta da parte dell'assicurato. Esistono anche metodi che considerano livelli intermedi di valutazione per singola attività: in questo caso si procede con l'assegnazione di un punteggio che deve raggiungere una soglia minima perché la prestazione sia corrisposta.

norma in vigore per tutta la durata di vita dell'assicurato, può essere finanziata mediante premi periodici limitati, premi periodici vitalizi o mediante un premio unico.

Esistono anche forme di rendita vitalizia dedicate a soggetti che già versano in condizioni di non autosufficienza (definite *enhanced annuity*) maggiorate rispetto alle condizioni standard perché destinate ad assicurati che presentano una speranza di vita inferiore rispetto a soggetti in normali condizioni di salute.

Esistono infine alcune modalità di abbinamento con altri tipi di assicurazioni. La più diffusa in Italia è l'inserimento della copertura Ltc in una assicurazione sulla vita con una modalità anticipativa della prestazione. In tal caso, una percentuale del capitale assicurato in caso di morte viene automaticamente convertito in una rendita vitalizia nel momento in cui l'assicurato dovesse divenire non autosufficiente.

Le assicurazioni contro l'insorgenza di malattie gravi (*dread disease o critical illness insurance*) prevedono il pagamento di un capitale al verificarsi di una malattia grave fra quelle previste nelle condizioni contrattuali. Per malattie gravi si intendono, in via generale, le patologie che compromettono in modo difficilmente reversibile lo stile di vita dell'assicurato, con ridotte probabilità di completa guarigione. Le patologie, che tipicamente sono comprese nella maggior parte delle coperture offerte dalle imprese di assicurazione, sono il cancro, l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale che generano principalmente i seguenti bisogni: necessità di intervento chirurgico, necessità di cure mediche, necessità di adeguata riabilitazione, impossibilità di percepire reddito da lavoro per un determinato periodo (De Angelis e Di Falco 2016).

Le prime tre possono trovare un'adeguata copertura anche in polizze del ramo malattia che prevedano il rimborso di spese mediche, dotate di massimali sufficientemente elevati. L'assicurazione dalla perdita della capacità di continuare a conseguire reddito da lavoro può essere invece soddisfatta mediante una assicurazione malattia che preveda il pagamento di una diaria a seguito del verificarsi dell'evento assicurato e della conseguente invalidità. Infine, allo scopo di mitigare la possibile antiselezione degli assicurati, oltre all'accertamento sanitario preventivo, è generalmente previsto un periodo iniziale di carenza.

La copertura malattie gravi può essere fornita in forma autonoma ma è spesso abbinata ad una assicurazione sulla vita mediante diverse forme, riconducibili a due modalità principali:

- anticipativa, quando una prefissata aliquota della somma assicurata relativa alla copertura sulla vita è anticipata al verificarsi di una delle malattie previste alle condizioni contrattuali, restando così in vigore la quota residua di somma assicurata;
- aggiuntiva, quando la somma assicurata per l'insorgenza di malattie gravi è erogata al verificarsi di una delle patologie assicurate, mentre la copertura sulla vita resta in vigore per l'intera somma assicurata.

6

UN APPROCCIO INNOVATIVO ATTRAVERSO MOLTEPLICI RUOLI E DIFFERENTI FINALITÀ

Le società assicuratrici, spesso in rete con altri attori, sono protagoniste sul territorio di numerose iniziative. Il capitolo presenta alcune azioni di Responsabilità Sociale di Impresa e casi specifici che, a titolo esemplificativo, evidenziano i diversi ruoli che le imprese assicuratrici rivestono. Queste azioni, secondo finalità e metodi diversi mettono in luce una tendenza ormai diffusa tra le diverse compagnie di costruirsi un ruolo multi sfaccettato che, intercettando nuovi bisogni e adattandosi ai cambiamenti, si delinea secondo un approccio innovativo.

6.1 La Responsabilità Sociale di Impresa: dal welfare all'educazione finanziaria

La Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI, definita a livello internazionale come *Corporate Social Responsibility - CSR*) è considerata dall'Unione Europea uno degli strumenti strategici per la realizzazione di una società più competitiva e socialmente coesa e per modernizzare e rafforzare il modello sociale europeo. Inserita ufficialmente nell'agenda europea per la prima volta con il Consiglio Europeo di Lisbona del marzo 2000, la RSI viene definita nel 2001 all'interno del Libro Verde della Commissione Europea (Commissione Europea 2001), come "l'integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali e ambientali delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei rapporti con le parti interessate".

La RSI implica dunque l'adozione volontaria di una politica aziendale che, in un'ottica di sostenibilità, coniughi gli obiettivi economici con il perseguimento di comportamenti responsabili sul piano sociale e ambientale, soprattutto rispetto al proprio territorio di riferimento. I beneficiari dei comportamenti adottati sono l'impresa stessa e i suoi *stakeholder*: collaboratori, fornitori, clienti, partner, comunità e istituzioni locali.

