



UNA POLICY REGIONALE PER IL GOVERNO DELLA SPESA SOCIOSANITARIA PRIVATA, OUT OF POCKET ED INTERMEDIATA

Report finale¹
parte terza

“Sebbene tutti sappiamo che le condizioni di vita degli uomini non migliorano di anno in anno imprevedibilmente, si aspetta fino a che le casse siano effettivamente vuote prima di vedersi costretti a delle limitazioni. Questo è il quasi inevitabile rovescio della legittimazione democratica, e allora ci si deve chiedere se la democrazia debba realmente significare che si può praticare la politica solo come tardivo adattamento alle conseguenze dello sviluppo economico e sociale.”

[N. Luhmann
Teoria politica nello stato del benessere
F. Angeli, Milano, 1983, pag. 173)

a cura di
Massimo Campedelli

Questo documento è scaricabile dal sito www.uscitadisicurezza.grosseto.it
Per commenti, osservazioni ed ulteriori richieste in merito a quanto qui presentato si può scrivere a
m.campedelli@uscitadisicurezza.grosseto.it

¹ Progettualità di analisi su fondi mutualistici e sistemi di assistenza integrativi, in ambito socio sanitario – RT, Dgr 1198/14.

Il progetto è stato realizzato insieme a:

Chianti Mutua, Monteriggioni (SI)
Cisl Toscana, Firenze
Confcooperative Toscana, Firenze
Coap – Cciaa, Grosseto
Coeso Sds, Grosseto
Co.ge.f.i.s., Prato
Confindustria Toscana Sud, Grosseto
Federsanità Anci Toscana, Firenze
Insieme Salute Toscana sms, Firenze
Legacoop Toscana, Firenze
Mutua per la Maremma, Grosseto
Sssup Sant'Anna, Istituto Dirpolis, Pisa
Irpets Toscana, Firenze

e grazie alla disponibilità al confronto con:

Cesvot Toscana, Firenze
Ires Cgil Toscana, Firenze
Misericordie e Anpas Toscana, Firenze

nonché al fattivo sostegno di:

Vinicio Biagi, Responsabile di settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Regione Toscana;

Marco Brintazzoli, Capo segreteria Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana;

Paolo Carrozza ed Emanuele Rossi, Ordinari di Diritto Pubblico e Costituzionale della Sssup Sant'Anna di Pisa;

Enrico Desideri, Direttore generale Area Vasta Sud Est, Regione Toscana e Presidente Federsanità Anci Toscana;

Monica Piovi, Direttore generale Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana

Mauro Soli, Consulente Regione Toscana

Un ringraziamento particolare va a **Stefania Saccardi**, Vicepresidente e Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

INDICE

terza parte

IX - LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA

X – IL WELFARE AZIENDALE

conclusioni

XI – UNA PROPOSTA DI POLICY REGIONALE

VERSIONE 4.10.16

IX - LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA

Premessa

Tra le diverse forme di sanità integrativa, le società di mutuo soccorso (sms) occupano un ruolo particolare per storia², incidenza, modalità e condizioni di adesione e partecipazione, strategie di sviluppo³, ecc.⁴.

Basti qui ricordare⁵ che le organizzazioni mutualistiche, di cui le società di mutuo soccorso sono una delle espressioni concrete, nascono dall'autorganizzazione finalizzata a fronteggiare eventi sfavorevoli. Le loro origini possono essere ricondotte all'antica Grecia, in cui vi erano società istituite tra appartenenti alla stessa professione che si occupavano di sostenere i propri aderenti in caso di malattia, invalidità, carestie, guerre, vecchiaia, povertà. Tale impostazione è stata poi ripresa nel Medioevo, con la costituzione delle corporazioni professionali, la cui denominazione e struttura variava da città a città, ma le cui funzioni restavano comunque quelle di assistenza ai propri aderenti in situazione di disagio o di indigenza economica. Nell'800, con la Rivoluzione Industriale, si assistette ad un intenso sviluppo del sistema mutualistico, in quanto il massiccio inurbamento di manodopera generava una consistente domanda di servizi alla persona ed alle famiglie.

Dall'Inghilterra, dove avviene la nascita delle prime società, il mutualismo arriva in Italia e, con lo Statuto Albertino, sulla base del principio di libera associazione, si viene a riconoscere la possibilità di costituire società di mutuo soccorso. Con esso viene incoraggiata l'aggregazione dei lavoratori ai fini di auto-aiuto, al di fuori dalle forme corporative, entità parastatali troppo settoriali e statiche per riuscire a confrontarsi con il veloce mutare delle condizioni di lavoro del periodo. Le prime iniziative mutualistiche hanno il pregio di portare la classe lavoratrice ad una progressiva autocoscienza di sé. La mobilitazione interna in questi sodalizi favorisce successivamente la creazione di una seconda generazione di mutue, le società del mutuo soccorso.

² L. Testa, (2008), *IL SENSO DELLA MUTUALITA'. STORIA DELLA CAMPA*, Pendragon, Bologna; S. Maggi, (2012), *MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO. 135 ANNI DI SOLIDARIETA' (1877-2012)*, Bologna, Il Mulino; S. Cerrai e F. Ciavattone, (2012), *CENSIMENTO STORICO DELLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA. FIRENZE, PISA, LUCCA, LIVORNO*, Pacini, Ospedaletto-Pisa.

³ AA.VV., (2006), *VOGLIA DI MUTUALISMO*, numero monografico di *Communitas*, 10, 2006, Milano, Edizioni Vita.

⁴ M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini, (2012), *IL RUOLO DELLE MUTUE SANITARIE INTEGRATIVE. LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO WELFARE DI COMUNITA'*, Bologna, Il Mulino; S. Maggi e C. De Pietro, (2015), *LE PROSPETTIVE DEL MUTUO SOCCORSO NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO*, Bologna, Il Mulino; E. Riva, a cura di, (2015), *RIPENSARE LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA; LIBERARE E QUALIFICARE IL POTENZIALE DEL NEO-MUTUALISMO*, Bologna, Il Mulino.

⁵ R. Randazzo, (2011), *MUTUE E MUTUALISMO*, in *Oggi Domani Anziani*, n. 4, 2011, Roma.

Le società di mutuo soccorso hanno come obiettivo principale quello di creare un fondo patrimoniale alimentato da versamenti obbligatori di tutti gli iscritti, per mezzo del quale elargire sussidi di malattia, invalidità e vecchiaia. La struttura originaria, legata principalmente all'erogazione di risorse a fini previdenziali ed assistenziali, viene presto superata da un ampliamento degli scopi, con la previsione, ad esempio, di accensione di linee di credito a favore degli associati, e la nascita delle prime società cooperative di lavoro e di acquisto. A latere si sviluppano attività educative e di istruzione, volte anche all'innalzamento del livello sociale e culturale dei soci.

Con la legge 3818/1886 viene introdotto un sistema di riconoscimento giuridico, il cui scopo dichiarato è quello di creare un registro, sulla base del fatto che il numero e l'importanza delle stesse è aumentato in maniera rilevante nei precedenti cinquant'anni. Parallelamente all'interesse dello Stato nei confronti di tali organizzazioni, si sviluppa una fitta rete di collaborazioni tra le stesse società di mutuo soccorso, procedimento aggregativo che si rivela di importanza fondamentale ai fini della creazione di un vero e proprio sistema⁶.

L'espansione del fenomeno mutualistico viene poi frenata dall'instaurazione dell'assicurazione obbligatoria per alcune categorie di lavoratori e per determinati eventi dannosi (*i.e.* infortuni sul lavoro e malattie), con conseguente istituzione delle Casse di Previdenza nazionali. Le società di mutuo soccorso passano così da unica fonte di assistenza e previdenza per la classe lavoratrice, a fonte di servizi complementare rispetto alle casse nazionali, a cui i lavoratori sono obbligati ad iscriversi ma che coprono solo determinate classi di eventi dannosi.

La loro diffusione viene fermata durante il ventennio fascista, quando il regime limita al minimo le libertà di associazione, spostando le competenze in capo alle corporazioni. Il timore è che le organizzazioni possano mascherare attività sovversive dell'ordine costituito, e a scopo preventivo vengono assoggettate al controllo dei Prefetti. Nel 1925 il Prefetto di Milano sopprimerà la Federazione Italiana Mutue. Nel 1926 viene costituito l'Ente Nazionale Fascista della Cooperazione, organo che permette l'inquadramento delle forme di cooperazione

⁶ In occasione del secondo Congresso Nazionale della Previdenza tenutosi a Reggio Emilia nell'ottobre del 1901, nasce la prima associazione di rappresentanza e di indirizzo delle società di mutuo soccorso, la Federazione Italiana delle Società di Mutuo Soccorso, di stampo prevalentemente laico, seguita poi nel 1919 dalla Confederazione Cooperativa Italiana, che raccoglie tra i suoi iscritti quelle organizzazioni che si ispirano alla Dottrina Sociale della Chiesa espressa da Leone XIII nell'enciclica *Rerum Novarum*. Promuovendo la creazione di una rete permanente di collaborazione, le società di mutuo soccorso trovano una direzione unitaria di attuazione di politiche sociali, tanto da acquisire ancora più importanza nella vita pubblica nazionale, della quale erano state protagoniste sottotraccia per mezzo secolo. La Federazione è riconosciuta e considerata dalle autorità statali come rappresentativa di interessi collettivi, e così chiamata a far parte, attraverso una propria rappresentanza, del Consiglio Superiore del Lavoro, nonché a collaborare in alcune commissioni parlamentari.

non ancora riassorbite dall'ordinamento fascista. Nel 1927 è sciolta Confcooperative.

Nel dopoguerra, a seguito della soppressione posta in essere dal regime fascista, il sistema mutualistico è in forte difficoltà. Nel 1945 si ricostituisce Confcooperative e nello stesso anno sono rifondate anche Legacoop e la Federazione Nazionale della Mutualità.

La definitiva legittimazione delle organizzazioni cooperative e mutualistiche avviene con l'entrata in vigore nel 1948 della Costituzione della Repubblica Italiana, dove all'articolo 45 si afferma che *“la Repubblica riconosce la funzione sociale della cooperazione a carattere di mutualità e senza fini di speculazione privata. La legge ne promuove e favorisce l'incremento con i mezzi più idonei e ne assicura, con gli opportuni controlli, il carattere e le finalità”*. Altri principi costituzionali sono riconducibili alla cultura mutualistica: la centralità del lavoro nella vita del cittadino (art. 1), la libertà di associazione ed il *favor legis* verso l'associazionismo (art. 2), il principio di uguaglianza (art. 3) e solidarietà (artt. 2 e 4), nonché la rilevanza universale dei diritti alla salute e all'assistenza (artt. 32 e 38). Più recentemente si deve ricordare l'articolo 118 Cost., riformato nel 2000, ultimo comma, in cui si ridefinisce il principio di sussidiarietà. Da ultimo è da segnalare la l. 6 giugno 2016, n. 106, *Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale*, con la quale le società di mutuo soccorso vengono riconosciute parte integrante del Terzo settore⁷.

Le dimensioni della loro presenza

La storia oramai plurisecolare delle sms ha fatto sì che non poche, nate secondo i dettati normativi di cui si dirà in seguito, via via riducessero o estinguessero di fatto la propria attività, rimanendo quindi solo titolari di patrimoni, ovvero si trasformassero in altre forme giuridiche più consone ai nuovi obiettivi sociali. Da una recente ricerca realizzata dall'Osservatorio Isnet⁸, frutto di un lavoro ricostruttivo di una certa complessità viste le caratteristiche appena richiamate, emerge che attualmente sono 1114 le società di mutuo soccorso presenti nel Paese. Di queste, solamente 509 sono attive, in quanto svolgono attività non occasionali in favore dei soci; a differenza delle altre che invece si contraddistinguono per questo.

⁷ Per un approfondimento delle questioni relative alla appartenenza o meno delle Sms al Ts, G.P. Barbetta e R. Lodigiani, (2016), *IN OR OUT? LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO TRA TERZO SETTORE E WELFARE PLURALE*, Politiche Sociali, III, 1, 2016.

⁸ L. Bongiovanni, (2016), *PRESENTAZIONE DELL'INDAGINE SULLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO IN ITALIA*, 4 luglio 2016, Sala Aldo Moro, Camera dei Deputati, Roma, http://www.impresasociale.net/osservatorio/presentazione_dell_indagine_sulle_societa_di_mutuo_soccorso_in_italia.php.

La ricerca ha identificato tre categorie (Figura 1), sulla base del differente grado di conformità alla normativa specifica riformata nel 2012⁹:

- *Sms conformi, con natura giuridica propria di sms*; si tratta di quelle in regola con la normativa, ovvero iscritte nel registro delle imprese presso le Camere di commercio, e al contempo iscritte presso l'Albo delle cooperative gestito dal Ministero dello Sviluppo Economico, nell'apposita sezione delle società di mutuo soccorso;
- *Sms ibride, potenzialmente in grado di ottenere il riconoscimento della natura giuridica di sms ma che allo stato attuale non sono conformi alle disposizioni della riforma*; risultano iscritte presso le Camere di commercio ma non all'Albo delle cooperative gestito dal Ministero dello Sviluppo Economico, nell'apposita sezione delle società di mutuo soccorso;
- *Sms associative*, non iscritte presso le Camere di commercio, e di conseguenza neppure al registro del Ministero dello Sviluppo Economico; si tratta di associazioni di volontariato, associazioni non riconosciute, associazioni di promozione sociale e organizzazioni che erano iscritte al registro delle società presso le cancellerie dei Tribunali (prima dell'istituzione del registro delle imprese).

Mapa SMS rispetto alla riforma del 2012 (2/2)

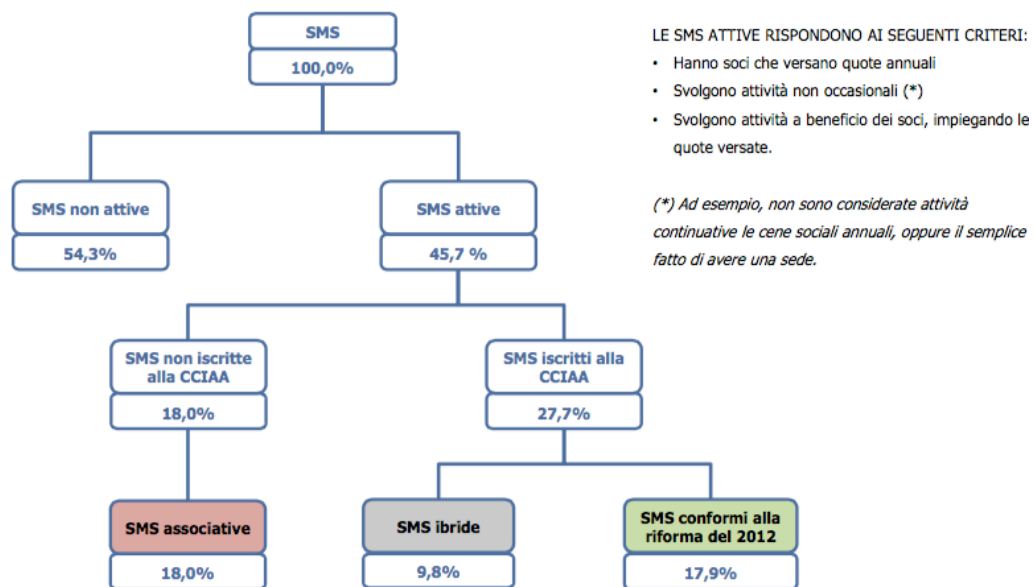


Figura 1

Sulla base di un panel di 200 sms, l'indagine ha poi evidenziato che di queste:

- il 54,5% svolge attività di tipo socio-sanitario, attraverso convenzioni con strutture del settore; le misure previste per i soci sono rimborsi per ricoveri

⁹ Decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 6 marzo 2013 in attuazione all'art. 23 della legge n. 221/2012.

- ospedalieri, assistenza infermieristica domiciliare e ospedaliera, coperture per cure odontoiatriche;
- tra il rimanente 45,5%, un terzo dichiara che intende attivarsi in questa direzione nel prossimo futuro;
 - solo il 9% si dedica esclusivamente all'attività socio sanitaria; le altre svolgono anche attività culturali, legate all'istruzione e alla formazione, nonché di sostegno alle famiglie;
 - le coperture sono rivolte anche ai familiari – e quindi non solo ai soci – nel 31,5% del campione;
 - il 48% opera nel Nord-Ovest del Paese, il 13,5% nel Nord-Est, il 20% al Centro e il 18,5% nel Mezzogiorno;
 - il 73,5% non supera i 400 soci; la composizione per età presenta che solo il 14% sia under 50; il 61,4% è pensionato;
 - 2/3 della base sociale è maschile;
 - per il 2017, si prevede un incremento della base associativa del 5,5%; tra quelle che svolgono attività socio-sanitarie, la previsione arriva al 16,7%;
 - il 47,5%, delle sms del campione sono nate prima del 1886.

Altri studi, con particolare riferimento alle sms impegnate nel settore sanitario e sociosanitario, hanno stimato un numero di sms attive di circa 100 (150 con quelle che operano esclusivamente nel campo sociale)¹⁰, con un milione di soci aderenti. La raccolta di contributi è nell'ordine dei 50 mln € annui, di cui il 70% destinato alla copertura delle prestazioni¹¹. Le sms sanitarie sono principalmente concentrate in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

La loro offerta si articola in tre principali settori¹²:

- integrazione del reddito in caso di infortuni, di lunghe malattie, di invalidità totale e di morte; pagamento di ticket sanitari;
- rimborso spese o fornitura di servizi per assistenza sanitaria domiciliare e ospedaliera; rimborsi spese e fornitura di servizi domiciliari per sostenere situazioni di non autosufficienza;
- rimborsi spese sostenute al di fuori del Ssn per gravi interventi chirurgici e alta diagnostica.

¹⁰ S. Maggi e C. De Pietro, (2015), *LE PROSPETTIVE DEL MUTUO SOCCORSO NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO*, Bologna, Il Mulino.

¹¹ M. Iengo, (2013), *LE RINNOVATE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO COME STRUMENTO SUSSIDIARIO NEL WELFARE*, Formazione telematica. cooperative, consorzi e società di mutuo soccorso - le forme mutualistiche come strumento anticrisi, Fondazione Italiana del Notariato, 22 maggio 2013; http://elearning.fondazione-notariato.it/user/aggiornamenti/documenti/LENGO_ABSTRACT_RELAZIONE.pdf.

¹² Fondo Est, a cura di, (2015), *IL FUTURO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA. MODELLO ITALIANO E MODELLI EUROPEI A CONFRONTO*, Roma, <http://www.fondoest.it>.

Inquadramento giuridico delle società di mutuo soccorso

Le sms impegnate in campo sanitario e sociosanitario sono parte del cd II° pilastro del sistema sanitario nazionale¹³. Come precisato di seguito, a determinate condizioni, esse rientrano tra i Fondi sanitari integrativi, così come normati dal D. Lgs. n. 229 del 1999, art. 9¹⁴.

Insieme alle deliberazioni assunte da società di mutuo soccorso, le altre fonti istitutive dei Fondi integrativi previste dal decreto sono:

- i contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- gli accordi tra lavoratori autonomi o fra libero professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- i regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
- gli atti assunti da soggetti pubblici o privati, purché non adottino politiche di selezione del rischio o discriminazioni nei confronti di gruppi o singoli.

In termini più dettagliati, possiamo dire che i principi fondamentali su cui si basa l'operatività dei Fondi siano:

- l'assenza di scopo di lucro e la mutualità tra gli aderenti;
- il rapporto di tipo associativo e non contrattuale, come invece avviene in ambito assicurativo¹⁵;
- la non selezione del rischio e la non discriminazione, a differenza delle

¹³ Dove il c.d. I pilastro è costituito dal Servizio Sanitario Nazionale - sanità pubblica basata sui principi di universalità, uguaglianza e solidarietà; il c.d. II pilastro, espressione dei Fondi sanitari - sanità collettiva integrativo-sostitutiva basata sulla mutualità volontaria; e il c.d. III pilastro - sanità individuale basata sulle coperture assicurative, comprese quelle delle mutue assicuratrici. Normalmente poi si dimentica il IV pilastro, corrispondente all'autoproduzione di prestazioni sanitario assistenziali garantite dalle famiglie.

¹⁴ Esso stabilisce che:

a. "Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, e, con queste, comunque direttamente integrate, possono essere istituiti **fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza**, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi;

b. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale. Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse";

c. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del SSN sono tenuti ad adottare politiche di **non discriminazione dei rischi**. Le **fonti istitutive** dei fondi sanitari integrativi vengono rinvenute in: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale; regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'art. 1 comma 16, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute; atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di **non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione** nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

d) L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate; prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662; prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

e) Fra le prestazioni aggiuntive sono altresì comprese: le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate; le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale; l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

f) I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono **autogestiti**. Essi possono essere affidati in **gestione mediante convenzione**, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio sanitario da almeno cinque anni".

¹⁵ Le compagnie di assicurazione operano nel settore sanitario attraverso la stipulazione di polizze individuali malattia, infortuni o spese di cura, od anche di polizze collettive, come ad esempio avviene nell'ambito del welfare aziendale. Sono strutturate come enti commerciali con fine di lucro. Ai sensi dell'art. 14 comma 1 a lettera del d. Lgs. n.209 del 2005 (Codice delle assicurazioni) e delle direttive comunitarie, devono essere società per azioni, società cooperativa per azioni o mutua assicuratrice per azioni. Le mutue sanitarie si confrontano con problemi tecnico- attuariali che non differiscono da quelli assicurativi (selezione avversa, individuazione della massa critica, *moral hazard*, intergenerazionalità delle adesioni, continuità del rapporto).

- compagnie di assicurazione¹⁶;
- l'uguaglianza di prestazioni, a parità di contributo;
 - lo scioglimento del rapporto solo per volontà del socio o per il venire meno delle condizioni di appartenenza – contratto di lavoro;
 - la possibilità di gestione in forma diretta – autoassicurazione – o attraverso terzi, assicurazioni e *third party administrator*¹⁷;
 - la costituzione, di norma, in forma di enti di Terzo settore come recentemente stabilito dalla l. 106 del 2016, ovvero di associazione non riconosciuta di cui agli artt. 36 e ss. c.c. o associazione riconosciuta di cui agli artt. 14 e ss. c.c., oppure, nel caso delle sms, di società non aventi finalità di lucro, ma perseguenti finalità di interesse generale, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di attività precisamente indicate.

Una digressione necessaria

Il tratto mutualistico, secondo il pensiero prevalente, rappresenta un elemento unificante tutte le diverse fattispecie. Si tratta di una affermazione vera ma al contempo portatrice di una qualche ambiguità. E' naturale che i caratteri distintivi delle varie fonti istitutive, la *path dependency*, portino a declinare l'idea di mutualità secondo modalità e articolazioni diverse, esprimendone di conseguenza *gradienti differenziati*:

- abbiamo così una mutualità – quella delle sms – che per definizione è aperta a tutti, mentre in altri casi rimane chiusa all'interno di determinate categorie professionali o contrattuali, se non aziendali – da qui la definizione di *fondi aperti e fondi chiusi*;
- l'adesione poi può essere completamente volontaria – sempre nel caso delle sms – oppure determinata da contratti/accordi stipulati da altri, ad esempio le rappresentanze dei lavoratori; questo comporta che, nei fatti, la percezione da parte del lavoratore/lavoratrice della differenza tra l'iscrizione ad un Fondo per via contrattuale o il ricevimento in forma di *benefit* di una polizza assicurativa sia difficile da cogliere;
- la permanenza nella compagine associativa, nel senso che i vincoli/diritti di appartenenza possono cambiare significativamente a seconda che si tratti di

¹⁶ Nell'assicurazione a premio gli assicurati vengono presi in copertura nei limiti dell'assicurabilità, e quindi in piena selezione dei rischi senza la quale l'impresa assicurativa non si potrebbe reggere. La suddetta selezione costituisce elemento tipizzante della relativa attività. L'assicurazione, attraverso il concetto di rischio (e quindi attraverso l'inversione del ciclo produttivo), non permette infatti a tutti di accedere alla prestazione assicurativa, dovendo l'assicuratore preliminarmente verificare se in capo all'assicurato sussistano le condizioni di assicurabilità. Nell'assicurazione a premio, proprio per la necessità e la difficoltà di compiere una adeguata selezione del rischio al momento dell'assunzione dello stesso, è frequente la previsione di coperture solo annuali con rinnovo automatico salva facoltà di disdetta bilaterale, il rischio e il correlato premio sono valutati su base individuale, per cui talune fasce arrivano a condizioni di inassicurabilità o a condizioni di assicurabilità a premi elevati.

¹⁷ Nel primo caso le prestazioni vengono erogate direttamente utilizzando le risorse finanziarie rappresentate dai contributi, o a rimborso o attraverso la propria rete di erogatori convenzionati; nel secondo caso vengono stipulate convenzioni con imprese assicurative e i contributi raccolti servono a pagare i premi assicurativi.

una adesione volontaria ad una sms, ovvero che si sia iscritti ad un fondo contrattuale solo perché lavoratori con uno specifico inquadramento e per il tempo in cui esso rimane in vigore, escludendo ad esempio la fase del pensionamento piuttosto che la continuità della iscrizione nel momento in cui si cambiasse condizione lavorativa o si perdesse il posto di lavoro;

- altro elemento, riguarda il livello e le modalità di partecipazione dei soci, correlate alla *governance* dei Fondi stessi e alle modalità di selezione della dirigenza; i Fondi contrattuali e aziendali quando frutto di accordi tra le Parti, rientrano nella categoria degli enti bilaterali¹⁸ – sistema diffuso anche se poco approfondito, di gestione di molteplici problematiche inerenti le relazioni industriali e le condizioni dei lavoratori e delle loro famiglie – e di conseguenza sono diretti dai rappresentanti indicati dalle parti sociali – una rappresentanza quindi mediata o indiretta; altro sono le sms, in cui i soci volontari in via di principio sono chiamati ad esprimere direttamente chi deve rappresentarli negli organi associativi;
- ecc.;

Tutto ciò, lo accenniamo solo, imporrebbe a nostro parere un maggiore approfondimento sia della *fenomenologia della mutualità* di cui sono portatrici le diverse fonti istitutive dei Fondi integrativi, sia relativamente alla gestione/funzionamento degli stessi Fondi. Si tratta di una questione non solo, o non tanto, valoriale o identitaria, quanto funzionale:

- dal punto di vista della partecipazione e controllo gestionale, in termini di trasparenza, *accountability*, negozialità con *third party administrator* e compagnie di assicurazione, ecc.¹⁹;
- dal punto di vista della potenzialità di salute che possono esprimere, nel senso della partecipazione come fattore di (auto) governo della domanda, rispetto alle varie forme di azzardo morale o di consumismo individualistico vs solidaristico di un socio, così come di riduzione delle asimmetrie informative tra il paziente e il curante, ecc.;
- dal punto di vista delle ragioni che ne motivano, come poi meglio vedremo, il *favor* da parte del legislatore in tema fiscale, questione questa particolarmente viva nel dibattito attuale – vedi capitolo conclusivo.

Ritornando al quadro normativo dei Fondi integrativi, sono passati quasi dieci anni dal d. lgs. n. 229 perché venissero emanati i due decreti ministeriali, il c.d.

¹⁸ Gli enti bilaterali nascono in settori ad elevata frantumazione produttiva e mobilità degli addetti. Come sottosistema del sistema delle relazioni industriali, rappresentano le sedi stabili e specializzate di confronto tra le parti finalizzate alla collaborazione su ambiti tematici quali la retribuzione e il welfare. Tratto distintivo la regola della pariteticità. I principali campi di intervento riguardano: mercato del lavoro, salute e sicurezza del lavoro, sostegno al reddito, formazione professionale e continua, assistenza e previdenza integrativa, regolarità contributiva. Le fonti istitutive sono la contrattazione collettiva, sia di primo che di secondo livello. Dal punto di vista normativo esiste una legislazione specifica: contratti di solidarietà artigianato (l. 236/93 e dl. 299/94); sostegno al reddito (l. 92/12); sicurezza sul lavoro (dlgs 106/09); formazione professionale continua (l. 289/02); contribuzione lavoro interinale (l. 147/13). In termini più generali: Legge Biagi (dlgs 276/03); Riforma Fornero (l. 92/12) e Jobs Act (l. 183/14 e dlgs. 148/15); per un inquadramento, M. Lai e A. Trovò, (2015), *BILATERALITA' E LAVORO*, Roma, Edizioni Lavoro.

¹⁹ Difficile attualmente prevedere come sarà la decretazione della Riforma del Terzo settore, l. 106 del 2016, e se e quanto essa influirà sui Fondi integrativi, ma questi punti ne rappresentano un tratto qualificante della stessa.

Turco²⁰ del 31 marzo 2008 ed il c.d. Sacconi del 27 ottobre 2009. Essi non hanno di certo esaurito la regolamentazione operativa della materia, a tutt'oggi lacunosa su molti aspetti²¹, ma in ogni caso hanno stabilito/confermato alcune caratteristiche basilari, ovvero:

- le tipologie di prestazioni vincolate a cui tutti i Fondi sanitari devono necessariamente destinare almeno il 20% delle risorse totali impiegate per tutte le prestazioni al fine di ottenere agevolazioni fiscali così come previsto dall'articolo 51, comma 2, lettera a), del Testo unico delle imposte sui redditi; nei limiti in cui non siano ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, esse sono: quelle socio-sanitarie rivolte a persone non autosufficienti (assistenza e aiuto domestico o presso strutture residenziali o semiresidenziali), quelle orientate al recupero della salute di soggetti temporaneamente resi inabili per malattia o infortunio (ad esempio, dispositivi per disabilità, cure termali o percorsi di riabilitazione) e le prestazioni odontoiatriche;
- le procedure e le modalità del funzionamento dell'Anagrafe dei fondi sanitari; oltre a censire gli organismi operanti nella sanità integrativa, ha lo scopo di verificarne la patrimonializzazione ed il rispetto della soglia del 20% delle risorse, che rappresenta la condizione per poter fruire delle agevolazioni fiscali previste.

La Figura 2 riassume le principali differenze istituzionali e gestionali. Essa, tenendo conto dei diversi profili con cui si caratterizza la loro azione, da conto delle molteplici configurazioni organizzative e operative con cui, nel concreto, i Fondi svolgono la propria attività²².

²⁰ Nello specifico, ai sensi del co. 3 dell'art. 1, gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi ex art. 9 d.lgs. n. 502/1992, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi garantite secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria.

²¹ G. Labate, (2016), *DODICI MILIONI DI ITALIANI HANNO SCELTO LA SANITA' INTEGRATIVA. PRENDIAMO FINALMENTE ATTO*, Quotidianosanità, 9 giugno 2016, www.quotidianosanita.it.

²² Per l'analisi di casi, vedi M. Cavazza, C. De Pietro, (2012), *ASSETTO ISTITUZIONALE E SCELTE DI GESTIONE IN SEI FONDI SANITARI*, in E. Cantù, a cura di, (2012), *L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA, RAPPORTO OASI 2012*, Milano, Egea.

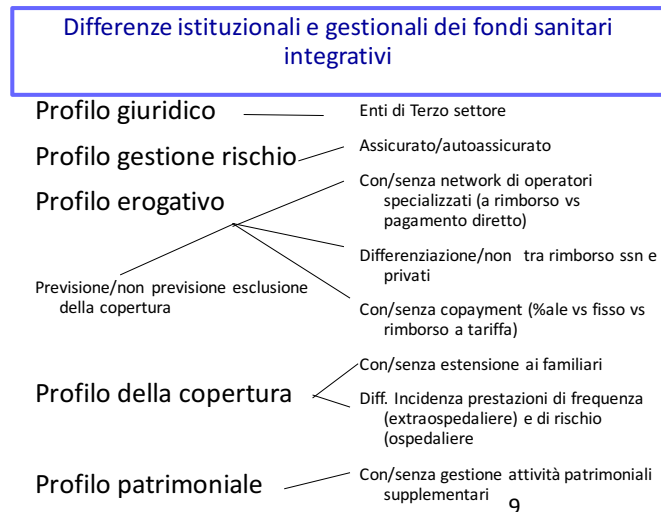


Figura 2

Le Società di mutuo soccorso come fondi sanitari integrativi

Le Società di mutuo soccorso, come detto, possono rientrare nella categoria dei Fondi integrativi, sia perché organizzano direttamente la domanda – adesione volontaria – sia perché possono assumere la funzione di promotori di fondi integrativi del Ssn ovvero configurarsi come cassa di assistenza. Nello svolgere queste diverse funzioni esse mantengono i loro caratteri distintivi: assenza di fini lucrativi; non discriminazione delle persone assistite; principio della porta aperta: tutti possono aderire ad una mutua a prescindere dalle condizioni di salute; durata illimitata del rapporto associativo con facoltà di recesso solo in capo al socio; estensibilità della copertura a tutti i componenti del nucleo familiare; partecipazione democratica alla *governance* della mutua.

Con legge n. 3818 del 15 aprile 1886 hanno ricevuto una propria forma societaria²³, con un’ampia autonomia statutaria che permette di assumere fisionomie diverse, adatte sia alle piccole realtà locali, sia a grandi aggregazioni con migliaia di iscritti.

Tra i vincoli, l’art. 2, co. 2, dispone che *“eccettuate le spese di amministrazione, il denaro sociale non può essere erogato a fini diversi da quelli indicati in quest’articolo e nel precedente”*. Esse non possono quindi distribuire avanzi di gestione tra i soci, sotto forma di dividendi o in qualunque altro modo (compresi i ristorni), essere

²³ I caratteri distintivi delle società di mutuo soccorso, in parte simili a quelli dei Fondi integrativi, in parte propri, possono essere così riassunti: assenza di profitto e indivisibilità del patrimonio; partecipazione responsabile; controllo democratico; non esclusione e possibilità di recesso solo a favore del socio; limiti di età per l’adesione iniziale – in genere tra i 65 e i 75 anni – ma garanzia della assistenza per tutta la vita; continuità del rapporto associativo anche qualora il socio abbia concluso il rapporto di lavoro; condivisione solidale del bisogno; attenzione ai bisogni presenti e futuri – intergenerazionalità.

partecipate da soci avventori o finanziatori, emettere strumenti finanziari, rimborsare i soci dei contributi versati in caso di scioglimento del rapporto sociale sia individuale che della società tutta.

L'art. 23 del decreto legge del 18 ottobre 2012 n. 179 convertito in legge il 17 dicembre 2012 e implementato con il decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 221 del 6 marzo 2013, intervenendo sulla norma ne ha rafforzato il carattere di società. La disciplina delle società cooperative deve considerarsi applicabile in quanto compatibile. Possono divenirne soci tutte le persone fisiche ed anche soggetti diversi dalle stesse, come altre sms e fondi sanitari integrativi – *mutualità mediata*²⁴. Sono iscritte nella sezione delle imprese sociali presso il Registro delle imprese nonché in una sezione dell'albo delle società cooperative. A seguito di tale riforma, sono oggi in grado di erogare:

- a) trattamenti e prestazioni socio sanitarie nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;
- b) sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
- c) servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;
- d) contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizioni di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche;
- e) ovvero promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici.

Le sms sono altresì sottoposte ad un triplice controllo:

- dal Ministero dello Sviluppo Economico e dalle Associazioni nazionali di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo attraverso attività di revisione nei confronti degli aderenti in base ad apposite convenzioni,
- dal Ministero della Salute, o dell'assessorato regionale al ramo se l'attività viene svolta a livello infraregionale, che vigilano sull'attività di istruzione e gestione dei fondi sanitari integrativi del Ssn;
- dall'Agenzia delle Entrate sui requisiti ex lege previsti per gli sgravi fiscali.

²⁴ Il legislatore ha altresì confermato che: "le attività previste dalle lettere a) e b) possono essere svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni", confermando così una integrazione tra le società ed i fondi sanitari integrativi. In particolare l'art. 3 della legge n. 3818/1886 è stato modificato disponendosi che "possono divenire soci ordinari delle società di mutuo soccorso le persone fisiche. Inoltre possono divenire soci altre società di mutuo soccorso, a condizione che i membri persone fisiche di queste siano beneficiari delle prestazioni rese dalla Società, nonché i Fondi sanitari integrativi di cui all'art. 2 in rappresentanza dei lavoratori iscritti".

*Benefici fiscali della adesione alle società di mutuo soccorso*²⁵

Dal punto di vista delle agevolazioni fiscali è utile precisare che con il termine Fondi sanitari si fa riferimento:

- sia ai fondi istituiti ai sensi dell'art. 9, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – aventi carattere esclusivamente integrativo, essendo finalizzati “*a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza*” – a cui si applica quanto disposto dall'art. 10, comma 1, lett. e-ter), T.u.i.r.;
- sia agli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lett. a), T.u.i.r.

Concretamente questo significa che i primi sono finalizzati all'erogazione di prestazioni integrative non comprese nei livelli essenziali di assistenza (c.d. *fondi doc*), mentre i secondi possono finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal Ssn (c.d. *fondi non doc*)²⁶.

Le società di mutuo soccorso, enti non commerciali, oltre che svolgere l'esercizio istituzionale di attività mutualistica, possono assumere la funzione di promotori di fondi integrativi del Ssn di cui all'art. 9, d.lgs. n. 502 del 1992 ovvero configurarsi come cassa di assistenza ex art. 51 Tu.i.r.. Da ciò discendono alcune conseguenze relative alla diversa posizione fiscale di un associato ad una sms, nel caso in cui questa operi rispetto ai propri fini istituzionali mutualistici e quindi esso sia socio volontario, ovvero nel caso in essa operi come fondo contrattuale o cassa aziendale e quindi sia associato per via aziendale, con una parziale o totale partecipazione della stessa azienda al versamento dei contributi.

Nel primo caso – *deducibilità del contributo associativo alla società di mutuo soccorso*²⁷ – la somma versata dal socio è finalizzata al funzionamento e alla erogazione dei sussidi. Essa non costituisce il corrispettivo di una attività economica, ma è l'espressione della partecipazione alla solidarietà generale. Conseguentemente, non è da considerarsi ricavo bensì una entrata di carattere patrimoniale. Il contributo, per un ammontare pari al 19% dello stesso, con il limite massimo di € 1.291,14 – D. Lgs. 460 del 4 dicembre 1997, art.13 – è deducibile dalla base imponibile della propria dichiarazione dei redditi.

Nel secondo caso – *deducibilità dei contributi* – la disciplina fiscale è ripartita tra

²⁵ Nel prosieguo faremo riferimento principalmente a Fondo Est, a cura di, (2015), *IL FUTURO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA. MODELLO ITALIANO E MODELLI EUROPEI A CONFRONTO*, Roma, <http://www.fondoest.it>; si ringraziano, per consigli e osservazioni, Antonio Chelli e Simone Torelli della sms Insieme salute Toscana.

