

Assistenza sanitaria integrativa e rapporto con i fondi

**Report realizzato con il contributo delle
aziende di Assolombarda**

Ricerca n° 07/2021

**A cura
di Assolombarda in collaborazione con Università Cattolica**

Ringraziamenti

Il presente report raccoglie i risultati di uno studio esplorativo condotto, su incarico di Assolombarda, da una équipe di ricerca del **Centro WWELL** – Università Cattolica diretta dalla **prof.ssa Laura Zanfrini** e composta dalla **prof.ssa Rosangela Lodigiani**, dalla **dott.ssa Emma Garavaglia** e dal **dott. Nicolò Rossi**.

Per Assolombarda l'attività è stata coordinata da **Valeria Innocenti** e **Laura Bernini** con la collaborazione, per le parti di propria competenza, di

Martina Bianco
Ryan Coretta
Andrea Fioni
Raffaella Molteni
Sandra Riotti

Si ringraziano per la condivisione di buone pratiche:

Abb Spa
Bayer Spa
Bcs Spa
Coca-Cola Hbc Italia Srl
Dell Spa
Fulton Medicinali Spa
Icrom Spa
Ipsen Spa
Laboratoires Boiron Srl
Mapei Spa
Mondelez Italia Srl
Nestle' Italiana Spa
Parker Hannifin Italy Srl
Solana Spa
STMicroelectronics Srl
Trumpf Srl

Piccola Industria di Assolombarda

Indice Contenuti

1. La sanità integrativa: Evoluzione del quadro normativo e prospettive di riforma	5
1.1 La sanità integrativa in Italia: prime tendenze evolutive.....	5
1.2 I fondi sanitari tra integrazione e sostituzione del SSN	8
1.3 Fonti costitutive e organizzazione interna dei fondi sanitari	10
1.4. Incentivi e sviluppo del welfare contrattuale.....	12
1.5 Discussioni in corso e prospettive aperte.....	15
2. La sanità integrativa tra contrattazione collettiva e gestione delle risorse umane	18
2.1. I fondi sanitari “integrativi”, ovvero il secondo (composito) pilastro della sanità	18
2.2 Le aspettative e le principali evidenze: uno scenario controverso	21
2.3 La contrattazione collettiva di primo e di secondo livello nello sviluppo dei fondi sanitari.....	23
2.4 La dialettica tra la contrattazione collettiva di secondo livello e l’iniziativa manageriale	27
3. Il punto di vista delle imprese lombarde	30
3.1 Un affondo sulle imprese lombarde: obiettivi e metodologia dell’indagine	30
3.2. Sanità integrativa: cosa ne pensano le aziende e il loro lavoratori.....	31
3.3 Un quadro eterogeneo: differenze tra aziende e tra gruppi di lavoratori	33
3.4. Sanità integrativa: un’opportunità per fare educazione sanitaria?	36
3.5 Il rapporto tra sanità pubblica e sanità integrativa	37
3.6 Quale ruolo per le associazioni di rappresentanza delle imprese?.....	38
4. Conclusioni	40
Riferimenti bibliografici	46

1

La sanità integrativa: Evoluzione del quadro normativo e prospettive di riforma¹

1.1 La sanità integrativa in Italia: prime tendenze evolutive

Il quadro normativo in tema di sanità integrativa nell'ordinamento giuridico italiano è stato più volte interessato da rilevanti riforme, che hanno inciso in maniera non sempre omogenea su alcuni dei principali profili della materia. Ciò ha contribuito alla graduale definizione di un assetto di regole composito, concentrato sulla disciplina di aspetti specifici, che talvolta risulta di non immediata sistematizzazione.

D'altro canto, il susseguirsi di diversi interventi regolativi, col passare del tempo, ha progressivamente reso viepiù evidente l'importanza e la delicatezza lato sensu politica degli argomenti coinvolti dalla tematica qui considerata (cfr., in generale, Treu, 2016). Non soltanto perché essi riguardano direttamente le modalità di tutela della salute – che costituisce l'unico diritto espressamente definito come «fondamentale» dalla

¹ Questo capitolo è stato scritto da Nicolò Rossi.

Costituzione (art. 32 Cost.) – ma anche perché consentono di individuare alcune possibili forme di applicazione del principio di sussidiarietà, nella sua duplice direzione orizzontale e verticale.

Com'è agevolmente intuibile, l'evoluzione della normativa sulla sanità integrativa è strettamente connessa con la storia del Servizio sanitario nazionale (SSN), istituito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e da essa improntato alla promozione della salute di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali (c.d. universalità) e con garanzia di uguaglianza nell'erogazione delle cure. Anche in vista di un superamento delle disparità che caratterizzavano il precedente sistema mutualistico (cfr. Balduzzi-Servetti, 2008), la legge del '78 ha affidato allo Stato il compito di fissare i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini (art. 3, co. 2 L. n. 833/1978). Sebbene abbia subito una complessa evoluzione (Antonelli, 2018), questa opzione – nella sua essenzialità – non è stata abbandonata successivamente, nonostante le profonde trasformazioni intervenute nella distribuzione dei poteri tra autorità centrale ed enti regionali, culminate nella riforma costituzionale del 2001 che ha riscritto il Titolo V della Costituzione.

In esito a tali innovazioni, la Carta fondamentale (art. 117 Cost.) include la «tutela della salute» nell'ambito delle materie oggetto di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, ma riserva alla competenza esclusiva dello Stato la determinazione **dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**. Ciò significa che solamente il legislatore statale può definire, con proprie norme, il nucleo delle prestazioni concernenti i diritti che devono essere assicurati sull'intero territorio nazionale. Viceversa, a livello regionale possono essere adottate ulteriori misure che permettono di raggiungere una certa differenziazione e l'adeguatezza dei servizi nei diversi contesti di riferimento (cfr. Balduzzi, 2008; Piras, 2017).

Nella cornice ora brevemente delineata, si inserisce la produzione legislativa più particolarmente incentrata sulla sanità integrativa. **Norma chiave in materia è l'art. 9 D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**, adottato in attuazione della delega contenuta nella L. 23 ottobre 1992, n. 421, a poco più di un decennio di distanza dall'entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Pur ribadendo la necessità di garantire livelli uniformi di assistenza, l'art. 9 appena citato, nella sua versione originaria, attribuiva alle Regioni la facoltà di prevedere in via sperimentale «forme di assistenza differenziate» per particolari tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore qualità dei servizi e maggiore libertà nella fruizione degli stessi. Tali forme differenziate di assistenza potevano consistere nella previsione, a beneficio degli utenti, di un contributo economico per il godimento di prestazioni sanitarie a pagamento, oppure nel riconoscimento a soggetti singoli o consortili, comprese le mutue volontarie, della possibilità di negoziare con gli erogatori delle prestazioni del SSN modalità e condizioni di assistenza che ne assicurassero qualità e costi ottimali, in favore della generalità degli aderenti o di appartenenti a categorie predeterminate. In tali ipotesi, l'adesione dell'assistito avrebbe comportato la rinuncia a godere delle corrispondenti prestazioni in forma ordinaria da parte del servizio pubblico.

Attribuendo maggiori competenze alle Regioni e ai privati, il decreto del '92 modificava sensibilmente gli equilibri stabiliti dalla legge sul SSN, non senza la convinzione che limitate aperture all'economia di mercato avrebbero potuto garantire al contempo una razionale utilizzazione delle risorse pubbliche e il contenimento della spesa sanitaria (cfr. art. 1 L. 421/1992). Tale impostazione, tuttavia, viene messa in discussione già dal successivo D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, che riscrive completamente il menzionato art. 9

mostrando, a partire dai nuovi termini impiegati, di voler imprimere alla disciplina in esame un diverso orientamento.