Sembra ormai assodato tra gli operatori del settore che il meccanismo assicurativo può funzionare nella misura in cui l'obiettivo di proteggere i nostri sistemi sociali e ambientali diviene un impegno comune, a cui tutti concorrono. Per questa ragione è fondamentale che le assicurazioni abbiano uno stretto legame con il territorio e i cittadini che lo abitano, i fornitori, le istituzioni e la ricerca. Oltre che un immediato ritorno di immagine, la scelta di sviluppare azioni di RSI è una scelta strategica nella misura in cui si investe nel miglioramento delle condizioni socio-economiche delle comunità che favoriscano la creazione di nuovi mercati per i servizi assicurativi. In tal senso è fondamentale diffondere nelle persone la cultura del rischio e l'educazione alla

cura della propria salute. È in quest'ottica – come vedremo - che la RSI si intreccia sempre più anche con il tema del welfare, in particolare dal punto di vista della sensibilizzazione culturale e dell'innovazione digitale.

In generale, tra le imprese assicuratrici, le iniziative di RSI sono numerose e possono essere suddivise nelle seguenti macro aree:

- economica: assicurare le persone, le loro famiglie e i loro beni in modo etico;
- civica: promuovere lo sviluppo sostenibile, combattere l'esclusione, sostenere iniziative di solidarietà e diffondere l'educazione finanziaria e assicurativa;
- ambientale: combattere il cambiamento climatico.

Di seguito vengono indicate – a titolo esemplificativo e non esaustivo – alcune iniziative, analizzate nel corso dell'ultimo biennio dal Laboratorio "Percorsi di secondo welfare", intraprese nel settore assicurativo.

Generali individua le iniziative con una attenzione particolare al sostegno della comunità locale di riferimento, in un'ottica di sostenibilità di lungo periodo. La società ha pertanto individuato tre aree di intervento prioritarie: attività di sensibilizzazione ed educazione nel campo della salute e della sicurezza stradale (anche con attività a sostegno delle persone coinvolte in incidenti), iniziative a sostegno dell'inclusione socioeconomica, iniziative a tutela del clima e dell'ambiente (anche legate ad eventi catastrofici sia attivando per i clienti coinvolti canali dedicati e procedure preferenziali di liquidazione dei sinistri, sia con aiuti economici e materiali alle popolazioni colpite).

Nello scenario della "Sanità digitale", ossia l'applicazione di tecnologie digitali hardware e software nei settori della salute e del welfare, assume un particolare rilievo il programma voluto da Generali Italia e H-Farm (piattaforma digitale), denominato "**Generali Health&Welfare Accelerator**". L'obiettivo è quello di identificare e collaborare con start-up innovative che stiano sviluppando soluzioni *hi-tech* destinate ai settori della prevenzione e dell'accessibilità alle cure (applicazioni per diagnosi da remoto, soluzioni online per la prevenzione e l'educazione alla salute) e del welfare aziendale (con strumenti per il controllo del benessere dei dipendenti, della gestione dello stress e della prevenzione del *burnout*). Il programma di *open innovation* prevede una selezione delle cinque migliori candidature che accederanno ad un percorso di accelerazione che si svolgerà, per quattro mesi, presso il Campus di H-Farm (un *unicum* a livello internazionale, con 14 mila metri quadri di edifici su oltre 20 ettari di terreno alle porte di Venezia), mentre Generali Italia offrirà alle start-up servizi in grado di sviluppare il loro business.

Reale Mutua, all'interno della propria strategia che da anni investe nell'innovazione di prodotti e servizi dedicati al welfare¹⁹, ha lanciato – in collaborazione con Wired e Vita – il concorso “[Welfare Together](#)” con l'obiettivo di promuovere idee imprenditoriali capaci di creare soluzioni e servizi innovativi in grado di rispondere ai bisogni delle persone. L'idea di fondo è che innovare nel welfare vuol dire anche ascoltare le persone per trovare insieme soluzioni che proteggano il benessere attuale e futuro. Per questo l'edizione 2017 di Welfare Together mette a tema la sicurezza cercando, attraverso una *call for ideas*, progetti che abbiano una ricaduta positiva per la collettività rispondendo in maniera puntuale ai bisogni delle persone. Welfare Together premierà dunque progetti volti alla prevenzione e protezione di soggetti svantaggiati (ad esempio donne, bambini, anziani) o alla prevenzione di situazioni notoriamente a rischio (su strada, a casa, in viaggio, sul web). Il concorso, destinato a imprenditori e start-up sociali, cerca progetti ad alto contenuto tecnologico e/o portatori di servizi innovativi che possano essere implementati nell'offerta welfare di Reale Mutua. Verrà inoltre data particolare importanza alle idee imprenditoriali che porranno attenzione alla sostenibilità e ai valori propri della mutualità.