²⁶ La differenza tra *doc* e *non doc*, che sembrava di fatto superata, è stata riproposta sulla base di una interpretazione considerata dai più alquanto controversa, dalla Agenzia delle Entrate con la risoluzione 3 dicembre 2014, n.107/E.

²⁷ Si ha deduzione fiscale quando un onere fiscale viene sottratto dal reddito complessivo, avendosi la riduzione della base imponibile, ossia il valore su cui si calcola l'imposta (a mezzo dell'aliquota). La detrazione agisce invece riducendo l'imposta lorda.

due disposizioni, l'art. 10, comma 1, lett. e-ter) e l'art. 51, comma 2, lett. a), T.u.i.r. Entrambe prevedono una deduzione fiscale fino ad un limite di € 3.615,20. L'art. 10 rappresenta la norma di base, generale e di principio che statuisce la regola della deducibilità dal reddito complessivo Irpef dei contributi versati ai fondi sanitari; mentre l'art. 51 si atteggia a norma speciale che regola la medesima deduzione con riferimento, però, al più limitato campo del reddito di lavoro dipendente. Ciò al fine di includere le contribuzioni versate da terzi (il datore di lavoro) nell'ambito del rapporto di lavoro dipendente, e permettere la fruizione della deduzione fiscale già in sede di calcolo della base imponibile del reddito di lavoro dipendente con l'applicazione delle relative ritenute alla fonte.

Le tensioni evolutive

Le sms sono tutt'altro che un mondo omogeneo, per finalità, origini, storia, radicamento sociale e territoriale, dimensioni, forme di appartenenza, modalità organizzative e gestionali, ecc.. Il crescente interesse che esse suscitano, accompagnato da una più generale riscoperta di forme e modalità di risposta a bisogni sociali difficilmente soddisfabili attraverso l'alternativa offerta pubblica-autoproduzione delle famiglie, tipica del carattere familistico del nostro sistema di welfare, le sta sollecitando a misurarsi con sfide importanti, sia dal punto di vista strategico che da quello organizzativo e operativo.

Si tratta di *tensioni evolutive*, tipiche o comunque molto prossime a quelle espresse nel mondo dell'imprenditoria sociale e riscontrabili nel confronto con esperienze concrete, anche partecipanti al progetto di ricerca intervento in oggetto, come dalla letteratura. Esse spesso sono generatrici di, o sono generate da, *filiera sussidiarie aziendali*²⁸ di diversa conformazione – *lineare, a gemmazione interna, a gemmazione esterna, a programmazione negoziata* – ovvero traducono in operatività organizzativa il principio di sussidiarietà – nei nostri casi, di tipo orizzontale. Ne presentiamo alcune.

La territorializzazione. Essa si declina con modalità diverse. Sullo sfondo vi è la discussione sviluppata oltre che dal mondo delle sms come proposta politica²⁹ e/o in funzione di una propria strategia di sviluppo³⁰,

²⁸ La *filiera sussidiaria* è un processo di integrazione aziendale (e quindi di integrazione di attività e processi, ruoli e competenze, abilità e compiti) continuo, progressivo e cooperante, composto da aziende (pubbliche, non profit e profit) in combinazioni diverse e tali da convergere verso risultati (outcome) di produzione di valore e utilità pubblica; - cfr G. Fiorentini e F. Calò, (2013), *IMPRESA SOCIALE & INNOVAZIONE SOCIALE*, Milano, Franco Angeli.

²⁹ P. Putzolu, (2012), *INTRODUZIONE*, a M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini, (2012), *IL RUOLO DELLE MUTUE SANITARIE INTEGRATIVE. LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO WELFARE DI COMUNITA'*, Bologna, Il Mulino; in particolare, il Nostro sostiene la tesi secondo cui una mutua sanitaria integrativa territoriale può rappresentare un fondo collettivo di comunità nel quale far convergere i contributi derivati sia dalla contrattazione aziendale sia dal risparmio dei singoli cittadini. Un fondo sanitario territoriale in forma di società di mutuo soccorso permette di: conferire in un unico soggetto collettore i contributi destinati alla sanità integrativa versati sia dai lavoratori dipendenti (o dalle aziende in loro

anche da soggetti molto *prossimi* – come possono essere le altre figure del Terzo settore³¹, o le organizzazioni sindacali³², o le banche di credito cooperativo³³, ecc. – i quali intravedono nella forma mutualistica una formula consona al perseguimento delle proprie *policy*, come nel caso delle non autosufficienze o di forme evolute di welfare contrattuale³⁴. Più in generale, la propensione alla territorializzazione/regionalizzazione sta caratterizzando sia l'azione³⁵ e il dibattito³⁶ nel mondo dei fondi integrativi di fonte contrattuale, che la riflessione in campo assicurativo e dei *third party administrator*³⁷, che tra i *policy makers* rispetto al futuro della sanità integrativa nel nostro Paese³⁸.

Da un altro versante, vi è il progressivo riconoscimento formale, per via normativa o per atti amministrativi, del ruolo sociale delle sms, ovvero nella programmazione e realizzazione del welfare locale. Le regioni italiane che hanno legiferato per la tutela e la promozione del patrimonio storico, sociale e culturale delle società di mutuo soccorso, sono molte³⁹: il Piemonte, la Puglia, la Liguria, la Lombardia, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, le Marche, l'Umbria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Basilicata, la Calabria, la Sardegna, la Sicilia e, come poi meglio vedremo, anche la Toscana.

In alcuni casi sono in atto strategie regionali/provinciali di implementazione del welfare integrativo, come nella provincia di Trento,

favore), sia dai singoli cittadini, superando la dicotomia tra fondi aziendali chiusi ed esclusivi e fondi aperti alla società civile; attivare una connessione diretta e dinamica con il territorio sia rispetto all'individuazione degli effettivi bisogni, sia rispetto ai servizi e alle prestazioni da erogare; assicurare, nella continuità del rapporto associativo e non limitatamente alla durata del rapporto di lavoro, il mantenimento della copertura nell'arco della vita di ciascuno.

³⁰ E' il caso del progetto di Confocooperative con la sms Cooperazione Salute di Trento.

³¹ AA.VV., (2006), *VOGLIA DI MUTUALISMO*, numero monografico di *Communitas*, 10, 2006, Milano, Edizioni Vita.

³² E. Riva, a cura di, (2015), *RIPENSARE LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA. LIBERARE E QUALIFICARE IL POTENZIALE DEL NEO-MUTUALISMO*, Bologna, Il Mulino.

³³ B. Cassola, (2014), *IL WELFARE DI COMUNITA'. LA MUTUALITA' SANITARIA DELLE BCC*, Roma, Edizioni del Credito Cooperativo – Ecura; in Toscana, in particolare, sono presenti Chianti Mutua – <http://www.chiantimutua.it>, e la Mutua per la Maremma – <http://www.mutuaperlamaremma.it>, promosse da due importanti Casse di Credito cooperativo del territorio.

³⁴ Nel 2011 è stato istituito da Federazione Trentina delle Cooperative con Cisl, Cgil e Uil un fondo sanitario integrativo territoriale, innestato sull'esperienza della locale Società di Muto Soccorso Cooperazione Salute.

³⁵ F. Razetti, (2015), *BILATERALITÀ E WELFARE CONTRATTUALE: QUALE RUOLO PER I TERRITORI*, in F. Maino e M. Ferrera, (2015), *SECONDO RAPPORTO SUL SECONDO WELFARE IN ITALIA*, http://secondowelfare.it/edt/file/Versione_integrale_2R2W.pdf.

³⁶ Cgil, Cisl, Uil, (2016), *UN MODERNO SISTEMA DI RELAZIONI INDUSTRIALI. PER UNO SVILUPPO ECONOMICO FONDATA SULL'INNOVAZIONE E LA QUALITA' DEL LAVORO*, Roma, 15 gennaio 2016, <http://www.flcgil.it/attualita/cgil-cisl-e-uil-approvano-documento-su-nuovo-modello-contrattuale.flc>.

³⁷ Rbm Salute, (2015), *COSTRUIRE LA NUOVA SANITA' INTEGRATIVA. CONTRATTAZIONE COLLETTIVA NAZIONALE, SOLUZIONI AZIENDALI E APPROCCIO TERRITORIALE*, Rbm Salute spa, <http://www.welfareday.it/welfareday-2014.php>.

³⁸ G. Labate, (2016), *DODICI MILIONI DI ITALIANI HANNO SCELTO LA SANITA' INTEGRATIVA. PRENDIAMO FINALMENTE ATTO*, *Quotidianosanità*, 9 giugno 2016, www.quotidianosanita.it.

³⁹ B. Praya, (2015), *LA MUTUALITA' DI TERRITORIO: LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO NELLA SANITA' INTEGRATIVA*, in F. Maino e M. Ferrera, (2015), *SECONDO RAPPORTO SUL SECONDO WELFARE IN ITALIA*, http://secondowelfare.it/edt/file/Versione_integrale_2R2W.pdf.

in particolare con il fondo Sanifond Trentino⁴⁰, che coinvolgono anche soggetti del sistema mutualistico come Cooperazione Salute nel ruolo di gestore nell'ambito delle relazioni di mutualità mediata.

Federazioni e reti di sms hanno poi sottoscritto protocolli con l'ente regionale, come nel caso della Regione Piemonte⁴¹, finalizzati a: promuovere e diffondere presso gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e le Asl la conoscenza del mutualismo; promuovere e diffondere presso i propri cittadini la possibilità di usufruire di prestazioni mutualistiche modulate sugli effettivi bisogni; favorire l'intervento delle mutue sanitarie nell'integrazione all'assistenza domiciliare; mettere a disposizione uno strumento che garantisca tramite le mutue l'accesso a servizi socio sanitari a costi contenuti.

Infine, sono in atto sperimentazioni di modelli di *welfare territoriale o comunitario* elaborati e realizzati dalle sms, in modo autonomo, come la sms L'Assistenza di Livorno⁴², espressione della pubblica assistenza livornese SVS; o integrato con attori pubblici e privati del territorio, come nel caso della sms Cesare Pozzo, la quale partecipa a diverse esperienze territoriali tra cui la Fondazione Welfare Ambrosiano⁴³ e Mutua Ligure⁴⁴, e al contempo ha elaborato un proprio modello di welfare comunitario⁴⁵ che sta sperimentando in diverse realtà in cui è presente (Figura 3).

⁴⁰ Fondo sanitario intercategoriale di carattere provinciale, comprensivo dei dipendenti pubblici con contratto provinciale di 1° livello <http://www.sanifonds.tn.it/chi-siamo/statuto/>.

⁴¹ Regione Piemonte, D.G.R. n. 38-2292 del 19.10.2015 "PATTO PER IL SOCIALE DELLA REGIONE PIEMONTE". Approvazione di Protocollo d'intesa per il biennio 2016/2017 con La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV), in associazione con la Società Mutua Pinerolese di Pinerolo, con la Società di Mutuo Soccorso Solidea di Torino e con il Consorzio Mutue Novara di Novara.

⁴² <http://www.smsassistenza.it>.

⁴³ Nel 2015 queste due realtà hanno definito una partnership finalizzata a realizzare un fondo mutualistico di carattere sanitario, aperto, interprofessionale e territoriale, che si propone di intervenire nell'ambito della prevenzione sanitaria con particolare attenzione per le categorie più deboli (minori, donne e anziani); cfr G.P. Barbetta e R. Lodigiani, (2016), *IN OR OUT? LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO TRA TERZO SETTORE E WELFARE PLURALE*, Politiche Sociali, III, 1, 2016.

⁴⁴ L. Vergassola, (2015), *MUTUA LIGURE. SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO*, M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE, numero monografico di Politiche sanitarie, anno 16, numero 1/2015*, Il Pensiero scientifico, Roma.

⁴⁵ D. Lo Presti, (2016), *MUTUALISMO E SANITÀ INTEGRATIVA, SI PUÒ FARE*, Firenze, Forum della sostenibilità e opportunità nel settore salute- Ex Stazione Leopolda-23/24 SETTEMBRE 2016, <http://forumdelleopolda.it>.



Figura 3

L'imprenditorialità delle sms. Anche sotto questo aspetto siamo in presenza di declinazioni diversificate di una stessa dinamica che si sviluppa o in forma di *network*, o di *partnership*, o come *spin off*, o loro mix articolati.

Da una parte, soprattutto le sms che operano in campo sanitario e sociosanitario, d'accordo con gli organismi federativi a cui aderiscono, hanno generato consorzi⁴⁶ di servizi i quali offrono alle associate supporto allo *start up*, consulenza legale, integrazione e gestione della rete dei fornitori convenzionati al fine di garantire la possibilità di offerta di prestazioni ai propri soci persone fisiche anche fuori del (eventuale) perimetro territoriale di azione, rappresentanza contrattuale, ecc.

Sempre in un'ottica reticolare, con soluzioni tecnico giuridiche compatibili con i vincoli a cui sono sottoposte, vi sono sms che aderiscono a *network* imprenditoriali finalizzati ad intervenire in settori non tradizionali, come l'area della domanda privata di welfare⁴⁷ o i piani di welfare aziendale, o entrambe⁴⁸.

Infine, mutue di medie e grandi dimensioni, come la già citata Cesare Pozzo, sono state in grado di sviluppare *partnership* internazionali – con la francese Union Harmonie Mutuelle ad esempio è stata creata la

⁴⁶ Presso Confcooperative è attivo il consorzio Comipa - <http://www.comipa.org> - mentre presso Legacoop vi è il consorzio Musa - <http://www.consorziomusa.it>.

⁴⁷ E' il caso di Insieme Salute Toscana con la rete di impresa #Maisoli, ora divenuta UP Umanapersone - <http://www.umanapersone.it>.

⁴⁸ Mutua Nuova Sanità di Reggio Emilia - <http://www.mutuanuovasanita.it> , ad esempio, aderisce al Progetto Prontoserenità della Fondazione EasyCare - <http://www.easy-care.it>.

società cooperativa europea Fondo Salute⁴⁹ – grazie alle quali stanno implementando strategie di internazionalizzazione della propria attività in paesi di recente ingresso nelle Unione Europea o intendono farlo in paesi di provenienza delle comunità di immigrati che lavorano e vivono in Italia o in Francia.

Sms stanno poi gemmando, secondo un modello *holding*, articolazioni specializzate per funzioni o per campi di intervento. Di nuovo il caso della Cesare Pozzo, la quale si presenta oggi come gruppo nel quale, insieme alla sms *madre*, operano: una fondazione culturale⁵⁰ finalizzata alla diffusione del pensiero mutualistico; una impresa sociale in forma di srl con cui gestisce un poliambulatorio a Milano⁵¹; e, recentemente, una seconda impresa sociale in forma di srl, Welf@reIN, che svolge attività di consulenza alle imprese per piani di welfare aziendale ed assistenza ai dipendenti.

In questo quadro è da evidenziare che molte di queste sms gestiscono piani di welfare sanitario integrativo per i lavoratori della cooperazione sociale sulla base di quanto stabilito dal loro CCNL⁵². Ciò ha rappresentato un volano per il consolidamento della base sociale delle sms e, parallelamente, ha spinto ad una *osmosi imprenditoriale* tra queste due componenti del sistema cooperativo.

La mutualità mediata, già citata, merita qualche approfondimento. L'articolo 23 del d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012, ha stabilito che possono divenire soci delle sms anche altre società di mutuo soccorso, a condizione che i membri persone fisiche di queste siano beneficiari delle prestazioni rese dalla mutua sanitaria, nonché i fondi sanitari integrativi in rappresentanza dei lavoratori iscritti. L'erogazione di prestazioni ad iscritti di altre sms o di fondi aziendali/categoriali stabilisce quello che tecnicamente si chiama un rapporto di *mutualità mediata*.

⁴⁹ <http://www.fondosalute.it/fs/cms>.

⁵⁰ <http://www.fondazionepozso.org>.

⁵¹ Centro Radiologico e Fisioterapico Buenos Aires Srl-Impresa sociale, <http://www.radiologicobuenosaires.it>

⁵² Il CCNL per i dipendenti dalle cooperative del settore socio – sanitario – assistenziale – educativo e di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, con il rinnovo del 16 dicembre 2011 ha introdotto all'articolo 87 la tutela relativa all'assistenza sanitaria integrativa. Esso prevede, con decorrenza 1 maggio 2013, l'iscrizione al fondo di assistenza sanitaria integrativa per tutti gli addetti assunti a tempo indeterminato, fatte salve le forme di assistenza sanitaria integrativa aziendali o territoriali in essere con prestazioni comunque non inferiori a quelle previste dal fondo sanitario integrativo individuato dalle parti sociali. Il contributo per ogni lavoratore è pari ad euro 5,00 mensili ed è totalmente a carico dell'impresa cooperativa, così come eventuali quote di iscrizione una tantum.

Esso determina un notevole aumento di complessità del profilo organizzativo di una sms, in termini di:

- *dimensionamento* – aumento della base sociale ovvero del numero degli assistiti e conseguente esigenza di potenziare i propri caratteri aziendali – efficienza, efficacia, economicità;
- *mission* – con una ibridazione/compresenza interna tra autorganizzazione nella risposta ai bisogni dei singoli soci aderenti e fornitura di prestazioni/servizi per altri; ovvero, da *fondo aperto* a tutti i cittadini, a soggetto attivatore di accordi/contratti aziendali e istitutivo di fondi sanitari aziendali-pluriazionali, a *gestore tecnico* delle prestazioni erogate da una sms o da un fondo aziendale/categoriale autonomamente costituito⁵³;
- *partecipazione* – da organizzazione basata sulla adesione individuale volontaria a soggetto che vede al proprio interno forme di appartenenza diversificate – *soci ordinari, soci persone giuridiche e soci convenzionati, ovvero i lavoratori iscritti ai fondi aderenti alla sms* – i cui aderenti sono portatori di istanze non sempre omogenee e la cui rappresentanza – democrazia – è necessariamente diversificata;
- *mutualità solidale e mutualità strumentale* – le due fattispecie riconducibili alla *mutualità mediata* esprimono almeno due possibili declinazioni del principio di sussidiarietà orizzontale, ovvero quella del sostegno solidale di una sms nei confronti di un'altra, al fine di permettere a quest'ultima di poter perseguire le finalità mutualistiche di cui è portatrice grazie all'aiuto della prima – *mutualità solidale*; quella di un rapporto con un soggetto certamente non profit – fondo categoriale o aziendale – generato in un contesto negoziale e non associativo, con il quale ci si relaziona tendenzialmente in modo più strumentale – *mutualità strumentale*.

Le forme spurie. Quest'ultimo aspetto rinvia ad una questione di ordine più generale. Vi è crescente preoccupazione, da parte di autorevoli

⁵³ Il gestore tecnico, qualunque sia la sua natura giuridica (mutualistica o assicurativa), assolve ad una funzione di servizio che deve adattarsi alle necessità espresse dalla collettività associata nella Mutua servita.

esponenti di questo mondo, rispetto al fatto che vi siano anche usi opportunistici della formula sms finalizzati all'utilizzo delle agevolazioni fiscali per fini prettamente commerciali. La Fimiv, Federazione italiana delle mutue volontarie aderente a Legacoop, parla al riguardo di *mutue spurie*, intendendo con questa qualificazione ibridazioni strumentali finalizzate all'ottenimento delle agevolazioni fiscali e minori rigidità nella vendita dei prodotti, promosse/sostenute da soggetti profit in genere assicurativi, che non rispecchiano le caratteristiche normative e i valori distintivi e identitari delle sms e che, al contempo, si pongono in regime di concorrenza sleale con gli altri operatori privati⁵⁴.

SCHEDA DI SINTESI

Normativa

Legge 15 aprile 1886 n. 3818 (Costituzione legale delle società di mutuo soccorso) modificata dall'art. 23 del d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla Legge n. 221 del 17 dicembre 2012.

Decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220 (Norme in materia di riordino della vigilanza sugli enti cooperativi).

Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 6 marzo 2013 (Iscrizione delle società di mutuo soccorso nella sezione del registro delle imprese relativa alle imprese sociali e nella apposita sezione dell'albo delle società cooperative).

Decreto del Ministero Economia e Finanze, 17 ottobre 2014, n. 176 (Disciplina del microcredito in attuazione dell'articolo 111, comma 5, del d. lgs. 1° settembre 1993, n. 385).

Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 30 ottobre 2014 (Disposizioni inerenti l'attività di vigilanza sulle società di mutuo soccorso e relativa modulistica).

Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 20 gennaio 2015 (Contributo per attività di revisione).

Statuto europeo della Mutualità – Parlamento Europeo – parere di iniziativa approvato all'unanimità (14.3.2013)

Finalità

Perseguimento interesse generale sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà, esclusivo svolgimento di attività in favore di soci e familiari.

⁵⁴ Fimiv, (2015) *CODICE IDENTITARIO DELLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO*, Approvato dalla Direzione Nazionale del 19 marzo 2015, <http://www.fimiv.it/public%5Cpdf%5C/fimivinforma%20aprile2015%20con%20codice.pdf>.

Caratteri distintivi

Natura mutualistica, assenza scopo di lucro, tipizzazione attività che possono essere svolte.

Attività (una o più) esclusive (con divieto di attività di impresa, e vincoli di erogazione nei limiti delle risorse)

Erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitari nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente.

Erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni.

Erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti.

Erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

Attività complementari

Educative e culturali, finalizzate alla prevenzione sanitaria e diffusione dei valori mutualistici.

Deroghe

Istituzione e gestione fondi sanitari integrativi

Le sms sono abilitate alla costituzione di Fondi Sanitari Integrativi del Servizio sanitario nazionale (d.lgs. 502 del 30 dicembre 1992, art. 9 novellato come da art. 9 d.lgs.229/1999). L'iscrizione all' Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ssn genera benefici fiscali – i contributi sono deducibili per l'azienda e non costituiscono reddito per il lavoratore – di cui all'ex art. 51, comma 2, lett. a del Tuir 917/1986; le aziende aderiscono ai Fondi tramite la stipula di una specifica convenzione; le quote possono essere totalmente a carico dell'azienda o in parte versate dai lavoratori; ogni dipendente diviene socio della sms e può rimanere iscritto anche al termine del rapporto di lavoro con quote a proprio carico.

Mutualità mediata

Possibilità per una sms di aderire in qualità di socio ad un'altra sms a condizione che quest'ultima svolga le proprie attività istituzionali – cioè le attività previste dall'articolo 1 della legge 3818 – in favore dei membri persone fisiche della sms aderente.

Meccanismo in forza del quale collettività (i lavoratori) possono aderire insieme tramite i fondi alla sms affidataria della gestione del fondo.

Associazioni mutualistiche

Se una sms non svolge le attività tipiche e non rispetta gli adempimenti previsti dalla legge, può essere inquadrabile quale associazione non riconosciuta.

Soci

Ordinari: persone fisiche che partecipano allo scambio mutualistico; o persone giuridiche, esclusivamente sms o fondi sanitari integrativi (vedi mutualità mediata).

Sostenitori: persone fisiche o giuridiche che non partecipano allo scambio mutualistico, ma sostengono finanziariamente le attività delle sms di cui fanno parte.

Riconoscimento

Iscrizione registro imprese Cciaa, sezione imprese sociali e in apposita sezione albo delle società cooperative.

In caso di violazioni delle disposizioni, la cancellazione dal registro determina la perdita di personalità giuridica e dei benefici fiscali e la devoluzione del patrimonio in favore di altra sms.

Vigilanza

Assogettamento alla vigilanza cooperativa e alla normativa specifica del Fondi sanitari.

Analogia con normativa cooperative

Istituti non applicabili: costituzione capitale sociale; conferimenti ai soci; destinazione degli utili; utilizzo strumenti finanziari; ristorno e disciplina agevolazioni fiscali delle cooperative.

Istituti applicabili: parità di trattamento; responsabilità limitata; regolamenti mutualistici; requisiti dei soci; recesso esclusione e morte del socio; diritto di controllo dei soci; assemblea e organo amministrativo.

Il mutualismo toscano

La storia del mutualismo toscano ripercorre, pur con le specificità culturali e politiche che differenziano in chiave regionalistica questo movimento, le linee nazionali anticipate in premessa⁵⁵. Dal punto di vista dell'incidenza numerica e di base sociale, le sms toscane, a partire dalle diverse indagini censuarie svolte nella seconda parte dell'800, fino all'arrivo del Fascismo hanno rappresentato un fenomeno di assoluta rilevanza nel panorama nazionale.

Moltissime furono quelle che non richiesero il riconoscimento giuridico previsto dalla l. 3818/1886 secondo lo spirito di indipendenza e autorganizzazione che le caratterizzava.

Da esse poi furono gemmate altre forme mutualistiche o solidaristiche popolari, quali le pubbliche assistenze, le croci, i magazzini cooperativi, le case del

⁵⁵ S. Cerrai e F. Ciavattone, (2012), *CENSIMENTO STORICO DELLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA. FIRENZE, PISA, LUCCA, LIVORNO*, Pacini, Ospedaletto-Pisa.

popolo⁵⁶, circoli ricreativi e culturali di varia natura, manifestando una storica dissolvenza tra mutualismo, solidarismo, volontariato sanitario e promozione sociale.

Sulla base di questo sfondo storico culturale, anche la Regione Toscana è intervenuta dal punto di vista normativo in materia di sms, con la l.r. 1 ottobre 2014, n. 57 *Riconoscimento del ruolo sociale e culturale delle società di mutuo soccorso ed interventi a tutela del loro patrimonio*. La Regione, in attuazione del principio di sussidiarietà, ha inteso riconoscere l'importanza della funzione sociale delle sms per l'affermazione dei valori di solidarietà tra i cittadini e la promozione del progresso sociale delle comunità locali; nonché l'interesse per la comunità locale del patrimonio documentario storico e culturale delle stesse, incentivandone la conservazione e diffondendone la conoscenza. Conseguentemente, con tale norma, intende valorizzare e promuovere le sms nell'ambito regionale, sostenendo:

- la diffusione della memoria storica e della cultura di cui sono portatrici;
- la conservazione e l'utilizzo del patrimonio architettonico;
- il concreto perseguimento della funzione di promozione sociale e di servizio svolto;
- la diffusione dell'innovazione mutualistica secondo i bisogni dei soci;
- la valorizzazione nei campi dell'assistenza e della protezione sociale integrativa, favorendo la collaborazione e l'integrazione tra sms, nonché la stipula di apposite convenzioni con le istituzioni pubbliche o private;
- la trasformazione in società dei sodalizi aventi gli stessi fini di mutualità e solidarietà sociale che svolgono la propria attività sul territorio regionale.

Come risulta evidente, si tratta di un programma – peraltro in parte riproposto dalla recente Riforma del Terzo Settore, l.106/2016 – di notevole impegno e che apre a non poche possibilità di intervento per e con il sistema mutualistico regionale.

La presenza in Toscana di sms impegnate nella sanità integrativa non è facilmente ricostruibile. Da quella che è la documentazione disponibile⁵⁷, anche in Regione sono compresenti sms *conformi, ibride e associazioni mutualistiche*⁵⁸. Limitandoci alle prime e alle terze, esse risultano essere le seguenti:

⁵⁶ Sul rapporto tra mutualismo e cooperazione di consumo, V. Zamagni, P. Batilani e A. Casali, (2004), *LA COOPERAZIONE DI CONSUMO IN ITALIA. CENTOCINQUANT'ANNI DELLA COOP CONSUMATORI: DAL PRIMO SPACCIO A LEADER DELLA MODERNA DISTRIBUZIONE*, Bologna, Il Mulino.

⁵⁷ S. Cerrai e F. Ciavattone, (2012), *CENSIMENTO STORICO DELLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA. FIRENZE, PISA, LUCCA, LIVORNO*, Pacini, Ospedaletto-Pisa.

⁵⁸ L. Bongiovanni, (2016), *PRESENTAZIONE DELL'INDAGINE SULLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO IN ITALIA*, 4 luglio 2016, Sala Aldo Moro, Camera dei Deputati, Roma, http://www.impresasociale.net/osservatorio/presentazione_dell_indagine_sulle_societa_di_mutuo_soccorso_in_italia.php

Denominazione	Recapiti	Tipologia
INSIEME SALUTE TOSCANA	http://www.insiemesalutetoscana.it Largo Alinari, 21 Firenze segreteria@insiemesalutetoscana.it	Società di mutuo soccorso
CESARE POZZO	https://mutuacesarepozzo.org/Sedi-e-contatti?regsearch=TO Via degli Orti Oricellari, 34 Firenze toscana@mutuacesarepozzo.it	Società di mutuo soccorso
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO L'ASSISTENZA LIVORNO	http://www.smsassistenza.it Via San Giovanni, 30 Livorno	Società di mutuo soccorso
MUTUA PER LA MAREMMA MUTUA DEL CREDITO COOPERATIVO	http://www.mutuaperlamaremma.it Corso Carducci, 14 Grosseto info@mutuaperlamaremma.it	Associazione mutualistica
CHIANTI MUTUA	http://www.chiantimutua.it Via Cassia Nord, 2/4/6 Monteriggioni (SI) info@chiantimutua.it	Associazione mutualistica
CASSA MUTUA TOSCANA BCC	http://www.mutuabcc.it Via Senna,1 Osmannoro Sesto Fiorentino (FI) toscana@mutuabcc.it	Cassa Mutua
AMICI PER SEMPRE - SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO DI BANCA VALDICHIANA	http://www.amicipersempre.net Via Goffredo Mameli, 32 Chiusi (SI) info@amicipersempre.net	Cassa Mutua
SMS CRAS MUTUA DEL CREDITO COOPERATIVO	http://www.smscras.it Via del Crocino, 2 Sovicille (SI) smscras@cras.it	Cassa Mutua
CASSA MUTUA ASSISTENZA FRA IL PERSONALE GIÀ DIPENDENTE DELLA BANCA TOSCANA	http://www.cassamutuabancatoscana.it via Leone Pancaldo, 4 Firenze info@cassamutuabancatoscana.it	Società Cooperativa

X – IL WELFARE AZIENDALE

Premessa

Il welfare aziendale, ad oggi, si presenta ricco di sconfinamenti e polarizzazioni negli approcci, nelle funzioni, nelle attuazioni, nelle sovrapposizioni con altre *policies* aziendali così come con quelle istituzionali, nonché nelle aspettative degli *stakeholders*.

Si tratta di una area di *policy*:

- sicuramente interessante, visti i dati riportati nella *seconda parte* sulla spesa privata di welfare delle famiglie italiane, e di quelle toscane in particolare;
- in forte fermento, almeno stando a quanti – regioni, parti sociali, imprese, ecc. – oggi sono impegnati a configurare proposte fattive di attivazione di soluzioni appropriate, più o meno integrate con il resto dell’offerta di welfare presente in un determinato contesto;
- oggetto di attenzione da parte governativa, vista l’estensione e finalizzazione delle agevolazioni fiscali recentemente decretate a seguito di quanto approvato con la legge di stabilità per il 2016.

Scopo di questo capitolo è quello di offrire informazioni, dati ed argomenti che permettano di focalizzare, senza esaurirne l’analisi, il rapporto potenziale tra i piani di welfare aziendale e il progetto che si vuole proporre. Se verranno confermate sia la attuale percezione di una sua progressiva espansione nel sistema delle piccole e medie imprese (di cui la Toscana è particolarmente ricca), che la rilevanza di tutte le misure riconducibili alla Ltc, il *fondo integrativo sociosanitario regionale* potrebbe essere di supporto ai piani di welfare aziendale e al contempo trovare in essi sinergie utili per la propria strategia di sviluppo.

Un inquadramento

I confini del welfare aziendale⁵⁹ ad oggi sono tutt’altro che fissi e quindi rigidamente definiti. La stessa normativa comunitaria-nazionale-regionale afferente

⁵⁹ Per una introduzione si consiglia La Rivista delle Politiche Sociali (2012), *WELFARE CONTRATTUALE E AZIENDALE. DIMENSIONI E DINAMICHE IN ITALIA E IN EUROPA*, numero monografico, 2012, n,3, luglio-settembre.

al tema è riconducibile ad aree differenziate (fisco, previdenza, sanità, fisco, famiglia, pari opportunità, ecc.)

Con welfare aziendale, in prima istanza, si intende l'insieme di interventi (sia di natura monetaria che sotto forma di servizi e/o di organizzazione del lavoro) posti in essere da un datore di lavoro, per autonoma decisione o per accordo con le rappresentanze sindacali, allo scopo di migliorare il benessere e la qualità di vita dei propri dipendenti, dei loro familiari e in generale di coloro che hanno rapporti con l'azienda.

Nella sua accezione virtuosa esso è considerato una leva strategica di sviluppo e di vantaggio competitivo, in quanto migliora le motivazioni dei lavoratori e fidelizza alla *mission* aziendale, aumenta la produttività, garantisce significativi ritorni all'azienda in termini di investimento e di immagine⁶⁰. A seconda delle strategie aziendali si può parlare della funzione di *retention* delle figure chiave, o di *attraction* di nuove risorse umane altamente qualificate o di *engagement* delle maestranze, ovvero di tutte e tre compresenti. Detto altrimenti: una azienda rinomata per l'attenzione e la cura dei dipendenti ha maggiori possibilità di attrarre e trattenere talenti – *employer branding*; un dipendente soddisfatto sviluppa un forte senso di appartenenza e di lealtà nei confronti della propria azienda, aumentandone così la produttività – *endorcement*; e tutto ciò ha una ricaduta positiva sull'immagine dell'azienda nel territorio di riferimento.

Le aree in cui si articolano i diversi piani di welfare aziendale, oppure i vari interventi anche quando non pianificati in modo organico, riguardano, tra le altre: sanità; previdenza; assistenza; educazione permanente ovvero dei figli; *worklife balance*; *housing*; credito e sostegno al potere d'acquisto; ricreazione, cultura e sport; mobilità; *time saving*; integrazione etnica⁶¹.

Le misure, di conseguenza, sono ancora più articolate e spesso riconducibili a più aree contemporaneamente. Anticipiamo qualche esempio tratto dalla rassegna di studi che viene di seguito presentata:

⁶⁰ B. Di Cola, N. Ferrigni e M. Pacetti, a cura di, (2014), *WELFARE AZIENDALE IN UN GIOCO DOVE NESSUNO PERDE E TUTTI CI GUADAGNANO*, Cangemi, Roma.

⁶¹ T. Treu, a cura di, (2013), *WELFARE AZIENDALE. MIGLIORARE LA PRODUTTIVITA' E IL BENESSERE DEI DIPENDENTI*, Ipsos, Milano.

- nidi di infanzia, convenzionamento con residenze per anziani, colonie estive e invernali, tutor “maggiordomo”, flessibilità oraria, telelavoro e banca ore per quanto riguarda gli interventi di *worklife balance e/o assistenziali*;
- sostegno acquisto casa, assegni familiari integrativi, prestiti, anticipi TFR, pacchi spesa, convenzioni con esercizi commerciali, per quanto riguarda le *forme assistenziali e di sostegno al reddito*;
- assistenza sanitaria integrativa, servizi medico-sanitari specialistici effettuati in convenzione con centri medici, ambulatori e medici di fabbrica, residenze per riabilitazione e per anziani nel campo dell’*assistenza e della sanità*;
- scuole professionali, borse di studio, permessi studio, incentivi allo studio, campi estivi in lingua in tema di *educazione e formazione*;
- mense, buono pasto, buono trasporto, come modalità di *sostegno dei lavoratori/trici e della loro mobilità*;
- corsi di italiano, accorpamento delle ferie per agevolare il rientro a casa, possibilità di pregare all’interno dell’azienda, menù particolari in mensa, sportelli informativi, permessi aziendali retribuiti in coincidenza di festività della propria religione, per quanto riguarda *l’integrazione dei lavoratori/trici immigrati/e*.

In alcuni casi, l’attivazione di queste misure è fatta indipendentemente dall’offerta garantita dai servizi pubblici presenti nel territorio – *funzione sostitutiva* –, in altri invece affianca quanto è già garantito – *funzione complementare e integrativa*⁶² – arrivando ad essere così una componente della programmazione sociosanitaria⁶³ e/o delle politiche territoriali di conciliazione.

Le misure poi possono avere come destinatari una parte dei dipendenti o tutti, quelli solo con contratto di lavoro a tempo indeterminato oppure con ogni tipo di contratto, i soli lavoratori o anche i relativi familiari, coniugi e figli o anche a conviventi del proprio o dell’altro sesso, ecc. Nel caso delle cooperative, si può aggiungere la variabile socio/non socio, nel senso che è possibile che alcune misure siano destinate solo ai primi piuttosto che solo ai secondi o ad entrambe contemporaneamente. In letteratura si parla di grado di personalizzazione dell’offerta di welfare aziendale.

⁶² G. Fiorentini e F. Calò, (2011), *IL WELFARE AZIENDALE E LA FILIERA SUSSIDIARIA*, Oggi Domani Anziani, XXIV, n.4, 2011.

⁶³ P. Spano, (2011), *IL WELFARE AZIENDALE E LE POLITICHE TERRITORIALI. MODELLI E PROSPETTIVE*, Oggi Domani Anziani, XXIV, n. 4, 2011.

Stessa dinamica, almeno fino alle recenti decisioni governative di aumentare le agevolazioni fiscali, riguarda l'opzione di iniziativa autonoma da parte del datore di lavoro – *grado di unilateralità* –; oppure negoziata con le rappresentanze sindacali – estensione della contrattazione di secondo livello a temi non tipici delle relazioni sindacali, secondo una logica di partecipazione contrattuale; o ancora attraverso il coinvolgimento delle maestranze nel processo di decisione/costruzione del piano di welfare – *grado di partecipazione*. E ancora, in base a tali opzioni, le misure possono essere *aggiuntive/rafforzanti* quelle già stabilite nel contratto nazionale – in genere, fondi previdenziali e sanitari integrativi/complementari – ovvero *indipendenti* dalle stesse. In altri termini, spesso non vi è soluzione di continuità tra CCNL e liberalità datoriale nella distribuzione delle tipologie e delle intensità delle diverse misure previste. Variabili non secondarie riguardano poi la correlazione (*grado di gratuità*) nell'usufruire di tali prestazioni rispetto al raggiungimento o meno di determinati obiettivi.

Dal punto di vista della scelta di impresa, il welfare aziendale rappresenta poi, in parte sovrapponendosi, un elemento quasi sempre presente nelle forme di *corporate social responsibility (csr)*, se non di vera e propria *cittadinanza di impresa*⁶⁴.