Invero, in luogo dell'originario riferimento alle «forme di assistenza differenziate», il legislatore del 1993 introduce l'espressione «forme integrative di assistenza sanitaria», chiarendo dunque che, in linea di principio, l'ambito di queste prestazioni avrebbe dovuto sommarsi a quello coperto dal SSN, senza sovrapporsi a esso. In quest'ottica, **il rinnovato testo dell'art. 9 D.lgs. n. 502/1992 contemplava la possibilità di dare vita a «fondi integrativi», finalizzati a erogare «prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale»** e stabiliva un primo elenco delle possibili fonti istitutive degli stessi. Esso comprendeva, segnatamente: i contratti e gli accordi collettivi, anche aziendali; gli accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale; i regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute. Si prevedeva, inoltre, che i fondi sanitari così costituiti avrebbero potuto essere autogestiti oppure regolati mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con imprese assicurative, mentre la fissazione di disposizioni più specifiche veniva affidata a un successivo apposito regolamento, che però non è mai stato approvato.

L'approccio sotteso al decreto del 1993 è stato ulteriormente rafforzato dal **D.lgs. 19 giugno 1999**, n. 229, che ha nuovamente modificato l'art. 9 D.lgs. n. 502/1992, precisando innanzitutto che **l'azione dei fondi integrativi dev'essere diretta a «potenziare» l'erogazione di trattamenti non compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza** definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi. Per espressa previsione di legge, la denominazione di detti fondi deve contenere l'indicazione di «fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale», che al contrario non può essere utilizzata da fondi istituiti per finalità diverse (art. 9, co. 2).

In secondo luogo, la riforma del 1999 ha riarticolato la gamma delle fonti legittimate a istituire i fondi integrativi, ponendo in capo a «tutti i soggetti pubblici e privati» che li costituiscono un divieto di adottare politiche di selezione dei rischi, che riecheggia il principio universalistico a cui si ispira il SSN. In pari tempo, il legislatore ha specificato il campo di applicazione dei fondi in parola, individuando a tal fine tre diverse aree di intervento in cui la loro attività può trovare esplicazione. In particolare, la legge fa riferimento a:

- a) **prestazioni aggiuntive**, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, relativamente alle quali i fondi svolgono una funzione propriamente supplementare rispetto all'ordinario sistema pubblico;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi e essenziali di assistenza, **per la sola quota posta a carico dell'assistito**; in questo caso, i fondi possono completare i servizi offerti dal SSN, sostenendo gli oneri economici che questo lascia in capo al cittadino (come i c.d. ticket), inclusi quelli per l'accesso a prestazioni erogate in regime di libera prestazione intramuraria;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, **per la quota posta a carico dell'assistito**.

1.2 I fondi sanitari tra integrazione e sostituzione del SSN

Com'è facile comprendere alla luce delle considerazioni che precedono, la definizione dell'ambito di operatività dei fondi di cui all'art. 9 D.lgs. n. 502/1992 appare fortemente influenzata dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza (Lucantoni, 2014). Questi, com'è noto, indicano le prestazioni e i servizi che il SSN garantisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Definiti per la prima volta dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, i LEA sono stati successivamente aggiornati con il **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, il quale ha impiegato una tecnica descrittiva che, ad avviso di qualche osservatore, sembra lasciare maggiori margini di elasticità sul piano interpretativo rispetto al decreto precedente (Antonelli, 2018). Più in dettaglio, **il provvedimento del 2017 elenca diverse attività che sono raggruppate all'interno di tre grandi livelli, denominati rispettivamente: a) prevenzione collettiva e sanità pubblica, b) assistenza distrettuale, c) assistenza ospedaliera**. In base all'attuale sistema normativo, l'insieme delle prestazioni così classificate è destinato a essere ciclicamente rivisto con l'ausilio della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA; la verifica della loro erogazione in condizioni di appropriatezza e di efficienza, invece, è compito di un apposito Comitato permanente, istituito presso il Ministero della salute.

Come si è poc'anzi rilevato, la determinazione dei trattamenti erogati dal SSN indirettamente incide anche sulla descrizione delle prestazioni che possono essere offerte dai fondi sanitari ex art. 9 D.lgs. n. 502/1992, i quali – per effetto delle riforme citate nel paragrafo 1 – sono oggi autorizzati a prestare servizi che tendenzialmente non rientrano nei LEA. Ciò nonostante, se da un lato il legislatore ha limitato a tale ambito l'eventuale azione dei fondi propriamente *«integrativi»*, dall'altro, non ha escluso che nella pratica continuino a operare anche fondi sanitari costituiti per finalità differenti.

In effetti, in seguito al D.lgs. n. 229/1999 è divenuto frequente nel linguaggio comune l'uso di una terminologia che distingue i fondi di cui all'art. 9 D.lgs. 502/1992 di cui si è sin qui parlato – che sono stati etichettati come **«fondi “doc”»** – e i c.d. **«fondi “non doc”»**, locuzione invalsa nella prassi per designare riassuntivamente i fondi sanitari all'epoca già esistenti, istituiti per scopi diversi dalla sola integrazione del SSN. **Questi ultimi, diversamente dai primi, hanno conservato la possibilità di erogare trattamenti che possono anche essere ricompresi nei LEA** e, pertanto, a essi non è precluso di svolgere un ruolo sostitutivo del servizio pubblico.

Mentre i fondi integrativi (o fondi “doc”) sono stati sottoposti a una disciplina via via più restrittiva, i fondi “non doc” non sono stati interessati dalle principali modifiche introdotte nel 1999, restando per lo più al di fuori dello spettro applicativo delle regole finora illustrate. Come si vedrà, questi fondi sono stati più recentemente coinvolti da alcune innovazioni della normativa fiscale che, negli ultimi decenni, li ha presi in considerazione in maniera sempre più esplicita, a partire dal generico riferimento agli *«enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale»*, contenuto nell'art. 51, co. 2, lett. a, del Testo unico delle imposte sui redditi (D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, di seguito anche TUIR).

Già con il D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 41, infatti, **il legislatore è intervenuto sul regime fiscale dei fondi sanitari, ponendosi nel solco della distinzione tra le due tipologie appena tratteggiate.** Con l'intento di agevolare maggiormente i fondi "doc", detto provvedimento ha introdotto un trattamento differenziato dei contributi versati ai fondi, contemplando disposizioni meno favorevoli per i fondi "non doc". La differenziazione in parola, peraltro, è stata in parte superata dalla successiva legge finanziaria 2008 (L. 24 dicembre 2007, n. 244) che, in estrema sintesi, oltre ad aver stabilizzato gli incentivi previsti in precedenza, ha fissato soglie numeriche uniformi per la deducibilità dei contributi versati ai fondi "doc" o a quelli "non doc". In aggiunta, la legge ha posto quale condizione per godere dei benefici fiscali la necessità che i fondi operino all'interno di determinate sfere di intervento da definire con decreto del Ministro della salute (art. 1, co. 197-198 L. n. 244/2007).

A tale previsione ha dato attuazione il **Decreto 31 marzo 2008** (c.d. decreto Turco, dal nome dell'allora Ministro della salute) che, richiamando le più rilevanti coordinate legislative entro cui si colloca, **ha indicato le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che possono rispettivamente essere erogate dalle due categorie di fondi.** Con riguardo ai fondi "non doc", inoltre, è stato stabilito che, per poter beneficiare delle agevolazioni fiscali, essi devono attestare di avere destinato annualmente almeno il 20% dell'ammontare complessivo delle proprie risorse all'erogazione di prestazioni non comprese nei LEA, in linea di massima coincidenti con quelle previste per i fondi "doc".