Tra le azioni di RSI, trova spazio l'educazione finanziaria che, a livello europeo, sta assumendo un ruolo sempre più strategico per la crescita e la tutela dei cittadini. Questo tipo di educazione può contribuire a sviluppare consapevolezza e competenze nell'utilizzo del denaro e nella gestione del risparmio, e dunque nell'elaborazione di un progetto di vita equilibrato dal punto di vista della gestione del rischio. In Italia, seppure i dati rivelino una certa arretratezza nello sviluppo di iniziative di educazione finanziaria, esiste ormai da qualche anno un progetto implementato a livello di settore dal Forum ANIA - Consumatori, soggetto terzo che rappresenta i consumatori e agisce per favorire il cambiamento culturale. L'iniziativa, destinata ai ragazzi, è denominata “[Io&irischi](#)” ed è realizzata in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano, l'Università Bocconi e l'Associazione europea per l'educazione economica ed è frutto della sinergia fra assicuratori, consumatori e docenti. Il progetto affronta dal 2010 il tema della conoscenza, prevenzione e gestione dei rischi, con la finalità di offrire ai giovani, secondo metodi didattici formulati in base alle varie fasce di età, strumenti utili per fronteggiare in modo razionale e più consapevole le potenziali situazioni che potrebbero presentarsi nella vita (l'acquisto di una casa mediante l'apertura di un mutuo, l'insorgere di una malattia, la scelta e la perdita del lavoro, ecc.). Le crescenti adesioni degli istituti scolastici nel corso degli anni dimostrano l'innovatività del progetto che, [in continuo aggiornamento](#), offre percorsi didattici sempre più profilati per le varie fasce di età.

¹⁹ L'impresa sta realizzando un osservatorio specifico sul welfare e formando, sul tema, alcuni agenti assicurativi con l'obiettivo di immettere nella rete distributiva figure specializzate.

Tornando alle imprese assicuratrici, un altro esempio di iniziativa finalizzata all'educazione finanziaria è il progetto *Dualità Scuola-Lavoro* di Allianz Italia²⁰ che ha preso avvio, nella sua prima edizione, nell'ottobre 2016. Il progetto – di durata biennale (eventualmente prolungabile di un ulteriore terzo anno) – si rivolge agli studenti del quarto e quinto anno della scuola superiore. Durante l'anno scolastico, trenta studenti di alcuni istituti tecnici e licei milanesi hanno frequentato alcune sedi del gruppo in cui hanno potuto conoscere diverse funzioni aziendali con un approccio *business case* e hanno potuto sviluppare *soft skill* utili in azienda (come *team working* e comunicazione in italiano e in inglese) e acquisire competenze tecniche tipiche del settore assicurativo-finanziario. Al termine dell'anno scolastico, nei mesi estivi, i giovani sono stati inseriti nelle diverse aree aziendali dove hanno potuto applicare le nozioni apprese attraverso un'esperienza di formazione professionale "sul campo".

Nel corso del quinto anno di studi, quello attualmente in corso, grazie allo sviluppo di tecniche di *project management*, i ragazzi sono impegnati ad elaborare un progetto di gruppo che costituisce il loro *project work* da presentare all'esame di maturità. Conseguito il diploma, dopo le vacanze estive i ragazzi torneranno per un periodo lavorativo in azienda. I ragazzi, al termine del progetto, dopo aver superato alcuni step valutativi, conseguiranno il titolo di *Junior Specialist in Insurance and Financial Services*. La seconda edizione del progetto ha avuto inizio nell'ottobre 2017 con l'assunzione di altri 30 ragazzi. Ad oggi sono stati complessivamente inseriti in azienda sessanta studenti e studentesse che frequentano il 4° e il 5° anno presso diverse scuole secondarie superiori dell'area milanese. La formula di assunzione dei giovani è quella del contratto di apprendistato part-time al 30%, della durata di due anni - eventualmente prolungabile di un ulteriore anno -, con una retribuzione annua lorda di circa 7.000 euro e contempla tutti i benefit aziendali, come i buoni pasto, il rimborso delle spese mediche e altre prestazioni incluse nelle polizze assicurative aziendali come previsto dai contratti di lavoro di Allianz Italia.

Per la sua innovatività il progetto ha ottenuto diversi riconoscimenti. Nel giugno 2017 è stato firmato un protocollo d'intesa con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. A ottobre dello stesso anno, grazie alla corretta applicazione dei criteri della formazione duale tedesca, il progetto ha ottenuto, primo in Italia, la certificazione Dual.Project, rilasciata da Dual.Concept, società di formazione della Camera di Commercio Italo-Germanica che attesta la corretta applicazione dei criteri della formazione duale tedesca. Infine, nel mese di dicembre 2017 è stato firmato un protocollo d'intesa con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

²⁰ Il Gruppo Allianz sostiene inoltre iniziative di promozione della sicurezza, sostegno delle fasce più deboli e attenzione all'ambiente.

Anche Axa, impegnata in diverse iniziative di RSI, ha sviluppato un progetto triennale di educazione finanziaria in collaborazione con Junior Achievement Italia, “*Insure your Success*”, finalizzato a diffondere una cultura finanziaria ed economica fondata sui temi del risparmio, dell'investimento e della comprensione del significato del rischio, in un'ottica di prevenzione e di progettualità. La società ha inoltre ideato una piattaforma interattiva, www.previsionari.it, per far conoscere ai giovani la previdenza in modo semplice e divertente e un blog, natiper.it, pensato come magazine digitale per approfondimenti e inchieste, analisi e interviste dedicato ai temi della protezione, della sostenibilità e dell'innovazione.