Riprendendo la nota tripartizione di Titmuss tra welfare occupazionale, welfare fiscale e welfare sociale, il welfare aziendale, in estrema sintesi, è certamente espressione del welfare occupazionale – anche se non ne esaurisce le forme, come abbiamo accennato a proposito di quanto stabiliscono i CCNL – ma al contempo ha a che fare con il welfare fiscale – le agevolazioni – al punto che queste oggi rappresentano uno dei maggiori fattori del suo sviluppo, e insieme con il welfare sociale, ovvero con quanto gli altri attori, in particolare quelli pubblici, garantiscono nel territorio di riferimento.

Le dimensioni del welfare aziendale

Molteplici studi, frutto di ricerche sia di primo che di secondo livello, confermano il crescente interesse per le *policies* di welfare tra i diversi *stakeholders* aziendali. Esse offrono, con metodologie e campionature differenziate e quindi non

⁶⁴ G. Moro, (2003), *LA CITTADINANZA DI IMPRESA: UNO SCHEMA INTERPRETATIVO*, Cittadinanzattiva e Fondazione per la cittadinanza attiva, marzo maggio 2003, Roma.

facilmente comparabili, sia un dettaglio delle considerazioni appena riportate, che una descrizione della diffusione ed una stima della domanda di welfare aziendale presente nei diversi settori produttivi. Di seguito vengono riportate in forma di schede le sintesi di alcuni rapporti ordinati per anno di pubblicazione, ovviamente non esaustivi della crescente letteratura sul tema.

I piani di welfare aziendali: focus sintetico sulle imprese (2011) – T. Fiore e A. Ronca, www.adapt.it, 2 marzo 2011

L'analisi si basa sulla ricostruzione di alcuni esempi di aziende che, nella diversità dei settori in cui operano, dei valori e della storia che le contraddistinguono, condividono l'attenzione ai dipendenti come obiettivo nel *modus operandi* delle proprie politiche aziendali.

ATM (Azienda Trasporti Milano). L'azienda nasce nel 1931 e gestisce il trasporto pubblico nel capoluogo lombardo e in alcune decine di comuni della provincia, per una popolazione complessiva di 2,6 milioni di cittadini. Il senso di responsabilità ed eticità – sostenibilità del servizio erogato – favoriscono l'attenzione alle esigenze dei dipendenti. I servizi offerti riguardano:

- l'assistenza sociale – consulenza gratuita su problematiche familiari, abitative, lavorative, finalizzate a orientare e promuovere l'accesso a risorse e servizi offerti da enti, istituzioni, privato sociale nonché dall'impresa stessa;
- la famiglia – conciliazione dei tempi lavorativi e familiari, servizi di sostegno ai ruoli familiari, genitoriali e risposta ai relativi bisogni;
- *housing* sociale per i dipendenti neoassunti o soggetti già assunti che presentano rischi di emarginazione – rilevazione del fabbisogno socio-abitativo, direttamente in fase di selezione del personale e ricerca di opportunità abitative temporanee;
- salute – promozione del benessere psicofisico, formazione, sensibilizzazione, diffusione di stili di vita salutari e corretta alimentazione; rimborso, tramite la Fondazione ATM, di spese mediche, visite specialistiche, medicinali, esami diagnostici, interventi chirurgici ambulatoriali, ricoveri ospedalieri e presidi ortopedici;
- assistenza e promozione umana, sociale, culturale e sportiva di dipendenti, pensionati e familiari – sempre tramite la Fondazione ATM, stipula di

convenzioni con operatori turistici e con enti pubblici o privati, in campo socio-sanitario.

Cooperativa sociale Coopeselios di Reggio Emilia. Costituita nel 1984, fornisce ad enti pubblici e privati, risposte socio-sanitarie ed educative. E' presente in più regioni del Nord e Centro-Italia, e ha assunto una posizione rilevante fra le aziende nazionali operanti nel settore dei servizi alla persona. Il regolamento, approvato dall'assemblea generale dei soci il 27 giugno 2008, rappresenta la cornice di riferimento per l'attuazione delle principali iniziative che annualmente sono inserite ed aggiornate nel piano di welfare aziendale della cooperativa, a beneficio dei soci lavoratori e dei soci volontari ed eventualmente anche dei loro parenti in linea diretta.

Nel piano di welfare aziendale le agevolazioni per i soci sono diverse e comprendono:

- lo sconto ai soci per i familiari che utilizzano i servizi gestiti completamente da Coopeselios (Nidi-S.C.I, strutture per anziani/diversamente abili ecc.);
- l'acquisto ed il noleggio di beni e servizi, attrezzature e autovetture con l'assistenza dei servizi della cooperativa;
- l'utilizzo di mezzi per il trasporto di persone in occasione di eventi e manifestazioni che interessano la cooperativa;
- la concessione di prestito ai soci lavoratori non finalizzato ad una specifica spesa, con rimborso tramite trattenuta sulla retribuzione e garantiti dal TFR;
- il premio di anzianità sociale, erogato ai soci lavoratori ed ai soci volontari;
- la possibilità di poter richiedere un'erogazione straordinaria del proprio TFR, oltre alla prima prevista per legge;
- varie forme di previdenza, assistenza e sanità integrativa-convenzioni con Cooperlavoro; convenzioni estese a tutti i soci della cooperativa (dal 2009 anche ai membri del nucleo familiare) con Mutua Nuova Sanità, per il rimborso di alcune spese mediche e sanitarie e per nuovi servizi di assistenza domiciliare; apertura da gennaio 2011 di *Prontoserinità*, rete di servizi di sostegno alla famiglia;
- altre convenzioni per utenze telefoniche (per i soci lavoratori con contratto a tempo indeterminato) e per il tempo libero – musei, teatri, palestre, trasporto pubblico – (rivolte a tutti i soci).

Gruppo Intesa San Paolo. Sulla base di un contratto integrativo aziendale è previsto, a partire dal 1° gennaio 2011, la costituzione del Fondo sanitario integrativo del Gruppo Intesa San Paolo.

Esso prevede un costo d'iscrizione in parte a carico del datore di lavoro ed in parte a carico dell'azienda. Tra le prestazioni sono da segnalare:

- coperture relative alla donazione di organi, malattie nuove ed altamente invalidanti e l'introduzione dell'anticipo in caso di ricovero con intervento chirurgico presso strutture private;
- vari tipi di prestazioni ospedaliere;
- garanzie complementari al ricovero come l'accompagnatore;
- prestazioni legate all'utilizzo di protesi, apparecchi ausiliari correttivi;
- rimborsi ticket.

Gruppo SACMI – leader mondiale nei settori delle macchine per Ceramics, Beverage & Packaging, Processing e Plastics. Nasce nel 1919 ad Imola come Società cooperativa. Attualmente è costituito da 70 società, presente in 23 paesi ed impiega circa 3.500 dipendenti. Per SACMI, la responsabilità sociale si traduce in un impegno a 360° nel ricercare soluzioni migliori nel rispetto dell'efficienza economica, nella tutela dell'ambiente e nella promozione dell'etica sociale. Ciò si riflette nella politica di welfare che si caratterizza per una serie di singoli benefits progressivamente concessi ai dipendenti – non è formalizzato un piano welfare univoco. Tra i principali:

- forme di assistenza sanitaria integrativa per ogni dipendente a tempo indeterminato – ricovero in istituto di cura per malattia od infortunio; rimborso per visite specialistiche; accertamenti diagnostici e trattamenti psicoterapici; prestazioni di alta specializzazione; trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio e malattia; rimborsi dello stato di dipendenza per inabilità temporanea da infortunio del lavoratore o di un suo familiare;
- call center per servizio di assistenza;
- possibilità di stipulare una polizza vita e in aggiunta una per gli infortuni professionali ed extraprofessionali;
- tutela sanitaria per i lavoratori pensionati – previsione di esami e visite per check-up sanitario;

- Fondo previdenza SACMI – per i lavoratori con 10 anni di anzianità e dalla professionalità medio alta.

Gruppo Telecom Italia. Tra i primi gruppi in Italia ad interpretare la vocazione per questo modo di intendere il ruolo dell'azienda all'interno della società e delle relazioni industriali. Le tappe sono correlate agli accordi sindacali sottoscritti nel corso degli anni. I principali contenuti riguardano:

- la valorizzazione del ruolo di ASSILT (associazione per l'assistenza sanitaria integrativa ai lavoratori delle aziende del gruppo Telecom Italia) – ridefinizione da parte della “Commissione welfare aziendale” degli indirizzi strategici e gestionali in riferimento al nuovo quadro legislativo e contrattuale nonché alla concreta evoluzione nella composizione anche anagrafica dei soci;
- la valorizzazione del CRALT, (Circolo ricreativo aziendale lavoratori Telecom) – assicurazione dei servizi idonei al suo funzionamento organizzativo e amministrativo;
- nuovo sistema di erogazione aziendale di prestiti ai dipendenti con investimenti destinati alla sua realizzazione;
- progetto di ridefinizione complessiva del sistema di welfare aziendale – sistema integrato di opere e servizi di natura sanitaria, assistenziale, ricreativa e culturale; funzionamento dei diversi organismi preposti e distribuzione delle varie funzioni, tra cui anche una funzione di controllo in materia di rimborsi e di direzione e controllo in materia di medicina preventiva; promozione di obiettivi di valorizzazione del tempo libero nei settori dello sport, turismo, cultura e ricreazione;
- sottoscrizione di un *Codice etico del welfare* – per il rispetto dei *principi etici generali* cui devono conformarsi sia i destinatari dei servizi, sia coloro che ne sono “promotori, fonti o parti istitutive, nonché coloro che esercitano uffici di direzione, amministrazione e controllo”.

Elettromeccanica Tironi S.r.l. Fondata nel 1960, è leader nella produzione di trasformatori e di reattori di qualità ed affidabilità, progettati per rispondere alle diverse necessità di potenza e di tensione dei clienti in tutto il mondo. In occasione dei suoi 50 anni di attività, ha lanciato a favore dei propri dipendenti (circa un centinaio), il piano *welfare Etm 2010*. Gli obiettivi sono quelli di tutelare il

potere d'acquisto – rimborso parziale delle spese sostenute nella busta paga del mese, se accompagnate dalle relative quietanze o giustificativi di spesa – e permettere la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita. Il progetto *welfare Etm 2010* offre una base comune di agevolazioni personalizzabili. Le opzioni di scelta riguardano:

- programma di sostegno alla maternità e alla paternità;
- servizio di assistenza socio-sanitario;
- progetti di formazione o per il tempo libero;
- convenzioni con laboratori di analisi, ambulatori medici, ottici;
- “carrello della spesa” – buono da spendere in prodotti alimentari.

Il welfare sussidiario: un vantaggio per aziende e dipendenti (2013) – da F. Rizzi, R. Marracino, L. Toia, McKinsey & Company

La ricerca, condotta per l'associazione Valore D, su un campione di 1300 lavoratori/trici (50/50 maschi e femmine, 50/50 pmi e medio grandi imprese, 2/3 impiegati e rimanenti 1/6 operai e 1/5 dirigenti) evidenzia che la mancanza di una risposta adeguata ai nuovi bisogni di protezione sociale riguarda anche le imprese e che, di conseguenza, il welfare torna ad essere una necessità per esse. Rispetto al passato, in uno scenario di mercato sfidante, l'approccio non è paternalistico e filantropico, quanto volto alla ricerca di un nuovo equilibrio che coniughi profitto, rispetto e leadership, ovvero la ricerca di nuovi assetti nella gestione economica e organizzativa dell'impresa nel rispetto di una mutata realtà sociale e delle diverse necessità dei collaboratori. Sulla base di queste premesse, risulta possibile per le imprese dare un contributo alla domanda di welfare rendendo l'intervento vantaggioso anche sotto il profilo economico. Dai dati raccolti, risulta che esso aumenti la produttività, permetta di ripensare i modelli organizzativi, supporti la *diversity*, contenga i costi e consenta di rivedere le politiche retributive in un'ottica di diverso contesto di mercato.

Una politica di welfare aziendale (w.a.) ben strutturata realizza: maggior soddisfazione al lavoro, migliore immagine aziendale e più attaccamento al datore di lavoro. In questo senso, diventa una leva di vantaggio competitivo importante sotto il profilo del benessere organizzativo. L'*engagement index* di un lavoratore può aumentare del 30% nelle aziende che non hanno welfare, e del 15% nelle aziende che già lo hanno ma potrebbero migliorarlo tarando meglio il pacchetto di servizi offerti in base ai bisogni.

Positivo anche l'impatto sulla produttività: assenze per maternità più brevi (1,6 mesi, pari a 1.200 € di minori costi per dipendente); riduzione delle assenze per assistenza agli anziani del 15% (pari a circa 1.350 € all'anno); disponibilità a lavorare di più (+5%, pari a poco meno di mezz'ora in una giornata di 8 ore).

Pre-condizione, la conoscenza dei bisogni di welfare della popolazione aziendale, anche per evitare il rischio di inefficacia e dispersione delle poche risorse disponibili in servizi non prioritari. La conoscenza dei fabbisogni dei propri dipendenti secondo il ciclo di vita permette di tarare il piano di offerta secondo ciascun target e ottenere il maggior beneficio in termini di soddisfazione della popolazione aziendale, produttività e risultati economici.

L'indagine evidenzia come la domanda di servizi di welfare riguardi tutta la popolazione aziendale, indipendentemente dalle caratteristiche socio-demografiche ed economiche, dall'età o dal genere. Prima della cura dei figli la popolazione aziendale in genere ritiene più urgente il soddisfacimento di altri bisogni, come ad esempio la cura degli anziani, o la presenza di orari flessibili, e la possibilità di usufruire di congedi parentali retribuiti anche da parte degli uomini. La tipologia di servizi richiesti cambia a seconda delle fasi del ciclo di vita del lavoratore: orari flessibili e servizi *salva-tempo* a vent'anni, asili aziendali (o in convenzione) e part-time a trenta, congedi parentali e part-time a quaranta, orari flessibili e assistenza anziani a sessanta.

Il valore economico intrinseco riconosciuto dai lavoratori/trici ai servizi offerti rispetto al costo effettivo di produzione può arrivare fino al 70% rispetto al costo sostenuto: il 25% per i prezzi più favorevoli che l'azienda può ottenere come compratore collettivo e dalla messa a disposizione di strutture e servizi in economia (es. spazi aziendali per asili, etc.); il resto per la migliore qualità dello stesso (ad esempio: orari più flessibili dell'asilo, maggior velocità di accesso, garanzia di qualità del fornitore) e da elementi di natura intangibile (l'aiuto alla risposta ad un bisogno altrimenti non soddisfatto). L'extra-valore è tanto più elevato per quei servizi di welfare meno reperibili sul mercato per il singolo individuo o giudicati troppo costosi per poterseli concedere (es. cura anziani, servizi *salva-tempo*, congedi parentali retribuiti extra, flessibilità degli orari).

La ricerca inoltre segnala che il 70% dei dipendenti sono disposti a rinunciare ad altri benefit (e la metà rinunciarebbe anche alla remunerazione monetaria) pur di avere strumenti che rispondano alle proprie esigenze. Introdurre o adeguare un piano di

welfare, in altri termini, non comporta per l'azienda necessariamente spendere più di quanto già faccia, ma spendere meglio.

La realizzazione di un welfare aziendale personalizzato sulle esigenze e bisogni dei vari target lungo le fasi del loro ciclo di vita (e di lavoro), consente alle aziende di ottenere il massimo del valore rispetto allo sforzo sostenuto. A fronte di un costo per dipendente di circa 150 € l'anno, un'azienda può ottenere un beneficio economico netto di circa 300 €, due volte superiore rispetto ai costi sostenuti. Solo una parte minoritaria di questo beneficio è riferibile a risparmi di costo, il resto corrisponde ad un aumento della produttività.

L'indagine poi approfondisce come si debba impostare un piano di w.a. Secondo la ricerca, le aziende con politiche di welfare rigide – seppur molto generose – e costruite in base a logiche top-down, rischiano di ottenere risultati opposti a quelli perseguiti: scarsa o mancata percezione da parte dei dipendenti dello sforzo economico dell'azienda, limitato impatto sul benessere organizzativo, basso ritorno sull'investimento. Al contrario, l'impostazione ottimale deve configurare il welfare aziendale come componente della gestione e organizzazione di impresa, elemento centrale di politiche del personale efficaci ed efficienti, e componente imprescindibile attorno alla quale costruire nuovi modelli organizzativi per affrontare gli attuali scenari competitivi. Deve cioè essere costruito e gestito come una qualsiasi altra funzione aziendale: la funzione obiettivo a cui deve rispondere e chi sono i target di destinatari; l'ascolto dei bisogni dei dipendenti; le economie di scala e le risorse interne – i costi possono essere contenuti anche cercando di fare rete con altre aziende e istituzioni pubbliche sul territorio, specialmente laddove le dimensioni aziendali sono ridotte – le strutture organizzative di indirizzo e governo, compresi gli strumenti e indicatori di monitoraggio dei risultati.

Nuovi strumenti di welfare nelle PMI (2013) – di G. Mallone, in F. Maino e M. Ferrera, a cura di, Primo rapporto sul secondo welfare in Italia, 2013

Le realtà imprenditoriali minori, senza risorse finanziarie e organizzative sufficienti e neppure una massa critica che consenta loro di ottenere condizioni vantaggiose nella negoziazione con i fornitori, sembrano naturalmente escluse dagli interventi di w.a. Dalla condivisione progettuale e di risorse tra gli attori locali pubblici e privati – enti pubblici locali, reti d'impresa, organizzazioni sindacali e datoriali, ecc. – sono nate iniziative *di rete* per sostenere i territori e le realtà

imprenditoriali locali nello sviluppo di misure innovative di welfare aziendale, interaziendale e di respiro territoriale.

I contratti di rete. Forma di cooperazione interaziendale, incentivata dal legislatore con vantaggi fiscali, per unire competenze ed esperienze e ottenere vantaggi di scala, è lo strumento più recente e innovativo per la diffusione del welfare aziendale all'interno delle piccole e medie imprese. Si tratta di libere aggregazioni tra aziende finalizzate ad accrescere, individualmente e collettivamente, capacità innovativa e competitività sul mercato attraverso forme di collaborazione negli ambiti della produzione, dell'informazione e della formazione, scambiandosi prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica. Il contratto può prevedere l'istituzione di un fondo patrimoniale comune e la nomina di un organo comune incaricato di gestire – in nome e per conto dei partecipanti – l'esecuzione del contratto o di sue singole parti o fasi.

Le esperienze di contratto di rete finalizzate all'implementazione di sistemi condivisi di welfare aziendale sono ancora poche. Esprimono soluzioni *bottom-up* territoriali, studiate dagli stessi imprenditori con il supporto delle istituzioni e delle associazioni territoriali. Tra queste:

- *GIUNCA (Gruppo Imprese Unite Nel Collaborare Attivamente)*; nata a Varese nell'ottobre 2012, i cui componenti – grandi e piccole imprese della provincia appartenenti a diversi settori manifatturieri, coadiuvate dall'Unione degli Industriali locale – hanno deciso di aggregarsi per offrire ai propri collaboratori servizi di welfare e formazione. Tra i contenuti: mobilità, salute, sostegno al reddito familiare e alla conciliazione dei tempi; una prima azione è il progetto pilota *Giunca Net Worklife Balance*, che prevede la realizzazione di un sito internet e di una banca dati condivisa per la fruizione di una varietà di servizi e attività a livello territoriale;
- *BioNetwork*; aggregazione di aziende rurali femminili *family friendly* sviluppata nell'ambito del progetto *Impresa donna in ambito rurale* promosso nell'aprile 2011 da Provincia di Pavia, Camera di Commercio di Pavia, i Gruppi di Azione Locale della Lomellina e dell'Alto Oltrepò, in partenariato con le Associazioni datoriali agricole pavese, la Confederazione Italiana Agricoltori, l'Unione Agricoltori, Copagri e la Federazione

Provinciale Coltivatori Diretti; obiettivo quello di costituire un gruppo di imprese contraddistinte dal marchio *Pavia in famiglia*, denominazione che certifica le azioni di conciliazione dei tempi intraprese a favore di una partecipazione più equilibrata delle donne al mercato del lavoro e, più in generale, per la crescita del territorio della provincia; il progetto si colloca nell'ambito dell'accordo sulla conciliazione famiglia-lavoro sottoscritto nell'ottobre del 2011 all'interno della rete territoriale per la conciliazione famiglia lavoro promossa dall'amministrazione regionale lombarda a partire dal 2010.

I patti per lo sviluppo. Ulteriore soluzione di stampo imprenditoriale, esprime l'impegno delle associazioni datoriali locali che, coinvolgendo iscritti e rappresentanze sindacali, promuovono la costituzione di sistemi territoriali condivisi, generalmente partendo dalla firma di un *patto per lo sviluppo*. Tra le *best practices* da segnalare:

- *Unindustria Treviso*; ha dato vita ad un percorso condiviso con le organizzazioni sindacali della provincia finalizzato all'inserimento di pacchetti di welfare, differenziati a seconda delle categorie merceologiche, all'interno dei contratti aziendali; Il progetto, basato su uno studio sui bisogni della popolazione provinciale e sulle possibili soluzioni di welfare, definisce contratti-tipo, ovvero schemi contrattuali generali applicabili dalle singole imprese che utilizzano il premio variabile dei lavoratori in un'ottica di scambio; il modello di è stato replicato da altre realtà locali.

La contrattazione di secondo livello. La valorizzazione della contrattazione decentrata – aziendale e territoriale – e la sempre più consistente inclusione di misure di welfare negli accordi, esprimono il crescente interesse delle OO.SS. territoriali sul tema. Intese regionali con le parti datoriali si muovono in questa direzione, con dichiarazioni congiunte per lo sviluppo del welfare e la costituzione di fondi di natura socio-sanitaria. Alcuni esempi:

Fondo per il welfare all'interno del mondo artigiano lombardo. Con la firma dell'accordo per il rinnovo dei contratti regionali dell'artigianato nel 2012 – settore che interessa 210.000 lavoratori – si forniscono alle singole categorie linee guida per la stipula dei contratti per comparto merceologico. Tra le indicazioni:

- flessibilità degli orari;

- banca ore per i dipendenti;
- fondo per l'erogazione di prestazioni di welfare integrativo; finanziato con un versamento obbligatorio a carico delle imprese pari a 60 € annui per dipendente, è aperto all'adesione degli stessi datori di lavoro e dei loro collaboratori familiari (altre 40.000 persone); esso esprime l'evoluzione del bilateralismo tipico del settore artigiano che, su base mutualistica, gestiscono le provvidenze a favore dei lavoratori per tutelare il rischio di disoccupazione; questo fondo – *a differenza di quello veneto, ndr* – non si sovrappone alle prestazioni offerte da San.Arti, il fondo sanitario previsto dai contratti nazionali del settore dell'artigianato; esso non avrà carattere prevalentemente sanitario, ma si concentrerà sull'erogazione di prestazioni sociali.

Accordo quadro regionale lombardo per la promozione di interventi di welfare aziendale e conciliazione vita-lavoro nel sistema della piccola e media impresa. Firmato da sindacati e rappresentanti delle PMI lombarde nell'aprile del 2013 – Confapindustria e Cgil, Cisl e Uil – stabilisce di favorire l'introduzione del welfare aziendale nei contratti integrativi per la piccola e media impresa come risposta alla difficile congiuntura economica. Tra gli obiettivi:

- favorire la crescita economica dell'impresa attraverso la valorizzazione della sua responsabilità sociale;
- favorire forme innovative di risposta ai bisogni dei lavoratori e delle famiglie, con un'attenzione particolare alla condizione femminile, al fine di raggiungere un equilibrio tra lavoro e impegni familiari per evitare la scelta obbligata di rinunciare all'attività professionale a causa dell'onere di cura di bambini e genitori anziani;
- utilizzare la contrattazione territoriale e aziendale come strumento privilegiato di coinvolgimento anche delle istituzioni locali e delle associazioni del Terzo settore;
- aiutare le piccole e medie imprese ad aderire al bando 2013 della Regione Lombardia per la conciliazione famiglia-lavoro.

I bandi regionali. In Regione Lombardia, le amministrazioni locali – in collaborazione

con le Camere di Commercio – promuovono e finanziano progetti di sostegno alle imprese interessate all’istituzione di sistemi di welfare, attraverso la pubblicazione di bandi, l’apertura di sportelli per fornire consulenza e supporto organizzativo, la costituzione di reti territoriali per favorire dialogo e co-progettazione tra soggetti pubblici e privati. Dal 2010 sono state introdotte politiche di sostegno alle imprese per favorire la diffusione di strumenti di conciliazione fra vita privata e lavorativa. L’idea base è quella del *family mainstreaming* – riportare la famiglia al centro delle politiche pubbliche – di cui le Reti territoriali di conciliazione – network capaci di raccogliere risorse finanziarie e organizzative non pubbliche affinché integrino, in collaborazione e sotto la supervisione delle ASL come rappresentanti dell’istituzione regionale, la tutela di quei nuovi e vecchi rischi che il pubblico da solo fatica ormai a coprire interamente – sono il primo passo

Nel 2013 la strategia regionale è stata implementata con la pubblicazione del bando – dotazione a quasi 10 milioni di euro, di cui 5 milioni stanziati per il finanziamento dei progetti di welfare aziendale – *Sostegno del welfare aziendale e interaziendale e della conciliazione famiglia-lavoro in Lombardia*, con il quale si è confermato l’impegno a sostegno dell’occupazione femminile e della conciliazione dei tempi di vita e lavoro in un’ottica di supporto alla famiglia, attraverso:

- la promozione di progetti di welfare aziendale e interaziendale a seguito della presentazione di proposte da parte delle imprese; principale novità è infatti il sostegno alla contrattazione decentrata;
- l’erogazione dello strumento *Dote Conciliazione Servizi alla Persona* con l’obiettivo di favorire l’occupazione femminile dopo la nascita di un figlio.

Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia, Il Mulino, a cura di Pavolini E., Ascoli U. e Mirabile M.L., Bologna (2013)

Lo studio focalizza il tema del welfare di conciliazione in impresa attraverso una *survey* realizzata presso un campione di grandi imprese italiane (almeno 500 addetti). Da esso risulta che:

- tra il 2005 e il 2010 le lavoratrici dipendenti con compiti di cura che possono avere accesso a forme di flessibilità di orario o part-time volontario per motivi legati alla conciliazione, passano dal 45% al 58%;
- oltre un quarto delle aziende offre la possibilità di congedi per motivi familiari e di cura ulteriori rispetto a quelli previsti per legge;
- quasi un quinto offre servizi per la cura dell’infanzia;

- il 9% delle aziende prevede interventi nel campo della non autosufficienza, peraltro introdotti negli ultimi anni.

La diffusione di tali pratiche e servizi è motivata da:

- un'offerta, utile per i lavoratori e le loro famiglie, vista anche la limitata offerta pubblica, basata sullo scambio con forme di moderazione salariale;
- la fidelizzazione dei lavoratori e il rafforzamento della collaborazione fra questi ultimi e l'azienda.

Altro risultato il fatto che le forme di welfare aziendale non si muovano necessariamente all'esterno del quadro istituzionale pubblico. Esperienze aziendali di asili nido o di altri servizi per l'infanzia si sviluppano spesso in coordinamento con le amministrazioni locali.

Il welfare aziendale contrattuale in Italia. Acquisizione dati e informazioni, finanziato con i fondi della convenzione CNEL/ Ministero del Lavoro (2014) – Cergas Bocconi, Rapporto finale 30 giugno 2014

Il rapporto sintetizza più livelli e approcci di analisi. Da quello giuridico, comunitario e nazionale, a quello di secondo livello relativo alla letteratura internazionale recente, a quello campionario sia quantitativo (300 grandi imprese con più di 250 dipendenti) che qualitativo (8 piccole e medie imprese, qui non considerate).

Lo studio delle grandi imprese campionate, in modo da essere rappresentative della distribuzione territoriale nord-centro-sud, ha preso in considerazione i bilanci sociali, i contratti di secondo livello e altre informazioni documentali disponibili sul web. Si tratta di imprese che per oltre i 2/3 operano esclusivamente sul territorio italiano mentre il rimanente 1/3 è multinazionale (alcune con sede all'estero e filiali in Italia altre viceversa). Il 7% è quotato in borsa. Tenuto conto che il *range* di dipendenti varia da 253 ai 147.000, la media campionaria si assesta attorno ai 10.500. Solo il 14% di esse dichiara, attraverso tali fonti, di svolgere attività di welfare. E' presumibile che sia sottostimato per carenza di capacità-attenzione-volontà di comunicazione sia agli *stakeholders* interni che a quelli esterni. La stragrande maggioranza (83%) è collocata nel nord Italia. La maggioranza opera nel settore dei servizi (poco più di 1/3).

Le percentuali di adozione delle diverse aree del welfare all'interno delle aziende selezionate, indicano:

- un 68% all'educazione, al sostegno e all'istruzione – si va dall'educazione alimentare, alla salute e al benessere, al supporto allo studio dei figli dei dipendenti;
- le misure per la conciliazione vita-lavoro nel 53,7% dei casi – orari flessibili, part-time, telelavoro, congedi per maternità, permessi nascita, permessi famiglia, banca ore (bilancio ore di lavoro straordinarie e ore di assenza finalizzato a non utilizzare giorni ferie), servizio maggiordomo (figura per servizi personalizzati, dalla lavanderia al pagamento delle bollette, dalla fruizione dei servizi postali al ritiro dei farmaci presso le farmacie, ed inoltre servizio di babysitteraggio);
- la sanità integrativa e misure di welfare integrativo per il 44% del campione – convenzioni e agevolazioni di vario tipo, dal *ticket restaurant* alle agevolazioni su eventi, viaggi, prestiti, mutui;
- la previdenza complementare nel 29% dei casi;
- i servizi di assistenza nel 27% – asilo nido, vacanze e campus estivi per i figli, assistenti sociali e sostegno psicologico, *help desk* per i genitori anziani.

In tema di approccio aziendale al welfare, emerge che solamente una parte (29%) del campione risulta avere a disposizione informazioni sul welfare aziendale. Bassa è quindi la percentuale di aziende che condivide informazioni tramite i documenti aziendali.

Di quelle che presentano informazioni, l'83% preferisce la definizione di un piano di welfare collettivo, garantendo la possibilità di accesso agli stessi servizi per tutti i lavoratori. Il dipendente viene coinvolto prevalentemente (56%) nella fase di informazione/comunicazione, nel 33% dei casi nella pianificazione dei servizi e solo nell'11% delle aziende in merito al mix di misure più adeguate. Anche in questo caso vi è il prevalere di una logica di tipo *top down*, ed è il management aziendale a definire il piano welfare e a comunicarlo ai suoi dipendenti.

Nella quasi totalità dei casi (80%) il piano *benefits* viene erogato in maniera gratuita ai dipendenti, ossia non sotto forma di bonus per il raggiungimento di obiettivi prestazionali. Nel caso in cui il piano welfare risulta collegato alle performance (20%), vengono garantiti servizi differenziati in relazione agli obiettivi raggiunti e quindi anche in relazione al ruolo professionale ricoperto all'interno dell'azienda.

Infine, il 63% delle aziende attiva politiche di welfare in maniera bilaterale, ossia

attraverso l'intervento di una terza parte. Tale ruolo è rivestito dal sindacato; nella maggioranza dei casi si definiscono contratti di secondo livello che vanno ad integrare il CCNL. Nel 37% dei casi è l'azienda invece ad intraprendere unilateralmente la definizione di piani di welfare nell'ambito delle politiche aziendali di Csr e per quei casi in cui si vogliono garantire particolari agevolazioni fiscali.

Analisi comparativa del welfare aziendale (2014) - da Welfare Aziendale.
Project Work a cura di: M. Andriola, D. Boscarì, A. Fedele, M. Pedronetto e V.
Selmi; Fond. Istud, Master in Risorse Umane e Organizzazione- ediz. XIX

Se, in generale, si può affermare che ogni stato europeo tende a rendere obbligatoria l'erogazione di determinati beni e servizi, o a incentivarne l'attuazione con promozioni fiscali o contributive, le differenze presenti nelle forme di welfare aziendale sono a volte rilevanti. In Europa la loro tipizzazione è riconducibile:

- a diverse impostazioni teoriche, che variano da paese a paese, in quanto dipendenti dalle realtà socio-economiche, dalle relazioni industriali, dal livello del sistema di sicurezza sociale pubblicistico;
- allo sviluppo e alla capacità di azione della contrattazione collettiva, sia nazionale che decentrata, e dalla capacità di liberazione del bisogno socialmente individuato dal sistema di sicurezza sociale a livello pubblicistico.

Abbiamo così due grandi tipologie:

- il *welfare privato a bassa incidenza* riguarda i paesi dell'area bismarkiana e scandinava, ad elevato sistema di protezione sociale statale, in cui ridotti sono gli spazi di manovra del welfare aziendale, ed in essi la contrattazione collettiva nazionale e/o decentrata si occupa principalmente di regolare aspetti gestionali e di flessibilità del lavoro;
- il *welfare privato ad alta incidenza* tipico dei paesi in questi anni sottoposti a riduzione/contenimento della spesa pubblica – tra cui Francia e Italia –, con una conseguente maggiore domanda di prestazioni integrative, e dove è alta la richiesta delle parti sociali per servizi come assistenza sanitaria, integrazioni previdenziali, formazione professionale, tutela e supporto delle famiglie dei lavoratori.

Quattro esempi:

Fondo olandese LCSS Levensloopregeling. E' basato sul principio del *peak hours of your life*. Esso permette ai lavoratori di accantonare parti del proprio stipendio per finanziare periodi di congedo/aspettativa. Questo principio di autodeterminazione del proprio tempo permette al singolo dipendente di scegliere, con l'accordo del datore di lavoro, il periodo più opportuno per assentarsi dal lavoro – per occuparsi della cura di figli o di genitori anziani, di congedi formativi, di periodi di vacanza o addirittura periodi sabbatici.

Caratteristiche principali del fondo sono:

- diritto garantito ai lavoratori subordinati con la predisposizione di strumenti idonei ad assicurarne l'esercizio;
- assenza di un obbligo di adesione al programma imposto dal contratto collettivo, e dunque l'adesione è rimessa alla libera scelta dell'individuo;
- montante contributivo continuamente incrementato sino a un tetto massimo;
- accumulo in capo al lavoratore di una posizione contributiva nel fondo LCSS, il quale è istituito presso un soggetto istituzionale diverso dal datore di lavoro, coincidente con banche, imprese di assicurazione o fondi pensione.

Nel fondo LCSS è possibile versare fino al 12% del salario lordo annuo, per un montante contributivo del 210% realizzabile in diciassette anni e sei mesi. L'istituto non è applicabile nel caso in cui siano in essere sospensioni dal lavoro già garantite per legge, per esempio maternità o congedi parentali. Una volta utilizzato, il lavoratore è libero di accantonare nuovamente parte del suo salario o di non aderire più al progetto. È previsto anche un diritto di *portabilità*. Tutte le somme versate al *Levensloopregeling* sono esentasse e l'unico costo è una tassazione forfettaria, al momento del congedo, di 200 € a carico del lavoratore per ogni anno di accantonamento.

Le adesioni non risultano numerose: solo il 6% dei lavoratori ha scelto di far parte del *Levensloopregeling*. Le caratteristiche del fondo e la congiuntura economica poco favorevole hanno permesso solo a chi percepiva alti salari di poter accantonare risorse. Solo negli ultimi anni il Fondo LCSS ha avuto un nuovo rilancio, soprattutto grazie a giovani lavoratori e lavoratrici, più disposti dei propri predecessori a investire risorse in un futuro tempo libero.

Compte Épargne Temps (CET). Istituito in Francia come soluzione di *peak hours of your life*, a fronte di straordinari e/o ferie non godute è un conto-ore che permette al lavoratore di scegliere fra sospensione del lavoro o liquidazione di una indennità. Il contratto aziendale stabilisce:

- l'attribuzione unicamente al lavoratore del diritto di scelta fra sospensione del lavoro e indennità;
- limiti e quantità possibili del conto ore;
- modalità di gestione del CET;
- modalità di liquidazione dell'importo;
- durata delle sospensioni equivalenti.

E' *portabile* o rimborsabile nel caso di cambiamento del posto di lavoro.

OCIRP - schema di welfare privato bilaterale volto al sostegno al reddito e alla formazione professionale. Parallelamente al CET, sempre in Francia, vi è una istituzione paritetica di previdenza privata collettiva. Il punto di forza è la sua versatilità e la applicabilità anche alle PMI, così da permettere l'accesso a servizi di welfare privato già organizzati da istituzioni paritarie/bilaterali. I contratti collettivi prevedono l'erogazione di servizi e creano un vincolo di adesione in capo al datore di lavoro. La contrattazione (collettiva, decentrata, aziendale) stabilisce l'entità e la fruibilità di questi servizi. Fra le prestazioni erogabili:

- assistenza sanitaria;
- invalidità;
- indennità giornaliera per congedi parentali;
- sostegno al reddito per inoccupazione;
- formazione professionale;
- piani di risparmio collettivi.

Google. La multinazionale statunitense ha sviluppato un sistema transnazionale di assistenza privata per i suoi dipendenti. Le politiche di welfare aziendale di Google sono legate a doppio filo con la strategia di gestione del personale. Il dipendente di Google, *Googler*, gode degli stessi diritti e percepisce lo stesso trattamento in qualunque sede dislocata nel mondo.

Le caratteristiche principali:

- *Stay healthy, save time* – assistenza sanitaria di base e servizi aggiuntivi mirati a rendere il lavoratore *healthy and happy*; in ogni centro di lavoro sono presenti strumenti per rendere più felice e produttivo il dipendente e per incoraggiare uno stile di vita salutare, vengono inoltre offerti cibi e bevande biologiche di produzione locale;
- *Travel without worries* – assistenza completa per il *Googler* viaggiatore, con aiuti e supporti ovunque si trovi;
- *More time with your baby* – prestazioni di welfare particolari in caso di nascita di figli, come orari flessibili e particolare sostegno al reddito nelle prime quattro settimane;
- *Never stop learning* – congedi e rimborsi spese per la formazione universitaria dei *Googler*;
- *Legal aid for less* – prestazioni legali e consulenze a costo ridotto.

L'azienda propone verifiche periodiche dei propri schemi di welfare aziendale attraverso tre strumenti: un questionario riguardante i bisogni dei lavoratori; i Club dove i lavoratori si riuniscono e discutono dell'andamento dell'azienda; e-mail per saggiare continuamente il grado di soddisfazione dei dipendenti.

La gestione delle risorse umane come cruccio e delizia nelle strategie aziendali (2014) – Scs Consulting, Bologna, dicembre 2014

L'obiettivo della *survey* è quello di verificare lo stato attuale di diffusione del welfare aziendale all'interno delle aziende cooperative regionali dell'Emilia Romagna, attraverso un questionario anonimo, distribuito on line a 129 aziende aventi più di 150 dipendenti, semi-strutturato con 52 item a risposta multipla e interviste qualitative.