In un secondo momento, gli aspetti testé esaminati sono stati ancora oggetto di nuova regolamentazione, per effetto dell'entrata in vigore del **Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 27 ottobre 2009** (c.d. decreto Sacconi), il quale ha modificato il decreto del 2008, **precisando in maniera più approfondita l'elenco delle prestazioni ammesse ai fini del rispetto della predetta soglia del 20%.** A questo proposito, sono stati individuati quattro ambiti: I) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria rivolte ai non autosufficienti, per favorire la permanenza a casa oppure, in caso di persone non assistibili al proprio domicilio, presso strutture residenziali o semi-residenziali; II) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire ai non autosufficienti nella propria abitazione o in strutture esterne; III) le prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabilitati per infortunio o malattia, come la fornitura di ausili e di dispositivi medici, le cure termali e la riabilitazione; IV) l'assistenza odontoiatrica, incluse le protesi dentarie (art. 1, co. 1, lett. d, Decreto Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali 27 ottobre 2009).

Allo stato attuale, quindi, **la destinazione del 20% delle risorse annue alla effettuazione di questo genere di prestazioni, non rientranti nei LEA, permette ai fondi "non doc" di avere accesso ai benefici fiscali previsti per i fondi "doc".** Ulteriore condizione per godere delle agevolazioni tributarie è poi rappresentata dall'iscrizione degli enti interessati all'**Anagrafe dei fondi sanitari**, istituita dal decreto Turco (art. 2), ai sensi dell'art. 9, co. 9 D.lgs. n. 502/1992, e finalizzata a raccogliere informazioni relative agli operatori del settore, attraverso un sistema di comunicazioni periodiche (Piras, 2016 b).

Fermo restando quanto detto, in ogni caso, i fondi "non doc" – a differenza dai fondi "doc" (o integrativi) – mantengono comunque la facoltà di offrire servizi che, come si è già evidenziato, possono assumere anche carattere sostitutivo del SSN. Per questa ragione, i fondi "non doc" sono frequentemente denominati anche fondi sostitutivi.

1.3 Fonti costitutive e organizzazione interna dei fondi sanitari

Come è stato osservato negli studi in argomento, **il mercato della sanità integrativa è caratterizzato dalla presenza di fattispecie molto eterogenee, popolate da soggetti che, per le loro peculiarità, sono sottoposti a regole diverse** (Piras 2016 a; Romagnoli, 2019).

Per quanto riguarda le fonti costitutive dei fondi integrativi (fondi “doc”), l’art. 9, co. 3 D.lgs. n. 502/1992, nel testo oggi in vigore, continua a contemplare come in passato la contrattazione collettiva e gli accordi tra lavoratori autonomi, a cui si aggiungono i regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali, le deliberazioni di organizzazioni non lucrative e di società di mutuo soccorso, nonché gli 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. Nessuna elencazione specifica si riscontra, per converso, per i fondi “non doc”, che sono stati tradizionalmente identificati negli «*enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale*» menzionati dal già citato art. 51, co. 2, lett. a, TUIR, e che nella pratica sono spesso costituiti da alcune delle stesse fonti previste per i fondi “doc”. L’ampio tenore letterale dell’art. 9 D.lgs. n. 502/1992 non sembra escludere che anche le imprese di assicurazione possano avere una funzione attiva nel campo dell’assistenza sanitaria integrativa. Come si è già anticipato, tuttavia, **qualunque soggetto istituisca un fondo integrativo soggiace al divieto – più volte ribadito dalla norma – di adottare pratiche di selezione dei rischi**, il quale parrebbe ostacolare operazioni di delimitazione dell’area dei beneficiari delle prestazioni, basate su elementi come l’età o lo stato di salute delle persone interessate. In proposito, è stato sostenuto che tale preclusione, di fatto, impedirebbe alle compagnie assicurative di operare nel rispetto dei requisiti imposti dalla disciplina nazionale e dell’Unione europea in materia di assicurazioni (Piras, 2019 b). Ciò nondimeno, com’è ampiamente risaputo, nella prassi **le imprese di assicurazione si sono ritagliate, pur sempre, degli spazi di intervento non irrilevanti**, offrendo i propri servizi ai fondi, oltre che stipulando polizze sanitarie individuali o collettive direttamente con persone fisiche o con altri enti o aziende (cfr. RBM-Censis, 2018).

Un ruolo di primaria importanza entro il quadro che si sta illustrando è svolto indubbiamente anche dalla contrattazione collettiva, per la quale la sanità integrativa rappresenta da tempo uno dei terreni privilegiati di affermazione di una cultura sindacale capace di superare la dimensione della pura conflittualità e di accedere a forme di partecipazione e di gestione condivisa (cfr. Napoli, 2003; Lai, 2014; Treu, 2016). Abbandonando alcune tradizionali resistenze ideologiche, infatti, i principali contratti collettivi nazionali da diversi anni hanno istituito **fondi bilaterali** – cioè amministrati da rappresentanti delle imprese e dei sindacati – che sono divenuti una delle modalità operative più comuni nel variegato panorama qui esaminato. La presenza di regole e di fondi nazionali, del resto, non ha impedito lo **sviluppo di azioni integrative a livello decentrato e aziendale**, stimolate altresì dalle più recenti novità legislative in ambito fiscale, che saranno a breve approfondite (Treu, 2016).

Similmente a quanto avviene nel caso della previdenza complementare, anche l’adesione ai fondi sanitari è volontaria e, perciò, rimessa alla libera scelta del singolo lavoratore interessato. Quanto alle modalità di accesso ai fondi, gli interpreti sono soliti tratteggiare

una **distinzione tra i c.d. fondi chiusi e i c.d. fondi aperti**: i primi sono indirizzati solo a determinate persone, anche in ragione della loro appartenenza a un dato settore o comparto produttivo, i secondi tendono ad ammettere ogni individuo (Piras, 2019 b).

Di norma, **tra i fondi chiusi si annoverano soprattutto le casse aziendali e i c.d. fondi di categoria** che, in molte ipotesi, consentono l'iscrizione anche ai pensionati che hanno prestato in precedenza la loro attività nel settore interessato per un certo numero di anni (Piras, 2016 b). Non di rado, questi fondi hanno incontrato pienamente il favore dei lavoratori, tanto che talvolta il numero degli aderenti va ben oltre a quello degli iscritti ai sindacati che li hanno costituiti (Lai, 2014; Faioli, 2010).

Diversamente, com'è stato sottolineato in dottrina, i fondi aperti sono in prevalenza costituiti dalle **società di mutuo soccorso** che, normalmente, accettano la partecipazione di ampie categorie di soggetti mentre, solo in limitate circostanze, si rivolgono esclusivamente a chi risiede in un determinato ambito territoriale (Piras, 2019a).

Storicamente concepite come strumento giuridico per assicurare sostegno ai soci e alle loro famiglie al verificarsi di particolari eventi – quali infortuni, malattie, invalidità al lavoro, vecchiaia, morte (Racugno, 2018) – le società di mutuo soccorso sono tutt'ora regolate dalla L. 15 aprile 1886, n. 3818, come modificata dal D.l. 18 ottobre 2012, n. 179 (convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221). Ai sensi dell'art. 2, co. 3 L. n. 3818/1886 tali enti, che non hanno finalità di lucro e perseguono scopi di interesse generale, erogano le prestazioni promesse, nei limiti delle proprie disponibilità finanziarie e patrimoniali. Ciò comporta che, in generale e senza entrare nel dibattito sul tema, essi non operano sulla base di una necessaria correlazione tecnico-attuariale tra il contributo pagato dall'iscritto e l'entità della prestazione a carico della società, la quale – salvo ipotesi specifiche – viene erogata solo in presenza di effettive risorse disponibili (Dragonetti, 2017; Piras, 2016b). Anche in considerazione di tali aspetti, le società di mutuo soccorso sono esonerate dall'integrale rispetto della disciplina contenuta nel Codice delle assicurazioni private, eccetto il caso in cui esse si impegnino a corrispondere ai soci somme di denaro superiori a un determinato ammontare, cosa che implica il loro assoggettamento alle regole previste per le particolari mutue assicuratrici (v. artt. 345; 51 bis ss. D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209).