6.2 Esperienze di rete: il caso di Cooperativa Insieme

Il tema delle reti di impresa riguarda da vicino anche il mondo assicurativo dal momento che la possibilità, soprattutto per MPMI, di costituire gruppi di acquisto permette di stipulare polizze vantaggiose per i propri dipendenti, grazie al raggiungimento di economie di scala. Le reti di impresa sono forme di cooperazione interaziendale attraverso la stipula di un contratto che prevede il perseguimento di obiettivi comuni. Le piccole imprese possono così ottenere vantaggi di scala che bilancino i limiti dimensionali, salvaguardando però la propria individualità.

I vantaggi che ne derivano possono riguardare lo sviluppo e la crescita, il benessere dei dipendenti, e avere anche ricadute positive sul territorio. Secondo i [dati dell'associazione Reti di imprese PMI](#) esistono ad oggi in Italia più di 3.000 reti di imprese, che coinvolgono più di 16.000 aziende con un significativo incremento (nel 2015 sono nate circa 500 nuove reti). Le reti di impresa possiedono un grande potenziale in ambito sociale, sanitario, formativo e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, soprattutto se sostenuti da accordi interaziendali di gestione di piani di welfare.

Riguardo ai temi sopra citati presentiamo, a titolo di esempio, l'esperienza di Cooperativa Insieme che, sul modello dei Gruppi di Acquisto, opera in maniera innovativa nel settore assicurativo gestendo circa l'8% del mercato italiano delle assicurazioni.

Insieme è una cooperativa di utenza nata a Modena nel 2010 al fine di ottenere benefici per i propri soci attraverso la contrattazione collettiva, specialmente in ambito assicurativo. Basandosi su protocolli condivisi da gruppi di utenti assicurativi e compagnie, Insieme agisce aggregando la domanda proveniente dai propri associati in modo da ottenere vantaggi di tariffa e di condizioni contrattuali che altrimenti non sarebbero alla portata del singolo utente. Il tentativo di Insieme è creare una “quarta via” della distribuzione assicurativa in Italia, cioè un nuovo modello alternativo alle reti agenziali private, alla distribuzione via internet e ai canali bancari tradizionali.

La cooperativa individua sui territori delle categorie omogenee di utenti con richieste assicurative specifiche che vengono elaborate con ITAS Mutua, partner assicurativo, al fine di individuare soluzioni accessibili e profilate secondo le reali esigenze.

Insieme non opera indistintamente nell'ampio ventaglio di servizi assicurativi che possono essere offerti ai propri soci ma ha fatto una specifica scelta di RSI che segue principi solidali, etici e di sostenibilità ambientale (per esempio promuove la mobilità sostenibile sviluppando soluzioni specifiche per possessori di veicoli elettrici e ibridi e non assicura più vetture Euro 0/1/2/3/4).

L'aggregazione della domanda avviene su base territoriale secondo specifici bisogni e l'attivazione di convenzioni viene fatta senza la mediazione di un broker con la conseguenza che il percorso che porta le compagnie assicuratrici a formulare un'offerta non parte quindi dalle logiche di mercato e dalle tipologie di prodotti su cui l'impresa assicuratrice spinge, ma da un bisogno rilevato in modo effettivo tra gli utenti della cooperativa.

La maggiore criticità - che è ciò che più caratterizza questa azione in rete - è che viene garantita un'offerta vantaggiosa a livello di gruppo, ma singolarmente è possibile trovare condizioni economiche più vantaggiose. In questo aspetto rientra però il concetto di mutualità su cui Insieme ha costruito il proprio mercato di riferimento e secondo il quale la cooperativa chiede alle compagnie di essere considerato come struttura aggregata; pertanto esse non possono valutare il singolo associato ma la rete nel suo complesso. Questo sistema di rete tende a valorizzare il modello relazionale incoraggiando i soci ad assumere comportamenti virtuosi in quanto parte di un sistema di rappresentanza a vantaggio dell'individuo e dell'intero gruppo. A sei anni dall'avvio delle proprie attività Insieme conta circa 3.500 utenti unici tra cooperative, consorzi, fondazioni, associazioni e persone con codice fiscale.

6.3 Generali e il Rapporto Welfare Index

Nel 2016 Generali ha sviluppato per la prima volta (e riproposto nei due anni successivi) il già citato *Rapporto Welfare Index* con l'obiettivo di diffondere in forma continuativa la cultura e le *best practice* del welfare aziendale tra le PMI, principale infrastruttura del nostro sistema economico e industriale che occupa l'80% della forza lavoro del Paese (Istat 2017a). Che una tale indagine - la più strutturata in Italia sul tema delle PMI - sia stata ideata da una impresa assicuratrice non solo evidenzia che il welfare aziendale è un *business* di grande interesse per le assicurazioni, ma sembra anche confermare come il mondo assicurativo sia interessato a contribuire ad accrescere l'attenzione verso questo tema tra un pubblico più ampio e a promuovere una cultura del welfare aziendale ancora troppo poco diffusa nel nostro Paese.