I risultati principali indicano che:

- il 50% dei rispondenti realizza azioni di welfare in un contesto di liberalità; solo il 28% realizza azioni di monitoraggio dell'impatto e del gradimento delle iniziative sui propri dipendenti;
- il 42% delle aziende che ancora non realizzano azioni di welfare, ritengono necessario il supporto all'analisi dei bisogni interni;
- il 65% delle aziende ritiene che l'obiettivo da perseguire è favorire una

maggior collaborazione/motivazione/ responsabilizzazione delle risorse umane;

- nel 58% dei rispondenti non esiste una funzione dedicata allo sviluppo dei programmi;

- per il 64% delle aziende, in regime di contrattazione, l'azione più utilizzata risulta essere il fondo sanitario; per il 31% delle aziende, in regime di liberalità, le azioni più utilizzate risultano essere il fondo sanitario, azioni di flessibilità organizzativa e agevolazioni al consumo;

- il 50% delle aziende che non hanno ancora attivato programmi vorrebbe realizzare azioni a favore di borse di studio, formazione e istruzione.

In altri termini, non sembra completato il passaggio dal welfare *paternalistico* ad un welfare *come patto* che consenta di attuare un rapporto di scambio tra aziende e lavoratori, a vantaggio di partecipazione e produttività, attraverso azioni mirate di monitoraggio dei servizi e analisi dei bisogni della popolazione aziendale.

Si conferma che le aziende di piccole dimensioni siano in difficoltà ad implementare politiche ed azioni in quanto non presentano sufficiente massa critica.

Dalla ricerca emergono inoltre alcuni capisaldi relativi al ruolo del welfare aziendale e dei fattori acceleranti la sua introduzione:

- favorisce, in contesti economici complessivi focalizzati sulla produttività, il mantenimento della motivazione;
- il suo sviluppo è legato all'incremento dei benefici fiscali;
- occorre sviluppare una logica del *distretto* del welfare.

Rapporto Welfare 2015 di OD&M Consulting (2015) – da G. Mallone,
www.secondowelfare.it, 10 agosto 2015

Realizzato da OD&M Consulting, società di Gi Group specializzata in HR e *flexible benefit*, attraverso la somministrazione di due *web survey*, una rivolta alle imprese – 112 direttori del personale – e l'altra a più di 300 lavoratori al fine di implementare nuove strategie manageriali, scopo delle *survey* quello di:

- mappare lo sviluppo del fenomeno-diffusione dei *benefit* nelle diverse tipologie di imprese, scelte del management rispetto alla implementazione e alla comunicazione interna del piano ai dipendenti;
- comprendere gli obiettivi e verificare i risultati nelle aziende che hanno introdotto piani di welfare – individuazione delle variabili che incidono maggiormente sul successo;
- nonché le percezioni e il livello di soddisfazione dei beneficiari.

Dall'indagine risulta che più del 50% delle aziende ha dichiarato di avere un piano di welfare in azienda, e circa metà di queste lo ha introdotto nel biennio 2014-2015. Al contempo però scarsa, per la mancanza di risorse finanziarie ma anche gestionali e organizzative, è ancora la diffusione tra le micro, piccole e medie imprese.

Le due principali variabili che influenzano lo sviluppo dei piani di welfare aziendale sono la dimensione dell'impresa e le caratteristiche della popolazione aziendale. Solo il 21% delle piccole imprese dichiara di avere un piano di welfare, a fronte del 60% delle medie e del 69,2% delle grandi. Al contempo oltre il 30% delle piccole imprese, e ben il 40% delle medie, dichiarano di voler introdurre il welfare aziendale nei prossimi due anni. E solo il 23% di piccole imprese che non ha welfare aziendale e non ne sta valutando l'introduzione nel prossimo futuro non ne è interessato.

L'82% delle aziende coinvolte ha scelto il welfare come nuova strategia aziendale: per il 58% delle aziende al fine di aumentare la propria *performance* attraverso una nuova spinta motivazionale; per il 49% per la volontà di *prendersi cura* delle persone; per 34,5% per la necessità di contenere i costi; le altre per la reputazione aziendale e per sollecitazione derivante dai rappresentanti dei lavoratori. Diversa la percezione dei lavoratori per i quali, nel 49,6% delle risposte, hanno indicato il contenimento dei costi.

Il 76% dei direttori del personale di aziende che offrono welfare conosce la normativa fiscale, così come il 72,4% di chi sta studiando un sistema di welfare – il 90% tra le grandi imprese.

Il 78,2% delle imprese stanziava per il welfare un finanziamento *ad hoc*, mentre il 10% sfrutta il contenimento dei costi su altre leve e il 21,8% cerca le opportunità di cofinanziamento derivanti da bandi. Il 65% delle aziende sceglie i servizi sulla base delle opportunità fornite dalla normativa fiscale, mentre l'81% studia il sistema di

welfare con una analisi socio-demografica della platea dei destinatari o a seguito di *survey/focus group* per individuare i bisogni dei collaboratori.

Il 41,8% delle aziende prevede gli stessi servizi per l'intera forza lavoro e il 47% differenzia l'offerta. Di queste ultime, il 68,8% utilizza come criterio i livelli di inquadramento, e solo il 28,1% differenzia i servizi in base alle diverse sedi presenti sul territorio.

Il 45% delle aziende coinvolte dichiara di dare ai dipendenti la possibilità di scegliere i servizi, creando un piano benefit flessibile e personalizzato, mentre il 54% offre ancora un pacchetto di servizi uguale per tutti.

I servizi più diffusi nelle aziende sono la ristorazione, la gestione del tempo e i contributi per sanità e previdenza. Seguono la scuola e l'istruzione, i servizi assistenziali e quelli legati alla maternità, in coda l'area dedicata a culto e stranieri.

I servizi più utilizzati sono invece quelli legati a scuola e istruzione e i contributi per l'adesione a casse sanitarie e fondi previdenziali, seguiti dall'area ricreativa e infine da mutui e finanziamenti agevolati.

Alcuni servizi sono trasversali, come l'assistenza sanitaria e la previdenza ma anche la mobilità e la ristorazione. Altri sono invece dedicati a categorie più specifiche, come i dipendenti con figli e in particolare le donne, ma si rivelano comunque fondamentali per chi ne usufruisce.

Rispetto al 2014, aumentano le aziende che utilizzano bandi per sviluppare i propri servizi di welfare e i piani diventano sempre più flessibili e *customizzati* in base alle esigenze, e dunque più complessi da gestire. Contestualmente si sviluppa la contrattazione di secondo livello, che nelle aziende intervistate passa dal 29% del 2014 al 38% del 2015.

Welfare Occupazionale Volontario (Wov) in Italia – da G. Baconcini,
www.secondowelfare.it, 22 settembre 2015

La ricerca riporta i risultati relativi al caso italiano – frutto del lavoro di un comitato di ricerca composto a U. Ascoli, M.L. Mirabile, E. Pavolini et alii. – e fa parte di una indagine – *Prowelfare. Providing welfare through social dialogue: a new role for social partners?* – finanziata dalla Commissione Europea e realizzata dalla Confederazione Europea dei Sindacati e dall'Osservatorio Sociale Europeo di Bruxelles. In Italia l'organismo di riferimento è Ires Cgil.

Il Wov è presente nel dibattito pubblico italiano e nelle analisi del mercato del lavoro più che negli altri paesi che hanno preso parte al progetto. Molte disposizioni di legge ne hanno garantito lo sviluppo soprattutto sotto la forma di fondi integrativi o attraverso gli enti bilaterali dove le parti sociali partecipano alla fornitura dei servizi e all'erogazione delle prestazioni. Per quanto riguarda la conciliazione famiglia-lavoro invece si riscontra una minore copertura nonostante la debolezza del sistema di welfare pubblico in questo settore.

Il maggior interesse delle imprese per promuovere il welfare occupazionale volontario sembra essere quello di permettere la moderazione salariale (38% delle imprese intervistate). A causa della scarsa produttività delle imprese italiane, i datori di lavoro ritengono più efficace offrire dei benefici e dei servizi che godono di vantaggi fiscali piuttosto che aumentare i salari. Il 33% delle imprese intervistate considera il Wov uno strumento utile per migliorare la collaborazione tra impresa e lavoratori.

Nel 75% delle imprese che erogano benefici, i sindacati ne sono stati promotori attivi. Inoltre, più è alto il tasso di sindacalizzazione nel settore o nell'impresa più sono diffusi i *benefits*, fatta eccezione per i servizi all'infanzia.

La ricerca evidenzia un cambiamento di approccio: da un'ottica più attenta al livello nazionale a una più attiva a livello settoriale e/o aziendale, in linea con il processo di decentramento delle relazioni industriali in atto in questi ultimi anni anche in Italia.

Al centro del Wov italiano ci sono gli organismi bilaterali. Originariamente introdotti in settori di maggiore frammentazione della produzione e maggiore instabilità lavorativa (edilizia, agricoltura, artigianato, commercio e turismo), negli ultimi anni si stanno diffondendo in tutti i settori. Attualmente, il settore con la migliore offerta di Wov è quello bancario mentre è nel tessile che se ne riscontra la presenza minore.

Area sanitaria. Gli enti bilaterali sottoscrivono a beneficio dei propri iscritti assicurazioni sanitarie integrative. Riconosciuti con la legge 229 del 1999 i fondi sanitari integrativi rientrano nella logica multi pilastro delle riforme italiane degli anni '90. Il ricorso ai fondi è stato incentivato dallo Stato tramite trattamenti fiscali favorevoli. Dal 2007 in avanti in quasi tutti i rinnovi dei contratti collettivi è stata introdotta l'iscrizione al fondo sanitario settoriale. Nel 2011, i fondi sanitari gestivano circa 4 miliardi di euro, una cifra equivalente a circa il 3% della spesa sanitaria pubblica. In alcuni contratti è previsto che il datore di lavoro intervenga in caso di assenza per malattia per supportare il reddito del lavoratore. La copertura in particolare riguarda i primi tre giorni di malattia non coperti dall'INPS. Inoltre il

legislatore prevede che il datore di lavoro possa optare per non versare i contributi all'Inps e si faccia carico della malattia del lavoratore qualora dovesse presentarsene la necessità. Anche questo tipo di previsione è da ritenersi una forma di Wov sostitutivo del welfare pubblico.

Conciliazione vita familiare-vita lavorativa. In questo ambito, dagli anni 2000 l'Italia ha cercato di recuperare il ritardo rispetto agli standard europei. Con la Legge 53/2000 è stato introdotto il congedo parentale (con un sussidio pari al 30% del salario) ed è stata promossa la conciliazione nei luoghi di lavoro. Successivamente, la legge 92 del 2012 ha reso obbligatori tre giorni di congedo per il padre al momento della nascita del figlio e ha istituito dei voucher (per il pagamento di baby-sitter nei primi 11 mesi di vita del bambino) rivolti alle madri lavoratrici. La spesa pubblica procapite nel 2009 era però ancora pari al 61% della media degli otto paesi e i tagli introdotti nello stesso periodo non hanno permesso il pieno sviluppo di queste politiche. La situazione italiana è inoltre caratterizzata da scarsi servizi per la cura dell'infanzia, minori opportunità di ottenere il part-time e da orari di lavoro più rigidi. Dati questi particolarmente significativi in riferimento alla minore presenza delle donne nel mercato del lavoro, soprattutto madri, e alla copertura di servizi per l'infanzia – nel 2009 solo il 13,6% dei bambini tra zero e due anni ha avuto accesso a un asilo nido. Il Wov nell'ambito della conciliazione assume un ruolo fondamentale. In tutti i contratti collettivi di settore è prevista l'integrazione al reddito della lavoratrice in maternità per coprire il 100% del salario. Inoltre, sono spesso previste disposizioni relative alla flessibilità dell'orario di lavoro, al part-time, all'assenza per paternità e al telelavoro. È anche interessante notare che in alcuni settori sono state istituite delle commissioni per la valutazione delle pari opportunità nei luoghi di lavoro e/o contro le discriminazioni di genere.

Ambito della formazione professionale. La spesa pubblica italiana per le politiche attive del lavoro è inferiore alla media degli otto paesi. Per la formazione in azienda non c'è un quadro normativo di riferimento unitario e ciò crea uno scenario frammentato. Le statistiche sulla formazione professionale riportano dati discordanti.

Secondo l'ISFOL, nel 2010 il 33,5% delle imprese ha offerto corsi di formazione ai propri lavoratori, dato in crescita rispetto al 25,7% del 2008. La possibilità di ricevere o meno percorsi di formazione è influenzata dalla dimensione dell'impresa. Solo il 29,4% delle imprese con meno di dieci lavoratori ha offerto corsi di formazione, contro l'81,3% delle imprese con più di 250 lavoratori. I lavoratori che hanno beneficiato di corsi di formazione nel 2010 sono stati il 31,7%, ancora una volta con

una maggiore incidenza nelle grandi imprese (48,5%, contro il 24,2% dei lavoratori occupati in imprese con meno di dieci lavoratori).

Secondo l'Eurostat (2010) invece il 47% delle imprese ha offerto pacchetti di formazione, un dato in crescita rispetto al 27% del 2005, ma ancora inferiore al 59% della media degli otto paesi oggetto della ricerca Prowelfare. Anche il numero di lavoratori coinvolti è maggiore nei dati Eurostat (36%) ma ancora inferiore rispetto alla media degli otto paesi (pari al 39%).

Nella maggior parte dei casi sono le imprese stesse a provvedere alla formazione, anche ricorrendo ai servizi di agenzie apposite e all'utilizzo dei fondi europei per il finanziamento (Fondo Sociale Europeo, Life Long Learning Program, Fondo Sociale per l'Occupazione e la Formazione). Sono ventidue i fondi bilaterali istituiti che provvedono ad analizzare i bisogni, gestire gli apprendistati, cofinanziare i costi sostenuti dall'impresa e coordinare l'offerta formativa. Al momento della redazione del rapporto i fondi bilaterali coinvolgevano 8 milioni di lavoratori e 600.000 imprese.

Il welfare aziendale: evidenze dalla contrattazione (2015) – di A. M. Ponzellini, E. Riva e E. Scippa, Quaderni di Rassegna Sindacale, 2/2015, Ediesse Roma

Nell'articolo si analizzano i dati dell'Osservatorio sulla contrattazione aziendale della Cisl Lombardia, in particolare 153 accordi sottoscritti in imprese medio grandi lombarde dal 2005 al 2013. I comparti a cui tali accordi si riferiscono sono: alimentari; bancari e assicurativi; calzature, tessili e abbigliamento; carta e poligrafici; chimici; commercio; comunicazioni; metalmeccanici; logistica e trasporti. Sul piano metodologico, il testo di ciascun accordo è stato vagliato, scomposto e riorganizzato mediante l'utilizzo di una matrice predisposta al fine di: individuare gli attori coinvolti nella fase di contrattazione e di sottoscrizione delle intese; mappare le misure di welfare introdotte, in base alla tipologia e le problematiche affrontate; identificare in modo sistematico le parole-chiave ricorrenti.

I risultati evidenziano che:

- la dizione di *welfare aziendale* viene usata solo in una minoranza di casi di accordo (17, pari all'11,1%); in più di 4/5 di essi si utilizzano termini quali *responsabilità sociale, servizi aziendali, benefit aziendali, servizi per il*

personale, altre statuizioni, miglioramento normativa contrattuale, altre disposizioni, previdenza, sanità integrativa ecc.; in 11 casi la denominazione è quella di *diritti sociali*;

- gli accordi sono frutto di confronti tra azienda e rappresentanze dei lavoratori (Rsu/Rsa) con presenti anche funzionari sindacali; in misura molto minore risultano partecipare i funzionari delle associazioni datoriali (1/3); l'assetto negoziale più ricorrente è quello che vede presenti alla firma: azienda, rappresentanti dei lavoratori, funzionari sindacali, e solo il 16 per cento degli accordi riguarda negoziati conclusi solo entro le mura aziendali;
- le misure di w.a. si rintracciano in aree negoziali molto diverse tra loro: salario, orario, prestazioni sociali, formazione, solidarietà, mutualità, premio aziendale; la scelta dell'una piuttosto che dell'altra è indicativa di orientamenti sindacali e manageriali differenti, che affondano le radici in stagioni diverse delle relazioni industriali e delle politiche di *Human resource management*, ovvero in differenti contesti di welfare e anche di politica fiscale;
- la forma della ricompensa – coerentemente con l' approccio manageriale del *Total reward system* – considera che nel sistema retributivo, oltre alle voci della retribuzione diretta (fissa e variabile) e ai *fringe benefits* tradizionali, vi debbano essere anche altri dispositivi messi in atto dall'azienda per attrarre, motivare, trattenere i dipendenti;
- emerge una diversa incidenza tra le *sei macro-aree* in cui sono aggregate le varie misure – le prime quattro circoscrivono *un welfare aziendale diretto* e più tradizionale, legato alla grande impresa paternalistica o all'azienda-comunità aperta alla dimensione sociale del suo territorio, le ultime due *un welfare aziendale indiretto*, in parte basato su patti di solidarietà tra lavoratori e tra lavoratori e imprese, in parte sulla economia di scala realizzata tramite acquisti e convenzioni collettive, in parte sulla convenienza per il regime fiscale applicato; esse sono:
 - indennità e altre corresponsioni in salario (anche liberali): integrazione alla indennità di congedo di maternità/parentale, premi legati alla famiglia, monetizzazioni di generi in natura, altre erogazioni monetarie – 13,1% degli accordi;
 - permessi retribuiti aggiuntivi: per studio, cura figli, handicap e malattia familiari, culto, volontariato ecc. – 57,5% degli accordi;

- servizi aziendali diretti o in *outsourcing*: mense e servizi *time-saving*, come catering, *concierge* ecc.; servizi per bambini e ragazzi, come nidi, baby parking, centri estivi e colonie; trasporti aziendali; servizi ricreativi, culturali, sportivi, turistici; servizi di consulenza legale, familiare, finanziaria e fiscale, di orientamento scolastico; spacci; ambulatori medici di prevenzione e specialistici ecc.; – 24,2% % degli accordi;
 - beni in natura: abiti e strumenti di lavoro; tutta la gamma dei *perquisites* concessi ad alcune categorie di lavoratori (cellulare, smartphone, pc, auto aziendale, alloggi) – 17,0% degli accordi;
 - mutualità e assicurazioni: previdenza complementare; sanità integrativa, ammortizzatori sociali congiunti, tipo fondi solidarietà; mutui e polizze assicurative ecc. – 57,5% degli accordi;
 - buoni e convenzioni d'acquisto: convenzioni e sconti per prestazioni sanitarie, servizi d'istruzione e socio-educativi, trasporti, consumi alimentari, attività sportive ecc.; voucher, buoni, rimborsi – 49,7% degli accordi.
- infine, le parole chiave più ricorrenti negli accordi firmati – indicatrici delle trasformazioni nella cultura delle parti sindacali – sono: competitività 37,3%; partecipazione 28,1%; produttività 22,9%; organismi consultivi 20,3%; coinvolgimento 19,6%; risorse umane 15,0%; approccio strategico 15,0%; responsabilità sociale di impresa 11,8%; benessere-qualità del lavoro 11,8%; diritti 9,2%; organismi consultivi sul welfare 7,8%; integrazione welfare pubblico 3.9%.

L'impegno sociale delle aziende in Italia. VII Rapporto di indagine (2016) – Osservatorio Socialis-Istituto Ixè

L'indagine, rivolta a imprenditori, manager e quadri, riguarda l'impegno in csr delle aziende italiane con più di 80 dipendenti. Le 400 imprese coinvolte operano in molteplici settori produttivi e dei servizi, e di queste il 30% è quotato in borsa. Il fatturato varia dai 25 mln € (36% intervistati) agli oltre 100 mln € (18%). I principali risultati segnalano che:

- la cultura e la sensibilità aziendale sembrano in fase di diffusione ed il coinvolgimento attivo riguarda l'80% delle imprese con almeno 80

dipendenti; anche la cifra investita, dopo la contrazione registrata in concomitanza con gli anni di picco della crisi economica, segna nel 2015 una ripresa, con un importo medio di 176 mila € – +11% sul 2013 – e con un flusso globale di 1,122 mld €; si registrano vistose differenze di comportamento tra i settori economici e tra i più attivi vi sono il *finance*, l'elettronica/ informatica/ telecomunicazioni, i trasporti e il metallurgico; l'incidenza dell'impegno cresce con l'aumentare del fatturato;

- le attività di tutela dell'ambiente e sostenibilità e quelle relative al clima interno e welfare aziendale, come nel 2013, risultano ai primi posti; il 53% delle imprese ha realizzato attività per il miglioramento delle condizioni lavorative e/o di benessere dei dipendenti;
 - si evidenziano tendenziali differenze nella predilezione delle diverse possibili attività di CSR tra i settori produttivi:
 - il *finance*: predilige soprattutto benessere interno e cultura;
 - i trasporti: sono attivi soprattutto nelle attività rivolte all'ambiente;
 - l'elettronica/informatica/telecomunicazioni: sceglie più degli altri di attivarsi su clima interno, ambiente e cultura;
 - la chimica/farmaceutica: è attiva in misura superiore alla media per lo sviluppo delle comunità locali e nella cultura;
 - la meccanica: predilige attività di CSR per i processi e i prodotti sostenibili;
 - il manifatturiero: sceglie maggiormente attività per i processi e prodotti sostenibili e lo sviluppo delle comunità locali;
 - il metallurgico: dedica attenzione più verso il benessere interno e l'ambiente;
 - i servizi: investono di più in benessere interno e ambiente.
- ad uno sguardo complessivo si intuisce una tendenza in aumento a concentrarsi su sé stessi, sull'interno e su ciò che è più prossimo;
- tenuto conto che un peso, anche se non primario, è attribuito ad aspetti finanziari, fiscali, tributari, le motivazioni alla base della csr, in ordine di importanza le risposte degli intervistati indicano:
 - la qualificazione dell'immagine e della reputazione corporate - 50%;
 - l'espansione/fidelizzazione del portafoglio clienti - 49%;
 - la sensibilità ambientale - 35%;
 - i fattori economici e di risparmio (tasse/finanziamenti) - 35%;
 - il vantaggio per la gestione delle relazioni con il territorio - 25%;

- il miglioramento del clima interno - 23%.
- il 26% delle imprese dichiara di scegliere le attività di csr su indicazione dei dipendenti; in crescita i criteri di scelta legati ad aspetti del marketing ed alla affidabilità dell'associazione partner;
- quasi l'interezza del campione utilizza standard e/o linee guida per le sue attività di csr; il documento più referenziato risulta essere la Norma ISO 14001 sull'impatto ambientale, seguita da quella 26000 dell'impatto su società e ambiente; il 50% delle imprese attive in csr dichiara di riferirsi ad un proprio codice etico;
- l'83% delle imprese che ha realizzato azioni di csr nel 2015, prima di rendersi attiva, ha valutato i costi/benefici dell'operazione, segnale di professionalizzazione e maggior strumentazione conoscitiva delle attività di CSR;
- per quanto riguarda i vantaggi riconosciuti:
 - oltre il 50% delle imprese che ha investito in csr ha rilevato un miglioramento del posizionamento, della reputazione ed anche un aumento della notorietà;
 - in circa 4 casi su 10 si è riscontrato un aumento delle vendite ed una fidelizzazione dei clienti;
 - il 40% registra un miglioramento del clima aziendale ed un maggior coinvolgimento del personale;
 - il 37% delle imprese riconosce l'efficacia della csr nell'agevolare i rapporti con le comunità locali e, in seconda battuta, con le pubbliche amministrazioni;
- il livello di soddisfazione, per i risultati ottenuti, raggiunge il 97% tra molto soddisfatti e abbastanza soddisfatti; i settori che dichiarano una soddisfazione maggiore sono quello della finanza e dell'elettronica/informatica/telecomunicazioni;
- per quanto riguarda gli investimenti in csr, i maggiori elementi di freno delle imprese sono la mancanza di incentivi fiscali e la mancanza di risorse economiche; il 16% segnala anche la mancanza di una cultura manageriale orientata alla csr e di personale qualificato; il 12% la mancanza di una qualificazione specifica rintracciabile nel personale;
- solo il 6% delle imprese intervistate dichiara di non aver fatto, nel 2015, alcuna attività a favore dei dipendenti; la percentuale di aziende disattente al welfare aziendale si è dimezzata rispetto al 2013; tra le attività

realizzate:

- la formazione e valorizzazione del personale,
 - la valutazione di competenza ed efficienza per lo sviluppo delle carriere,
 - il miglioramento della comunicazione interna;
- il 20% circa delle imprese ha investito in welfare aziendale, nel sostegno delle pari opportunità, in attività culturali e ricreative, nel *worklife balance* e ha realizzato monitoraggi del clima; mediamente le imprese hanno realizzato 2,6 attività tra quelle elencate; settore più attivo e con un numero maggiore di attività realizzate quello chimico/farmaceutico, seguito dall'elettronico/informatica/telecomunicazioni e industria metallurgica.

Welfare Index PMI (2016), promosso da Generali Italia, con la partecipazione di Confagricoltura e Confindustria

Intende favorire la conoscenza e la diffusione del welfare aziendale aumentando tra le piccole-medie imprese la consapevolezza dei vantaggi che possono derivarne, inoltre valorizza le migliori pratiche già esistenti perché possano essere replicate in altre realtà simili. Il welfare aziendale è inteso come strumento per conciliare le risorse limitate con le esigenze delle persone e per creare rapporti di lavoro più attrattivi e solidi, non basati soltanto su uno scambio economico.

L'indagine quali-quantitativa svolta ha coinvolto 2140 aziende intervistate su 10 aree d'intervento in ambito welfare, e fotografa lo stato dell'arte del w.a. in agricoltura, industria, commercio e servizi. Metodologicamente si basa sull'elaborazione di un Indice che rappresenta la valutazione dell'azienda – valore massimo 100 – nel quale si considerano tre fattori: ampiezza e contenuto delle iniziative, modalità di gestione del welfare aziendale e coinvolgimento dei lavoratori, originalità e distintività delle attività di welfare nel panorama italiano. Si tratta di un indice *benchmark* con il quale la singola azienda può parametrarsi sia nel tempo che rispetto alla categoria di appartenenza, per valutarsi e confrontarsi con le buone pratiche di settore.

Le aree di welfare aziendale attualmente previste sono 10: previdenza integrativa, salute, assicurazioni per i dipendenti e le famiglie, tutela delle pari opportunità e sostegno ai genitori, conciliazione del lavoro con le esigenze familiari, sostegno

economico ai dipendenti e alle loro famiglie, formazione per i dipendenti e sostegno alla mobilità delle generazioni future, sicurezza e prevenzione, sostegno ai soggetti deboli e integrazione sociale, welfare allargato al territorio.

Di seguito i principali risultati:

- per gli obiettivi che si pongono, le Pmi italiane manifestano verso il welfare aziendale atteggiamenti molto diversi, riconducibili a:
 - *strategie di responsabilità sociale per la sostenibilità dell'impresa*; imprese che motivano le iniziative di welfare aziendale principalmente con obiettivi di sostenibilità del business e di rafforzamento della reputazione, e che coinvolgono una pluralità di *stakeholder*;
 - *focus sulle risorse umane*; imprese che perseguono la fidelizzazione dei dipendenti, l'instaurazione di relazioni collaborative, il miglioramento del benessere organizzativo, il miglioramento della produttività del lavoro;
 - *vantaggi economici immediati*; imprese che prima di tutto intendono utilizzare i benefici fiscali per ottimizzare i costi del lavoro, incentivando al tempo stesso la produttività;
- per quanto riguarda la proattività dell'impresa nell'attuare iniziative di welfare e nel coinvolgere i lavoratori – analisi delle esigenze dei lavoratori, loro coinvolgimento nelle decisioni, attuazione di iniziative autonome o attraverso accordi sindacali, entità dello sforzo economico sostenuto dall'azienda – risulta che:
 - nel 60% dei casi le decisioni vengono prese dai responsabili aziendali senza alcuna forma di coinvolgimento dei lavoratori;
 - nel 22,6% le iniziative sono negoziate con le rappresentanze sindacali;
 - il 17,4% coinvolge direttamente i collaboratori;
 - una volta prese le decisioni una quota significativa di imprese svolge iniziative di coinvolgimento per la gestione del welfare aziendale – 25,8% con incontri periodici collettivi, 8,3% con colloqui individuali;
 - sono rare, 2,1%, le aziende che svolgono indagini sulle attese dei dipendenti.
- in merito all'ampiezza delle iniziative di welfare intraprese dall'azienda, con riferimento alle 10 aree del welfare aziendale citate, tipologia delle

misure e popolazione di beneficiari all'interno e all'esterno dell'azienda, in prima approssimazione risultano tre grandi gruppi di iniziative:

- iniziative più frequenti, utilizzate abitualmente: formazione e sostegno alla mobilità, assicurazioni per i dipendenti e le loro famiglie, sostegno economico ai dipendenti; esse non comprendono solamente iniziative e benefit tradizionali – nell'area formazione sono presenti sia le azioni di formazione professionale necessarie allo sviluppo delle competenze aziendali ma anche iniziative di formazione avanzata e di valorizzazione delle persone non strettamente funzionali all'attività produttiva; nell'area assicurazioni, accanto alle classiche polizze per i lavoratori, si trovano coperture assicurative per le famiglie; anche il sostegno economico ai dipendenti risulta composito;
- aree classiche del welfare, regolate dalle norme e dai contratti nazionali – previdenza integrativa, salute, sicurezza e prevenzione degli incidenti; la frequenza delle iniziative aziendali oscilla attorno al 40% e in molti casi si tratta di una mera applicazione delle norme e dei contratti di categoria, anche se sono presenti iniziative aziendali specifiche che arricchiscono significativamente le tutele per i lavoratori e per le loro famiglie;
- aree che discriminano maggiormente le politiche di welfare aziendale – pari opportunità e sostegno ai genitori (frequenza 18,5%), welfare allargato al territorio (15%), integrazione sociale e sostegno ai soggetti deboli (14,1%), conciliazione vita e lavoro (4,9%);
- un po' più di metà delle imprese (54,9%) agisce su un *range* limitato a non più di tre aree; un terzo delle imprese (34,1%) agisce su due o tre aree; l'11% sono attive su almeno 6 aree del welfare aziendale;
- dal punto di vista dei settori produttivi vi è una sostanziale omogeneità nella distribuzione di quanto osservato; unico divario significativo nell'area formazione e sostegno alla mobilità, nella quale la frequenza delle iniziative è molto più rilevante nell'industria e nel commercio e servizi che nell'agricoltura
- la previdenza e la sanità complementare sono caratterizzate dalla mera applicazione delle tutele previste dai contratti nazionali di categoria, anche una quota tra il 20 e il 25% delle imprese attua

- iniziative proprie, unilaterali o tramite contrattazione aziendale;
- le altre aree sono invece fortemente caratterizzate dall'iniziativa autonoma e unilaterale dell'impresa – in particolare le attività di welfare allargato al territorio, la conciliazione tra la vita familiare e il lavoro, il sostegno economico ai dipendenti, la promozione delle pari opportunità e il sostegno ai genitori;
 - l'impatto sui costi dell'impresa, anche per l'efficacia degli incentivi fiscali, è ridotto – solo il 7% delle imprese dichiara di sostenere costi aggiuntivi significativi per le iniziative di welfare, il 35% sostiene costi aggiuntivi ma compensati dai benefici fiscali, il 57% di fatto non sostiene costi aggiuntivi per il welfare aziendale;
 - il 31,9% delle imprese considera fondamentale o molto importante poter contare su servizi comuni a cui potersi associare per realizzare interventi/piani di w.a.; il 23,8% attribuisce massima importanza ai servizi di informazione e consulenza forniti dalle associazioni imprenditoriali, il 22,5% agli accordi con altre imprese nel territorio; incrociando queste valutazioni con il numero di aree in cui esse attuano iniziative di welfare aziendale, il divario tra le imprese molto attive e quelle inattive, nella valutazione dell'importanza delle associazioni tra imprese e dei supporti associativi, è estremamente elevato – per le imprese attive in più di 5 aree di welfare, il 59,6% considera di massima importanza i servizi di informazione e consulenza delle associazioni imprenditoriali; il 45,5% la disponibilità di servizi comuni di welfare a cui associarsi; il 43,8% la stipulazione di accordi con altre imprese nel territorio.

Una prima sintesi

Questa ricognizione ci pare offra sufficienti spunti per considerare il welfare aziendale area di indagine per il presente progetto. Oltre a quelli già argomentati e approfonditi nella *seconda parte* – domanda privata di welfare, spesa privata oop e intermediata, ecc. – ve ne sono altri che sollecitano qualche annotazione:

- a tutt'oggi è difficile quantificare quanto valga, in termini economici il w.a; gli studi riportati confermano una situazione di potenziale diffusione e crescita, ma le stime più attendibili (vedi *L'impegno sociale delle aziende in Italia. VII Rapporto di indagine (2016) – Osservatorio Socialis-Istituto Ixè*)

indicano, per aziende superiori a 80 dipendenti, un importo medio di 170-180 mila € annui, ovviamente comprensivo della spesa diretta o indiretta di tutta l'attività messa in campo, quindi non solo le prestazioni sociosanitarie; se poi questa spesa è solo parzialmente direttamente sostenuta dalle aziende, ovvero non determinata dalle agevolazioni fiscali, è evidente che si tratta di un modo diverso di distribuzione di risorse pubbliche, rispetto al quale si tratterebbe poi di verificare il miglioramento di efficienza conseguito attraverso questa modalità rispetto ad altre forme più o meno tradizionali di finanziamento del welfare;

- in ogni caso, i rischi economici causati dalle non autosufficienze non riguardano solo le spese che direttamente le famiglie sono chiamate a sostenere per i propri congiunti, nonché le mancate entrate che il *caregiving* comporta per la rinuncia del *caregiver* a lavorare, ma anche le aziende perché qualora questi mantenga la propria posizione lavorativa si trova comunque ad essere condizionato dalla stessa e ad avere performance ridotte (assenze, stress, ecc.); sarebbe quindi nell'interesse dello stesso sistema produttivo favorire soluzioni che partecipino a ridurre tali situazioni;
- la crisi economica ha condizionato le politiche contrattuali, contenendo o comprimendo in particolare quelle salariali; l'impossibilità per le parti sociali di negoziare aumenti di stipendio, insieme alle agevolazioni fiscali applicabili alla erogazione di determinate prestazioni/servizi (che raddoppiano di fatto il valore del differenziale di salario), hanno favorito una crescente attenzione/impegno ad orientare le relazioni sindacali verso soluzioni di welfare; l'esperienza oramai consolidata nei grandi gruppi, assolutamente minoritari nel panorama imprenditoriale italiano, e dentro questi delle forme di *fringe benefit* per management di diverso livello, ha certamente contribuito alla crescita/impegno in tale direzione; non meno rilevante, al riguardo, anche il diffuso e composito sistema di enti bilaterali⁶⁵ le cui azioni hanno anticipato in certi casi le misure presenti nel composito paniere dei piani di welfare aziendale; risulta quindi crescere progressivamente una cultura datoriale e sindacale sempre più

⁶⁵ E. Pavolini, U. Ascoli e ML Mirabile, a cura di, (2013), *TEMPI MODERNI. IL WELFARE NELLE AZIENDE IN ITALIA*, Il Mulino, Bologna ; M. Lai e A. Trovò, (2015), *BILATERALITA' E LAVORO*, Edizioni Lavoro, Roma.

abituata/abilitata a concepire la protezione sociale del lavoro come tema delle relazioni industriali⁶⁶;

- lo scarto crescente tra aumento dei bisogni e personalizzazione della domanda nelle diverse fasi del ciclo di vita, non compensabile nelle forme tradizionali di copertura pubblica (*cash o inkind*), tantomeno attraverso l'autoproduzione familiare (per le transizioni demografiche ed epidemiologiche ad oggi irreversibili), ha comportato che soluzioni di welfare integrativo, come può essere considerato il welfare aziendale, incontrassero il favore dei lavoratori/trici interessati/e; è pensabile che se queste potessero essere messe a sistema – integrazione, ottimizzazione, qualificazione, ecc – gli stessi non potrebbero che aumentare il loro favore;
- il sostegno da parte delle politiche pubbliche – agevolazioni fiscali, ma anche forme regionalistiche di politiche *prossime*, come quelle familiari – hanno inoltre *fertilizzato* le dinamiche appena accennate; nel medio periodo è immaginabile che tali direzioni non solo saranno confermate ma che vedranno ottenere ancora più incentivi; per una regione si tratta di una soluzione, al pari di altre e secondo le motivazioni esplicitate nella prima parte del rapporto, da intercettare e valorizzare al meglio;
- diverse società di mutuo soccorso stanno approntando nuove aree di business sul tema; visto quanto stabilito dal contratto nazionale delle cooperative sociali, esse hanno sviluppato la funzione di fondi integrativi sanitari per i lavoratori cooperativi e, sulla base di questo presupposto, si stanno rivolgendo alle aziende cooperative e non solo per fornire piani di copertura negoziabili in ambito aziendale; le realtà presenti in Toscana, con i distinguo da tenere presente viste le diverse culture e prospettive, sono comunque orientate in tale direzione e, da questo punto di vista, non possono non essere considerate, come anticipato nel precedente capitolo, dalle *policies* regionali.

La normativa fiscale

Come accennato in più parti, la normativa fiscale gioca un ruolo e suscita aspettative rilevanti in tema di w.a.

In ordine di tempo, l'ultimo atto, di tipo amministrativo ma non per questo

⁶⁶ I. Regalia, (2012), *LA PROTEZIONE SOCIALE DEL LAVORO COME TEMA DELLE RELAZIONI INDUSTRIALI*, La Rivista delle Politiche Sociali, 2912, n.3, luglio-settembre.

secondario, è la circolare interpretativa della Agenzia delle Entrate del 16 giugno 2016, redatta d'intesa con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con la quale si illustrano le soluzioni introdotte dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze⁶⁷ del marzo 2016.

Alla base di questi due atti vi è la scelta dell'Esecutivo e del Parlamento, che con la legge di Stabilità 2016 – art. 1, commi 182-190, legge 28 dicembre 2015, n. 208 – hanno previsto misure fiscali agevolative per le retribuzioni premiali, anche in collegamento con la partecipazione dei dipendenti all'organizzazione del lavoro, nonché per lo sviluppo del welfare aziendale, ovvero opere, servizi nonché in alcuni casi somme sostitutive (*benefit*), connotati da particolare rilevanza sociale.

In tal modo viene ridotto l'onere fiscale del lavoro subordinato, favorendo sia i dipendenti – con una minor tassazione per alcune voci retributive – che i datori di lavoro – risparmio degli oneri contributivi dovuto all'ampliamento delle componenti escluse dal reddito di lavoro dipendente ed alla possibilità di dedurre spese sostenute per il welfare aziendale in precedenza soggette invece a una limitata deducibilità.