Come emerge dai dati resi disponibili dal Ministero della salute, le società di mutuo soccorso hanno gradualmente intensificato la loro azione nell'ambito della sanità integrativa, specialmente in seguito all'entrata in vigore dei citati provvedimenti del 2012. Ciò non è casuale, giacché tali provvedimenti hanno riscritto il complesso di attività che possono essere esercitate dalle società in discorso, dando significativo risalto proprio a una serie di servizi connessi a esigenze sanitarie e socio-sanitarie. Inoltre, è stato chiarito in modo esplicito che simili attività «*possono essere svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*» (art. 1 L. n. 3818/1886).

Come si vede, quindi, **il novero dei soggetti che agiscono nel contesto analizzato in questa sede risulta alquanto articolato, al pari delle fonti normative che possono trovarvi applicazione**. Se poi si concentra maggiormente l'attenzione sul piano più specifico della organizzazione e della natura giuridica dei vari fondi, le informazioni a disposizione del Ministero della salute mostrano una realtà altrettanto multiforme.

Accanto a un numero relativamente ridotto di cooperative e fondazioni, coesistono anche associazioni riconosciute (artt. 12 ss. Cod. civ.) e una più elevata quantità di associazioni non riconosciute (artt. 36 ss. Cod. civ.), che rappresentano la forma giuridica di gran lunga più diffusa tra i fondi sanitari.

Le regole che presidono alle dinamiche interne e alle pratiche organizzative di questi enti sono definite in prevalenza dai relativi statuti e atti costitutivi, nel rispetto dei limiti di volta in volta stabiliti dall'ordinamento. In concreto, peraltro, non mancano modi di procedere comuni, come per esempio quello, seguito da buona parte dei fondi sanitari, di utilizzare i contributi versati dagli iscritti per stipulare con imprese di assicurazione polizze sanitarie collettive per conto degli stessi (RBM-Censis, 2018). Più specificamente, alcuni fondi si obbligano a effettuare nei confronti dei propri aderenti prestazioni di natura indennitaria, garantendo loro il rimborso delle spese sostenute per le cure ricevute presso strutture liberamente scelte, entro certi parametri, dagli interessati. Altri fondi, invece, offrono prestazioni che non sono monetarie, bensì direttamente di assistenza sanitaria, di cui gli aderenti possono beneficiare rivolgendosi alle cliniche e ai centri convenzionati con il gestore del fondo stesso (Piras, 2019 b).

Al di là dei comportamenti ricorrenti, **non esiste però un modello normativo unitario e strettamente vincolante, appositamente dedicato al funzionamento interno dei fondi sanitari.** Tale situazione deriva in parte dalla omessa attuazione delle previsioni contenute nel comma 8 dell'art. 9 D.lgs. n. 502/1992, stando al quale il Ministero della sanità avrebbe dovuto promuovere l'adozione di un regolamento destinato a disciplinare tra l'altro: le modalità di costituzione e di scioglimento dei fondi integrativi, la composizione degli organi di amministrazione e di controllo, le forme di contribuzione, i soggetti beneficiari dell'assistenza, i trattamenti e le garanzie riservate ai singoli sottoscrittori e ai loro nuclei familiari. Come si vedrà, proprio la mancata emanazione di questo tipo di norme è uno dei punti su cui talora si insiste all'interno delle discussioni che reiteratamente si sviluppano in ordine alla necessità di una nuova riforma legislativa sul complessivo assetto giuridico della sanità integrativa.

1.4. Incentivi e sviluppo del welfare contrattuale

Analogamente a quanto si registra con riguardo a numerose forme di *welfare* privato, **una certa influenza sull'evoluzione delle tendenze in materia di sanità integrativa è stata esercitata senza dubbio dalle politiche in ambito fiscale.**

Com'è emerso dalle considerazioni sinora svolte, un sistema di incentivazione avente per oggetto i contributi versati ai fondi sanitari latamente intesi – e incentrato sulla deducibilità o esclusione degli stessi dal reddito rilevante ai fini tributari – esiste nell'ordinamento italiano da alcuni decenni (cfr. artt. 10, co. 1, lett. e-ter; 51, co. 2, lett. a, TUIR). Col trascorrere degli anni, tuttavia, il significato pratico di simili incentivi ha in parte risentito dei più ampi mutamenti normativi che hanno coinvolto in generale i servizi e i *benefit* erogati dalle imprese, nell'ambito dei c.d. **piani di welfare aziendale**, dei quali dunque può essere utile svolgere ora qualche osservazione.

Fino alle più recenti riforme, la disciplina fiscale di questo tipo di prestazioni, a parere della maggioranza degli interpreti, era ritenuta inadeguata e non più in grado di

rispondere in maniera efficace alle diverse esigenze che affiorano nelle realtà aziendali. Le critiche più frequenti, in particolare, si appuntavano sulla circostanza che la previgente normativa differenziava le agevolazioni a seconda che esse concernessero istituti negoziati oppure definiti unilateralmente dalle imprese, subordinando il riconoscimento di alcuni benefici fiscali al fatto che l'attribuzione dei *benefit* per il personale fosse volontaria, ossia decisa discrezionalmente dal datore di lavoro. Tale configurazione complessiva apriva prospettive non del tutto soddisfacenti per l'attività delle parti sociali e, sul piano teorico, appariva poco coerente con la tradizione legislativa che si è progressivamente orientata verso una tendenziale valorizzazione della contrattazione collettiva come strumento di regolazione dei rapporti di lavoro (cfr. Treu, 2016).

Le dinamiche delle relazioni industriali, d'altronde, si sono storicamente dimostrate favorevoli all'introduzione di misure di promozione del benessere sociale dei dipendenti e delle loro famiglie, allargando lo sguardo oltre ai classici problemi del trattamento economico della manodopera (cfr. Maino-Mallone, 2016; Ferrera, 2015). Così, **se in origine l'iniziativa è dipesa prevalentemente da atti di liberalità delle direzioni aziendali, col tempo l'incidenza della contrattazione collettiva è andata aumentando, trainata dalle esperienze pilota sviluppatesi in alcune grandi aziende** (Treu, 2016). L'incremento della negoziazione, in taluni casi, è stato incoraggiato anche dai legislatori regionali che, in determinati contesti, ne hanno variamente sostenuto l'espansione, indirizzando selettivamente il proprio supporto ai progetti e alle misure qualificabili come esito di trattative sindacali a livello aziendale o territoriale (Santini, 2018).

La più importante risposta alle difficoltà sopra segnalate, comunque, è stata fornita dalla **legge di stabilità 2016** (L. 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, commi 182-190) che ha modificato l'assetto preesistente agendo in molteplici direzioni. Schematicamente, va evidenziato che, in primo luogo, essa ha riscritto le disposizioni che ponevano l'unilateralità come condizione per accedere ai trattamenti fiscali di maggior favore, stabilendo viceversa **un regime privilegiato per le forme di welfare contrattate** (cfr. art. 1, co. 187 L. n. 208/2015; Agenzia delle entrate, Circolare 15 giugno 2016, n. 28/E). Secondariamente, la legge ha **autorizzato l'impiego di risorse dedicate ai premi di produttività per finanziare diversi benefit** (art. 1, co. 184 L. n. 208/2015). Infine, ha ricompreso nell'area coperta dalle agevolazioni fiscali anche l'ipotesi di servizi erogati dal datore di lavoro mediante documenti di legittimazione in formato cartaceo o elettronico, riportanti un valore nominale (**voucher**) (art. 1, co. 190 L. n. 208/2015) (Treu, 2016; Santini, 2018; Squeglia, 2017a).