L'interesse di Generali per questa iniziativa è in linea con le prassi di welfare aziendale che la compagnia assicuratrice ha sviluppato nel corso degli anni, a partire da quando

una cinquantina di anni fa fu varato il primo piano pensionistico complementare per i collaboratori a cui fece seguito quello sanitario. Oggi la Compagnia dispone di un articolato piano di welfare per gli oltre 14.000 dipendenti, esito di un lungo lavoro culturale svolto con l'intera popolazione aziendale sull'importanza di tali misure per il benessere e la produttività.

Dopo il successo della prima edizione, la Ricerca è stata condotta anche l'anno successivo con la partnership delle maggiori confederazioni nazionali di rappresentanza datoriale: Confindustria, Confagricoltura, Confartigianato e Confprofessioni. La ricerca ha subito un significativo avanzamento con oltre 3.400 aziende analizzate (il 60% in più dell'anno precedente) e un database di oltre 662.000 PMI. I risultati presentati sono stati raccolti mediante una *survey* cui le aziende hanno partecipato attraverso l'utilizzo di una piattaforma web che ha consentito da un lato che le aziende realizzassero una valutazione approfondita del proprio welfare aziendale, dall'altro di ottenere ampio materiale a sostegno della ricerca.

Come sottolineato da Scansani (2017a), un primo dato significativo che emerge dal Rapporto è che tra i principali vincoli che frenano l'attuazione di iniziative di welfare nelle PMI ci sono la carenza di informazioni chiare e la mancanza delle competenze necessarie. Questo *gap* culturale è dimostrato dal fatto che solo il 21% delle PMI intervistate dichiara di conoscere le norme che disciplinano gli interventi di welfare aziendale e gli incentivi fiscali disponibili per imprese e lavoratori. Per rispondere a questo bisogno la piattaforma welfareindexpmi.it raccoglie e mette a disposizione degli imprenditori informazioni sulla normativa e sui vantaggi fiscali, oltre a descrivere *best practice* a dimostrazione che implementare un piano di welfare aziendale è certamente possibile.

I dati del *Rapporto* sono in linea con le osservazioni emerse dal presente policy paper e, più in generale, dal *Terzo Rapporto sul secondo welfare*:

- il welfare aziendale sta generando attorno a sé un movimento di vari soggetti – le aziende, gli operatori di servizi, i consulenti specializzati – che contribuiscono allo sviluppo di un nuovo mercato legittimato, come abbiamo visto, da un ruolo di sostegno e integrazione del welfare pubblico;
- nell'arco di un anno tra le PMI considerate nel Rapporto sono quasi raddoppiate (passando dal 9,8% al 18,3%) quelle attive in almeno sei delle seguenti aree d'intervento: previdenza complementare, sanità integrativa, servizi di assistenza, polizze assicurative, conciliazione vita-lavoro, sostegno al reddito, formazione, cultura, tempo libero, sostegno ai soggetti deboli, sicurezza e prevenzione, estensione del welfare aziendale al territorio e alla comunità. Le misure di welfare che hanno subito il maggior incremento riguardano la sanità integrativa (con il coinvolgimento del 47% delle imprese) e la conciliazione vita-lavoro con un maggior ricorso alla flessibilità oraria e alla estensione dei congedi e dei permessi per la genitorialità;

- sono ancora poco sviluppati gli interventi rivolti ai servizi di assistenza (presenti solo nell'8% delle aziende) a conferma della estrema necessità che ha mosso la revisione dell'art. 51 del TUIR con l'introduzione della lettera f-ter che, come abbiamo visto, esclude dal reddito da lavoro dipendente il valore delle prestazioni erogate per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti;
- i dati relativi all'incentivazione della contrattazione di secondo livello sulle materie di welfare aziendale e sulla conversione dei premi di risultato in servizi di welfare saranno fondamentali per misurare, nei prossimi anni, l'impatto che avranno le modifiche inserite in tema di welfare aziendale con le ultime Leggi di Stabilità, anche all'interno del mercato assicurativo.

Concludendo possiamo affermare che il Rapporto Welfare Index svolge un'importante compito nel favorire il coinvolgimento delle PMI nello sviluppo di iniziative di welfare che, come anche ha ricordato Santoni (2017), rappresenta l'unica strada per scongiurare il rischio di creare una ulteriore frammentazione dei diritti tra lavoratori che operano all'interno di realtà aziendali di differenti dimensioni.

CONCLUSIONI

L'obiettivo iniziale della nostra ricerca è stato indagare il posizionamento che il mondo assicurativo sta assumendo come soggetto di secondo welfare in un contesto di crescenti bisogni sociali. A tal fine, sono state individuate diverse aree di azione che, considerate nel loro insieme, ci permettono di delineare un quadro sfaccettato e complesso.