Lo scopo è quello di incentivare schemi organizzativi di produzione e lavoro che accrescano la motivazione del personale e lo coinvolgano in modo attivo nei processi di innovazione.

Particolare rilevanza viene data alla contrattazione aziendale o territoriale⁶⁸, che assume un ruolo centrale nella applicazione dei benefici. I contratti debbono essere stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, o dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria. L'azienda che non avesse sottoscritto un contratto aziendale, per usufruire delle agevolazioni deve recepire comunque un contratto collettivo territoriale, anche se riferito ad una categoria diversa da quella di appartenenza.

In particolare:

- è stato reintrodotta⁶⁹ un sistema di tassazione agevolata, con imposta

⁶⁷ Emanato il 25 marzo 2016, di cui è stato dato avviso nella Gazzetta Ufficiale n. 112 del 14 maggio 2016 - www.lavoro.gov.it.

⁶⁸ Art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81.

⁶⁹ La normativa origina dalla legge 16, del 2008 la quale aveva previsto un'imposta sostitutiva IRPEF e delle relative addizionali regionali e comunali pari al 10%. L'imposta agevolata riguarda:

- i soli lavoratori dipendenti del settore privato;
- prestazioni di lavoro straordinario;
- prestazioni di lavoro supplementare ovvero prestazioni rese in funzione di clausole elastiche;
- incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa;

sostitutiva dell'Irpef e relative addizionali del 10% per i premi di risultato – produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazioni – misurabili e verificabili; tra gli altri e non esclusivamente: l'aumento della produzione, risparmi dei fattori produttivi, miglioramento della qualità dei prodotti e dei processi;

- i contratti collettivi territoriali e aziendali debbono prevedere i criteri oggettivi di misurazione e verifica di tali incrementi;
- destinatario è il solo settore privato, ovvero ai datori di lavoro del settore privato e ai lavoratori dipendenti dello stesso, titolari di un contratto di lavoro subordinato, indipendentemente se determinato o indeterminato, i quali abbiano percepito nell'anno precedente a quello di riferimento un reddito massimo di 50.000 € lordi;
- il limite di importo della agevolazione è di 2.000 € annui; arriva a 2.500 € se si prevedono strumenti e modalità paritetiche di coinvolgimento dei lavoratori nell'organizzazione del lavoro; tali limiti sono al lordo della ritenuta fiscale del 10% e al netto delle trattenute previdenziali obbligatorie;
- il datore di lavoro può concedere ai dipendenti beni e servizi – erogazioni in natura detassate – per un importo complessivo non superiore a 258 €; questi non concorrono a formare reddito di lavoro dipendente, né sono soggetti all'imposta sostitutiva del 10%, anche se fruiti, per scelta del lavoratore, in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme detassate;
- rispetto alle misure temporanee previste in precedenza vi è l'estensione del beneficio alla partecipazione agli utili dell'impresa.

Per quanto riguarda nello specifico il w.a., la normativa:

- altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico dell'impresa.

A partire dal 2009 l'agevolazione è stata limitata alle sole somme erogate per l'incremento della produttività, dell'innovazione e dell'efficienza organizzativa, aumentando sia il limite massimo assoggettabile all'imposta sostitutiva che passa da 3 mila a 6 mila €, sia il limite di reddito per poter usufruire, il quale passa da 30 mila a 35 mila €. Le somme da considerare sono quelle relative agli straordinari e il lavoro notturno qualora queste incrementino la produttività. La norma poi prorogata per il 2011 ha ulteriormente innalzato il limite reddituale portandolo a 40 mila € ma l'ambito applicativo delle agevolazioni è stato ristretto alle indennità premiali erogate in attuazione di quanto previsto da accordi o contratti collettivi territoriali o aziendali. La ulteriore proroga per il 2012 ha previsto la contrattazione di prossimità, l'abbassamento della soglia massima assoggettabile all'imposta sostitutiva agevolata portandola da 6 mila a 2.500 €, e del reddito ad un importo non superiore ai 30 mila € rispetto al limite dei 40 mila € precedentemente fissato. Il d.p.c.m. 22.01.2013, relativamente agli anni 2013 e 2014, ha definito un meccanismo nuovo e più restrittivo per limitare l'utilizzo indiscriminato della detassazione, con il concetto di "retribuzione di produttività", stabilendo che la detassazione sia valida per le somme erogate: "a titolo di retribuzione di produttività, in esecuzione di contratti collettivi di lavoro sottoscritti a livello aziendale o territoriale (...), ai sensi della normativa di legge e degli accordi interconfederali vigenti, da associazioni dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, ovvero dalle loro rappresentanze sindacali operanti in azienda...". Altra variazione il riferimento al tipo di contratti, con il requisito che i contratti collettivi debbano essere sottoscritti da organizzazioni con maggiore rappresentatività comparata sul piano nazionale, ovvero dalle loro rappresentanze sindacali operanti in azienda. Nel 2015 la detassazione non è stata applicata. Cfr. G. Fava (2016), *IL DECRETO INTERMINISTERIALE 25 MARZO 2016: LA CONTRATTAZIONE SINDACALE NELLA PRODUTTIVITÀ AZIENDALE*, in A. Brambilla e L. Crescentini, a cura di, (2016), *WELFARE AZIENDALE E SERVIZI ALLA PERSONA COME MOTORE DELL'ECONOMIA*, Secondo quaderno di approfondimento – Welfare e investimenti a 360 gradi, Assoprevidenza-Itinerari Previdenziali – Secondo welfare, www.secondowelfare.it.

- è intervenuta apportando modifiche rilevanti per i piani di welfare aziendale o di *flexible benefit* – paniere di utilità in cui scegliere quelle più rispondenti alle proprie esigenze – alla disciplina del reddito di lavoro dipendente, rendendo possibile la conversione, in tutto o in parte, senza limite di importo, del premio di produttività in servizi di welfare;
- ha ampliato le ipotesi di somme e valori che non concorrono alla determinazione del reddito da lavoro dipendente;
- ha stabilito che i *benefit* possono essere erogati mediante la attribuzione di titoli di legittimazione – *voucher*;
- ha integrato le erogazioni già agevolate, connotate dalle particolari finalità, nell’ottica del rafforzamento della conciliazione vita-lavoro; tra queste:
 - *educazione e istruzione* – asili nido, scuole materne, centri estivi e invernali, ludoteche, borse di studio a favore dei familiari ovvero rette scolastiche, tasse universitarie, libri di testo, trasporto scolastico, gite didattiche e visite d’istruzione, babysitteraggio;
 - *ricreazione* – corsi di lingua, di informatica, di musica, teatro, danza, iscrizione ad impianti sportivi, abbonamenti a riviste;
 - *assistenza sociale e sanitaria* – assistenza familiare per anziani e persone non autosufficienti;
 - *ticket restaurant* – per un valore giornaliero di 5,29€ o di 7€ in caso di voucher elettronici;
- ha stabilito che la non concorrenza al reddito di lavoro dipendente sia subordinata alla condizione che i *benefit* siano offerti alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti, escludendo che possano essere messe a disposizione solo di taluni lavoratori.

Il w.a in Toscana

La percezione diretta della presenza di piani, o quantomeno di pratiche non organiche, di w.a. tra le aziende operanti in Toscana ci porta a dire che il fenomeno sia piuttosto diffuso⁷⁰. La non sistematicità del monitoraggio e della valutazione

⁷⁰ Basti pensare, al di là della sua effettiva incidenza, l’esperienza di welfare interaziendale distrettuale del comprensorio pratese, spesso presa a riferimento a livello nazionale; cfr. C. Bocconi, (2014), *IL WELFARE AZIENDALE CONTRATTUALE IN ITALIA. ACQUISIZIONE DATI E INFORMAZIONI*, finanziato con i fondi della convenzione CNEL/ Ministero del Lavoro (2014) –, Rapporto finale 30 giugno 2014; R. Pessi, (2015), *L’ACCORDO SUL MODELLO DI WELFARE AZIENDALE NEL DISTRETTO INDUSTRIALE PRATESE: L’AVVIO DI UNA POSSIBILE ESPERIENZA DI WELFARE SOCIETY*, *Giornale di diritto del lavoro e relazioni industriali*, XXXVII, n.145, 1/2015; F. Alacevic, (2015), *WELFARE TERRITORIALE NEL DISTRETTO PRATESE: UN GIOCO A SOMMA POSITIVA?*, *Giornale di diritto del lavoro e relazioni industriali*, XXXVII, n.145, 1/2015.

delle esperienze, ovvero delle indagini disponibili, rende però difficile fare stime sufficientemente attendibili sull'incidenza dello stesso. La tabella 1 riporta le percentuali regionalizzate della ricerca Welfare Index già analizzata. Da ricordare che si tratta di una indagine che ha coinvolto un campione nazionale di 400 imprese con almeno 80 dipendenti. Dal report non sappiamo quante di queste siano radicate in Toscana e che caratteristiche abbiano. Detto ciò, con tutte le approssimazioni del caso, la tabella ci permette di riflettere in modo comparativo sulla rilevanza delle diverse tipologie di misure adottate.

Diffusione delle iniziative di welfare aziendale per regioni
PERCENTUALE DI IMPRESE CON ALMENO UNA INIZIATIVA

INIZIATIVA	TOTALE ITALIA	PIEMONTE - LIGURIA - VAL D'AOSTA	LOMBARDIA	VENETO - TRENTO ALTO ADIGE - FRIULI VENEZIA GIULIA	EMILIA ROMAGNA	TOSCANA	MARCHE - UMBRIA	LAZIO	ABRUZZO - MOLISE - BASILICATA - PUGLIA	CAMPANIA - CALABRIA	SICILIA - SARDEGNA
Formazione e sostegno mobilità	64.1	55.5	66.6	68.4	63.3	72.5	73.0	61.7	64.9	80.1	36.8
Assicurazioni per dipendenti e famiglie	53.0	56.3	56.5	55.8	51.8	54.0	51.3	43.1	63.2	45.4	31.1
Sostegno economico ai dipendenti	46.2	46.5	50.0	44.3	55.1	47.2	29.9	47.9	43.1	60.1	29.7
Previdenza integrativa	40.4	43.0	41.0	41.5	35.6	56.5	49.5	42.8	42.7	30.2	33.2
Salute	39.8	51.6	37.1	46.0	33.4	29.5	31.6	40.0	29.5	34.5	36.0
Sicurezza e prevenzione incidenti	38.0	31.5	35.4	28.4	47.7	32.2	26.2	34.1	61.5	37.4	49.9
Pari opportunità e sostegno genitori	18.5	16.8	18.0	14.2	13.6	17.6	12.9	25.2	30.0	33.5	16.2
Welfare allargato al territorio	15.0	12.5	14.4	12.9	14.7	15.6	14.8	11.4	20.7	34.9	6.6
Integrazione sociale soggetti deboli	14.1	17.2	15.1	13.3	13.2	13.9	6.1	6.6	6.4	29.3	14.2
Conciliazione vita e lavoro	4.9	5.9	6.4	5.5	3.2	0.1	3.8	3.2	4.1	2.0	5.7

Tabella 1

Lo faremo confrontando i dati delle aziende toscane con il dato medio nazionale e con quelli, disaggregati e riguardanti le regioni di Emilia Romagna e Lombardia, che come abbiamo visto nella *parte seconda* sono ad essa comparabili.

Dal primo confronto risulta che tra le imprese toscane e quelle italiane complessivamente intese risultano esservi ordini di priorità diversi. I campi in cui vi è minore impegno toscano sono quelli della salute, sicurezza e prevenzione incidenti, pari opportunità e sostegno genitoriale, conciliazione vita e lavoro. Questo perché la sensibilità su queste problematiche da parte delle parti sociali e dei lavoratori/trici è minore? Ci pare difficile sostenerlo, vista la forte e storica coesione sociale che caratterizza il contesto regionale. Oppure perché l'offerta di servizi e prestazioni in questi campi è tale da non renderli prioritari in quanto già garantiti a livello territoriale dal sistema pubblico? Molto più plausibile, ma non totalmente

giustificato dalla stima di popolazione/fabbisogno non coperta dal sistema stesso. Per un incrocio di tali dinamiche, ovvero per il fatto che percependo standard regionali pubblici mediamente molto alti, i rappresentanti degli *stakeholders* faticano a riconoscere la necessità di intervenire sul lato privato-aziendale? Anche per una tradizione culturale ancora fortemente basata sulla centralità/se non esclusività dell'offerta pubblica? Pure in questo caso plausibile ma da dimostrare.

Il secondo confronto ci dice che per la previdenza integrativa le aziende toscane staccano notevolmente quelle lombarde ed emiliano romagnole. All'opposto, queste ultime staccano quelle toscane per le misure di w.a. legate alla salute e per la conciliazione vita-lavoro. Con minore intensità questo succede anche per la sicurezza e la prevenzione degli incidenti, nonché per il sostegno economico. Le toscane, altresì, sono più impegnate negli interventi di formazione e sostegno alla mobilità e in tema di welfare allargato. Nei rimanenti campi le differenze sono altalenanti.

Queste prime semplici comparazioni, che non possono essere confuse con valutazioni degne di questo nome, sollecitano e confermano che, anche dal punto di vista degli indirizzi da dare allo sviluppo delle politiche di w.a., sia necessario un approfondimento molto più sistematico.

*Il welfare di distretto di Prato*⁷¹

Al fine di sostenere il potere d'acquisto dei lavoratori, nel distretto di Prato è stato implementato un progetto sperimentale denominato *welfare di distretto*.

Obiettivo la salvaguardia del potere d'acquisto dei lavoratori grazie alla aggregazione della domanda di beni e servizi – maggiore forza contrattuale – determinata dal bacino di circa 10 mila lavoratori, molti dei quali con famiglia.

L'accordo di secondo livello stipulato da Unione industriale pratese, Cgil, Cisl e Uil con i rispettivi sindacati di categoria Filctem, Femca e Uiltec, permette alle Pmi pratesi di implementare un welfare in grado di poter ottenere gli stessi benefici offerti dalle grandi aziende – ad es. Luxottica, Eni e Intesa San Paolo.

Sulla base di questo presupposto l'accordo fa del distretto un'unica grande azienda, riuscendo così ad ottimizzare costi di gestione e ad aumentare il rapporto costo/qualità delle prestazioni acquistate.

I lavoratori scelgono se trasformare il premio di produttività o le altre retribuzioni variabili in welfare per sé stessi o per la famiglia, con le agevolazioni

⁷¹ <http://www.poloprato.unifi.it/it/ricerca/laboratori/progetto-prato-old/i-progetti-attivi/welfarepmi.html>.

conseguenti. La gestione operativa si basa su una piattaforma informatica (Crescere), e ciò evita alle imprese problemi di tipo organizzativo. Attraverso di essa si ottengono scontistiche all'interno della grande distribuzione, nell'acquisto di libri scolastici, per i servizi di cura alla persona e ad asili, relative ai viaggi, ecc.

VERSIONE 4.10.16

XI CONCLUSIONI – UNA PROPOSTA DI POLICY REGIONALE

Introduzione

Ogni sistema di welfare regionale si trova, da tempo e progressivamente, nella situazione di dover far fronte a una molteplicità di problemi che si intersecano e amplificano vicendevolmente. In particolare quelli di conciliare il diritto di ognuno a cure e assistenza con la pressione determinata dall'aumento quanti-qualitativo di bisogni vecchi e nuovi; la crescente personalizzazione della domanda accompagnata di converso dalla riduzione strutturale della capacità di prendersi cura delle famiglie; i vincoli della spesa pubblica sempre più cogenti, ecc. A tutto ciò, in questi ultimi anni, si è aggiunto, pesantemente, il portato della crisi economica sul sistema delle famiglie: per cui, dentro uno scenario di disuguaglianze crescenti⁷², soprattutto per le fasce meno abbienti della popolazione, siamo in presenza di una riduzione della spesa e dei consumi che hanno rimodulato i *budget* familiari al ribasso, comportando la rinuncia anche a cure mediche basilari, ovvero fenomeni di impoverimento e di spese catastrofiche. I dati riportati nella seconda parte del Rapporto, ci pare giustifichino in modo inequivocabile tali considerazioni. Per il prossimo futuro l'allungamento delle aspettative di vita, il marcato invecchiamento della popolazione, le previsioni di incremento delle disabilità, la riduzione della capacità di cura delle famiglie, lasciano immaginare che la domanda sarà proiettata ad una crescita progressiva.

Il combinato disposto di tali dinamiche – *transizione demografica, epidemiologica, familiare ed economico-istituzionale* – potrà avere conseguenze critiche sul modello di welfare toscano da sempre riconosciuto – dalla cittadinanza, a livello istituzionale nazionale e internazionale, nonché a livello scientifico – come espressione di una visione espansiva ed emancipativa dei diritti di cittadinanza.

Sulla base dei vincoli finanziari alla spesa pubblica⁷³, in questi anni si è pensato

⁷² V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska, F. Lecci e F. Maietta, (2015), *CRISI ECONOMICA, DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI ED EFFETTI SULLA SALUTE DELLE PERSONE IN ITALIA*, Quaderni della Fondazione Farmafactoring /2015, <http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/Quaderno+Gennaio+2015+SINTESI+RAPPORTO/ac10dff7-29ff-44de-a4a6-e3e2b6947dc0>.

⁷³ Dal punto di vista cronologico, queste risultano essere i principali interventi di revisione della spesa avvenuti a partire dal dicembre 2012: "17 dicembre 2012. Il Ministro Balduzzi fa "chiarezza sui numeri della sanità", riportando che per il periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie (Legge di Stabilità 2013, dl 95/2012, dl 98/2011, dl 78/2010) sottrae al SSN una cifra prossima ai 25 miliardi €. Il dato viene corretto al rialzo dalle regioni che stimano tagli per oltre 30 miliardi €. 23 settembre 2013. La nota di aggiornamento del DEF 2013 programma un de-finanziamento che riduce progressivamente la quota di PIL destinata alla sanità pubblica dal 7.1% al 6.7%. 20 dicembre 2013. La Legge di Stabilità 2014 riduce ulteriormente il finanziamento per la sanità di oltre 1 miliardo €: 540 milioni € nel 2015 e 610 milioni € nel 2016. 10 luglio 2014. L'articolo 1 del Patto per la Salute 2014-2016 fissa le risorse per il triennio 2014-2016: 109,928 miliardi € per il 2014, 112,062 per il 2015 e 115,444 per il 2016 «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico». 16 ottobre 2014. La Legge di Stabilità 2015 non prevede tagli alla sanità, ma chiede alle regioni di recuperare 4 miliardi €, riaccendendo così il conflitto istituzionale tra Governo e regioni che congela l'attuazione del Patto per la Salute. 26 febbraio 2015. Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del fondo sanitario di oltre 2 miliardi € previsto dal Patto; le imminenti elezioni in sette regioni portano a rimandare continuamente la decisione su "dove tagliare". 2 luglio 2015. La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità: 2,352 miliardi € per il 2015 e il 2016. 4 agosto 2015. La Camera vota la fiducia al decreto Enti Locali che recepisce i tagli che, rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute, riducono di 6,79 miliardi € il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016. 30 dicembre 2015. La Legge di Stabilità 2016 fissa in 111 miliardi € il finanziamento per il 2016 (comprensivi di 800 milioni € da destinare ai nuovi LEA) e stabilisce che «Le Regioni e le province autonome [...] assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel

che le riforme potessero avvenire principalmente tramite *ricalibrature* interne al welfare pubblico (meno pensioni, più servizi sociali; meno ai padri, più ai figli; meno risarcimenti, più opportunità) e in secondo luogo attraverso ristrutturazioni gestionali e organizzative (efficientamenti in forme diversificate)⁷⁴. Le sofisticate ingegnerie sul versante della riorganizzazione dei sistemi regionali, se da una parte hanno messo in sicurezza i bilanci e ridotto sprechi e inapproprietezze⁷⁵, ma non altrettanto illegalità e corruzione⁷⁶, dall'altra non sono però riuscite a dare una risposta esaustiva alle grandi questioni appena richiamate. La domanda che diventa sempre più pressante riguarda se non vi sia la necessità di un approccio più strutturale, ovvero se si possa evitare e come il rischio che il welfare così come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi – *cifra della civiltà* di cui siamo portatori secondo la felice definizione di Federico Caffè – entri definitivamente in crisi.

Questo risulta particolarmente evidente sul versante delle non autosufficienze (o meglio delle cronicità sociosanitarie), rispetto al quale, oltre ad una domanda decisamente in crescita, abbiamo il fatto che le famiglie si trovano sempre più in affanno, con un sistema di offerta privata, dove è particolarmente diffusa l'irregolarità lavorativa, difficile da coordinare e poco controllabile sul versante delle professionalità⁷⁷. Nonostante le ingenti risorse messe a disposizione nel contesto toscano – in trasferimenti monetari in capo all'Inps e in capo ai comuni, o con un'offerta di servizi di buona qualità seppur insufficiente (cap. VIII) – il risultato più probabile, sul lungo periodo, sembra essere quello di ridimensionamento pesante dei confini dell'intervento pubblico attraverso il razionamento degli interventi, la modifica dei criteri di accesso e di compartecipazione e la riduzione della spinta verso l'integrazione dei comparti ed il governo della rete degli interventi. Il fatto che il settore pubblico sociosanitario regionale, che a confronto di altre regioni presenta *performance* assolutamente invidiabili (cap.III), non risulti pure esso in grado di rispondere adeguatamente a una domanda così diffusa, contribuisce a spingere le

rispetto dei livelli essenziali di assistenza [...]». 11 febbraio 2016. Un'intesa Stato-Regioni sancisce che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (3,5 miliardi € per il 2017 e 5 miliardi € per il 2018 e 2019), assolvendo le regioni dal compito di presentare proposte di disinvestimento e il Governo da quello di valutarle, fatta eccezione per i residuali 480 milioni €. Il fabbisogno sanitario nazionale viene determinato in 113 miliardi € per il 2017 e in 115 miliardi € per il 2018. 9 aprile 2016. Il DEF 2016, oltre a recepire l'intesa del 11 febbraio 2016, stima che nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL decrescerà dello 0,1% anno, attestandosi nel 2019 al 6,5%". N. Cartabellotta, E. Cottafava, R. Luceri, M. Mosti, (2016), RAPPORTO SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 2016-2025, Fondazione GIMBE, Bologna, giugno 2016, http://www.rapportogimbe.it/Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN_2016-2025.pdf.

⁷⁴ Questo, ovviamente, non riguarda solo il nostro paese e, in genere, sembra permettere di ottenere risultati temporanei; cfr R. S. Kaplan e D.A. Haas (2014), HOW NOT TO CUT HEALTH CARE COSTS, Harvard Business Review, novembre 2014, <https://hbr.org/2014/11/how-not-to-cut-health-care-costs>.

⁷⁵ Vista la vasta letteratura sull'argomento, mi limito a segnalare i siti in cui si possono trovare i rapporti annuali dei maggiori centri di ricerca italiani che lavorano su questi temi: Cergas Bocconi – Rapporto Oasi. http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan; Crea Tor Vergata – Rapporto Crea Sanità <http://www.rapportosanita.it>; Fondazione Farmafactoring – Quaderni della Fondazione Farmafactoring <http://www.fondazionefarmafactoring.it/quaderni>.

⁷⁶ Il 21 aprile scorso è stato firmato un Protocollo d'Intesa con cui il Ministero della Salute e l'ANAC si impegnano a porre in essere forme di reciproca collaborazione con il fine di attuare, con modalità condivise e avvalendosi dell'Agenas, la realizzazione congiunta di attività di verifica, controllo e valutazione anche sul campo, dell'attuazione e della coerenza delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione adottate dalle Aziende sanitarie e dagli Enti assimilati del Servizio Sanitario Nazionale; per un inquadramento della tematica: Avviso Pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele e Libera, (2013), ILLUMINIAMO LA SALUTE. PER NON CADERE NELLA RAGNATELA DELLA ILLEGALITÀ, <http://www.illuminiamolasalute.it/chi-siamo>.

⁷⁷ Anche in questo caso la letteratura disponibile è alquanto vasta, mi limito a segnalare la serie dei rapporti del Network Non Autosufficienza pubblicati da Maggioli editore, <http://www.maggioli.it/rna>.

famiglie a ricorrere massicciamente a prestazioni sociosanitarie pagate di tasca propria (*out of pocket*) o autoprodotte a scapito di altri diritti e/o esigenze, come la rinuncia nel lavoro femminile. Il mancato accesso, detto altrimenti, non rappresenta solo la negazione di un diritto basico, ovvero il diritto a cure appropriate, ma è una perdita di valore che, viceversa, se recuperato e trasformato in domande e risposte fattive, può generare reddito e occupazione.

E' sempre esistita una domanda inesausta di cure e di assistenza a cui ogni sistema universalistico, compreso quello italiano, non è riuscito a fare fronte e che spesso non ha trovato risposta neppure nella sanità e assistenza a pagamento⁷⁸. Tale fenomeno, nel nostro Paese, sembra avere oramai raggiunto proporzioni tali per cui occorre riflettere e trovare risposte innovative, sul piano delle prestazioni ma anche di una diversa organizzazione del rapporto tra domanda e offerta. Si tratta di individuare nuove modalità che siano coerenti con una visione e una strategia finalizzate al raggiungimento di obiettivi di interesse generale, basate sull'integrazione delle risorse e sulla *governance* pubblico/privato, e che al contempo svolgano una funzione di partecipazione alla effettività/fruibilità dei diritti fondamentali delle persone, sia in termini di risposta a nuovi bisogni che di miglioramento del livello quali-quantitativo dei servizi esistenti, contribuendo così al superamento delle crescenti disuguaglianze di accesso. La strada dell'integrazione tra pubblico e privato è centrale ma, al contempo, anche non facile. Se ben gestita – *coordinamento, trasparenza, accountability, efficientamento, ecc.* –, sia sul lato della organizzazione della domanda e della ottimizzazione delle risorse come su quello dell'offerta – di cui la Regione Toscana è *benchmark* da sempre – rappresenta una risorsa rilevante.

La proposta

Tenuto conto delle considerazioni appena riportate – in parte originanti, in parte ulteriormente maturate durante la sua realizzazione – con la ricerca intervento sui fondi mutualistici e i sistemi di assistenza integrativi in ambito socio sanitario si è voluto perseguire cinque obiettivi:

- i. fornire indicazioni per una proposta di *policy* regionale finalizzata al potenziamento della attuale copertura integrativa collettiva sociosanitaria ed alla sua integrazione con il sistema di welfare regionale toscano;
- ii. realizzare una ricognizione delle caratteristiche dei principali attori del welfare integrativo e della loro incidenza sulla spesa privata sanitaria e socio sanitaria;
- iii. predisporre un modello di intervento per la costruzione di una forma di welfare integrativo sociosanitario regionale compartecipato;

⁷⁸ Rinvio ad un numero in preparazione della rivista Politiche Sociali – Il Mulino – che conterrà un focus dedicato all'argomento, curato da E. Granaglia, <https://www.mulino.it/riviste/issn/2284-2098>.

- iv. coinvolgere attivamente i principali stakeholders (parti sociali, organismi del terzo settore, società di mutuo soccorso, enti locali, ecc.) rispetto alla analisi dei risultati e alla co-progettazione e implementazione di tale proposta.
- v. delineare un ruolo regionale di regia e di coordinamento, propositivo e di co-costruzione delle azioni di implementazione del progetto.

In particolare, essa ha inteso predisporre un programma di lavoro:

- inseribile nella prossima stagione programmatoria regionale, a cominciare dalla sua coerenza con la proposta di Piano Regionale di Sviluppo approvato dalla Giunta Regionale⁷⁹, e con particolare riferimento al prossimo Piano Integrato Regionale Sanitario e Sociale;
- avente come priorità le non autosufficienze, e poi estendibile ad altre situazioni di bisogno e/o di prevenzione dei bisogni sociosanitari;
- di carattere regionale, da sviluppare con uno *step* intermedio attraverso una o più sperimentazioni di area vasta;
- prototipale a livello nazionale, ovvero proponibile alla Conferenza delle Regioni e/o al Governo per una sperimentazione *anche per conto di* e/o per una successiva validazione e diffusione.

In altri termini, si è voluto formulare una proposta di *policy* regionale in tema di welfare integrativo in cui fossero chiare le ragioni che ne motivano la scelta, le evidenze/fatti che la giustificano, il contesto socio politico istituzionale dentro cui essa si viene a collocare, l'articolazione e i contenuti attraverso i quali si potrà realizzare, le condizioni attuative che ne permetteranno la realizzabilità. Il tutto attraverso la condivisione con i diversi stakeholder pubblici e privati attivi nel contesto regionale (cap.II). Vediamo in dettaglio i risultati inerenti questi punti.

⁷⁹Delibera di Giunta Regionale n. 567 del 14-06-2016, progetto regionale n. 20TUTELA DEI DIRITTI CIVILI E SOCIALI;abstract: " 1. CONTESTO DI RIFERIMENTO In questo scenario interventi relativi alle forme di welfare integrativo (sanità integrativa e previdenza complementare) regolati da legislazione nazionale (in particolare Decreto 31 marzo 2008 e successive modificazioni) possono assumere la funzione di promuovere la "mutualizzazione" dei rischi più diffusi, rendendola effettivamente integrativa e non sostitutiva, finalizzata a politiche regionalizzate di governance pubblico/privata, valorizzandone la funzione e al contempo impegnando i soggetti del sistema al rispetto di regole in particolare di pubblicità e trasparenza.2. OBIETTIVI..... 6. Promuovere un approfondimento, inizialmente definito e circoscritto ad ambiti specifici, finalizzato a estendere le tutele, allargare la platea degli attori impegnati, assumere le comunità di appartenenza come riferimento, in una logica di coprogettazione e coproduzione delle risposte con gli stakeholder toscani.3. TIPOLOGIE DI INTERVENTO6. Promozione di welfare integrativo: - Aggregare le ingenti risorse "disperse" nella spesa privata complessiva; Organizzare la domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie nella direzione di ridurre /compensare le asimmetrie informative rispetto ad una offerta differenziata e plurale; Mutualizzare i rischi che portano a fenomeni di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche, soprattutto per le fasce sociali meno abbienti; Valorizzare il potenziale di capitale sociale insito nelle diverse forme di auto organizzazione, mutualità e solidarietà espressione della coesione del territorio; Costituire luoghi di partecipazione dei soggetti promotori delle innovazioni (Osservatori) e sperimentazione di modelli differenziati per aree geografiche..... 4. RISULTATI ATTESI E INDICATORI...Con riferimento all'obiettivo 6 Risultati attesi: Nell'ambito della spesa privata, ridurre l'incidenza della spesa out of pocket e aumentare quella dell'intermediata secondo logiche di mutualità e solidarietà, realizzandone la governabilità; Ridurre le asimmetrie informative e aumentare l'efficacia delle strategie di governo della domanda attraverso partnership pubblico privata con gli enti di intermediazione; Rendere più efficienti/efficaci gli enti di intermediazione; Indicatori: Numero di soggetti associativi e mutualistici (numero di cittadini affiliati) aderenti alla proposta regionale; Percentuale di spesa privata intermediata sulla stima del totale della spesa privata e/o gestita privatamente dalle famiglie; Percentuale risorse destinate alla copertura di prestazioni in rapporto al totale risorse raccolte con adesioni.

Le ragioni

In premessa (cap. 0) al Rapporto sono già state ampiamente sviluppate. Ne riportiamo una sintesi schematica per facilitare la lettura di quanto poi seguirà:

- 1) al centro del lavoro svolto vi è l'idea della necessità di superare *l'emianopsia*, metaforicamente parlando, cioè una visione parziale delle problematiche con cui si tende ad analizzare e ricercare le soluzioni che investono i sistemi sociosanitari di welfare nazionali e regionali;
- 2) *l'emianopsia*, nel nostro caso, si manifesta in un duplice modo:
 - nel considerare welfare più o meno implicitamente solo ciò che corrisponde all'offerta pubblica o privata convenzionata;
 - nel concepire le forme di welfare integrativo con una visione complementare e compensativa di una temporanea o inevitabile impossibilità di estendere, rispetto alle risorse disponibili, l'offerta pubblica garantita per bisogni e domande vecchie e nuove; in una battuta: *ragioniamo solo di pubblico, e di un pubblico che ha sempre meno risorse*;
- 3) per superare tale *patologia* è necessario che si riesca a:
 - *tenere* insieme i valori dell'universalismo e la dinamicità della società, ovvero i cambiamenti strutturali che la stanno attraversando;
 - *esplicitare/“complementare”* il perimetro dell'offerta pubblica e di quella integrativa attraverso una *governance* plurale, qui intesa come coalizione (dei rappresentanti) dei diversi interessi presenti nella società toscana;
 - *aumentare la competitività del pubblico e del non profit* in un mercato privato sociosanitario da regolare e da cui, di fatto, questi sono in gran parte esclusi;
 - *condividere*, in una logica di co-progettazione e co-produzione delle risposte, questo percorso con gli *stakeholder* toscani interessati.
- 4) Da qui la proposta, basata su un approfondimento regionalmente definito e circoscritto al sociosanitario, di come sia possibile:
 - i. *riconfigurare l'universalismo a partire da dove l'universalismo non è mai arrivato e da dove rischia di retrocedere (spesa privata extra lea e socio-sanitaria-assistenziale)*;
 - ii. *per ampliare (estensione) le tutele e i tutelati*;
 - iii. *allargando (corresponsabilità plurale) la platea degli attori impegnati*;
 - iv. *assumendo le comunità di appartenenza (aggregazioni in cui i cittadini si riconoscono in un destino comune) come riferimento aperto all'interesse generale*.
- 5) Questo può avvenire attraverso una strategia capace di:
 - *aggregare* le ingenti risorse “disperse” nella spesa privata gestita

- direttamente dalle famiglie per i propri bisogni di salute e benessere;
- *organizzare* la domanda privata di prestazioni sociosanitarie riducendo/compensando le relative asimmetrie (governo della domanda);
- *mutualizzare* i rischi sociosanitari che portano a fenomeni di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche sul lato della domanda, e di razionamento su quello dell'offerta;
- *sollecitare* una organizzazione dell'offerta che faccia emergere l'ingente sommerso del lavoro di cura e di offerta sanitaria irregolare, al fine di renderla equa, sostenibile, legale.

6) Tale proposta *non intende*:

- i. intaccare i presupposti valoriali e gli elementi di successo da tutti riconosciuti che hanno caratterizzato lo sviluppo del modello di welfare toscano, *bensì intervenire per rafforzali* lì dove essi danno segnali di criticità e dove rischiano di destabilizzare il sistema nel suo insieme – come per l'appunto il campo della *long term care* – con configurazioni sperimentali capaci di considerare contemporaneamente le risorse pubbliche e quelle private (*cash e in kind*) finalizzandole su obiettivi di politiche pubbliche condivise ed improntate su una idea dinamica di *universalismo*;
- ii. riproporre forme particolaristico-clientelari quali erano le mutue pubbliche antecedenti la prima riforma sanitaria del 1978, *bensì valorizzare il potenziale di capitale sociale* insito nelle diverse forme di auto organizzazione, mutualità e solidarietà, come riconosce peraltro la stessa Regione Toscana anche con la legge n. 57/2014;
- iii. subire la deriva, nel campo delle non autosufficienze, di un ruolo pubblico residuale o circoscritto principalmente alla erogazione di misure *cash*, *bensì individuare soluzioni pubbliche e partecipate*;
- iv. penalizzare ruoli, funzioni o aspettative dei diversi attori coinvolti, tantomeno di quelli pubblici, in particolare la Regione, *bensì*, al fianco delle competenze istituzionalmente stabilite (garanzia dei LEA, come esempio), far sì che essa rafforzi la sua funzione di *public governance*.

Le evidenze

Nella seconda parte del rapporto (cap. III-VIII) abbiamo inquadrato, sulla base dei dati disponibili, la situazione regionale relativamente a questioni nodali inerenti il modello di welfare toscano, i suoi caratteri qualificanti, il tipo e la pregnanza di alcune criticità con cui si sta confrontando. Lo sforzo è stato quello di rappresentare, nel modo più chiaro possibile, se e fino a che punto le criticità presenti possano effettivamente diventare destabilizzanti per il sistema nel suo complesso e comprendere di quali risorse materiali e immateriali dispone lo stesso sistema per

rispondere a tali sfide. Il risultato finale ci pare confermi ampiamente questa ipotesi. Riportiamo, sintetizzandoli, i principali risultati:

- a. (Cap. III) la Regione Toscana ha affrontato al pari di altre, nel corso dell'ultimo decennio, un impegnativo percorso di ridefinizione istituzionale e operativa del proprio sistema pubblico sociosanitario, manifestando una resilienza che, complessivamente, le ha permesso di mantenere – e a volte migliorare, se considerate in termini comparativi rispetto al resto delle regioni italiane – le sue *performance*; l'influenza del contesto socio culturale ed economico – con i suoi addentellati storico politici – ha giocato evidentemente un ruolo fondamentale; in ogni caso qualsiasi sia il metro con cui si intende misurare – ricchezza prodotta, benessere equo e sostenibile, sviluppo umano, qualità della vita, deprivazione sociale, livelli di povertà – disuguaglianza, coesione sociale, effettività dei diritti sanitari e sociali, incidenza della copertura per popolazioni e per prestazioni, ecc. – la Toscana si posiziona sempre ai primissimi posti delle diverse graduatorie;
- b. (Cap. IV) i dati di spesa sanitaria confermano questa capacità di governo del sistema pubblico: a partire dal 2009, la spesa pubblica toscana si è sostanzialmente stabilizzata attorno ai 7,2 miliardi € e nello stesso periodo quella pc si è attestata attorno ai 1.800 € annui; calcolando il solo riparto del Fondo sanitario nazionale, nel 2016 questo è stato di 6.832.328.584 €; la spesa farmaceutica totale regionale nel 2015 è stata di poco sotto i 2 miliardi € mentre quella territoriale è arrivata attorno al miliardo e 100 milioni €; la compartecipazione complessiva alla spesa sanitaria, sempre nel 2015, ha raggiunto i 203 milioni €, pari a 54€ pc;
- c. (Cap.V) una stima nazionale del dato aggregato della spesa sanitaria e sociosanitaria gestita – e non solo finanziata – dalle famiglie italiane porta ad un valore di 54-55 mld €; in essa confluiscono stime di diversa natura e origine, elaborate su fonti e con metodologie diverse (vedi Tabella 2).