In questa cornice, l'ordinamento continua a prevedere la deducibilità dei contributi versati ai fondi sanitari "doc" e "non doc", secondo quanto si è precedentemente indicato (v. *supra*, par. 2). Oltre a ciò, non di meno, per effetto delle più generali modifiche appena menzionate **si sono determinate alcune nuove implicazioni di grande rilevanza pratica**. Per esempio, si prevede oggi che le spese relative a opere e servizi offerti dal datore di lavoro per finalità di «*educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto*» non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente, anche quando esse siano state sostenute in adempimento di un preciso vincolo stabilito dalla contrattazione collettiva (art. 51, co. 2, lett. f, TUIR). Parimenti, non sono incluse nel calcolo del reddito nemmeno le somme erogate alla generalità o a categorie di lavoratori per la fruizione di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti (art. 51, co. 2, lett. f-ter, TUIR). Allo stesso modo – in seguito alle ulteriori innovazioni introdotte dalla L. 11 dicembre 2016, n. 232 – sono esclusi anche i contributi e i premi versati dal datore di

lavoro a beneficio del personale, per prestazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o il rischio di gravi patologie (art. 51, co. 2, lett. f-*quater*, TUIR che, a fini definitivi, richiama espressamente il c.d. decreto Sacconi, più sopra citato).

Le innovazioni che si sono ora sinteticamente descritte, in genere, hanno mostrato di avere avuto successo nella realtà applicativa, nella quale **l'aumento della convenienza fiscale e contributiva del *welfare* contrattuale lo ha in breve fatto divenire un importante terreno di scambio all'interno delle trattative tra imprese e sindacati** (Treu, 2016). D'altra parte, l'insieme dei *benefit* sperimentati in questo quadro si è notoriamente rivelato in linea con le aspettative e i bisogni dei singoli lavoratori a cui l'attuale sistema normativo permette di creare combinazioni, a propria scelta, tra i diversi tipi di servizi offerti dai datori di lavoro, entro i *budget* di spesa stanziati nelle aziende (c.d. *flexible benefits*).

Non per nulla, nonostante qualche oscillazione, la rilevanza strategica delle questioni trattate è stata espressamente riconosciuta dalle parti sociali, anche ai loro massimi livelli. **Nell'Accordo per un moderno sistema di relazioni industriali del 14 gennaio 2016, Cgil, Cisl e Uil hanno chiaramente inserito il *welfare* contrattuale tra gli assi tematici degli scenari negoziali in esso prefigurati.** Sul punto si afferma che lo sviluppo delle misure contrattate può rappresentare un ambito di crescita del «*benessere organizzativo*», nell'ottica di un miglioramento complessivo della produttività e delle condizioni di lavoro. Per tale motivo, viene sostenuta la necessità per il sindacato di puntare sulla diffusione estesa di una contrattazione del *welfare*, onde adattarlo in modo mirato alle caratteristiche dei singoli contesti, a partire dalle concrete esigenze delle persone, delle aziende, dei territori e dei settori. In questa prospettiva, il documento sottolinea l'opportunità di favorire l'estensione della previdenza complementare e pone l'accento anche sulla sanità integrativa, prospettando l'utilità di un processo di razionalizzazione e di riordino dei fondi esistenti.

Buona parte di questi orientamenti sono stati successivamente condivisi anche sul versante datoriale con **l'Accordo su "contenuti e indirizzi delle relazioni industriali e della contrattazione collettiva" di Confindustria, Cgil, Cisl e Uil del 9 marzo 2018.** Di fronte alla crisi economica e alle conseguenti difficoltà dei tradizionali strumenti dello Stato sociale, l'intesa ribadisce l'importanza degli interventi realizzabili dalla contrattazione collettiva, in funzione di integrazione del sistema pubblico. Sennonché, contemporaneamente, si rileva altresì che il *welfare* contrattuale opera nei vari ambiti della negoziazione in maniera differenziata e non omogenea e richiede, di conseguenza, un miglior coordinamento. Proprio in vista di tale obiettivo, le parti si propongono allora di fissare con accordi interconfederali alcune linee di indirizzo per la contrattazione collettiva con riferimento a materie di interesse generale – tra cui vengono enunciate l'assistenza sanitaria integrativa, la tutela della non autosufficienza e le prestazioni di *welfare* sociale – per consentire, anche nei settori privi di specifiche iniziative, una maggiore universalità delle tutele.

Sulla scia di queste affermazioni, man mano che dalle valutazioni d'insieme sul *welfare* si sposta l'attenzione su più circoscritte richieste di rinnovamento, si può osservare come il discorso finisce spesso con l'intrecciarsi con alcuni degli argomenti che frequentemente animano il dibattito sull'eventualità di una nuova riforma della sanità integrativa, di cui a questo punto conviene dare conto.

1.5 Discussioni in corso e prospettive aperte

Come si è più volte detto, l'idea che il legislatore possa intervenire nuovamente per affrontare in modo organico i temi analizzati è da anni accarezzata da coloro che si interrogano sulle principali problematiche della sanità integrativa.

A ben vedere, le ragioni che vengono solitamente invocate a sostegno delle prospettive riformatrici fanno leva essenzialmente sul **carattere disomogeneo e a tratti frammentario della normativa vigente**. Da questo angolo visuale, non pochi osservano come l'assenza di un disegno legislativo unitario e completo crei inevitabilmente delle lacune e delle incertezze interpretative, le quali sarebbero acuite dalla coesistenza nel mercato di operatori giuridici molto diversi tra di loro, che rispondono a logiche e ad autorità di controllo differenti. Parallelamente, si lamenta che la mancata emanazione di alcuni dei regolamenti che, alla stregua delle disposizioni di legge che sono state illustrate, avrebbero dovuto disciplinare aspetti cruciali dei fondi sanitari aggrava la situazione e rende più complicato individuare elementi su cui poter svolgere un'efficace vigilanza a garanzia degli utenti (cfr. Mastrobuono, 2019; Piras, 2019b; Romagnoli, 2019). A riguardo, è stato evidenziato che, se si eccettuano le assicurazioni che agiscono sotto il controllo tendenzialmente accentrato in capo all'Ivass (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni), vi sono nel settore **sistemi di sorveglianza differenziati** che potrebbero coinvolgere anche soggetti operanti a livelli amministrativi diversi. Tra questi, va ricordato anzitutto l'**Anagrafe dei fondi sanitari**, che riceve periodicamente alcuni dei documenti provenienti dagli enti che vi si iscrivono. In talune riflessioni, si è altresì affermato che anche gli organismi regionali potrebbero vantare alcuni poteri in relazione ai fondi istituiti nel rispettivo ambito territoriale (cfr. Squeglia, 2014; Piras, 2016b). In chiave critica, è stato poi constatato che determinate realtà, come le società di mutuo soccorso, sono per lo più sottratte dall'applicabilità di norme tanto rigorose quanto quelle previste per le imprese di assicurazione, sebbene talvolta svolgano nei fatti attività paragonabili (Piras, 2019a; Romagnoli, 2019).

La delicatezza delle funzioni esercitate dai fondi sanitari, naturalmente, non dipende soltanto dai volumi di risorse che essi movimentano, ma anche da altri fattori, quale la peculiare natura dei dati personali che possono essere trattati. Le informazioni attinenti a terapie ed esami medici potrebbero rivelare indicazioni sullo stato di salute dei lavoratori o dei loro familiari e, come tali, sono sottoposte dal recente Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. *General data protection regulation*) a una disciplina protettiva più severa rispetto a quella prevista per i dati comuni. L'adozione di cautele rafforzate, in queste ipotesi, ben si comprende se si pone mente alle strumentalizzazioni che un utilizzo incontrollato di notizie generalmente riservate potrebbe ingenerare e al rischio di abusi collegati a un possibile impiego di tali conoscenze da parte di alcuni attori economici, per attuare politiche di selezione dei rischi che sfavoriscono i soggetti più deboli.