Innanzitutto, le imprese assicuratrici rientrano tra le aziende che erogano piani di welfare per i propri dipendenti. Negli anni le soluzioni offerte sono andate arricchendosi come risposta all'emergere di nuovi bisogni. Di particolare rilevanza è il Fondo Unico Nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza istituito già nel 2005; innovativa e di più recente implementazione è invece l'introduzione dello smart working in alcune delle società considerate in questa analisi.

Le assicurazioni hanno un ruolo molteplice correlato alle varie forme che può assumere la spesa sanitaria privata, sono infatti interlocutrici sia dei fondi sanitari integrativi contrattuali nella stipula di polizze collettive sia dei singoli soggetti tramite le polizze malattia individuali. Come abbiamo visto, i premi relativi alle polizze sanitarie però non solo non sono detraibili dal reddito imponibile ma sono anche soggetti ad una percentuale di imposta. Le assicurazioni, soggetti di Mercato, devono poi rispondere a precise regole di selezione e analisi del rischio per garantire un sistema sostenibile. È chiaro dunque che non possano rispondere da sole al principio di universalità del diritto alle cure; la creazione però di un secondo pilastro che faccia ordine nei meccanismi fiscali delle varie forme di sanità integrativa e che ne salvaguardi le peculiarità potrebbe certamente favorire una maggiore accessibilità dei cittadini verso le polizze sanitarie.

Sul fronte previdenziale privato la continua contrazione delle risorse pubbliche ha portato negli anni passati alla istituzione di un secondo pilastro e ad un aumento, seppure inferiore rispetto a quello osservato nella maggior parte dei Paesi UE, nell'adozione di forme previdenziali integrative da parte dei cittadini. Il ruolo delle assicurazioni è riconducibile alla gestione di fondi aperti e alla gestione dei Piani individuali pensionistici di tipo assicurativo (PIP), terzo pilastro della previdenza, destinati al singolo lavoratore che stipula una polizza in forma volontaria.

Come abbiamo visto, è all'interno di partnership con altri soggetti del tessuto sociale e produttivo che il mondo assicurativo può esprimersi in svariate modalità come soggetto di secondo welfare. È infatti interlocutore ideale per gruppi di acquisto e reti di imprese, che agendo su economie di scala rendono accessibili ai propri utenti polizze altrimenti non acquistabili dal singolo soggetto. Inoltre rappresenta un riferimento nelle

iniziative di educazione finanziaria, di ricerca e diffusione della cultura del welfare aziendale, tanto necessarie per sensibilizzare i cittadini sulla necessità di gestione dei rischi.

Negli ultimi tempi l'industria assicurativa ha colto la sfida di innovare radicalmente i modelli di business e di servizio per stare al passo con le trasformazioni in atto. È prevista nei prossimi anni una profonda innovazione nei rapporti con la clientela, sempre più basati sulle nuove tecnologie, che renderanno l'interazione molto più frequente e diretta (si ricordano in tal senso le già citate *Health&Welfare Accelerator* di Generali e il programma *Welfare Together* di Reale Mutua). La disponibilità e un migliore utilizzo di un maggior numero di dati rispetto ad oggi, favoriranno, con il supporto della tecnologia, il delinearsi di un nuovo ruolo delle assicurazioni, che passeranno dall'aver una funzione semplicemente informativa circa i rischi che le persone corrono, ad una vera e propria azione di prevenzione che indirizza abitudini e comportamenti verso stili di vita più sani, consapevoli e responsabili, specialmente con riguardo alle nuove generazioni. L'industria assicurativa è dunque chiamata a significativi investimenti in innovazione nelle modalità di comunicazione, nonché nell'ambito dell'offerta, dell'organizzazione e della distribuzione dei servizi offerti (Commissione Vita e Welfare ANIA).

Come abbiamo visto, il rafforzamento della contrattazione collettiva nel welfare aziendale favorirà un maggior coinvolgimento delle assicurazioni attraverso il ricorso da parte dei lavoratori a coperture principalmente previdenziali e sanitarie (ma non solo), in molti casi da ricomprendere proprio all'interno dei piani di welfare che si stanno sempre più diffondendo in questi anni. A conferma dell'interesse di questo settore per un coinvolgimento attivo verso il welfare aziendale troviamo il fatto che proprio un'assicurazione, Generali, abbia scelto di promuovere sul tema un rapporto di ricerca e un premio destinati alle PMI (Welfare Index) che, oltre ad avere una importante valenza culturale, è diventato - per l'impresa assicuratrice stessa - strumento utile per l'ideazione di un nuovo *player* di servizi di welfare aziendale (Generali Welion). Anche Allianz, con il nuovo portale My Welfare, offre ai dipendenti delle aziende clienti una gestione integrata e flessibile di servizi e coperture assicurative e previdenziali (Pezzatti 2017). Dall'analisi realizzata emerge infine come l'attenzione al sistema del welfare - privato, integrativo, aziendale - riguarda un numero crescente di compagnie ed è ormai un elemento centrale delle loro strategie; lo dimostra il fatto che oltre il 50% degli assicuratori ritiene che sia un elemento fondante per lo sviluppo futuro del settore (Galvagni 2017).