Area di consumi	Stima mld €
Prestazioni sanitarie gestite privatamente dalle famiglie "non intermedie"	27
Assistenza familiare	9
Compartecipazione servizi sociali	4,2
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	4,1
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	1,5-2
Trasferimenti assistenziali "informali"	9,1

Totale	54-55
---------------	--------------

Tabella 2

la situazione toscana è stata ricostruita seguendo la stessa impostazione utilizzata per quella nazionale, integrando dove possibile dati frutto di studi e ricerche a carattere regionale; da essa emerge che la spesa sanitaria e sociosanitaria gestita dalle famiglie è nell'ordine dei 3,8 mld € (Tabella 3);

Area di consumi	Stima mld €
Prestazioni sociosanitarie gestite privatamente dalle famiglie "non intermedie"	1,968
Assistenza familiare	0,864
Compartecipazione servizi sociali comunali (anziani e disabili) 2012	0,050
Autoproduzione (mancato reddito <i>caregiver</i>)	0,257
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	0,125
Trasferimenti assistenziali "informali"	0,560
Totale	3,824

Tabella 3

- d. (Cap. VI) negli anni della crisi il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie, sia pubbliche che pagate privatamente, ha accentuato il suo peso; in Toscana la spesa sociosanitaria privata secondo l'Indagine sui Consumi di Istat, tra il 2011 e il 2013 è passata da 510,8 € pc a 486,7 € pc, con un minimo nel 2012 di 468,9 € – di questi meno di 25 € risultano quelli intermediati da fondi integrativi sanitari; come è facile comprendere, si tratta di un indicatore di domanda di assistenza inevasa, in alcuni casi (qui difficili da quantificare) anche non pertinente, ovvero di qualità dell'offerta;
- e. (Cap.VI) tenendo conto che per essere correttamente interpretato il dato sulle rinunce necessita di approfondimenti con analisi più specifiche, in particolare su quale sia la parte di popolazione interessata e per quali

domande/bisogni di prestazioni sanitarie pubbliche, abbiamo che in Regione, una percentuale più o meno corrispondente alla media nazionale (6-7%) dichiara di aver rinunciato per motivi di ordine economico e non solo o tanto per la lunghezza delle liste di attesa, ovvero per le alternative che presenta l'offerta privata non convenzionata; di converso, rispetto al consumo/erogazione dell'offerta sanitaria pubblica, tra il 2010 e il 2013, secondo l'Agenzia Sanitaria Regionale⁸⁰:

- *sono diminuite* le prestazioni di assistenza specialistica, ma con un livello di spesa sostanzialmente invariata, il che porta a presumere che si siano erogate prestazioni di maggiore complessità; visite specialistiche e prestazioni riabilitative sono calate soprattutto per gli uomini 30-40enni; sono diminuite anche le prestazioni di diagnostica per immagini, soprattutto tra le donne; così pure e in modo generalizzato le prestazioni di diagnostica di laboratorio e, per i 25-40enni, le prestazioni di diagnostica strumentale;
 - *sono rimaste costanti* le procedure interventistiche e la diagnostica terapeutica (biopsie, chirurgia ambulatoriale, procreazione medicalmente assistita);
 - *è aumentato* il consumo di farmaci, soprattutto per gli ultra 60enni;
 - nel 2014⁸¹, poi, il consumo di farmaci antidepressivi è risultato presentare il valore più alto tra le regioni italiane (59,5 contro 39,3 DDD/1.000 abitanti die); nel periodo 2005-2014 l'aumento regionale è stato del 40,3% (50,1% a livello nazionale)⁸²;
- f. (cap. VI) non disponendo di dati regionalizzati, riportiamo come *proxy* l'impatto che i bisogni sanitari hanno avuto a livello nazionale in termini di impoverimento e spese catastrofiche:
- nel 2012 le famiglie che hanno fatto ricorso a spese sociosanitarie private sono state 15,5 milioni, il 61,1% del totale delle famiglie italiane; queste hanno pagato in media 1869,6 € annui;

⁸⁰ Ars (2014), *CRISI ECONOMICA, STATO DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI IN TOSCANA*, Serie in cifre n. 4, Firenze, ottobre 2014, www.ars.toscana.it.

⁸¹ Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2015), *RAPPORTO OSSERVASALUTE 2015*, Roma, <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2015/15>.

⁸² Per meglio comprendere le variazioni che ci sono state, è da tenere presente che in Toscana, dal 2011 (dgr 722/2011 aggiornata con dgr 753/2012) oltre al ticket di base, il cittadino è chiamato a contribuire alle spese sanitarie per farmaci convenzionati e per prestazioni di specialistica ambulatoriale con un ticket aggiuntivo parametrato all'ISEE, a partire dalla soglia di reddito familiare di 36.151,98 €. Detto questo, anche in Toscana, la percentuale di esenzione è rilevante. Nel 2012 ha riguardato il 63% delle ricette contro una media nazionale del 70%. La metà, sempre a livello nazionale, era per reddito, cioè circa 67 mln su 144,8 mln.

Per quanto riguarda le altre tipologie di esenzione, i dati relativi al 2011 indicavano che:

- *per condizione* - ovvero gli invalidi, i ciechi assoluti, i sordomuti, gli infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali, le donne in stato di gravidanza (dalla 1° alla 41° settimana), le donne incinte a rischio, i detenuti e gli internati, gli obiettori di coscienza in servizio civile, i soggetti ai quali vengono effettuate prestazioni diagnostiche per screening, e i cittadini extracomunitari non in regola privi di risorse economiche ai quali vengono effettuate prestazioni ambulatoriali urgenti – le ricette esenti sono state pari a 32,6 mln;
- per malattia rara, oltre 1,2 mln;
- per invalidità di guerra poco più di 162 mila;
- per patologia ammontavano invece a circa 41,7 milioni, di cui 2,2 mln in Toscana. (fonte http://www.adnchronos.com/salute/sanita/2014/09/12/niente-ticket-sul-delle-ricette-per-esami-visite-arrivo-una-riforma-del-sistema_XL3hfVYler10I49USc9JXN.html).

- la spesa per disabili e anziani non autosufficienti delle sole famiglie che hanno dovuto sostenerla, mediamente è stata poco più di 6.000 €;
 - le famiglie colpite da impoverimento per spese sociosanitarie sono state 266 mila – per queste, l'incidenza delle spese sociosanitarie è del 14,7% su una media di 14.000 € di consumi annui, valore che indica l'incomprimibilità di tali consumi, ovvero la necessità di rinunciarne ad altri per garantirsi tali prestazioni/servizi;
 - le più colpite sono le coppie senza figli con persona di riferimento over 65 (27,5%) e le persone sole over 65 (16,81%);
 - le famiglie sottoposte a spese catastrofiche sono state quasi 900 mila, e hanno sopportato una spesa media per i consumi sociosanitari di circa 5 mila e 700 €; non dissimile è il profilo delle famiglie colpite: persone sole over 65 (6,7%) seguite dalle coppie senza figli con persone di riferimento over 65 (5,94%); in altri termini, la presenza in famiglia di persone anziane aumenta il rischio di spese catastrofiche sociosanitarie di tre volte se ve ne è una, mentre di 2,2 volte se gli anziani sono due e più;
- g. (Cap. VII) per quanto riguarda l'Alpi – attività intramoenia – in Toscana le prestazioni vengono prenotate solo attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP e non è prevista l'intramoenia allargata – attività libero professionale svolta in spazi sostitutivi fuori dall'azienda; le prenotazioni settimanali nel 2013 risultavano essere circa 8.700 (nel 2012 erano 7.471); i tempi di attesa erano sotto i 30 giorni per le visite di chirurgia vascolare, otorinolaringoiatria, fisiatria, oncologia e pneumologia, mentre risultavano essere entro 60 giorni quelle per la diagnostica strumentale (tranne mammografia ed ecografia della mammella); il rapporto attività libero-professionale e attività istituzionale indicava il ricorso all'Alpi in misura maggiore per le visite specialistiche rispetto alle prestazioni strumentali; in termini economici:
- nel 2013 la Regione ha presentato, insieme all'Emilia Romagna, la spesa pc più alta tra le regioni italiane con 30,2 € ad abitante (era 32,1 nel 2012);
 - sempre come l'Emilia Romagna, la sua distribuzione è per i 2/3 circa in specialistica, 1/5 in ospedaliera e il rimanente in altro tipo di prestazioni;
 - il guadagno medio per professionista è stato di poco più di 19 mila € annui, quasi 1/4 in meno dell'Emilia Romagna e 1/5 in più della media nazionale;
 - per il Ssr il rapporto ricavi-costi è stato di + 33,4 mln € (trend leggermente positivo 2009- 2013) con una marginalità lorda pari al

30%;

h. (Cap.VIII) considerando le diverse condizioni di gravità, si può stimare che le persone con limitazioni funzionali in Toscana siano attorno alle 200-220.000; conosciute dai servizi come disabili – 0-64 anni – risultano esservi 79.000 persone, con un trend di nuovi 10.000 casi l'anno; secondo le stime dell'Agencia sanitaria regionale:

- o sono 125.000 le persone over 65 fragili ad alto rischio di non autosufficienza;
- o quelle non autosufficienti 75.105, di cui con livello di gravità: lieve, 23.633; moderato, 19.208; grave, 32.264;
- o quelle malate croniche, in parte appartenenti sia alle prime che alle seconde, nel 2012 erano 464 mila;

i fruitori di Ida – indennità di accompagnamento – risultano essere quasi 100.000, di cui l'81% anziani - 60% >80enni – e il rimanente 19% <65enni;

i. (Cap. VIII) molteplici sono le diverse misure previste nel quadro delle politiche regionali per le disabilità e le non autosufficienze; data la difficoltà di perimetrazione nella analisi e costruzione della spesa sociosanitaria, e di quella per la Ltc in particolare, è possibile ottenere solo una prima e parziale catalogazione delle misure/azioni e delle relative imputazioni di spesa presenti, peraltro senza poterne verificare i flussi che intercorrono tra le stesse (Tabella 4); in ogni caso, il quadro che ne esce indica rilevante è l'insieme della spesa pubblica stanziata;

Misura/ Intervento	Target	Anno	Importo RT (in milioni €)	Copayment Altri (in milioni €)	Norma/ Programma	Note
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO NAZIONALE						
Indennità di accompagnamento	Anziani Disabili	2015		640,00	Leggi n. 18/1980 508/1988 662 /1996	Indennità di accompagnamento per invalidi civili parziali e totali e ciechi civili in Toscana: • invalidi civili totali: 99.068 -> 608 mln €; • invalidi civili parziali: 118 -> 0,725 mln €; • ciechi civili: 3.211 -> 34,6 mln € Fonte: INPS-Osservatorio sulle pensioni

<i>Altre misure assistenziali Inps</i>	Anziani Disabili	2015		686,50	Varie	<p>1) Pensioni di invalidità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegno ordinario di invalidità: 19.022 -> 189,4 mln € • Pensione di inabilità: 4.734 -> 64,5 mln €; • Pensione di invalidità: 33.442 -> 251,7 mln € <p>2) Prestazioni agli invalidi civili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciechi civili: <ul style="list-style-type: none"> ○ pensioni ciechi assoluti e parziali: 6.155 -> 18,6 mln € ○ indennità ventesimisti: 4.445 -> 11,9 mln € • sordomuti: <ul style="list-style-type: none"> ○ pensione ai sordomuti: 750 -> 2,3 mln € ○ indennità di comunicazione: 2.211 -> 6,7 mln € • invalidi totali: pensioni inabilità invalidi totali: 22.000 -> 76,3 mln € • invalidi parziali: <ul style="list-style-type: none"> ○ assegno di assistenza: 12.498 -> 43 mln € ○ indennità frequenza minori: 6.095 -> 21 mln € <p>Fonte: INPS-Osservatorio sulle pensioni</p>
<i>Permessi ex legge 104/1992 e Dlgs 151/2001 settore</i>	Anziani Disabili	2015	No	59,50	Legge 104/1992; DLgs 151/2001	<p>Stima da dati INPS: beneficiari permessi e congedi ex L. 104/1992 e Dlgs 151/2001 nel settore privato in Toscana: 20.608 -> 59,5 mln €⁸³</p>

⁸³ La cifra stimata per la Toscana (59,5 milioni di €) deriva dall'applicazione del *costo medio nazionale 2015 per beneficiario di permessi/congedi nel settore privato (2.888 €)* al numero di beneficiari toscani di permessi/congedi nel settore privato (20.608). Il costo medio nazionale 2015 per

<i>privato</i>						Fonte: INPS - Osservatorio sulle prestazioni a sostegno della famiglia e XV Rapporto annuale (2016)
<i>Agevolazioni fiscali</i>	Anziani Disabili	2015	No	125,00	Varie	Nostra stima
<i>Fondo nazionale non autosufficienza</i> <i>Riparto 2016</i>	Anziani Disabili gravi	2016		Stato 27,16		** www.unificata.it
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO PRIVATO						
<i>Spesa sanitaria privata</i> <i>Intermediaria</i>	Anziani	2015	No	13,04		Nostra stima 483.080 over 75 x 27€ pc spesa intermediata
<i>Spesa privata per assistenza familiare</i>	Anziani Disabili	2015	No	649,00		Badanti regolari in Toscana: 39.119 = 304 mln € (fonte: INPS-Osservatorio Lavoratori domestici) ⁸⁴ Badanti irregolari in Toscana: stima 45.000 = 345 mln € (fonte: elaborazioni su stime IRS - Lavoro domestico e di cura: Buone pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa) ⁸⁵
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO REGIONALE						
<i>Servizi residenziali</i> <i>Quota</i>	Anziani Disabili	2010	250,00	(Comuni 28)		Fonte Irpet 2014

beneficiario di permessi/congedi nel settore privato deriva dal rapporto tra il numero nazionale di beneficiari di rapporti/congedi nel settore privato (450.000) con il costo complessivo (1,3 miliardi di €).

⁸⁴ Il calcolo deriva dal prodotto tra i lavoratori domestici inquadrati come badanti e le classi di retribuzione annuale.

⁸⁵ La stima fatta da IRS parla di 830.000 badanti in Italia, di cui il 56% irregolari. Per il calcolo della quota toscana del numero di badanti irregolari è stata applicata al valore nazionale delle badanti irregolari la stessa proporzione che c'è tra il dato regionale e quello italiano (10%) per le badanti regolari di fonte INPS. Per il calcolo della spesa è stata applicata al numero stimato di badanti irregolari toscane la retribuzione media annua delle badanti regolari di fonte INPS.

<i>sanitaria</i>						
<i>Servizi semi-residenziali</i>	Anziani Disabili	2010	52,00			Fonte Irpet 2014
<i>Quota sanitaria</i>						
<i>Assegni di cura</i>	Anziani Disabili	2010	32,00			Fonte Irpet 2014
<i>Adi</i>	Anziani Disabili	2010	146,00			Fonte Irpet 2014 Comprensivi di servizi sanitari ambulatoriali
<i>Pronto Badante</i>	Anziani	2016	2,76		DGR 946/2015	
<i>Servizi di incontro domanda offerta assistenza familiare</i>	Anziani					Dato non trovato
<i>Contributo finanziario famiglie in difficoltà con minori disabili</i>	Disabili	2016	1,500		L.r. 82/2015	Il finanziamento è previsto anche per gli anni 2017 e 2018
<i>Programma Durante e dopo di noi</i>	Disabili	2016	9,000		L.r. 66/2008 DGR 370/2010 Decisione Giunta Regionale 11/2015	Documento "Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi socio- sanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità"
<i>Sostegno scolastico – spesa insegnanti sostegno</i>	Disabili	2015				Dato non trovato
<i>PEZ – progetti educativi zonali</i>	Disabili	2015	11,85		L.r. 32/2002 Dgr 15/2015	

<i>Piani gestione diversità</i>	Disabili	2010-2014	2,20		Dgr 530/2008	
<i>Azioni inclusione alunni disabili</i>	Disabili	2015	1,00		Prot. RT e Ufficio Scolastico Regionale	
<i>Azioni inclusione alunni spettro autistico</i>	Disabili				Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	Dato non trovato
<i>Servizi di istruzione domiciliare e scuola ospedaliera</i>	Disabili				Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	Dato non trovato
<i>Servizi per il collocamento mirato</i>	Disabili				L.r. 32/2002	Comitato tecnico per la valutazione delle capacità lavorative residue – art.25
<i>Diritto al lavoro disabili (Incentivi imprese per assunzioni+ Programma GiovaniSi – tirocini- e assunzioni + Percorsi inserimento lavorativo Persone Down???)</i>	Disabili	2014	3,88	Versamenti imprese per esoneri parziali e sanzioni riscosse	Dgr 558/2013	Fondo regionale + 1,052 mln € Fondo nazionale
<i>Programma GiovaniSi – contributo affitto per autonomia abitativa</i>	Disabili	2014	3,00		L.r. 65/2010 Dgr 758/2012 e 194/ 2013	Ammontare complessivo 9,000 mln € per 3 anni per tutti i richiedenti 30-34enni
<i>Trasporto alunni</i>	Disabili	As 2012/13 - 2015/16	4,50		Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	
<i>Trasporto ferroviario</i>	Disabili e Anziani	2014-2016	48,00	33,00 (complessivi 81,00)	Dgr 703/2014	Contratto di servizio con Trenitalia

						Acquisto nuovi treni
<i>Adattamenti o domestico</i>	Disabili	2014	2,00		Dgr 1043/2014	Abbattimento barriere architettoniche
<i>Interventi per l'accessibilità a fisica e sensoriale</i>	Disabili	2014	3,00		Dgr 1172/2014	Eliminazione barriere architettoniche proposte da EE.LL.
<i>Adeguamento abitazione esigenze persona</i>		2014	0,15			Progetto sperimentale Sds Fiorentina N. Ovest e Pratese

DEFINITE/GESTITE A LIVELLO LOCALE

<i>Spesa dei comuni singoli o associati e per interventi e servizi sociali per l'area di utenza "Disabili"</i>	Disabili	2012		86,70 (Comuni 37,80; Ausl 21,50; Associazioni comuni/SdS 27,30)		Interventi e servizi: 42 mln € Strutture: 18,8 mln € Trasferimenti in denaro: 25,8 mln € Fonte: Istat, Rilevazione spesa dei comuni singoli o associati per interventi e servizi sociali
<i>Spesa dei comuni singoli o associati per interventi e servizi sociali per l'area di utenza "Anziani"</i>	Anziani	2012		117,00 (Comuni 55,20; Ausl 25,10; Associazioni comuni/SdS 36,7)		Interventi e servizi: 46,4 mln € Strutture: 38,6 mln € Trasferimenti in denaro: 31,8 mln € Fonte: Istat, Rilevazione spesa dei comuni singoli o associati per interventi e servizi sociali

DEFINITE/GESTITE A LIVELLO COMUNITARIO

MISURE POR FSE 2014-2020

Priorità d'investimento	Azioni POR	Importo
-------------------------	------------	---------

B.1 (9.I) Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	B.1.1.2.B) Creazione e rafforzamento cooperative sociali di tipo b, anche in forma consortile e creazione di impresa per sogetti svantaggiati	13.743.060
	B.1.1.3.A) Incentivi all'occupazione disabili	5.497.224
	B.1.1.1.A) Inserimento soggetti disabili	27.486.121
Priorità d'investimento b.2 (9.iv) miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	B.2.1.3.A) Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia	30.921.886
	B.2.1.4.A) Intermediazione, orientamento e formazione nell'ambito dei servizi di cura	6.871.530

Di tali misure sono state attivate 14.700.000 € per l'inserimento lavorativo per soggetti disabili – Azione POR B.1.1.1.A (DGR 1197 del 9 dicembre 2015).

Tabella 4

Il contesto normativo e politico

Il welfare integrativo è tema di crescente attenzione nel dibattito pubblico, scientifico e politico. Nei capp. IX e X abbiamo approfondito, in particolare, il mutualismo e il welfare aziendale e, a partire dal primo, abbiamo delineato il quadro normativo e operativo relativo ai fondi sanitari integrativi. Questa scelta è stata determinata dalle seguenti motivazioni:

- a. di fronte all'ampia disponibilità di elaborazioni tecnico giuridiche che inquadrano nel suo insieme la materia dei fondi integrativi, sarebbe risultato poco utile riproporne altre;
- b. nel corso del lavoro di ricerca abbiamo *piacevolmente scoperto* che altri centri – Irpet con il supporto di Ires Cgil; Cesvot; Sant'Anna di Pisa; ecc – stavano affrontando il tema da angolazioni specifiche, per cui altrettanto poco utile sarebbe stato approfondire aspetti su cui altri stavano già lavorando;
- c. vista la specificità toscana, ovvero la rilevanza culturale e operativa, passata e presente, delle forme di autorganizzazione, mutualismo e solidarismo nate e sviluppatesi nel contesto regionale, abbiamo concentrato l'attenzione per l'appunto sul mutualismo (cap. IX), riprendendo e aggiornando analisi storiche e aspetti normativi rispetto a ricerche ed elaborazioni svolte negli anni scorsi, finalizzando il tutto alla sanità integrativa;

- d. vista l'attualità del tema del welfare aziendale⁸⁶, alcune sperimentazioni pilota realizzate in ambito regionale, e che nella implementazione della proposta si dovrà delineare una modalità di raccordo virtuoso con le realizzazioni presenti e quelle in fieri, abbiamo ritenuto utile offrire almeno un inquadramento e una serie di stime della sua incidenza (cap. X) sulla base di alcune ricerche realizzate in questi ultimi anni.

Per poter meglio inquadrare nell'ambito del dibattito in corso la proposta qui presentata, e ad integrazione di quanto già discusso nei capitoli appena citati, tre sono gli approfondimenti necessari:

- a. il quadro aggiornato della consistenza dei fondi sanitari integrativi;
- b. le posizioni dei diversi attori sulle scelte necessarie per un loro sviluppo e, in questo, la crescente attenzione alla territorializzazione/regionalizzazione della sanità integrativa (vedi capp. IX e X⁸⁷);
- c. le ipotesi di implementazione normativa, ovvero di prosecuzione della decretazione attuativa e di raccordo con la previdenza complementare⁸⁸.

a. *Il quadro dei fondi sanitari integrativi.* I fondi sanitari (cap. IX) si distinguono in due tipologie: fondi integrativi ex art. 9 d.lgs. n. 502/1992 e smi, operanti esclusivamente negli ambiti di intervento non coperti dal Ssn – i cd *fondi Doc*, A – e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale – i cd *fondi non Doc*, B –, che erogano prestazioni sanitarie comprese nell'ambito di intervento del Ssn, di cui all'art. 51, co. 2, lett. a), Tuir. Il d.m. 27.10.2009 c.d. *Sacconi* individua le modalità di iscrizione all'Anagrafe dei Fondi sanitari. Entro il 31 luglio di ciascun anno – art. 3 – i fondi si iscrivono all'Anagrafe ovvero rinnovano la loro iscrizione. Ai fini del mantenimento delle agevolazioni fiscali, gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale trasmettono certificazione comprovante il rispetto della soglia del 20% delle risorse vincolate, ovvero: l'ammontare delle risorse impegnate per prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti, nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio,

⁸⁶ G. Mallone, (2016), *IL WELFARE AZIENDALE NELLA LEGGE DI STABILITA' 2016: LE NOVITA' PER LE IMPRESE E I LAVORATORI*, Politiche Sociali, III, n.2/2016, Bologna, Il Mulino.

⁸⁷ Ad integrazione di quanto riportato nelle diverse parti del rapporto, si evidenzia che anche nell'ambito dei fondi di natura contrattuale sono in atto soprattutto nel settore dell'artigianato, esperienze di territorializzazione/regionalizzazione, come quella di Sani-fond Bolzano <http://www.sanifonds.it/it>, SaninVeneto <http://www.saninveneto.it/sp/it/home.3sp>, Fondo Wila <http://www.wila.it>, mentre Sanifond Trentino <http://www.sanifonds.tn.it> si caratterizza per essere intercategoriale.

⁸⁸ una proposta normativa organica, a cui si rimanda per questo punto, la si trova in G. Labate, (2016), *DODICI MILIONI DI ITALIANI HANNO SCELTO LA SANITA' INTEGRATIVA. PRENDIAMONE FINALMENTE ATTO*, Quotidianosanità, 9 giugno 2016, http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=40510.

anche se non accreditate; l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti; la percentuale dell'importo sul totale dell'erogato.

In base agli ultimi dati disponibili⁸⁹, i fondi riconosciuti all'Anagrafe del Ministero della Salute nel 2015 sono stati 300, di cui il 2% attestato come tipologia A e il 98% come B. Quelli che hanno ottenuto il rinnovo sono stati il 92%. Tra il 2010 e il 2015, i fondi attestati sono passati da 267 a 300, con un incremento del 12,3%. Complessivamente, il numero di assistiti nel 2014 è stato di 7.493.824 persone (nel 2013 erano 6.914.814, ovvero l'8,4% in meno). Risultano poi esservi un numero significativo di fondi di attesa della attestazione.

L'incidenza dei fondi A risulta relativamente contenuta: nel 2014 i 7 attestati hanno avuto un totale di 645 iscritti (erano 811 nel 2013) e un ammontare di risorse impegnate per le tutte le prestazioni di 77.051 € (erano 51.013 € nel 2013).

Diversa è la situazione dei fondi B. Gli iscritti nel 2014 sono stati 7.493.179 (nel 2013 erano 6.913.373, con una differenza di 579.806 unità, pari all'8,4%). Si stima che a fine 2016 gli iscritti si avvicineranno complessivamente ai 10 milioni, gli assistiti, ovvero compresi i familiari coperti, a circa a 12 milioni⁹⁰.

L'ammontare delle risorse impegnate per prestazioni vincolate – assistenza odontoiatrica, assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti, prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio – è stato del 32% (era il 33% nel 2013) e in termini assoluti ha rappresentato la cifra di 682.448.936€ su un totale erogato di 2.159.808.946 € (nel 2013, rispettivamente 2.111.730.229 € e 690.892.884 €). Tra i due anni considerati, il trend è stato caratterizzato per la diminuzione di quasi 8,5 mln € di prestazioni vincolate, l'aumento di quasi 580 mila iscritti, e la diminuzione della copertura della spesa pc vincolata di 8,84 € (91,08 € nel 2014 contro 99,44 € nel 2013).

Circa il 40% dei fondi sanitari (124) gestisce il rischio con una convenzione assicurativa, 121 fondi sono autoassicurati e solo 44 fondi utilizzano una forma mista di autoassicurazione e polizza. La maggior parte dei fondi sanitari è stata costituita tramite CCNL (131), seguono gli accordi fra persone fisiche (98), gli accordi societari (31), gli accordi tra società e persone fisiche (15), gli accordi aziendali (7) e altre tipologie (8)⁹¹.

Per quanto riguarda i soli fondi costituiti tramite CCNL, la Tabella 5 riporta una ricognizione, aggiornata al 2015, di cosa prevedono i principali contratti in tema di sanità integrativa. Insieme alla alta variabilità delle coperture e delle contribuzioni previste, nonché dei soggetti paganti, essa fa vedere come uno stesso fondo può gestire più contratti.

⁸⁹ R. Botti (2016), *OPERATIVITA' SULL'ANAGRAFE DEI FONDI SANITARI*, Roma, 13 aprile 2016, <http://www.itinerari previdenziali.it/site/home/eventi/2016/convegno-casse-assistenza-sanitaria-integrativa/atti-del-convegno.html>.

⁹⁰ G. Labate, (2016), *DODICI MILIONI DI ITALIANI HANNO SCELTO LA SANITA' INTEGRATIVA. PRENDIAMONE FINALMENTE ATTO*, Quotidianosanità, 9 giugno 2016, http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=40510

⁹¹ Idem.

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Industria alimentare	Fondo sanitario integrativo FASA: iscrizione volontaria. Possono iscriversi sia i dipendenti a tempo indeterminato che i dipendenti a tempo determinato (con contratto pari o superiore a 9 mesi).	Costituito in data 01/10/2011, ex art. 74 CCNL sottoscritto il 21 luglio 2007	10€ al mese.	A partire dal 2016 ogni dipendente può versare ulteriori 2€ mensili	Polizza copre titolare e nucleo familiare fiscalmente a carico.	Alifond
Alimentari, panificatori, artigianato	SAN. ARTI: Iscrizione obbligatoria. Dal 2013 sono iscritti al fondo i dipendenti tempo indeterminato, compresi gli apprendisti e i lavoratori a tempo determinato (contratto superiore ai 12 mesi).	Costituito il 23 luglio 2012 in attuazione dell'Accordo interconfederale del 21 settembre 2010 e dell' art. 15 CCNL alimentari-panificatori artigianato	10,42€ al mese. L'azienda che non iscrive il dipendente al fondo deve corrispondere al lavoratore 25€ lordi mensili		Possono iscriversi volontariamente anche i familiari: per i bambini con età compresa tra i 12 mesi e 1 giorno e i 14 anni: il costo è di €110; per i familiari con età tra i 15 e 67 anni sia uomini che donne : €175 Possono iscriversi anche i titolari di impresa artigiana e il nucleo famigliare	Inizialmente ARTIFOND, poi a FON.TE.
Panificatori industria	FONSAP: iscrizione volontaria. Possono iscriversi i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto superiore ai 9 mesi.	Costituito il 15/06/2011, in seguito all'Accordo di rinnovo del CCNL del 1° dicembre 2009	10€ mensili		Non previsto	In preferenziale si ipotizza di aderire Alifond.

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Orafi argentieri industria	METASALUTE: iscrizione volontaria. Possono aderire i lavoratori a tempo indeterminato e i lavoratori a tempo determinato con validità residua del contratto di almeno 12 mesi, nonché gli apprendisti.	Costituito il 21/11/2011, in seguito all'accordo di rinnovo CCNL del 15 ottobre 2009, paragrafo "Bilateralità e welfare"	4€ mensili	2€ mensili	Non previsto	COMETA
Miniere metallurgia	Faschim: adesione volontaria, silenzio assenso. Possono iscriversi i dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto => 6 mesi	Costituito il 29 luglio 2003 per il settore chimico, secondo quanto stabilito dal CCNL 12 febbraio 2002 - parte VII. L'adesione del comparto minerario avviene con l'Accordo sindacale di rinnovo del CCNL del 19 luglio 2006	204€ annuali	84€ annuali	Se si vuole estendere a 1 solo familiare è necessario versare 288€/anno, 363€/anno per intero nucleo	Fonchim
Piastrelle ceramica	FASIE, se non già in vigore un sistema di assistenza sanitaria integrativa. Possono iscriversi (iscrizione volontaria) i lavoratori con contratto a tempo indeterminato, determinato e di inserimento. Possono aderire anche i pensionati, purché iscritti all'atto del pensionamento	Costituito con Accordo sindacale del 19 dicembre 2007 per il settore energia e petrolio. Il settore piastrelle e ceramica aderisce con il rinnovo del CCNL del 22/11/2010	140€/anno a carico dell'azienda.	140€/anno a carico del lavoratore	La quota per l'estensione al familiare è di 186€, la quota per l'iscrizione del coniuge/convivente è di 372€. Il costo per i pensionati è di 372€.	Ex assopiastrelle aderiscono a Foncer
Vetro lampade	FASIE: iscrizione volontaria. Possono iscriversi tutti i lavoratori con contratto a tempo indeterminato e determinato con durata non inferiore a 1 anno.	Costituito con Accordo sindacale del 19 dicembre 2007 per il settore energia e petrolio. Il settore vetro e lampade aderisce in applicazione del Capitolo III del CCNL 19 luglio 2013	96€/anno	96€/anno	Estensione al nucleo familiare: per il 1° figlio 170€, 2°,3° e 4° figlio 150€, dal 5° figlio 140€, coniuge/convivente 192€.	Fondo Fonchim

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Chimici, farmaceutici, fibre industria	Faschim: iscrizione volontaria, Possono iscriversi tutti i lavoratori non in prova con orario di lavoro pari o superiore al 50% dell'orario normale, con contratto a tempo indeterminato o determinato, purché la durata sia superiore a 1 anno, al netto del periodo di prova.	Costituito il 29 luglio 2003, secondo quanto stabilito dal CCNL 12 febbraio 2002, parte VII.	252€/anno	36€/anno	L'iscrizione si può estendere all'intero nucleo familiare, con contributo di 363€/anno. Se si iscrive un solo familiare il contributo annuo è di 288€/anno	Fondo Fonchim
Gomma e plastica cavi - elettrici industria	FASG&P: adesione obbligatoria. Sono iscritti i lavoratori a tempo indeterminato, tempo determinato e apprendisti.	Costituito il 10 aprile 2015, in attuazione a quanto previsto dal CCNL 08/01/2014	Contribuzione: 8€ al mese, 968€/anno.	Contribuzione: 8€ al mese, 968€/anno.	La copertura può essere estesa ai familiari	Fondogomma plastica
Lapidei e inerti industria	Altea fondo intersettoriale. Adesione obbligatoria. Sono iscritti i lavoratori a tempo indeterminato, tempo determinato e apprendisti.	Costituito nel 2012, in attuazione dell'Accordo sindacale (Feneal-Uil, Filca Cisl, Fillea Cgil) del 29 marzo, integrato dal protocollo di intesa del 30 giugno 2011 per i settori del legno, dell'edilizia, delle industrie affini e dell'estrattiva	8€ mensili		Non previsto	Fondo Arco: 1,5% della retribuzione utile al calcolo TFR a carico azienda; 1,3% a carico lavoratore. Tfr: 40% pre-1993; 100% post 1993
Cemento, calce e gesso	Altea fondo intersettoriale: adesione obbligatoria. Sono iscritti i lavoratori a tempo indeterminato, tempo determinato e apprendisti.	Costituito nel 2012, in attuazione dell'Accordo sindacale (Feneal-Uil, Filca Cisl, Fillea Cgil) del 29 marzo, integrato dal protocollo di intesa del 30 giugno 2011 per i settori del legno, dell'edilizia, delle industrie affini e dell'estrattiva	11€ mensili	2€ mensili	Non previsto	Concreto

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Laterizi industria	Altea fondo intersettoriale. Adesione obbligatoria. Sono iscritti i lavoratori a tempo indeterminato, tempo determinato e apprendisti.	Costituito nel 2012, in attuazione dell'Accordo sindacale (Feneal-Uil, Filca Cisl, Fillea Cgil) del 29 marzo, integrato dal protocollo di intesa del 30 giugno 2011 per i settori del legno, dell'edilizia, delle industrie affini e dell'estrattiva	6€ mensili		Non previsto	Fondo Arco: 1,4% della retribuzione utile al calcolo TFR a carico azienda; 1,4% a carico lavoratore. Tfr: 40% pre-1993; 100% post 1993
Cartai e cartotecnici industria	Fondo Salute sempre: dal 2014 adesione su base volontaria per i dipendenti a tempo indeterminato.	Costituito il 17/12/2012 secondo quanto previsto dall'Art. 17 CCNL Cartai e cartotecnici del 13 settembre 2012	84€/anno	36€/anno	Possibilità iscrizione familiari, solo se effettuata per l'intero nucleo, previa contribuzione aggiuntiva: 90€/anno per ogni familiare.	Fondo Byblos.
Tessili-industria	Non prevista					Previmoda
Pelli e cuoio industria	Non prevista					Previmoda
Legno e arredamento - industria	Altea fondo intersettoriale. Adesione del lavoratore su base volontaria.	Costituito nel 2012, in attuazione dell'Accordo sindacale (Feneal-Uil, Filca Cisl, Fillea Cgil) del 29 marzo, integrato dal protocollo di intesa del 30 giugno 2011 per i settori del legno, dell'edilizia, delle industrie affini e dell'estrattiva	10€ mensili		Non previsto	Fondo pensione Arco

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Legno arredamento e PMI (Unital)	Altea fondo intersettoriale. Adesione obbligatoria: sono iscritti tutti i dipendenti.	Costituito nel 2012, in attuazione dell'Accordo sindacale (Feneal-Uil, Filca Cisl, Fillea Cgil) del 29 marzo, integrato dal protocollo di intesa del 30 giugno 2011 per i settori del legno, dell'edilizia, delle industrie affini e dell'estrattiva	10€ mensili		Non previsto	Fondo pensione Arco
Giocattoli, modellismo industria	Non prevista					Previmoda
Occhiali industria	non prevista					Previmoda
Metalmeccanici	METASALUTE: adesione volontaria. Possono iscriversi i lavoratori a tempo indeterminato, i lavoratori a tempo determinato, con contratto pari ad almeno 12 mesi e gli apprendisti.	Costituito il 10/11/2011, secondo quanto stabilito dal CCNL 15/10/2009, sezione IV - Titolo IV	Dal 2015: 4€ mensili	Dal 2015: 2€ mensile	Possibile estendere ai familiari: coniuge/convivente + figli 33€ al mese (396€ anno)	Fondo Cometa

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
<p>Metalmecchanici Fiat/Magneti Marelli</p>	<p>Dal 2013 è stato costituito 1 solo fondo per Fiat e Fiat Industrial: FASIF. L'iscrizione al pacchetto base (campagne prevenzione e long term care) è obbligatoria e sono iscritti i dipendenti a tempo indeterminato, determinato almeno di 12 mesi e gli apprendisti, Rimangono però attivi 2 piani di copertura completa che rispecchiano i precedenti fondi FASIFIAT e FASIQ (per i quadri).</p>	<p>Art. 20 del Contratto Collettivo Specifico di lavoro del 29/12/2010 tra Fiat e FIM-CISL, UILM-UIL, FISMIC, UGL Metalmeccanici e l'Associazione Quadri e Capi FIAT</p>	<p>Contributi pacchetto base annui: 21€ contribuzione al fondo + 60€ per i programmi prevenzione e 5€ per LTC. Per chi era già iscritto a FASIFIAT 124€/anno a carico datore Per chi era già iscritto a FASIQ 424€ annui</p>	<p>Per chi era già iscritto a FASIFIAT: 62€ annuali e per chi era già iscritto a FASIQ: 212€ annuali a carico lavoratore</p>	<p>I lavoratori potranno estendere l'iscrizione a componenti del proprio nucleo a fronte del pagamento di 50€ per componente. Per i figli con età compresa tra i 26 e i 30 anni: 80€</p>	<p>Fondo Cometa e per personale 'professional' adesione al fondo pensione Quadri e Capi Fiat</p>
<p>Metalmecchanici cooperative</p>	<p>Nelle more della costituzione di un fondo di assistenza sanitaria integrativa promosso dalle Centrali Cooperative, i lavoratori (non in prova) possono volontariamente iscriversi ad un Fondo Cooperativo di assistenza sanitaria integrativa che le parti andranno ad individuare, costituito allo scopo di erogare prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.</p>	<p>Art. 16 CCNL del 13/05/2013</p>	<p>48€ annuali a carico cooperativa</p>	<p>24€/annuali</p>	<p>/CCNL attuato non</p>	<p>Cooperlavoro</p>