Oltre alle questioni segnalate, non mancano neppure ulteriori dubbi in ordine all'adeguatezza delle **concrete modalità di espletamento dei controlli** sulla gestione dei prodotti della sanità integrativa diversi dalle polizze assicurative. Precisamente, si rileva che – data la prevalente finalità fiscale dell'iscrizione all'Anagrafe – gli accertamenti svolti dal Ministero della salute al momento della registrazione dei fondi sanitari si sostanzierebbero in verifiche puramente formali, senza addentrarsi in apprezzamenti

sulla stabilità e affidabilità degli enti interessati (Romagnoli, 2019). Specularmente, alcuni operatori hanno rimarcato che la stessa Anagrafe non configura un meccanismo autorizzativo vero e proprio, atteso che il Ministero non possiederebbe necessariamente le competenze tecniche idonee a controllare i bilanci e gli assetti gestionali di tutte le tipologie di fondi sanitari (Ania, 2015).

Dinanzi a simili rilievi, **da più parti è stato auspicato il compimento di un'operazione legislativa di riordino**, capace di risolvere le criticità indicate con maggiore accuratezza sistematica, **sulla falsariga dell'esperienza realizzata nel campo attiguo della previdenza complementare** (Faioli-Vola, 2018a; Piras, 2019b). La stessa Covip (Commissione di vigilanza sui fondi pensione) ha ripetutamente richiamato l'attenzione in merito all'asserita opportunità di definire un processo di sorveglianza integrato che, attraverso un'azione che comprenda previdenza e sanità integrative, possa contribuire all'instaurazione di migliori sinergie tra i due contesti, sotto la supervisione dei Ministeri interessati (i.e. Ministero del lavoro e Ministero della salute).

In questa direzione, del resto, sono state avanzate anche specifiche proposte legislative in seno agli organi parlamentari competenti. Nel 2016, per esempio, un emendamento al disegno di legge sulla concorrenza presentato al Senato, e non accolto, proponeva di attribuire alla Covip *«anche la vigilanza sui fondi sanitari integrativi e sugli enti, casse e società di mutuo soccorso»*, ferma restando *«l'alta vigilanza del Ministero della salute»* (proposta di modifica n. 16.0.4 al d.d.l. 2085, di iniziativa degli on. Sacconi, Di Biagio e altri). La proposta intendeva *«aumentare l'efficienza e la trasparenza del settore»* e prefigurava a tal fine un procedimento di riforma che avrebbe dovuto essere effettuato *«sulla base delle disposizioni e dei principi di cui decreto legislativo n. 252/2005 [contenente la disciplina delle forme pensionistiche complementari] in quanto compatibili»*.

Malgrado la buona diffusione delle opinioni favorevoli a una più stretta convergenza tra le due aree ora menzionate, non mancano peraltro le voci che diversamente sottolineano i possibili ostacoli, anche di ordine istituzionale, che si frapporterebbero alla realizzazione di questo genere di progetti. Su questo piano, **si sostiene l'impossibilità di una completa equiparazione della sanità integrativa con la previdenza complementare**, anche in ragione del fatto che la prima, a differenza della seconda, per certi versi sarebbe più difficilmente riconducibile alle materie nelle quali sussiste potestà legislativa dello Stato (art. 117, co. 2 Cost.), in seguito al decentramento attuato dalla riforma costituzionale del 2001. A ciò si aggiunge, d'altro canto, che **l'introduzione di invasive forme di vigilanza finirebbe forse col restringere eccessivamente gli spazi di libertà in cui si muovono i privati in consonanza con il principio di sussidiarietà orizzontale**, a cui si ispirano alcune norme della Carta fondamentale (art. 118, co. 4 Cost.). Quindi, data la genericità delle previsioni oggi vigenti, si riconosce la difficoltà di individuare, a legislazione invariata, il necessario fondamento che consentirebbe alla pubblica amministrazione di effettuare penetranti verifiche ispettive sulla gestione di molteplici fondi sanitari, a meno di ipotizzare – come pure è stato suggerito – qualche margine di intervento per autorità generaliste come l'Autorità garante della concorrenza e del mercato – Agcom (Romagnoli, 2019).

In conclusione, va segnalato che, in ogni caso, nel dicembre 2018 **la XII Commissione permanente, affari sociali, della Camera dei deputati ha avviato un'indagine conoscitiva finalizzata a esaminare molti dei problemi di cui maggiormente si discute e sui quali ci sono punti di vista differenti e controversi**.

In tal modo, è stata promossa una serie di audizioni per valutare, tra l'altro: l'utilità di un riordino della sanità integrativa; l'eventuale cancellazione di ogni tipo di beneficio fiscale a favore dei fondi sanitari privi dei requisiti stabiliti dal D.lgs. n. 502/1992; l'ulteriore esplicitazione del divieto per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni «sostitutive», ricomprese nell'ambito di azione del SSN e dei LEA; la possibilità di prevedere disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari correlati ai fondi integrativi, nonché regole dirette a eliminare ogni conflitto d'interesse tra i gestori dei fondi e chi promuove gli stessi.

2

La sanità integrativa tra contrattazione collettiva e gestione delle risorse umane²

2.1. I fondi sanitari “integrativi”, ovvero il secondo (composito) pilastro della sanità

Il tema dell’assistenza sanitaria integrativa alimenta il dibattito sulle strategie di sviluppo e riforma del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in Italia da lungo tempo. Potremmo dire che fin dalla legge n. 833/1978 istitutiva del SSN la “porta di ingresso” per le forme di assistenza privata e volontaria è sempre rimasta aperta. La stessa legge infatti fa menzione della mutualità volontaria pur se solo per precisarne l’ammissibilità e il divieto di finanziamento da parte di enti, imprese ed aziende pubbliche³. Il divieto è

² Questo capitolo è stato scritto da Rosangela Lodigiani.

³ Si legge all’art. 46: “La mutualità volontaria è libera. È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell’assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale”.

coerente con l'intento del nuovo ordinamento di dare forma a un sistema sanitario di stampo universalistico, finanziato attraverso la leva fiscale (e non contributiva), volto a sancire il diritto alla tutela della salute come diritto di cittadinanza in linea con l'art. 32 della Costituzione. L'obiettivo è proprio quello di superare i limiti di forme di copertura come quelle mutualistiche (enti mutualistici e casse mutue) che fino a quel momento avevano sì assicurato cura e assistenza a una quota significativa della popolazione, ma in modo del tutto frammentato, secondo logiche categoriali e corporativistiche, legando il diritto alla tutela della salute alla condizione occupazionale più che allo status di cittadino (Luciano, 2012). Tuttavia, nei fatti, le forme di assistenza sanitaria integrativa continuano a prosperare, sino ad esigere, agli inizi degli anni 1990, un intervento regolativo (*Ibidem*). Come ricordato nel capitolo 1, un primo punto fermo viene posto con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" che introduce nell'ordinamento italiano la possibilità di ricorrere a soggetti privati per l'erogazione di forme di copertura sanitaria integrativa. Sono poi la successiva "riforma Bindi" del 1999, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" e, due lustri dopo, il "decreto Turco" (d.m. Salute 30.3.2008) e il "decreto Sacconi" (d.m. Lavoro/Salute 29.11.2009) a darne piena attuazione, chiarendone in modo più puntuale la natura integrativa e complementare rispetto al SSN, oltre che istituendo l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi quale strumento di vigilanza.