Concludendo possiamo dunque affermare che le assicurazioni stanno sempre più costruendo il proprio posizionamento nel Mercato affiancandosi agli altri operatori che offrono servizi e prestazioni di welfare aziendale. Come affermato dai rappresentanti della Commissione Vita e Welfare ANIA, un'industria assicurativa al passo con i tempi, in grado di dialogare e offrire soluzioni coerenti con i bisogni emergenti, rappresenta un

attore importante nel garantire protezione e stabilità in una fase di grandi trasformazioni economiche e sociali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ANIA (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, Roma
- (2017a), *L'assicurazione italiana 2016-2017*, Roma
 - (2017b), *L'assicurazione italiana in cifre*, Roma
 - (2017c), *Relazione del Presidente Maria Bianca Farina*, Roma
- Assinews (19.06.2017), *Assistenza e welfare: quanto a carico delle famiglie?*, www.assinews.it
- Barazzetta E. (2016), *Educare al rischio per educare al futuro: riparte il progetto Io&rischi*, Percorsi di secondo welfare, 19 settembre 2016
- (2017a), *La quarta via della distribuzione assicurativa: il caso di Insieme*, Percorsi di secondo welfare, 8 febbraio 2017
 - (2017b), *Lo Smart Working è legge!*, Percorsi di secondo welfare, 11 maggio 2017
 - (2017c), *Sgravi contributivi per la conciliazione vita lavoro*, Percorsi di secondo welfare, 25 settembre 2017
 - (2017d), *La legge sullo smart working: azienda e dipendenti sempre più protagonisti del benessere organizzativo*, in F. Maino (a cura di), *Welfare aziendale tra dimensione organizzativa e cura della persona*, I quaderni di Sviluppo&Organizzazione, n. 23, Milano, ESTE
- Bernabei R. (2017), *Assistenza a lungo termine: solo il 2,7% degli over-65 italiani assistiti a domicilio, fra servizi disomogenei che generano disuguaglianze*, www.italialongeva.it, 11 luglio 2017
- Cavicchi I. (2017), *Ancora sul welfare aziendale e sul "trappolone" di Renzi & C.*, www.quotidianosanita.it, 20 aprile 2017
- CGIL (2017), *Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti*, Roma
- Confindustria e Confcommercio (2015), *La sanità nel welfare che cambia. Le proposte di Confindustria e Confcommercio per l'integrazione tra Primo e Secondo Pilastro*, Roma
- Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili (2016), *Detassazione e welfare aziendale*, Memorandum n. 6/2016, Roma
- COVIP (2017), *Relazione per l'anno 2016*, Roma
- De Angelis P. e Di Falco L. (a cura di) (2016), *Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche*, Bologna, Il Mulino
- Di Nardo F. (a cura di) (2017), *Un welfare aziendale per le donne*, Milano, Guerini Next Srl, pp. 168-180
- Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino
- (2017), *Introduzione*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 11-15.
- Ferrera M. e Maino F. (2011), *Il "secondo welfare" in Italia: sfide e prospettive*, Italianieuropei, n. 3/2011
- Forum ANIA - Consumatori (2016), *La vulnerabilità economica delle famiglie italiane*, Milano, FrancoAngeli
- Forum ANIA - Consumatori – Censis, (2016), *Gli scenari del welfare. La forza della trasparenza nel sistema di welfare*, Roma

- Galvagni L. (2017), *Cresce l'interesse per le polizze sanitarie*, Il Sole 24 Ore, 31 ottobre 2017
- Gay G. e Pasi G. (2016), *Esperienze di secondo welfare in Lombardia. A che punto siamo*, Milano, Éupolis Lombardia
- Generali (2016), *Welfare Index PMI. Rapporto 2016*, Roma
- (2017), *Welfare Index PMI. Rapporto 2017*, Roma
- Granaglia E. (2017), *Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcune considerazioni*, in «Rivista delle Politiche sociali», n. 2, pp. 37-45
- Guarino M. (2017), *Ma gli italiani si fidano dei fondi pensione?*, www.informazioneenzafiltro.it, 25 gennaio 2017
- Il Punto - Centro Studi e Ricerche (09.01.2017), *Il ruolo delle reti convenzionate nel futuro della sanità integrativa*, www.ilpuntopensionielavoro.it
- Istat (2014), *Avere figli in Italia negli anni 2000*, Roma
- (2017a), *Rapporto annuale 2017. La situazione del Paese*, Roma
- (2017b), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, Roma
- Jessoula M. (2017), *Welfare occupazionale: le sfide oltre le promesse. Una introduzione*, in «Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 9-23.
- Lodi Rizzini C. (2015), *Costruire partnership, quali prospettive?*, Percorsi di secondo welfare, 28 ottobre 2015
- Maino F. (2013a), *Assicuratori, scuola e famiglie insieme per l'educazione finanziaria*, Percorsi di secondo welfare, 18 giugno 2013
- (2013b), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale*, in Maino F. e Ferrera M. (a cura di) *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- (2015), *Secondo welfare e territorio: risorse, prestazioni, attori, reti*, in Maino F. e Ferrera M. (a cura di) *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- (2016), *Domiciliarità, servizi alla persona e welfare aziendale: nuove opportunità per promuovere crescita e sviluppo*, in Assoprevidenza e Itinerari previdenziali (a cura di) Percorsi di secondo welfare (in collaborazione con), *Secondo quaderno di approfondimento 2016*, Roma, Assoprevidenza
- (2017), *Secondo welfare e innovazione sociale in Europa: alla ricerca di un nesso*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 19-42.
- Maino F. e Ferrera M. (a cura di) (2013), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- (2017) *Conclusioni. Il secondo welfare oltre la crisi: segnali di radicamento e di cambiamento sistemico*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 271-292.
- Mallone G. (2012), *Welfare e assicurazioni: l'intervista al Presidente Andriani*, Percorsi di secondo welfare, 29 ottobre 2012
- (2015), *Maternità e lavoro in Italia: capire il problema per trovare le soluzioni*, Percorsi di secondo welfare, 16 febbraio 2015
- Mallone G. e Tafaro T. (2017), *Premio in welfare oggi, quale pensione domani?*, in «Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 41-53
- Meridiano Sanità (2016), *Rapporto 2016*, Milano, The European House-Ambrosetti
- Payra B. (2015), *La mutualità di territorio: le società di mutuo soccorso nella sanità integrativa*, in Maino F. e Ferrera M. (a cura di) *Secondo Rapporto su secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