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Piccola industria CONFAPI - Metalmeccanico, Chimico, Tessile, Grafico, Alimentare, Edile, Informatico, Laterizi e cemento, Lapidei, Servizi alle imprese, Calce e gesso	SANAPI. Adesione volontaria. Possono iscriversi i dipendenti. Avvio previsto nel 2015.	Accordo non attuato non Fondo non istituito	10€ mensili		Non previsto	Fondapi
Edilizia industria	Le casse edili dovranno aderire obbligatoriamente a un fondo/assicurazione a carattere nazionale. Il costo massimo per l'adesione non può essere superiore allo 0,25% rispetto alla massa dei salari della singola Cassa edile.	Accordo interconfederale tra Confapi e Cgil, Cisl e Uil del 28 dicembre 2012.			/	Prevedi
Edilizia cooperative	Le casse edili dovranno aderire obbligatoriamente a un fondo/assicurazione a carattere nazionale. Il costo massimo per l'adesione non può essere superiore allo 0,25% rispetto alla massa dei salari della singola Cassa edile.				/	Cooperlavoro
Grafici editoriali industria	Fondo Salute sempre: dal 2014 adesione su base volontaria per i dipendenti a tempo indeterminato.	Costituito il 17/12/2012 secondo quanto previsto dall'Art. 12 CCNL aziende grafiche ed editoriali, accordo di rinnovo del 30/05/2011	84€/anno	36€/anno	Possono iscrivere: coniuge/convivente, figli minorenni, figli fiscalmente a carico fino ai 26 anni, figli disabili. 90€/anno per persona	Fondo Byblos a. contributo 1% retribuzione annua paritetico datore di lavoro e lavoratore; b. dopo 1993 100% TFR; pre 1993 c. quota su retribuzione utile per la maturazione TFR p2%

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Commercio e terziario Confcommercio	Fondo EST (Confcommercio): sono iscritti tutti i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e gli apprendisti. Quadri: QuAs 350€ a carico azienda + 50 dipendente	Ex Art. 92 CCNL (Confcommercio) del 2 luglio 2004 per i dipendenti delle aziende del Terziario, della distribuzione e dei servizi	10€ mensili	2€ mensili	Non prevista per Fondo Est	FON.TE
Commercio e terziario Confesercenti	Aster (Confesercenti): sono iscritti tutti i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e gli apprendisti. Contribuzione mensile.	Ex Art 92 CCNL 6 luglio 2004 (Confesercenti) per i dipendenti da aziende del terziario della distribuzione e dei servizi e art. 136 CCNL 22 luglio 2003 (Confesercenti) per il settore del turismo	10€ mensile Quadri: QuAs 350€ a carico azienda	2€ mensili, 56€ dipendente	Non prevista per Aster	FON.TE
Impianti sportivi, palestre	Istituita solo a favore dei quadri, che aderiscono a QuAs	Ex Art. 49 CCNL impianti sportivi	QuAs 350€ a carico azienda			FON.TE
Farmacie municipalizzate	Fondo EST: sono iscritti i lavoratori a tempo indeterminato (tempo pieno e part-time). I quadri hanno una polizza con ASSOFARM	CCNL aziende farmaceutiche speciali, 13 dicembre 2007, art. 67	10€ mensili per i dipendenti		Non previsto per Fondo Est	Previambiente
Farmacie private	Non prevista					Fon.te
Cooperative sociali	Le parti devono individuare un fondo sanitario integrativo a cui devono essere iscritti tutti gli addetti a tempo indeterminato.	Art. 87 CCNL Cooperative sociali del 16 dicembre 2011	5€ mensili			Cooperlavoro

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Cooperative di consumo	Coopersalute: aderiscono obbligatoriamente tutti i lavoratori indeterminati a tempo pieno e parziale e gli apprendisti.	Art. 16 CCNL Cooperative di consumo. Istituito ex art. 15 del verbale di accordo sottoscritto il 2 luglio 2004 tra le Associazioni cooperative e le Organizzazioni sindacali.	10€ per i lavoratori a tempo pieno, 7€ a tempo parziale		Non previsto	Previcoper
Artigiani alimentari, panificazione, tessile e moda, pulizie, acconciatura ed estetica, centri benessere, legni e lapidei, chimica e ceramica	SAN. ARTI: iscritti i dipendenti a tempo indeterminato, compresi apprendisti e gli assunti a tempo determinato. Per i lavoratori con contratto intermittente (a chiamata) il versamento del contributo è previsto per tutti i mesi in cui vi è una prestazione effettiva	Costituito il 23 luglio 2012 in attuazione dell'accordo interconfederale del 21 settembre 2010 e dei contratti collettivi nazionali di lavoro di settore	10,42€ mensili		Possono iscriversi volontariamente anche familiari.	ARTIFOND
Turismo Confcommercio, FAITA, Federalberghi	Fondo EST: iscrizione obbligatoria. Non possono iscriversi gli apprendisti. L'iscrizione è prevista anche per il tempo determinato, se con durata >3 mesi.	CCNL per i dipendenti delle aziende del Turismo del 17 maggio 2005 per i dipendenti di pubblici esercizi e imprese di viaggio	Fondo Est: 8€		Non è prevista	Fondo pensionistico FON.TE
	Fondo FAST per aziende alberghiere e complessi turistici. Sono iscritti obbligatoriamente apprendisti e lavoratori a tempo indeterminato. L'adesione è volontaria per i lavoratori a tempo determinato, con contratto > di 3 mesi.	Titolo VI – Capo IX CCNL Turismo del 18 gennaio 2014 per i dipendenti delle strutture alberghiere e complessi turistico-ricettivi all'aria aperta	Fondo Fast: 120€/anno	Fondo Fast: 24€/anno, i lavoratori a tempo determinato pagano interamente il contributo (144€/anno)		

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Turismo Industria (ANAV, ACI, TCI...)	Fontur: iscrizione obbligatoria per i lavoratori a tempo indeterminato. E' altresì consentita l'iscrizione dei dipendenti a tempo determinato, con contratto di durata iniziale superiore a tre mesi (adesione volontaria).	Art. 124 CCNL aziende dell'industria turistica del 2 febbraio 2004	10€ per ciascun lavoratore a tempo indeterminato e 8€ per part time		Non è prevista	Fondo previdenza integrativa Marco Polo
Telecomunicazioni	Piano sanitario di Assicassa di Unisalute: adesione volontaria	CCNL 23 ottobre 2009 art. 55	96€	24€		Fondo Telemaco
Autoferrotranvieri	Non prevista					Priamo
Petrolio e energia	Fondo Fasie: adesione volontaria dipendenti a tempo indeterminato e determinato con contratto >12 anni. Possibilità prosecuzione adesione pensionati e nucleo familiare	Costituito con Accordo sindacale del 19 dicembre 2007 per il settore energia e petrolio	Opzione base Dipendente 125€ annuali	Opzione base Dipendente: 72€/anno Pensionati: 173€/anno	Sono coperti anche il coniuge e i figli a carico. I familiari conviventi possono essere coperti solo scegliendo gli altri pacchetti rispetto a quello base.	Fondenergia
Acqua e gas	Fondo Fasie: adesione volontaria dipendenti a tempo indeterminato e determinato con contratto >12 anni. Opzione base: a carico dipendente e 70€ a carico dell'azienda. Possibilità prosecuzione adesione pensionati (173€) e nucleo	Costituito con Accordo sindacale del 19 dicembre 2007 per il settore energia e petrolio. Il settore acqua e gas aderisce con il Protocollo sull'assistenza sanitaria integrativa, allegato al CCNL 10 febbraio 2011	Opzione base Dipendente: 70€ annuali	Opzione base Dipendente: 127€/anno Pensionati: 173€/anno	Sono coperti anche il coniuge e i figli a carico. I familiari conviventi possono essere coperti solo scegliendo gli altri pacchetti rispetto a quello base.	Fondo Pegaso/ Fondenergia

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Assicurazioni	La scelta della polizza assicurativa è affidata all'impresa. E' prevista anche una copertura Long Term Care (LTC) ed è stato costituito un Fondo Unico Nazionale.	Artt. 87 e 88 CCNL imprese di assicurazione personale dipendente non dirigente	Contributo aziendale pari allo 0,5% della retribuzione base per calcolo contribuzione previdenziale. LTC: Le aziende versano lo 0,5% della retribuzione tabellare annua.		È possibile estendere la polizza ai familiari, secondo quanto previsto dall'ente assicuratore	Adesione a fondo, anche aperto, scelto dall'impresa.
Credito	Per i quadri è prevista copertura assistenza integrativa, contributo a carico azienda 361,52. Dal 2008 copertura Long term care per dipendenti, pensionati ed esodati gestita dal CASDIC.	Artt. 63 e 64 CCNL per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali dipendenti delle imprese creditizie, finanziarie e strumentali	LTC (long term care): 100€/anno			Credito: demandato alle singole aziende, nella contrattazione secondo livello. SIM (Società intermediazione immobiliare): le Parti concordano la possibilità per le aziende di continuare ad aderire al fondo Arti e Mestieri di BPM
SIM (intermediazione immobiliare) - confluito nel Credito	È data possibilità di continuare ad aderire alla Polizza Unisalute fino alla scadenza concordata. Adesione volontaria per i lavoratori a tempo indeterminato. Dopo la scadenza seguono norme CCNL Credito	Accordo di confluente nel CCNL Credito del 15 dicembre 2011: a partire dal 1 gennaio 2012	20€ mensili	4€ mensili	È possibile estendere la polizza ai familiari, secondo quanto previsto da Unisalute	È data possibilità di continuare ad aderire al Fondo arti e mestieri BPM, fermo restando libertà lavoratore di aderire ad altra forma a parità di condizioni.
Dipendenti studi professionali	CADIPROF - cassa integrativa per tutti gli addetti: 15€ mensili a carico datore di lavoro + 24 Una tantum	CCNL Studi professionali del 29/11/2011, artt. 7 bis e 19.				FON.TE

Settore	Assistenza integrativa	Riferimenti normativi	Contributo azienda	Contributo lavoratore	Estensione familiari	Previdenza complementare
Federambiente - servizi ambientali aziende pubbliche	Fondo Fasda: assicurazione obbligatoria per i soli lavoratori a tempo indeterminato e apprendisti.	Allegato 11 al CCNL dei servizi ambientali (Federambiente) del 17 giugno 2011	170€ annuali			Previambiente.
Imprese di pulizie e imprese multiservizio (Fise-confindustria, Legacoopservizi e Federlavoro e servizi-Confcooperative, Unionservizi Confapi)	Fondo ASIM: iscrizione obbligatoria per lavoratori tempo indeterminato.	Art. 69 CCNL dipendenti delle imprese esercenti i servizi di pulizia e servizi integrati/multiservizi del 31 maggio 2011	4,00€ mensili per lavoratori con orario settimanale fino a 28h, € 6,00 mensili per i lavoratori con orario settimanale superiore.			Le imprese verseranno rispettivamente a Previambiente (Federambiente e Fise), Fondapi (Confapi) e Cooperlavoro.
Istituzioni socio-assistenziali Anaste	Non prevista					FON.TE:

Tabella 5

A tutt'oggi, in base alla normativa esistente, non è possibile accedere direttamente ai dati dell'Anagrafe ministeriale. Quanto riportato, pertanto, sembra essere al momento il massimo di conoscibile. Esso in ogni caso ci permette di evidenziare un paio di nodi.

Il primo riguarda il fatto che la crescita del numero di fondi, e la relativa minore crescita del numero di iscritti, corrispondono ad una ancora minore crescita, se non diminuzione, delle risorse pc erogate per prestazioni vincolate e non. A questo, sulla base delle interviste dirette ad alcuni responsabili dei fondi, superata la prima fase di acquisizione delle competenze base per il loro utilizzo, corrisponde poi invece un comportamento consumeristico (vedi cap.IX), ovvero a forte rischio di inappropriatazza, da parte degli iscritti. Se questa valutazione fosse comprovata da analisi più approfondite, segnalerebbe una dinamica interna alla sanità integrativa quantomeno problematica, in termini di sostenibilità, di funzionalità, di comportamenti opportunistici dei diversi attori coinvolti, ecc.

Altro elemento su cui riflettere, anche questo in parte già richiamato nel cap. IX, riguarda la crescente complessità istituzionale e gestionale – caratteristiche

giuridiche, assetti strutturali, modelli gestionali, modalità di adesione, livelli di copertura, ecc. – che contraddistingue l’operatività dei fondi⁹², peraltro in parte influenzata anche dalle caratteristiche e interessi degli attori che li vanno a costituire e che partecipano al loro governo.

Entrambe le questioni rinviano alla necessità di intervenire sulla normativa per aggiornarla e completarla in termini di controllo, di soluzione delle incertezze di natura fiscale, di regolazione dei rapporti tra fondi e service, di garanzie per gli iscritti, ecc.

b. Che fare? Su questo, da tempo, centri di ricerca, *decision maker* e *stakeholder* si stanno confrontando proponendo soluzioni ovviamente corrispondenti ai diversi punti di vista – dai più critici ai più favorevoli – e interessi. Senza la pretesa di essere esaustivi e ovviamente focalizzandoci sulle tesi che non rifiutano per principio l’esistenza di una sanità integrativa, riportiamo di seguito alcuni documenti in cui sono formulate valutazioni e proposte in merito.

Come si potrà leggere, esse riguardano un paniere di temi piuttosto ampio, con posizioni che si intersecano a volte convergendo, altre divergendo e in altre ancora manifestando mix compositi. Vediamone un primo inquadramento:

- la finalizzazione della sanità integrativa dentro una visione della sanità pubblica, intesa come complesso di enti, strutture e organizzazioni che investono sulla promozione della salute (Turco) secondo il principio di solidarietà, con ruolo regolativo dello Stato (Fondazione Farmafactoring; Labate) e con attenzione a rafforzare l’universalismo (Cgil, Cisl, Uil); ovvero, di converso, nel quadro di un framework sostenibile e una nuova universalità “selettiva”, la promozione dello sviluppo delle forme sanitarie integrative, attraverso: l’ampliamento del loro ambito di intervento dalle attuali prestazioni vincolate; l’innalzamento della soglia delle nuove prestazioni vincolate dall’attuale 20% al 50%; il rafforzamento del ruolo della contrattazione collettiva e delle parti sociali; l’istituzione dei piani sanitari individuali, in analogia ai piani individuali pensionistici; il maggiore coinvolgimento delle forme sanitarie integrative nella programmazione e gestione delle risorse, nonché nella selezione dei servizi (Ania; Vecchietti); ovvero ancora, al fine di evitare l’implosione della sanità pubblica, tra le altre

⁹² Censis, (2012), *IL RUOLO DELLA SANITA’ INTEGRATIVA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*, Roma, 5 giugno 2012, www.censis.it; M. Cavazza, C. De Pietro, (2012), *ASSETTO ISTITUZIONALE E SCELTE DI GESTIONE IN SEI FONDI SANITARI*, in E. Cantù, a cura di, (2012), *L’AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA, RAPPORTO OASI 2012*, Milano, Egea.

cose, definire la quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, riconoscendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN (Spandonaro, Labate), arrivando a rivedere interamente il sistema della sanità integrativa (Labate) per evitare che l'attuale *deregulation*, favorita da una legislazione obsoleta, contribuisca a minare le basi del servizio sanitario pubblico (Fondazione Gimbe, Labate);

- l'esigenza di una attenta valutazione della spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie (Senato della Repubblica); di converso, una politica attiva di promozione e informazione sulle opportunità della sanità integrativa nei confronti della cittadinanza tutta (Censis-Forum per la ricerca Biomedica; Ania);
- lo sviluppo dell'imprenditorialità pubblica al fine di permettere alle aziende sanitarie pubbliche di essere produttori attivi ed efficaci nel settore dei consumi privati, sviluppando logiche e strumenti capaci di valorizzare nei circuiti pubblici le prestazioni sanitarie efficaci già acquisite privatamente (Cergas Bocconi);
ovvero, lo sviluppo di sinergie strutturali tra SSN e Fondi Sanitari Integrativi, con un convenzionamento diretto dei Fondi con le strutture del SSN (Cgil Cisl Uil), accompagnato dal rafforzamento e lo sviluppo di un sistema di Fondi Sanitari complementari che non operano in regime di selezione del rischio (Confindustria e Confcommercio);
- la riproposizione nell'ambito della sanità integrativa del modello previsto per la previdenza complementare (Adapt, Ania); di converso, la non pertinenza di tale proposta in quanto i due comparti risultano strutturalmente diversi (Labate);
- il superamento dei cd fondi chiusi e il potenziamento della sanità integrativa territoriale (Labate);
- una serie articolata di posizioni in merito agli interventi specificatamente in materia fiscale:
 - intervenendo sulle agevolazioni fiscali in modo da riequilibrare fra rischi sovra-assicurati e rischi sotto-assicurati (Dirindin);
 - aumentando la deducibilità fiscale per i fondi che però destinino ad

aree non coperte dai LEA ben più del 20% delle loro risorse come previsto dalla normativa attuale (Action Institute; Ania; Confindustria e Confcommercio);

- incrementando la defiscalizzazione la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali per aumentare l'efficienza del sistema sanitario (Camera dei Deputati);

Censis – Forum per la ricerca Biomedica, (2012), *QUALE SANITÀ DOPO I TAGLI? QUALE FUTURO PER LE RISORSE IN SANITÀ?*, Roma, 15 marzo 2012⁹³

“Se per il futuro della sanità italiana è essenziale, come abbiamo visto, il problema delle risorse, diventa fondamentale ragionare anche sulla ridefinizione delle modalità e delle fonti di finanziamento, che alimentano la relativa spesa. ... E' chiaro che l'esposizione del pubblico nel finanziamento della spesa sanitaria, alla luce delle considerazioni fatte sulla epidemiologia attesa e sui vincoli al bilancio pubblico, pone problemi di sostenibilità non indifferenti. Peraltro, viste le dinamiche sempre più intrecciate tra contenimento della spesa pubblica e ampliamento della spesa privata, è evidente che è alto il rischio che il trasferimento del carico di spesa impatti sulla condizione delle famiglie e, più in generale, sull'equità sociale. Significativo a questo proposito è il fatto che è assolutamente poco rilevante in Italia la dimensione assicurativa, sia nella forma della mutualità che in quella delle polizze individuali: dell'out of pocket che, come rilevato, nel nostro Paese è molto alto, i Fondi Sanitari integrativi intermediano un quota inferiore al 14%. E proprio questa conformazione centrata quasi esclusivamente sui due assi principali, pubblico e privato, rende più elevato il rischio di uno shift del carico dallo stato alle famiglie, con le relative conseguenze negative per la tutela della salute. Un trasferimento di una parte del finanziamento della spesa sanitaria dal pubblico alle famiglie, che nel lungo periodo non potrà non avere conseguenze significative anche sull'equità dell'accesso alle prestazioni; in molti casi, infatti, le difficoltà di reddito non potranno che determinare un rinvio se non addirittura una rinuncia al ricorso a certe prestazioni sanitarie. Questa dinamica pone al centro dell'attenzione, e lo farà sempre più in futuro, il problema delle risorse aggiuntive e delle modalità di finanziamento attraverso le quali poter garantire una tutela adeguata della salute in un periodo di penuria di risorse pubbliche e di iniqua distribuzione di quelle private. La mutualità, da tempo, è stata individuata come una fonte di risorse potenzialmente virtuosa, perchè consente di redistribuire il rischio individuale all'interno di una comunità, e di individuare comparti di integrazione all'offerta pubblica rilevanti per ampie collettività di soggetti. ... Esiste tra l'altro oggi tra gli italiani una conoscenza ridotta delle mutue sanitarie integrative e della opportunità che esse rappresentano; e, malgrado questa ridotta conoscenza del settore, si stimano in circa 3 milioni al momento attuale gli italiani che, già oggi, si dichiarano disponibili a sottoscrivere una mutua sanitaria integrativa. E' pertanto essenziale, nel nuovo contesto, promuovere sempre più la mutualità come uno dei canali in grado di mobilitare risorse aggiuntive, consentendo di garantire la tutela dai rischi della salute senza generare costi che le famiglie sono sempre meno in grado di sostenere da sole”.

⁹³ http://www.irisonline.it/web/images/News19Mar12/censis_testo_completo.pdf.

N. Dirindin, (2012), *SALVAGUARDARE IL SISTEMA DI WELFARE, RICONVERTIRE LE RISORSE*, Politiche sanitarie, 13, 2, 2012⁹⁴

“ Revisione di alcune agevolazioni fiscali. Le agevolazioni fiscali a favore delle spese sanitarie comportano una rilevante perdita di gettito per l'erario e producono i) effetti redistributivi per lo più a favore dei redditi medio-alti e ii) effetti allocativi a favore del settore privato. Il disegno di legge delega sulla riforma fiscale e assistenziale approvato dal Consiglio dei ministri nel giugno 2011 prevede una riduzione lineare di tutte le agevolazioni (non solo di quelle sanitarie) in caso di mancata efficacia dei provvedimenti previsti dalla manovra. Pare peraltro possibile anticipare la revisione di alcune agevolazioni a favore delle spese sanitarie, allo scopo di eliminare incoerenze e iniquità. Si tratta di provvedimenti puntuali, che possono comportare un aumento, modesto ma certamente non trascurabile, delle entrate fiscali: completa abolizione della detraibilità a fini Irpef di tutti i ticket sanitari (l'agevolazione fiscale costituisce una palese contraddizione: da un lato si impone una compartecipazione e dall'altro la si agevola fiscalmente); dal punto di vista dell'equità il provvedimento non avrebbe conseguenze sui redditi più bassi; abolizione della detraibilità a fini Irpef della spesa privata per farmaci (i farmaci importanti per la salute sono tutti erogati a carico del Ssn e non esistono ragioni di contrasto all'evasione fiscale che giustifichino le agevolazioni); modifica delle agevolazioni fiscali riservate ai fondi integrativi, all'interno della revisione del ruolo dei fondi integrativi, con l'obiettivo di riequilibrare fra rischi sovra-assicurati e rischi sotto-assicurati”.

Action Institute, (2013), *HEALTHCARE ROADMAP 2030. UN INSIEME ORGANICO DI RIFORME PER PRESERVARE UNIVERSALITÀ ED EQUITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*, 6 novembre 2013⁹⁵

“In termini di core values: (i) crediamo che vada preservata l'universalità e l'equità del sistema; (ii) crediamo che il settore pubblico debba essere in primo luogo il garante del rispetto del diritto alla salute e che tale garanzia si espliciti necessariamente attraverso le attività di policy-making e regolamentazione; (iii) crediamo che il settore privato possa contribuire a migliorare il SSN sia dal lato del finanziamento che da quello dell'erogazione dei servizi; tuttavia, affinché questo avvenga senza ridurre l'universalità del sistema o diminuirne l'equità, il settore pubblico deve radicalmente migliorare le proprie capacità di regolamentazione; (iv) crediamo che, laddove il settore pubblico eroghi direttamente i servizi, ciò debba avvenire in condizioni di netta separazione dall'attività di regolamentazione sia in termini di governance che in termini organizzativi, in modo che la regolamentazione possa essere veramente super partes rispetto agli operatori, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata; (v) crediamo che il diritto di scelta dei cittadini, almeno in termini di service provider [Non prevediamo, almeno nel breve medio periodo, un sistema in cui il cittadino abbia libertà di scelta relativa al finanziamento i.e. che per la copertura offerta dai LEA possa scegliere di pagare i premi/contributi di un'assicurazione privata e/o fondo integrativo, cassa aziendale non le tasse/imposte], sia un elemento fondante del SSN e che, in quanto tale, vada adeguatamente supportato fornendo agli stessi tutti gli elementi affinché tale scelta sia effettiva. ... Avendo definito la nostra visione e i core values, articoliamo in dettaglio le proposte di cambiamento che si articolano in quattro pilastri. ... Pilastro 4: Revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di

⁹⁴ http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/Dirindin_salvaguardare_welfare_riconvertire_risorse.pdf.

⁹⁵ <http://www.actioninstitute.org/pubblicazione/healthcare-roadmap-2030-3>.

incentivare/premiare i comportamenti virtuosi attraverso (i) determinazione e allocazione dei fondi (sia alle Regioni sia alle Aziende) in base a costi e fabbisogni standard che tengano conto di fattori di rischio strutturali (es. età, genere, morbidity) ed aggiustamento ex post solo per rischi non previsti (i.e. no bail out) (ii) allocazione/pagamenti invariante rispetto alla natura pubblica/privata dell'operatore che incentivino competizione tra erogatori sul valore per il paziente determinato tramite la misurazione degli esiti e dei costi degli interventi sanitari che deve divenire un parametro rilevante di comparazione tra Regioni, ASL, AO (iii) incentivazione di fonti finanziamento strettamente complementarie supplementari, quindi non complementari né sostitutive al SSN, con obiettivo di creare un secondo pilastro integrativo di finanziamento della Salute anche aumentando la deducibilità fiscale per i fondi che però destinino ad aree non coperte dai LEA ben più del 20% delle loro risorse come previsto dalla normativa attuale”.

Camera dei Deputati, XVII LEGISLATURA, Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali), INDAGINE CONOSCITIVA: LA SFIDA DELLA TUTELA DELLA SALUTE TRA NUOVE ESIGENZE DEL SISTEMA SANITARIO E OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA. DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO (4 giugno 2014)⁹⁶

“Sulla base di queste considerazioni, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, ridurrebbe la spesa privata out of pocket. In questo modo, i fondi, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori. Si tratterebbe comunque di una misura da adottare tenendo ben conto di diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema e potrebbero determinare forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché di selezione avversa con riguardo alla cronicità o alle situazioni di long term care”.

Senato, XVII LEGISLATURA, 12^a Commissione Igiene e Sanità, LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GARANZIA DEI PRINCIPI DI UNIVERSALITÀ, SOLIDARIETÀ ED EQUITÀ, Resoconto sommario n. 240 del 10/06/2015⁹⁷

“la sostenibilità della spesa privata: la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica non può essere approfondita senza affrontare in modo esplicito il suo aspetto speculare, la sostenibilità della spesa privata per la salute, di dimensioni rilevanti, in particolare in alcune settori di assistenza e per molte famiglie già pesantemente colpite dalla crisi economica. Particolare attenzione deve essere riservata alla spesa per le varie forme di protezione

⁹⁶ http://www.camera.it/leg17/1102?id_commissione=0&shadow_organo_parlamentare=0&sezione=commissioni&tipoDoc=elencoResoconti&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c0512tutela&scheda=true.

⁹⁷ <http://www.senato.it/leg/17/BGT/Testi/Allegati/00000189.pdf>.

integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie”.

L. Turco, (2015), *PER UN “NEW DEAL” DELLA SALUTE: MORALITÀ ED EQUITÀ INNANZITUTTO*, Monitor, XIV, n. 39⁹⁸

“L’ultimo provvedimento è stato il decreto sulla sanità integrativa voluto, nonostante alcune resistenze, sempre nell’ottica dell’innovazione del sistema. Un decreto che ha rappresentato un passo avanti nel consolidamento della sanità pubblica, intesa come complesso di enti, strutture e organizzazioni che investono sulla promozione della salute. Un provvedimento per rendere il Ssn sempre più moderno e aperto alla partecipazione attiva dei cittadini, con forme di copertura assistenziale innovative, ma sempre improntate alla solidarietà”.

Fondazione Farmafactoring – V. Atella, M. Carabba, J. Kopinska e S. Ginebri, (2014), *LE SFIDE DEL WELFARE NELL’ITALIA CHE INVECCHIA: WELFARE STATE E WELFARE SOCIETY*, I Quaderni della Fondazione Farmafactoring n. 4/2014⁹⁹

“Infine, molte delle sperimentazioni di forme di secondo welfare puntano a rendere meno burocratiche, centralistiche e uniformi le politiche di benessere sociale. Politiche del welfare che mirano ad attivare gli individui e ad aumentare le loro capacità devono essere flessibili, mirate sulle esigenze dei territori e degli individui. A questo fine diventa essenziale la riappropriazione delle politiche sociali da parte di individui, famiglie, attori sociali, enti decentrati. Le politiche del welfare assumono un carattere societario e plurale. La visione complessiva, quindi, è quella di un welfare organizzato su più pilastri, grazie al contributo di più attori, e in cui gli stessi soggetti coinvolti acquistano un ruolo fondamentale nell’esprimere i propri bisogni, nello sviluppare le proprie capacità, nel partecipare ad un processo di personalizzazione delle tutele. In conclusione, va sottolineato che il secondo welfare non è alternativo e sostitutivo del welfare pubblico centralizzato. L’integrazione di vari pilastri del sistema di welfare va certamente accolta con favore, ma laddove vi fosse sottrazione del ruolo regolatore dello Stato, tali esperienze potrebbero generare ulteriori segmentazioni del welfare, in relazione al territorio, al tipo di contratto, al settore di appartenenza, alla posizione nella professione e così via. Dunque il secondo welfare può raggiungere al meglio la sua funzione in presenza di una spesa sociale il più possibile universalistica, organizzata secondo i tradizionali canoni di eguaglianza delle opportunità su tutto il territorio nazionale (anche grazie alla definizione da parte dello Stato centrale dei livelli essenziali di prestazioni uniformi sul territorio) e di promozione dell’inclusione sociale anche nei confronti dei soggetti più marginali. In questo senso lo sviluppo di un secondo welfare in Europa ben si concilia con un approccio dell’investimento sociale come componente essenziale di una crescita economica equa. L’esempio della spesa per l’assistenza ai non autosufficienti segnala chiaramente che non vale l’assunto per cui là dove il pubblico è carente vi sia spazio per un’iniziativa privata sostitutiva. Nel nostro paese, ma non solo, le forme assicurative per la spesa Long Term Care non hanno ancora decollato per una serie di motivazioni: presenza di fenomeni di selezione avversa, azzardo morale e scarsità di risorse da parte dei privati (solo gli individui più abbienti possono far fronte ad una spesa

⁹⁸ http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/pdf/monitor_39.pdf.

⁹⁹ <http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/Quaderno+Gennaio+2015/f9bea4f3-3867-4acb-bbd3-8e480f3d44e4>.

assicurativa per la Long Term Care). Lo sviluppo di un secondo welfare in questo settore va accompagnato a un intervento pubblico in grado di sviluppare reti di gestione e presa in carico degli assistiti, attraverso la valorizzazione del privato non profit. Diviene dunque cruciale chiarire il ruolo dello Stato nello sviluppo di un secondo welfare, che contribuisca a rispondere alla crescente domanda di welfare insoddisfatta (sostegno alle situazioni di povertà estrema, assistenza alla non autosufficienza, all'infanzia, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro). Lo sviluppo "spontaneo" di un welfare di secondo livello potrebbe infatti aumentare le disuguaglianze, perché indirizzato a pochi(ad esempio nel caso del welfare aziendale o dei fondi integrativi). In assenza di un buon "primo pilastro" di welfare si rischierebbe di ampliare le disuguaglianze sociali. L'intervento pubblico deve svolgere un'azione regolatrice e capacitante, al fine di assumere su di sé il carico degli squilibri di partenza (squilibri territoriali e sociali) e di stimolare, in un'ottica di responsabilizzazione dei soggetti, le abilità e le capacità personali".

Ania, (2015),*FONDI SANITARI, NECESSITA' DI UN RIORDINO*, position paper, maggio 2015¹⁰⁰

"Il sistema sanitario italiano è un impianto complesso, fondato sulla centralità pubblica e su principi di universalità, articolato su diversi livelli di responsabilità e governo, con un'accentuata differenziazione territoriale nella qualità ed efficienza delle prestazioni. Gli operatori privati rivestono una funzione importante ma ancora relativamente poco sviluppata. L'assetto complessivo presenta aspetti positivi – l'Italia è tra i paesi con le minori disuguaglianze nello stato di salute generale della popolazione – e punte di eccellenza, ma anche gap da colmare e sfide ineludibili, come ridurre i tempi di attesa e fenomeni di razionamento delle cure, o come far fronte all'incremento dei bisogni sanitari causati dall'invecchiamento della popolazione. È necessario definire un framework sostenibile e una nuova universalità "selettiva" che garantisca le prestazioni indispensabili e incondizionate per determinate fasce di popolazione, riguardo alle quali il presidio pubblico deve rimanere centrale, e ampliando l'ambito di intervento delle forme sanitarie integrative, con riferimento alle prestazioni alle quali già oggi si ricorre in maniera significativa mediante spesa "di tasca propria". Nell'attuazione di questo programma, il riordino delle forme integrative rappresenta un passaggio fondamentale. L'assetto attuale è caratterizzato dalla presenza di diversi operatori con servizi, standard di trasparenza e tutele verso gli iscritti non sempre confrontabili tra loro. Per rendere il mercato più efficiente, promuovendo un'effettiva competizione, è necessario innanzitutto allineare, come è avvenuto per la previdenza, gli incentivi fiscali a favore dell'assistenza integrativa, correggendo un'asimmetria che attualmente penalizza i prodotti assicurativi e, in generale, le forme individuali di copertura. È poi indispensabile definire precisi standard gestionali e un assetto armonizzato di regole e controlli per dare garanzie a quanti si rivolgono a strutture private per quelle prestazioni non erogate dal SSN. ... Va promosso lo sviluppo delle forme sanitarie integrative, attraverso: l'ampliamento del loro ambito di intervento dalle attuali prestazioni "vincolate" – corrispondenti ad aree a ridotto presidio pubblico (cure odontoiatriche, riabilitative e non autosufficienza) alle prestazioni alle quali già oggi i cittadini ricorrono in modo significativo con spesa "di tasca propria" (prevenzione, visite specialistiche e alta diagnostica, ricoveri ospedalieri); l'innalzamento della soglia delle nuove prestazioni "vincolate" dall'attuale 20%

¹⁰⁰ <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf>.

al 50%, di cui almeno la metà da destinare alla copertura delle attuali prestazioni “vincolate”; il rafforzamento del ruolo della contrattazione collettiva e delle parti sociali, che pur avendo già dimostrato di saper individuare forme di sostenibilità delle coperture previdenziali, sanitarie e assistenziali, presentano margini di ulteriore miglioramento nella diffusione di coperture di lunga durata (long term care) e in termini di estensione dell’efficacia delle coperture anche al nucleo familiare dei lavoratori; l’istituzione dei piani sanitari individuali, che in analogia ai piani individuali pensionistici rappresentino un’opzione aggiuntiva messa a disposizione di tutti i cittadini, anche quando non destinatari di forme collettive; il maggiore coinvolgimento delle forme sanitarie integrative nella programmazione e gestione delle risorse, nonché nella selezione dei servizi, che potrebbe costituire una ulteriore fonte di finanziamento, anche attraverso forme di convenzionamento con le strutture pubbliche, e fornire un contributo tecnico per ottimizzare, dato un budget di spesa, i servizi da erogare; a tal fine, le regioni dovrebbero avviare tavoli tecnici finalizzati ad analizzare prospettive e opportunità di un’effettiva integrazione tra SSN e forme sanitarie integrative; la maggiore sensibilizzazione dei cittadini sull’importanza della prevenzione e sui rischi legati alla longevità e alla perdita di autosufficienza, anche attraverso la promozione di campagne informative e l’estensione del progetto della “busta arancione”, volto com’è noto a informare tutti i cittadini sulla stima della pensione futura, anche con riferimento alle prestazioni in caso di invalidità e al gap di protezione rispetto ai rischi di perdita dell’autonomia”.

C. Bocconi – P. Armeni, C. Carbone, L. Fenech, F. Longo, F. Petracca, A. Ricci e S. Sommariva, a cura di, (2015), *SSN FAST FORWARD. PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU’ EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE*, 27 novembre 2015, Milano¹⁰¹

“Nell’attuale dibattito sul futuro del servizio sanitario italiano meritano una particolare attenzione i cambiamenti che stanno avvenendo in quei circuiti economici del settore sanitario non sostenuti da risorse pubbliche e trainati, in misura prevalente, da scelte individuali e da meccanismi di mercato. I policy maker e il management del SSN tendono da sempre a sottovalutare tali “consumi sanitari privati” come possibile risorsa per una risposta ai bisogni collettivi. Ad esempio, quasi il 40% delle visite specialistiche sono out of pocket: un mercato che spesso è totalmente scollegato dai percorsi dei pazienti che si trovano, quindi, ad auto-organizzarsi. Bisogna innanzitutto uscire dalla retorica politica e “sdoganare” il ruolo effettivo che i consumi sanitari privati hanno nel rispondere ai bisogni di salute.

Tutela dei pazienti-consumatori. È necessario estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative) per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili, agendo sui processi di autorizzazione, sui tariffari e sulle tutele per i pazienti. Sviluppo dell’imprenditorialità pubblica. È necessario ragionare su quali siano le competenze e le logiche organizzative che mancano alle aziende sanitarie pubbliche per essere produttori attivi ed efficaci nel settore dei consumi privati. Integrazione tra le prestazioni erogate in regime SSN e privato. A tutela dei pazienti e del SSN è necessario sviluppare logiche e strumenti capaci di valorizzare nei circuiti pubblici le prestazioni sanitarie efficaci già acquisite privatamente, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario complessivo del paziente. Con il consenso del paziente, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate con i sistemi informativi del SSN”.

¹⁰¹ http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cdr/centro_cergasit/home/ssn+fast+forward+scarica+le+proposte+per+il+ssn.

Adapt – G. Cazzola, E. Massagli, S. Spattini e M. Tiraboschi, a cura di, (2015), *LAVORO E WELFARE DELLA PERSONA. UN “LIBRO VERDE” PER IL DIBATTITO PUBBLICO*, 9 dicembre 2015¹⁰²

“Come sostenere la diffusione della copertura sanitaria di natura assicurativa o mutualistica, utile a razionalizzare ed efficientare la spesa pubblica per la sanità? Perché nel nostro Paese non è mai stata varata una riforma organica dei fondi sanitari integrativi come invece è accaduto per i fondi pensione? È opportuno replicare quel modello anche in ambito sanitario?”