L'esigenza viepiù pressante di mantenere la sostenibilità e l'efficienza economica del SSN (contenendo e razionalizzando la spesa, agendo sul rapporto tra prestazioni e risorse) **e di promuovere l'adeguatezza delle risposte ai bisogni di protezione della salute dei cittadini** (agendo sull'efficacia delle prestazioni, dalla prevenzione alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione) **hanno nel tempo contribuito a fare dell'assistenza sanitaria integrativa, mutualistica e integrativa, il cosiddetto "secondo pilastro" della sanità.**

Il secondo pilastro è concepito per ampliare (**complementare e integrare**) in modo stabile e **il più possibile universalistico** la copertura dei bisogni sanitari laddove il SSN non arrivi, ed è considerato preferibile sotto il profilo dell'equità e del contrasto alle disuguaglianze rispetto alla spesa privata individualizzata dei cittadini (*out of pocket*, "di tasca propria"), cresciuta anch'esso all'ombra del SSN a ritmi sostenuti. Le ragioni di questa "preferenza" sono legate al fatto che la sanità integrativa in linea di principio favorisce sia la socializzazione dei rischi sanitari, sia il coinvolgimento attivo nel suo sviluppo/gestione delle parti sociali e della società civile organizzata (Lodigiani, 2015). In questa prospettiva, **uno degli aspetti più interessanti del secondo pilastro risiede nella natura collettiva e nella logica mutualistica che sta alla base dei fondi sanitari**, ciò che li distingue dal "terzo pilastro" della sanità, privato e individualizzato, gestito ed erogato dalle compagnie assicurative tramite polizze assicurative.

Come ricordato nel capitolo 1 esistono due tipi di fondi sanitari. Entrambi, per godere dei benefici fiscali previsti dalla legge, devono essere iscritti all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi, operare senza scopo di lucro e non effettuare la selezione dei rischi sanitari: **i fondi (puramente) integrativi** definiti ai sensi del d.lgs. n. 502/92 e le successive modificazioni, comunemente chiamati "doc", o tipologia A; e **i fondi sanitari ex art. 51 Dpr 917/1986**, definiti "non doc" o tipologia B, ovvero enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che raccolgono contributi di assistenza sanitaria di derivazione contrattuale e negoziale, che nascono dalla contrattazione

nazionale, territoriale o aziendale tra le parti sociali⁴. **Fanno dunque parte di questa seconda tipologia i fondi sanitari istituiti da contratti e accordi collettivi nazionali e aziendali.**

I primi sono fondi “aperti” a tutti i cittadini, vincolati a offrire solo prestazioni integrative al sistema sanitario nazionale o a rimborsare prestazioni ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) previsti dal SSN per la quota a carico dell’assistito (*ticket sanitario*). **I secondi sono per definizione di fondi “chiusi”, rivolti esclusivamente ai lavoratori (in alcuni casi anche pensionati) e spesso ai loro famigliari, non vincolati ad operare al di fuori del perimetro del SSN, ma obbligati (dal 2008) a destinare il 20% delle risorse impegnate ad ambiti di intervento integrativi del SSN** per poter essere iscritti all’Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi e godere così delle agevolazioni fiscali connesse (il che per converso significa che il restante 80% può essere speso a copertura di prestazioni anche sostitutive).

Si può dunque dire che le due tipologie di fondi sono state equiparate dal punto di vista fiscale, a condizione che i fondi “non doc” rispettino il suddetto 20%, ma si può aggiungere che la materia resta particolarmente complessa e intricata e richiederebbe un riordino complessivo, volto soprattutto a correggerne le distorsioni di implementazione e i rischi connessi non solo sul piano dell’efficienza, ma anche dell’equità (Dirindin, 2019).

Secondo i dati ministeriali aggiornati al 2017, sono 322 i fondi iscritti all’Anagrafe. Il numero è cresciuto nel tempo lentamente ma costantemente (erano 276 nel 2010). La quasi totalità appartiene alla tipologia B (313) e conta un totale di circa 10 milioni di aderenti per un valore di prestazioni intermedie di circa 2,3 miliardi di euro nel 2016. I fondi puramente integrativi sono 9 e si rivolgono a poco più di 9 mila persone per un totale di circa 1 milione di euro di spesa (Ministero della salute, 2018).

Nel complesso, la spesa sanitaria intermedia nel nostro paese è cresciuta del 36,7% tra il 2013 e il 2019, passando da 3,1 a 4,3 milioni di euro, e si compone per oltre due terzi da fondi e società mutue sanitarie e per un terzo da polizze malattia intermedie direttamente dalle compagnie di assicurazione (Cesari, 2020). **Nonostante questa dinamica di crescita, resta amplissimo il divario con la spesa *out of pocket*, pagata direttamente dai cittadini**, che è cresciuta solo del 13,6% nello stesso periodo ma che è comunque arrivata a valere 35,8 miliardi di euro nel 2019 (*Ibidem*). Un volume che si riesce ad apprezzare meglio se si considera che la spesa pubblica ha sfiorato, sempre nel 2019, i 115 miliardi di euro, ovvero il 6,4% del Pil, valore tra i più bassi in Europa: in cima alla graduatoria si collocano la Germania che spende il 9,9% e la Francia 9,4% (Ocse, 2020). **Il confronto europeo mostra inoltre che in Italia la sanità integrativa copre una quota di popolazione mediamente più circoscritta:** con un valore di circa il 20% siamo molto lontani dalla Francia, che con il 97,5% guida da lontano la classifica, ma anche dalla Germania (44%) e dal Regno Unito (41%). Si tratta di Paesi che presentano un livello di intermediazione della spesa sanitaria privata decisamente più alta di quella italiana: circa il 43% vs 15% dell’Italia (*Ibidem*).

⁴ Possono essere “autoassicurati” o assicurati da una compagnia esterna.

2.2 Le aspettative e le principali evidenze: uno scenario controverso

Proprio l'elevata spesa privata *out of pocket* e il basso grado di intermediazione della spesa sanitaria privata italiana rispetto allo scenario internazionale sembrano **prefigurare per i fondi sanitari un ampio potenziale di crescita**, che si vorrebbe a vantaggio di un sistema multi-pilastro più equilibrato, efficiente ed equo. Il condizionale è d'obbligo, perché la materia è dibattuta e l'implementazione dei fondi è caratterizzata da luci e ombre.

L'interesse con cui si guarda a questa possibilità nasce dall'aspettativa che **i fondi sanitari possano contribuire a razionalizzare la spesa privata dei cittadini, auspicabilmente evitando la sovrapposizione (dunque la sostituzione) con quella pubblica**. Come argomentato da Granaglia (2010), che seguiamo in questo passaggio, canalizzare opportunamente questa spesa vorrebbe dire, anzitutto, cercare di **riorientarla verso quegli ambiti di cui le politiche pubbliche non riescono a farsi adeguatamente carico** (per esempio l'assistenza agli anziani non autosufficienti o l'odontoiatria, non per caso identificati dalla normativa relativa ai fondi integrativi quali ambiti privilegiati di intervento); ma vorrebbe dire, anche, **aggregarla, con funzioni di risparmio e recupero di efficienza, favorendo la socializzazione e la ripartizione dei rischi**, senza contare che le dinamiche concorrenziali tra i fondi dovrebbero incentivarlo a negoziare, in nome degli iscritti, **il migliore rapporto tra qualità e prezzo**. La mancanza dello scopo di lucro, inoltre, dovrebbe ridurre le pressioni sui fondi integrativi a effettuare selezione dei rischi o a innalzare i premi. Il divieto di selezione degli utenti e il vantaggio di pagare un premio assicurativo inferiore al costo che si sosterebbe di tasca propria per una spesa sanitaria divenuta necessaria, contribuisce a contenere i rischi di impoverimento dei soggetti più vulnerabili e a basso reddito, tra l'altro mediamente i più esposti ai rischi connessi alla salute; le opportunità di sgravi fiscali, unitamente al finanziamento da parte dei datori di lavoro (per i fondi chiusi), infine, vorrebbe promuovere l'allargamento della platea dei potenziali sottoscrittori (*Ibidem*).