- Pezzatti F. (2017), *L'offerta assicurativa evolve per costruire il secondo pilastro*, Il Sole 24 Ore, 31 ottobre 2017
- Pinna C. (2016), *La costruzione di uno schema di welfare aziendale: analisi dei bisogni, organizzazione delle soluzioni*, in Assoprevidenza e Itinerari previdenziali (a cura di) Percorsi di secondo welfare (in collaborazione con), *Secondo quaderno di approfondimento 2016*, Roma, Assoprevidenza
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità (2016) Variazioni Srl e Consedin (con il supporto tecnico di), *Tempi di vita e di lavoro: un equilibrio possibile*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità
- Razetti F. (2015), *Sanità: come garantire un'integrazione virtuosa tra primo e secondo pilastro?*, Percorsi di secondo welfare, 13 dicembre 2015
- RBM Salute - Censis (2012), *I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarità*, Roma
- (2016), *Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la Previdenza Complementare e la Sanità Integrativa*, Roma
 - (2017), *Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo*, Roma
- Rossi S. (2017), *Le assicurazioni per lo sviluppo del Paese*, Convegno ANSPC, Associazione Nazionale per lo Studio dei Problemi del Credito, 5 aprile 2017, Roma
- Santoni V. (2017), *Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 91-118.
- Saraceno C. e Naldini M. (2007), *Sociologia della famiglia*, Bologna, Il Mulino
- Scansani G. (2017a), *Welfare Index PMI 2017: da quest'anno anche un rating per le imprese che fanno welfare*, Percorsi di secondo welfare, 17 marzo 2017
- (2017b), *Welfare Index PMI 2017: la novità del rating e la sorpresa del terzo settore*, Percorsi di secondo welfare, 30 marzo 2017
 - (2017c), *Health&Welfare Accelerator: il programma di Generali Italia e H-Farm*, Percorsi di secondo welfare, 19 settembre 2017
 - (2017d), *Generali Welion: il nuovo player per il welfare aziendale integrato*, Percorsi di secondo welfare, 8 novembre 2017
- Signorile C. (21.02.2017), *Fondi pensione in crescita costante*, Milano Finanza
- Sodini M. (2016), *La legge di stabilità 2016 spinge il welfare aziendale con la leva fiscale*, Fondazione Nazionale dei Commercialisti, Roma
- Spandonaro F. (a cura di) (2016), *12° Rapporto Sanità*, Roma, C.R.E.A. Sanità
- Treu T. (2013), *Welfare aziendale*, Ipsoa
- Valentini P. (10.09.2016), *Una salute più protetta*, Milano Finanza
- Vecchietti M. (2017), *Ritorno o superamento definitivo delle Mutue? Costruire un Secondo Pilastro anche in Sanità per un sistema più equo ed inclusivo*, www.quotidianosanita.it, 21 aprile 2017
- Visentini A. (2015), *Agire la conciliazione vita-lavoro: un itinerario professionale tra teorie organizzative, regole giuridiche e prassi aziendali*, Scuola internazionale di dottorato in relazioni di lavoro, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Welfare e mondo assicurativo.

Prestazioni, sinergie e prospettive
in un'ottica di secondo welfare

di Elena Barazzetta

Laboratorio "Percorsi di secondo welfare"

Policy paper realizzato in collaborazione con



Pubblicazione su www.secondowelfare.it:
giugno 2018

ISBN
978-88-94960-09-9

Welfare e mondo assicurativo

*Prestazioni, sinergie e prospettive
in un'ottica di secondo welfare*

di Elena Barazzetta

Percorsi di secondo welfare • Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi
2018

ISBN
978-88-94960-09-9



Centro
di Ricerca e
Documentazione
Luigi Einaudi