Crea Sanità – F. Spandonaro (2015), *11°RAPPORTO SANITA’. L’UNIVERSALISMO DISEGUALE*, 29 ottobre 2015¹⁰³

“Per quanto sopra argomentato, riteniamo che l’assetto attuale non sia più difendibile se non su un piano del tutto ideologico: certamente ci batteremo sempre perché le differenze di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali siano rese quanto più possibile indipendenti dal censo o, in generale, dalle condizioni socio-economiche dei cittadini. Pensare però che le azioni adottate, specie quelle che implicano di fatto un arretramento dell’intervento pubblico, siano giustificabili perché finalizzate a mantenere l’Universalismo del sistema non convince più. ... Mentre appare immediatamente evidente che: l’assetto attuale non riesce a incidere se non marginalmente sulle differenze geografiche, specialmente in termini di qualità dei servizi; crescono gli indizi della formazione di nuove differenze “verticali”: in particolare quelle che riguardano lo stato di salute del ceto medio e degli anziani soli o comunque fragili; cresce l’impatto sostanziale (al netto delle rinunce quindi) della sanità sui bilanci delle famiglie; crescono gli indizi di razionamento delle prestazioni, ... cresce l’evidenza del fatto che il risanamento finanziario si stia ottenendo non solo con i recuperi di efficienza, ma anche creando nuove disparità, ad iniziare da quelle che riguardano i carichi fiscali. Le condizioni economiche generali non permettono facili illusioni sulla disponibilità di poter disporre di risorse maggiori delle attuali; per questo sarebbe almeno auspicabile dichiarare una “moratoria” a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell’ultimo Patto della Salute, ma subito infranta con la manovra sui bilanci regionali. L’ipotesi minimale dovrebbe essere una assoluta invarianza del rapporto finanziamento / PIL; più governabile, stante il crescente gap con la spesa sanitaria europea, potrebbe però essere l’invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14: il rischio, altrimenti, è l’impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo anche tematiche che superano l’orizzonte del breve termine; fra queste ci sembra urgente inserire: la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN; la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse ... ; la rivalutazione dell’accreditamento professionale come criterio per perseguire una adeguata appropriatezza prescrittiva e parallelamente dell’accreditamento delle strutture come leva di governo dell’offerta, ... ; l’analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive nei mercati sanitari,

¹⁰² <http://www.bollettinoadapt.it/lavoro-e-welfare-della-persona-un-libro-verde-per-il-dibattito-pubblico>.

¹⁰³ <http://www.creasanita.it/index.php/it/archivio-volumi>.

massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi ...”

Confindustria e Confcommercio, (2015), *LA SANITÀ NEL WELFARE CHE CAMBIA.LE PROPOSTE DI CONFCOMMERCIO E CONFINDUSTRIA PER L'INTEGRAZIONE TRA PRIMO E SECONDO PILASTRO*, 10 dicembre 2015

“La proposta si fonda su: una sinergia strutturale tra SSN e Fondi Sanitari Integrativi; lo sviluppo di sinergie tra primo e secondo pilastro con un convenzionamento diretto dei Fondi con le strutture del SSN stimolandone così l'efficientamento e favorendo l'afflusso di risorse nuove verso le strutture che rispettano standard prefissati; il rafforzamento e lo sviluppo di un sistema di Fondi Sanitari complementari che non operano in regime di selezione del rischio; il riconoscimento di incentivi fiscali più incisivi resi finanziariamente sostenibili anche grazie ad una eventuale razionalizzazione dei benefici fiscali oggi esistenti, relativamente alle spese sanitarie, in sede dichiarazione dei redditi e alla maggiore tracciabilità della spesa sanitaria privata che l'intermediazione dei Fondi garantirebbe. Consentendo: una migliore intermediazione della spesa sanitaria out of pocket in grado di liberare risorse; un recupero di gettito sulla spesa sanitaria non tracciata; un efficientamento del sistema sanitario nazionale; un'educazione del cittadino alla spesa sanitaria; un ingresso di risorse “private” verso il sistema sanitario pubblico; un'anagrafe dei fondi ed un flusso di informazioni importante sulla spesa e sulle esigenze sanitarie; vantaggi economici a saldo positivo”.

CGIL-CISL-UIL (2016), *UN MODERNO SISTEMA DI RELAZIONI INDUSTRIALI. PER UN MODELLO DI SVILUPPO FONDATAO SULL'INNOVAZIONE E LA QUALITÀ DEL LAVORO*, 14 gennaio 2016¹⁰⁴

“Sanità integrativa. Lo sviluppo dei fondi di sanità integrativa conferma la forte domanda legata alla tutela della salute. I fondi contrattuali di sanità integrativa non possono rappresentare una scelta di indebolimento del sistema universale di tutela. Al contrario, attraverso il convenzionamento con le strutture pubbliche, possono a loro volta interagire e rappresentarne un fattore di sostegno. La sostenibilità finanziaria dei fondi sanitari integrativi impone un forte processo di razionalizzazione e di riordino dell'esistente, contro ogni spinta all'eccessiva frammentazione degli stessi”.

Fondazione Gimbe – N. Cartabellotta, E. Cottafava, R. Luceri, M. Mosti, (2016), *RAPPORTO SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 2016-2025*. Fondazione GIMBE, Bologna, giugno 2016¹⁰⁵

“In questo scenario, è realistico aspettarsi che interi settori della sanità pubblica saranno gradualmente smantellati perché il privato risulta più concorrenziale, sia in termini di tempi di attesa, sia di costi. Peraltro, non mancano esempi dove la programmazione sanitaria regionale è stata particolarmente sensibile alle proposte delle assicurazioni private, iniziando a “sperimentare” la copertura di prestazioni essenziali previste dai LEA. Se oggi il modello universalistico del SSN vive una profonda crisi di sostenibilità per una variabile combinazioni di determinanti, più o meno prevedibili e il finanziamento pubblico rimarrà relativamente

¹⁰⁴ www.tosc.cgil.it/moduli/output_immagine.php?id=8801.

¹⁰⁵ www.rapportogimbe.it.

stabile nei prossimi anni, sarà indispensabile reperire risorse dal secondo e terzo pilastro, senza compromettere il modello di un SSN pubblico, anche al fine di “alleggerire” la spesa out-of-pocket e ridurre la percentuale di cittadini italiani che oggi rinunciano alle cure. Rispetto a questo irrinunciabile strumento per contribuire alla sostenibilità del SSN, l’immobilismo legislativo genera oggi un inaccettabile paradosso: dal momento che i riferimenti normativi non permettono al secondo pilastro (“fondi doc” e “non doc”) di coprire prestazioni essenziali, molte di queste oggi vengono sostenute dal “terzo pilastro” (assicurazioni private), che si sta insinuando tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare silenziosamente, ma inesorabilmente, il modello di un SSN pubblico, equo e universalistico in un sistema misto. A fronte di questa minaccia il riordino normativo della sanità integrativa e soprattutto la governance su scala nazionale dell’intermediazione assicurativa – “patchwork multicolore” secondo una recente indagine di Altroconsumo – continuano attualmente a non rappresentare una priorità politica, lasciando trasparire una sana dose di opportunismo. Se è certo che fondi integrativi e assicurazioni private oggi contribuiscono potenzialmente alla sostenibilità del SSN indipendentemente dalla tipologia di prestazioni erogate, è dunque indispensabile ripensare interamente il sistema della sanità integrativa per evitare che l’attuale deregulation, favorita da una legislazione obsoleta, contribuisca a minare le basi del servizio sanitario pubblico”.

WELFARE DAY – M. Vecchietti, (2016), *IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LE FORME SANITARIE INTEGRATIVE: tutelare la buona salute di tutti attraverso un Secondo Pilastro in Sanità*. VI EDIZIONE, 8 giugno 2016 ¹⁰⁶

“PAROLE D’ORDINE PER UNA RIFORMA DELLA SANITÀ INTEGRATIVA. 1) Effettività delle prestazioni: la diffusione della sanità integrativa non può limitarsi esclusivamente alla dimensione della numerosità degli Assistiti ma deve avere come focus le prestazioni sanitarie garantite dalle FSI. 2) Intermediazione della spesa OOP: la Sanità Integrativa andrebbe riorientata a partire dai bisogni effettivi dei cittadini ampliando il campo di azione delle FSI all’intero perimetro della spesa OOP. 3) Territorio: se la mission delle Forme Sanitarie è integrativa non si può prescindere dal rapporto con il Territorio (S.S.R.) nel quale vivono gli assistiti. Andrebbe valutata una declinazione territoriale delle policy delle FSI. 4) Nucleo familiare e ciclo di vita: fondamentale recuperare la dimensione del Nucleo Familiare e del ciclo di vita anche per la Sanità Integrativa . 5) Flessibilità: inserire elementi di maggiore flessibilità nelle FSI per consentire agli assistiti di adeguare ai propri bisogni di cura il livello di copertura garantito dai Piani Sanitari collettivi . 6) Livellare il campo di gioco: sono sempre più necessarie regole omogenee che disciplinino il settore intervenendo sulle modalità di gestione del rischio, sulla governance, sugli assetti organizzativi, sulle regole bilancistiche e di solvibilità delle FSI . 7) Fiscalità: • rimuovere la penalizzazione di natura fiscale che riguarda i versamenti effettuati alle FSI da parte dei soggetti aventi un reddito diverso da quello di lavoro dipendente perché il Secondo Pilastro in Sanità è un’ esigenza per tutti • collegare i benefici fiscali alla capacità di intermediazione effettiva della spesa sanitaria da parte delle FSI”.

¹⁰⁶ <http://www.welfareday.it/files/97d571b53df0b930794a6a10f49e7713.pdf>.

G. Labate, (2016), *DODICI MILIONI DI ITALIANI HANNO SCELTO LA SANITÀ INTEGRATIVA. PRENDIAMONE FINALMENTE ATTO*, Quotidianosanità 9 giugno 2016¹⁰⁷

“Occorre un approccio del tutto nuovo al netto dell’efficienza che pur occorre compiere ... Questa a mio avviso la lista delle priorità di intervento: la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche e la costruzione di un universalismo socio-sanitario solidaristico finanziato dalla fiscalità generale, incorporando e gestendo risorse acquisite attraverso attori privati, portatori di interessi pubblici non orientati al profitto, ampliando così la copertura dei bisogni, riducendo l’out of pocket, garantendo con equità il diritto alla salute con un approccio plurale controllato dal pubblico; la consistenza della spesa privata, da rendere governata, e quindi la definizione delle regole di governo della sanità integrativa, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN; fermo restando che il pilastro principe è quello fondamentale, ... ; l’estensione dei fondi sanitari in tutta la contrattazione di primo e secondo livello rendendoli sempre più aperti non solo ai familiari a carico o al periodo di post-pensionamento ma rendendoli protagonisti con gli enti locali della costruzione di fondi aperti alla popolazione; le esperienze possibili di costruzione di fondi sanitari territoriali ... ; il funzionamento più adeguato e performante dell’Anagrafe dei Fondi, la sua costruzione a regime ... Ed ancora, estendere gli ambiti di operatività almeno alla prevenzione così come originariamente era previsto dal decreto 2008, riorganizzazione delle funzioni dell’Anagrafe dei fondi, regolazione delle procedure gestionali dei fondi, costituzione di un Organismo di vigilanza, costruzione di fondi a livello territoriale degli enti locali, necessità di convenzionarsi anche con le strutture del SSN per quanto riguarda la libera professione intramuraria, l’alta diagnostica ecc. stabilendo tariffe e modalità di accesso alle strutture pubbliche in tempi e metodi ...

A proposito del testo unico ... non mi risulta al momento che nessuna forza politica parlamentare abbia predisposto una proposta di legge delega sulla materia dei fondi sanitari e quindi ritengo abbastanza complicato predisporci al T.U. essendo non solo di fronte alla necessità di assemblare, quanto in alcuni casi apportare emendamenti chiarificatori e nella maggior parte dei casi di fronte alla necessità di decreti attuativi che non sono mai stati predisposti. Al tempo stesso una trasposizione meccanica di quanto avvenuto con la Previdenza complementare non mi pare corretta nei suoi meccanismi fondativi, poiché non si può non tener conto della differenza di merito delle 2 forme: una a capitalizzazione (previdenza complementare) l’altra a ripartizione (Fondi sanitari). Infine per definire una omogeneità delle deduzioni fiscali attualmente in vigore in materia sarà più opportuno affrontare in modo compiuto la questione quando, in coerenza con la delega fiscale, si metterà mano alla questione detrazioni e deduzioni, potendo così definire deduzioni omogenee e non cumulabili con detrazioni.

Ciò che mi appare oggi realistico è rendere coerenti alcuni aggiustamenti necessari alla legislazione vigente, accogliendo molti dei suggerimenti, avanzati in questi anni nelle occasioni di dibattito sulla materia, completando il quadro attuativo che ancora manca, introducendo proposte innovative sul piano della costituzione di fondi territoriali, nella speranza che la discussione, ed ulteriori contributi ci consentano di sollecitare gli organi istituzionali con proposte congrue e fattibili”.

¹⁰⁷ http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=40510.

Articolazione e contenuti della proposta

La riflessione sistematica sul ruolo delle regioni in materia di welfare integrativo è ancora piuttosto limitata¹⁰⁸. Al contempo, però, nel corso di questi ultimi anni, vi sono state esperienze, solo alcune ad oggi effettivamente strutturate, relative al rapporto tra fondi integrativi e sistemi socio sanitari regionali¹⁰⁹. Le forme che hanno assunto o che stanno assumendo sono molteplici e si possono declinare a seconda delle funzioni svolte dagli attori pubblici. Si va da quella legislativa regionale (il caso della Regione Liguria e Trentino Alto Adige), a quella amministrativa di programmazione e indirizzo regionale (Regione Trentino Alto Adige con le Province Autonome di Trento e Bolzano, Regione Veneto), a quella produttiva aziendale (Ospedale Niguarda Ca Granda di Milano, Azienda ospedaliera A. Salvini di Garbagnate – Mi), per finire con quella consulenziale (Azienda sanitaria dell'Alto Adige di Bolzano). Gli *sponsor* di questi percorsi e progetti, o comunque i catalizzatori di interessi condivisi, sono tra i più diversi: regioni e aziende sanitarie, parti sociali con i fondi bilaterali di natura contrattuale, centrali cooperative con società di mutuo soccorso, organismi di Terzo settore, *third party administrator*, ecc. Le pratiche vanno dalla progettazione di programmi integrati (odontoiatria, specialistica, non autosufficienza), al convenzionamento per accessi agevolati alle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (tra fondi e a.o. o a.s.l.), ovvero per tariffe agevolate di prestazioni odontoiatriche, per arrivare a interventi regionali di supporto allo *start up* di s.m.s. sulla n.a., ecc¹¹⁰. Tratto comune sembra quello di pensare queste relazioni soprattutto dal punto di vista del rafforzamento-abilitazione dell'offerta ad intercettare la domanda intermediata, lasciando in secondo piano la questione del rafforzamento della domanda stessa, ovvero della sua maggiore aggregazione e del suo governo.

Per essere più espliciti, se usiamo come indicatori di bisogno di politiche pubbliche i dati macro economici – ovvero i 4,5 mld € stimati di spesa sociosanitaria intermediata, rispetto agli oltre 34 mld € di finanziamento privato dei consumi sanitari secondo l'Ocps della Bocconi, ovvero ai 54-55 mld € di spesa sociosanitaria

¹⁰⁸ M. Bordignon e R. Levaggi, (2003), *IL RUOLO DELLA REGIONE NELLA PROGETTAZIONE DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI*, Tendenze Nuove, n. 6, Franco Angeli editore, Milano; AA.VV. (2004), *ODONTOIATRIA E FONDI SANITARI*, Collana editoriale Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano.

¹⁰⁹ M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico di *Politiche sanitarie*, anno 16, numero 1/2015, Il Pensiero scientifico, Roma.

¹¹⁰ L'incontro tra questi diversi attori ha fatto emergere diverse esigenze: una maggiore informazione e conoscenza reciproca, oltre che di quella più generale delle somiglianze e differenze tra sistemi sanitari pubblico e privato; soluzioni informatiche efficienti relative al *matching* tra codifiche, procedure, classificazioni, tariffazioni, pagamenti, ovvero della identificazione di soluzioni gestionali ottimali, trasparenti e soprattutto rispondenti alle esigenze degli associati/pazienti, oltre che del personale sanitario coinvolto; la necessità di una spinta innovativa sul piano organizzativo e, più in generale, delle attività *core* degli attori coinvolti; la trasformazione dei profili giuridici e operativi dei fondi stessi, per cui sempre più stretti risultano essere i perimetri tra i cosiddetti fondi *chiusi* e *aperti*.

gestita privatamente dalle famiglie (cap. V) – i primi rappresentano oggettivamente un interesse economico dal punto di vista aziendale, ma rischiano di comportare un *bias* rispetto all’agenda di una politica sociosanitaria all’altezza delle sfide che abbiamo di fronte (capp. VI e VIII).

Formulare quindi l’ipotesi di un percorso che, contemporaneamente, presupponga un ruolo non tradizionale per la Regione (*public governance*) e di forte coinvolgimento degli *stakeholder* interessati, centrato su una politica di aggregazione e governo della domanda (vs di mero aggiornamento dell’offerta), avente come priorità le non autosufficienze (area di bisogno molto evocata ma ancora poco trattata dal sistema dei fondi integrativi), è doveroso sottolinearlo, rappresenta significativi caratteri di innovatività e proprio per questo necessita di essere considerato in modo particolarmente attento, se non critico. D’altro canto, essa però trova sostegno sul cammino culturale, normativo e operativo realizzato dalla Regione Toscana nel corso di questi anni (capp. III, VIII), ovvero:

a. *è in continuità con gli obiettivi e le priorità del Pissr 2012-2015*

in particolare dal punto di vista dell’organizzazione e intermediazione della domanda sociosanitaria, in parte considerevole oggi coperta dalla spesa privata delle famiglie (*out of pocket*) ovvero dal *caregiving* delle stesse (welfare informale); del *Piano di indirizzo integrato per le politiche sull’immigrazione 2012-2015*, come da l.r. 29/2009; della l.r. 1.10.14 n.57 – *Riconoscimento del ruolo sociale e culturale delle Società di mutuo soccorso e interventi a tutela del loro patrimonio* – artt: 1, c 2 lettera d,e 4, c 1 lettere a, f, g;

b. *nonché con la necessità di sperimentare/implementare il Pissr 2012 – 2015*

per quanto riguarda il governo della domanda, con particolare riferimento a molteplici obiettivi generali, obiettivi specifici ed azioni, tra cui (riferimenti vari nel Pssir): perseguire la salute come risorsa e non come problema (*“individuare e realizzare, con il coinvolgimento di più attori non solo istituzionali, programmi specifici sugli stili di vita ritenuti prioritari”*); mettere al centro la persona nella sua complessità (*“coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema a rete aperto e flessibile”*); aumentare l’equità (*“intervenire su una variabilità di sistema presente anche nella nostra regione, che sta alla base di una buona parte delle differenze fra i servizi offerti, della garanzia di accesso, dello stesso livello di qualità e sicurezza garantiti”*); semplificare e sburocratizzare l’accesso ai servizi (*“agevolare il percorso dell’individuo attraverso scelte innovative”*); *“accompagnare i servizi istituzionali e il Terzo settore al rafforzamento delle capacità d’ascolto delle nuove vulnerabilità sociali e allo sviluppo di nuove competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi*

soggetti vulnerabili nel campo sociale e socio-sanitario (sociale di iniziativa)”; “aumentare il coinvolgimento di tutte le energie presenti nel contesto territoriale al fine di ricomporre relazioni fondamentali e passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe”; “realizzare una alleanza che coinvolga le istituzioni, i professionisti, attraverso un uso appropriato delle risorse, sino ai cittadini stessi nel diritto/dovere di accedere al sistema non solo come individui, ma come parte di una comunità”; “la prevenzione, la promozione della salute e dei diritti di cittadinanza: la salute in tutte le politiche”; il contrasto alla fragilità e alle disuguaglianze (“le azioni di prevenzione che attengono ai temi dell’esclusione trovano utili dispositivi, oltre che nelle politiche sociali, in quelle dell’istruzione, del lavoro, delle pari opportunità, ... sono dunque chiamati in causa una pluralità di strumenti a titolarità differenziata che possono essere messi in campo dai vari livelli di governo ... in termini di prevenzione, assumono rilievo tutti quegli interventi che sostengono e promuovono ... la promozione e la partecipazione femminile al mercato del lavoro, gli interventi di recupero e sviluppo urbano, la diffusione di iniziative per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro”); la promozione e il rafforzamento delle reti sociali: il sociale d’iniziativa (“i progetti attivati nel sociale di iniziativa avranno carattere sperimentale e una volta verificatane la validità saranno inseriti nella programmazione di piano. ... strategie: promozione di studi e approfondimenti sul tema anche allo scopo di costruire una mappatura toscana dei progetti più significativi; sostegno a progetti sperimentali di interventi partecipativi di contrasto alle nuove vulnerabilità attraverso la promozione di nuovi stili di vita e promozione della salute; facilitazione allo scambio di esperienze tra iniziative, esperienze, progetti toscani e non solo; definizione a livello regionale di linee guida per un modello di welfare di comunità basato sul sociale d’iniziativa”).

c. così come quanto previsto dalla l.r. 28 dicembre 2015, n. 84, Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005

in particolare all’art. 32 (Sperimentazioni gestionali con convenzione. Inserimento dell’articolo 34 bis nella l.r. 40/2005), li dove si afferma che “Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell’organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare convenzioni con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate ... È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema della convenzione che si intende attivare, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l’atto conseguente al Consiglio regionale che l’approva entro i successivi trenta giorni. L’attivazione dei rapporti con convenzione avviene nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 9-bis del decreto delegato ... Il Consiglio regionale verifica annualmente l’andamento delle convenzioni attivate per le

sperimentazioni gestionali”.

d. valorizzando i risultati, e delineando possibili sviluppi della sperimentazione regionale del progetto Pronto Badante (dgr n. 946 del 6.10.2015 – Interventi di sostegno e integrazione nell’area dell’assistenza familiare su tutto il territorio regionale)

in particolare relativamente alla necessità di dare continuità a quanto positivamente messo a disposizione nella prima fase di assistenza;

e. nonché attuando quanto stabilito dal già citato PRS – Programma regionale di sviluppo 2016-2020 (Schede progetto - Punto 20).

Tenuto conto di quanto premesso, l’ipotesi si sviluppa attorno a tre linee di intervento:

- i. *la costituzione di una forma di coordinamento stabile pubblico-privato sulle policy qui considerate¹¹¹; si immagina un luogo in cui i diversi stakeholders, dove concordare, definire e implementare le scelte di policy condivise finalizzate allo sviluppo del secondo pilastro regionale sociosanitario, stabilendo le misure più adeguate a tale fine; si ipotizza, la costituzione di una sede di coordinamento formale, operativamente collocata presso la Regione Toscana, ovvero presso uno stakeholder disponibile che sia:*
 - a. *strumentale alla realizzazione delle misure sopra indicate, in particolare, rispetto alla concertazione delle priorità di policy e ai conseguenti protocolli operativi di intervento e alla valutazione dei risultati (strumento coalizionale);*
 - a. *partecipato da Regione e stakeholders formalmente aderenti (sussidiarietà circolare);*
 - b. *dotato di autonomia operativa (semplificazione gestionale);*

¹¹¹ La Regione Piemonte ha deliberato e sottoscritto un Protocollo d'intesa per il biennio 2016/2017 con La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV), in associazione con la Società Mutua Pinerolese di Pinerolo, con la Società di Mutuo Soccorso del sociale Solidea di Torino e con il Consorzio Mutue Novara di Novara, finalizzato a: promuovere e diffondere presso gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e le ASL la conoscenza del mutualismo soprattutto quale integrazione dell’assistenza domiciliare per quei cittadini/utenti che si trovano in situazioni di fragilità sanitaria e non sono completamente in carico a detti enti; promuovere e diffondere presso i cittadini della Regione Piemonte la possibilità di usufruire di prestazioni mutualistiche modulate sugli effettivi bisogni; favorire l’intervento delle mutue sanitarie, in primo luogo attraverso delle sperimentazioni operative, nell’integrazione all’assistenza domiciliare nelle situazioni in cui è perlopiù presente una rete parentale o una condizione economica sufficiente che possa rendere possibile un rapporto con la mutua e siano individuati dagli Enti Gestori o dall’ASL di riferimento dei caratteri di necessità “di supporto” assistenziale che rischiano di degenerare se non accolti in tempo; mettere a disposizione uno strumento che garantisca a tutti i cittadini l’accesso a servizi socio sanitari a costi contenuti, tramite le mutue in modo da poter intervenire in tempi brevi in situazioni sociosanitarie imprevedute (Deliberazione della Giunta Regionale 9 dicembre 2015, n. 24-2561).

- c. con durata definita (forte caratterizzazione della *mission* ed eventuale coincidenza temporale con nuovo Pssir),
 - d. incubatore di ulteriori soluzioni che i partecipanti riterranno necessarie.
- ii. *un pacchetto di misure a sostegno della mutualizzazione della spesa privata gestita dalle famiglie, attraverso il coinvolgimento attivo delle realtà di intermediazione della domanda operanti in Toscana (sms, fondi aziendali, fondi contrattuali territorializzati, fondi previdenziali, ecc.), basato sulla certificazione di qualità/riconoscimento formale delle stesse, e finalizzato alla condivisione delle priorità di policy sanitaria e sociosanitaria (in primis non autosufficienza, ma in prospettiva aperto anche ad altre aree di bisogno e/o di prevenzione dei bisogni); tali misure¹¹² possono riguardare:*
- a. la predisposizione di una strategia informativa pubblica, rivolta alla popolazione interessata, sulle opportunità e sulle condizioni di garanzia relative alle forme di intermediazione della spesa privata;
 - b. il supporto tecnico agli intermediatori operanti in Toscana, quando liberamente richiesto, al fine di migliorare la propria efficienza/efficacia nell'espletamento delle loro funzioni (dalla definizione del nomenclatore delle prestazioni garantite secondo target/priorità, alla costruzione di costi standard delle prestazioni convenzionate, ecc.);
 - c. la ricerca e sviluppo di soluzioni aderenti all'evoluzione normativa e dei fenomeni interessati (ad esempio il tema del welfare aziendale);
 - d. *l'accountability* degli enti intermediatori aderenti, sia nei confronti dei loro associati che dell'opinione pubblica e delle istituzioni pubbliche e private con cui interagiscono;
 - e. la defiscalizzazione regionale delle adesioni per la popolazione interessata;
 - f. l'introduzione di forme di *voucherizzazione* che favoriscano l'adesione delle fasce deboli (area della deprivazione sociale, precariato lavorativo, giovani in ingresso nel mercato del lavoro, ecc.)
 - g. la definizione e attuazione di forme di committenza nei confronti del Ssr e degli enti accreditati/convenzionati, anche alla luce dalla riorganizzazione in corso del servizio di prenotazione CUP regionale¹¹³.

¹¹² Tecnicamente, ognuna di queste misure può essere: contemplata tra le azioni da realizzare nel nuovo Piano integrato sociale e sanitario regionale; ovvero inquadrata in una delibera quadro della Giunta Regionale; o ancora deliberata singolarmente a seconda della produzione normativa in corso.

¹¹³ Questione di natura sia organizzativa ma, proprio per questo, anche culturale e se vogliamo strategica. Il sistema pubblico, tranne per le prestazioni che prevedo i ticket – circa 5 miliardi se si considerano anche gli enti accreditati e convenzionati – e quelle in intramoenia, è marginale nella copertura della domanda finanziata privatamente, in particolare oop. Lo scenario, riassunto da Francesco Longo del Cergas Bocconi alla recente Assemblea Fiaso del 6.7.16, è quello in cui *“anche in sanità, come per Google, Amazon o Tripadvisor, è iniziata la competizione tra chi riuscirà a proporre una piattaforma capace di ricomporre l'offerta di servizi a misura di famiglie e pazienti. Ci stanno già provando farmacie, assicurazioni, cooperative di medici, siti web e privati in genere. E in questa competizione il Ssn resta il principale attore per dimensioni, strutture e risorse. Ma per la sua debole cultura del servizio rischia di retrocedere al rango di semplice produttore di servizi, lasciando agli altri il 'packaging'”*

iii. *la sperimentazione, con start up su base di area vasta, di un fondo regionale integrativo di secondo livello, quindi aperto e partecipato, per le n.a.*; la sua conformazione si prevede plurima, ovvero che permetta, per la parte relativa alle non autosufficienze, sia l'adesione dei fondi integrativi incidenti in Toscana (ri-assicurazione), che l'adesione dei dipendenti pubblici regionali e degli ee.ll. toscani attraverso accordi contrattuali da approfondire¹¹⁴, nonché l'adesione libera, individuale o collettiva (associativa), della popolazione interessata; in esso trovano concretizzazione:

- a. le molteplici istanze della recente *policy* sociosanitaria regionale;
- b. il crescente interesse, a livello istituzionale (regioni ed enti locali), di iniziativa privata non profit (parti sociali, fondi contrattuali, società di mutuo soccorso), ma anche dei *third party administrators* (i *service*, in genere collegati a compagnie di assicurazione, come possono essere Previmedical e Unisalute, dei fondi sanitari integrativi che non gestiscono direttamente la propria attività) di perseguire implementazioni territoriali/regionali delle forme integrative in campo sanitario e sociosanitario;
- c. gli orientamenti imprenditoriali (cap. X) e sindacali indicanti soluzioni territorializzate di sviluppo delle forme integrative – vedi sopra;
- d. l'interesse dei fondi sanitari di cimentarsi sul/sui rischi legati alle non autosufficienze.

dell'ultimo miglio», <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2016-07-06/assemblea-fiaso-ripa-meana-ssn-sotto-stress-non-basta-l-efficiamento-bisogna-assumere-decisioni-politiche-governare-processo-171106.php?uid=ADhxVwo&cmpid=nlqf>.

¹¹⁴ Sulla base della normativa esistente, la situazione del pubblico impiego appare alquanto controversa;

- il decreto legge 78 del 2010 sembra vietare, nei fatti, la possibilità di attivare soluzioni di questa natura; al contempo però, in forma di assicurazione collettiva, e non di fondi integrativi, alcune categorie godono di polizze sanitarie: i 2.347 dipendenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri; i 55.412 dipendenti delle Agenzie fiscali; i 31.752 dipendenti del corpo dei Vigili del Fuoco; i 320.304 dipendenti dei Corpi di Polizia; i 817.304 dipendenti delle Forze Armate; i 10.348 dipendenti della Magistratura; i 48.634 dipendenti di enti pubblici non economici; i 20.861 dipendenti degli enti di ricerca; i 105.571 dipendenti delle università pubbliche; i 490.115 dipendenti delle regioni e autonomie locali; i 1.741 dipendenti delle autorità indipendenti; insieme ad altri 10.952 dipendenti di altri enti; risulta in altri termini che 8 regioni ordinarie e quelle a statuto speciale nonché 12 comuni capoluogo abbiano sottoscritto polizze di sanità integrativa (G. Labate (2015) *RUOLO E SVILUPPO DEI FONDI INTEGRATIVI PER LA RISPOSTA AI BISOGNI SANITARI ED ASSISTENZIALI E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE*, Roma, 15 settembre 2015, Ministero della Salute);
- un esempio particolare è poi quello del Fondo Perseo Sirio, fondo pensione complementare previsto dal contratto di lavoro, destinato a tutti i lavoratori dipendenti dei ministeri, delle regioni, delle autonomie locali e sanità, degli EPNE, dell'ENAC, del CNEL, delle università e dei Centri di Ricerca e Sperimentazione, delle Agenzie Fiscali, i Dirigenti ricompresi nelle Aree I, II, III, IV, VI, VII e VIII, dell'ENAC, del CNEL e tutti coloro richiamati nell'Accordo Istitutivo. Perseo Sirio raccoglie contributi, gestisce le risorse ed eroga le prestazioni. Tra queste, vi sono quelle previste nei Piani sanitari definiti con RBM Salute/Previmedical. I Piani sanitari sono di due tipi: base, con adesione automatica contestuale all'adesione a Perseo Sirio; integrativi, ad attivazione volontaria individuale on line;
- inoltre, la Legge di Stabilità 2016 (legge 208/2015, art. 1, commi da 182-189) e la decretazione prevista (decreto ministeriale 25 Marzo 2016), stabilisce che non costituiscono reddito e quindi sono esenti sia dalla contribuzione INPS a carico dell'azienda sia dalla tassazione fiscale a carico del lavoratore, le prestazioni erogate anche dagli enti pubblici economici (ma non delle amministrazioni pubbliche), alla generalità dei dipendenti o a particolari categorie di dipendenti ed ai loro familiari, tramite voucher o pagamento diretto da parte dell'azienda/ente; le tipologie di prestazioni previste riguardano servizi per l'educazione ed istruzione, assistenza agli anziani e soggetti non autosufficienti, viaggi ricreativi, attività sportive, attività culturali, buoni pasto, altri beni e servizi per un valore massimo di 258,23 €; il costo del servizio offerto ai dipendenti è interamente deducibile dal reddito d'impresa se risultato di accordo contrattuale collettivo, oppure è deducibile nel limite del 5 per mille del costo del lavoro se erogato in modo volontario (Agenzia per le Entrate (2016) *PREMI DI RISULTATO E WELFARE AZIENDALE – ART.1 COMMII 182-190 LEGGE 28 DICEMBRE 2015 N.208 – LEGGE DI STABILITA' 2016*, Circolare 28/E, Roma 15.6.2016);
- altro dato è l'accordo in corso di sottoscrizione per il rinnovo del contratto dei dipendenti della Regione Trentino Alto Adige e delle Province autonome di Trento e Bolzano;
- infine, il 5 aprile scorso è stata firmata un'intesa tra Governo e OO.SS. per il nuovo contratto collettivo nazionale del Pubblico Impiego, ambito questo in cui la materia del welfare integrativo sembra poter assumere, al pari di tutti gli altri CCNL, un ruolo non secondario.

Si tratta di tre linee strettamente interconnesse e reciprocamente inclusive (Figura 4) che possono essere considerate come fasi consequenziali qualora vengano assunte dentro un percorso temporale di medio periodo; ovvero come linee autonome/complementari, se affrontate contemporaneamente seppur in modo relativamente indipendente una dall'altra (Figura 5).

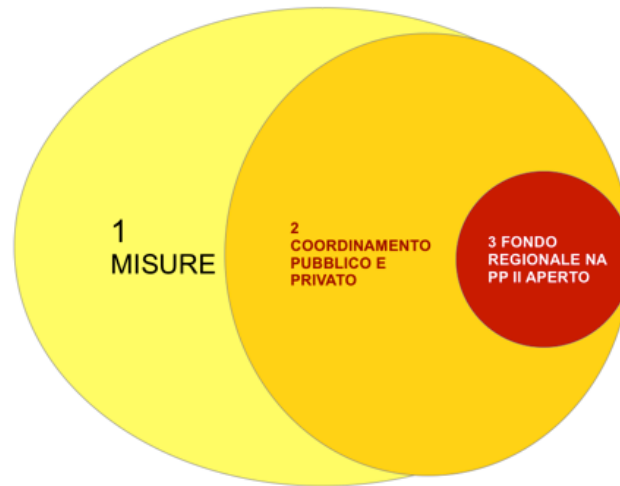


Figura 4

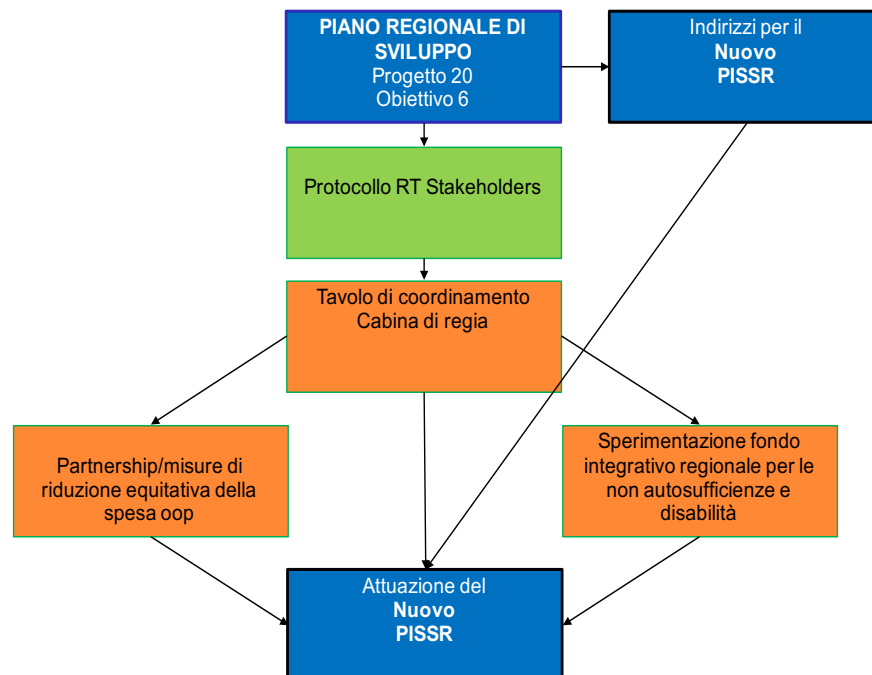


Figura 5

Le condizioni attuative

Questa ipotesi rappresenta, come abbiamo già avuto modo di dire, una sfida importante e di assoluta attualità, che necessita, nel quadro di un confronto strutturato con gli *stakeholders*, di uno studio di fattibilità approfondito rispetto alle diverse variabili che intercorrono nella sua realizzazione. Elenchiamo le principali:

- a. il target a cui rivolgerla e, quindi il tipo di bisogno/domanda da privilegiare – con una analisi mirata del fabbisogno e della domanda potenziale in tema di non autosufficienza, contestualizzata in primis per area vasta e più in generale a livello regionale, misurandone inoltre l’impatto prevedibile, anche con *proxy* quali i dati sulla speranza di vita con limitazione funzionali, le trasformazioni in corso delle famiglie toscane sia indigene che immigrate, i consumi sanitari delle persone con invalidità gravi, la prevalenza delle principali patologie invalidanti, ecc.¹¹⁵;
- b. l’analisi delle condizioni di sostenibilità di piani di Ltc delle progettualità ed esperienze di sanità integrativa e previdenza complementare in corso in altri contesti extra regionali, al fine di individuare le capacità/possibilità dei fondi di riconfigurare, anche parzialmente, i propri piani assistenziali e di comprendere la convenienza-opportunità che si presentano aderendo ad un fondo regionale di secondo livello come quello prospettato in questa sede;
- c. la composizione della platea degli aderenti e quindi del bilanciamento tra i diversi profili di rischio, nonché alla compresenza di adesioni *a capitalizzazione* e adesioni *a ripartizione*, ecc.
- d. la definizione del tipo di prestazioni da erogare (*cash o in kind*) e di servizi, anche complementari, da garantire; da evidenziare il *trade off* tra necessità di emersione del lavoro di cura irregolare e sostenibilità economica della sua regolarizzazione;
- e. il tipo di rapporto contrattuale con eventuali *third party administrators* e/o con i fornitori delle prestazioni garantite (in particolare la cooperazione sociale e/o assistenza familiare regolarizzata).

¹¹⁵ Nei capp. III e VIII abbiamo inquadrato tali problematiche; da evidenziare che la Regione Toscana dispone di un bagaglio conoscitivo particolarmente ricco sviluppato in questi anni in particolare dall’Ars – Agenzia regionale sanitaria -, dal Mes Sant’Anna di Pisa e dall’Osservatorio sociale regionale.