D'altro canto, queste aspettative, argomenta ancora Granaglia (*Ibidem*), sono contrastate da almeno due ordini di ragioni. Primo, i rischi di "selezione avversa" e l'esigenza di conservare sostenibilità ed efficienza economica spingono i fondi ad adottare meccanismi impliciti di *cream skimming* (per esempio: limitare l'accesso delle persone più anziane o con patologie già sviluppate; coprire solo alcuni rischi sanitari; coprire solo una parte limitata dei costi, ponendo massimali bassi e franchigie alte). Secondo, **l'accesso a queste forme di protezione integrativa è selettivo, non universalistico**: il reddito e l'occupazione contano, cosicché restano penalizzate le persone povere o con redditi molto bassi, coloro che non godono di una posizione lavorativa e occupazionale stabile, o quanti impiegati in settori o imprese nei quali la contrattazione collettiva non è entrata a regolamentare questa materia.

Diverse ricerche sull'accesso ai fondi sanitari integrativi mostrano che a beneficiarne maggiormente sono i lavoratori dipendenti, con un lavoro stabile; le categorie di lavoratori con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di fringe benefit; i lavoratori con redditi più elevati, in quanto il valore della deduzione aumenta proporzionalmente all'aliquota marginale; i residenti in alcune aree del Paese, perché gli iscritti ai fondi sanitari non sono uniformemente distribuiti sul

territorio nazionale, ma prevalgono al Nord-Ovest e al Centro, rispetto al Nord-Est e al Sud e Isole (Gimbe, 2019, p. 29).

D'altro canto, **il trend di iscritti è in continua crescita, dunque si allarga via via la popolazione che ne beneficia.** Stime recenti suggeriscono che siano stati raggiunti i 13 milioni di iscritti. Gli unici dati ufficiali sono però quelli ministeriali ad oggi aggiornati al 2017. Secondo questa fonte, gli iscritti ai fondi attestati all'Anagrafe (considerando insieme fondi sanitari integrativi del SSN e enti, casse e società di mutuo soccorso) sono passati da 7.493.824 nel 2015 a 10.605.308 nel 2017, così ripartiti: 63% lavoratori dipendenti, 18% familiari lavoratori dipendenti, 10% lavoratori non dipendenti, 5% pensionati, 2% familiari dei pensionati, 2% familiari lavoratori non dipendenti (Ministero della salute, 2018, pp. 13-15).

Alle differenze riguardo le tipologie degli iscritti si aggiungono quelle relative all'estensione delle coperture, alle aliquote della contribuzione a carico del datore di lavoro e del lavoratore, alle modalità di erogazione delle prestazioni (rimborsuale o tramite convenzionamento). Un saggio di alcune di queste differenze è offerto dall'analisi della selezione di fondi afferenti ai settori metalmeccanico, chimico, alimentare e terziario curato dal Settore Lavoro, Welfare e Capitale Umano di Assolombarda. Rimandando allo schema di sintesi in allegato per l'approfondimento, si può notare per esempio che, mentre Méta salute (settore metalmeccanico), Faschim (settore chimico) e Fasa (settore alimentare) si rivolgono a tutti i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e, ad alcune condizioni, anche ai lavoratori a tempo determinato, questi non sono contemplati dal fondo Est (terziario e turismo), che peraltro è rivolto a tutti i lavoratori eccetto i "quadri". Questi ultimi sono però coperti dal fondo Quas che copre tutti i quadri anche a tempo determinato. Fasi e Fasdac - il primo rivolto a tutti i dirigenti industriali a prescindere dal settore di lavoro e il secondo rivolto solo ai dirigenti delle aziende commerciali - includono tra i beneficiari, a certe condizioni, anche i lavoratori inattivi e in pensione. La maggior parte dei fondi citati prevede inoltre la possibilità di iscrizione di famigliari (coniugi e figli) secondo specifiche condizioni; fanno eccezione: Quas, che prevede possibilità di tutela solo per i figli di età inferiore a un anno, e Fasa ed Est che non contemplano alcuna possibilità. Differenze significative si rilevano anche per quanto concerne il contributo a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori. Quello a carico dei lavoratori va da un minimo di 10 euro mensili previsto dai fondi Fsa ed Est (che aggiunge 30 euro *una tantum*, all'atto dell'iscrizione) sino agli oltre 2500 euro annui di Fasdac per i dirigenti in servizio; è variabile il contributo previsto da Fasi. Per quanto riguarda invece il contributo a carico dei lavoratori si va dai 2 euro mensili dei fondi Fasa ed Est sino ai circa 860 euro annui di Fasdac per i dirigenti in servizio; è variabile anche in questo caso il contributo previsto da Fasi.

La rilevanza di questo tipo di differenze, incluse quelle sulle modalità di erogazione delle prestazioni, è emersa anche dall'indagine qualitativa di cui si dà conto nel terzo capitolo di questo rapporto.

Se poi si guarda alle prestazioni, **le ricerche evidenziano la tendenza dei fondi a erogare in prevalenza prestazioni sostitutive, dunque già incluse nei Lea.** Con ciò intaccherebbero – secondo gli osservatori più critici – la base della meritorietà loro attribuita per la funzione integrativa rispetto al SSN e riconosciuta tramite le agevolazioni fiscali (Gimbe, 2019). Secondo i dati ministeriali, peraltro, nel 2016, sono state destinate all'erogazione delle prestazioni extra LEA il 32% delle risorse (755.068.420 euro,

soprattutto per l'assistenza odontoiatrica), mentre il 68% è stato speso per le prestazioni incluse nei Lea (1.574.565.562 euro) (Ministero della salute, 2018).

In tutti i casi emerge una ripartizione che nel complesso rispetta le indicazioni della normativa ed è coerente con quanto esplicitamente espresso dalla maggior parte degli statuti e regolamenti dei fondi sanitari istituiti dai contratti o accordi collettivi: la finalità di garantire, ai propri iscritti, trattamenti di assistenza sanitaria integrativa del SSN (Adapt-Ubi, 2019).

Una parola definitiva sul dibattito acceso e controverso relativo alla funzione dei fondi sanitari rispetto al sistema sanitario nazionale è lungi dall'essere scritta (cfr. per es. Dirindin, 2019; Granaglia 2017; Arlotti et al. 2017) ed anzi è più che mai attuale a fronte della pandemia che ha messo l'intero sistema di cura del nostro paese sotto una enorme pressione, sollecitando i fondi ad ampliare le forme di tutela offerte ai propri iscritti. **Proprio la pandemia incoraggia ad andare più a fondo della questione e sospinge i fondi sanitari e le parti sociali a un esercizio di riflessività per verificare la loro "promessa" di integrazione rispetto al SSN e in ultima istanza di responsabilità sociale.**

2.3 La contrattazione collettiva di primo e di secondo livello nello sviluppo dei fondi sanitari

Come illustrato nel capitolo 1, benché non siano l'unica fonte istitutiva dei fondi sanitari, ai sensi dall'art. 9 del d.lgs. n. 502/1992 i contratti e gli accordi collettivi, sia nazionali sia aziendali, costituiscono una leva importante del secondo pilastro. Nel solco di questa norma, **si è andato sviluppando inizialmente soprattutto il protagonismo della contrattazione collettiva nazionale, di categoria. La contrattazione di secondo livello, aziendale e territoriale, si è sviluppata con un andamento più altalenante, fino a trovare un nuovo impulso più di recente.** A determinare questo impulso sono state in specie le Leggi di Stabilità del 2016 (L. 208/2015) e del 2017 (232/2016) grazie all'impianto di incentivazione fiscale da queste Leggi previsto per il welfare aziendale nel suo complesso, e dunque implicitamente anche per le materie connesse alla salute. Con qualche distinguo, però, che tra breve vedremo.

La nuova normativa introduce **la possibilità per il lavoratore di scegliere di percepire (in tutto o in parte) il proprio "premio di produzione" come prestazioni di welfare aziendale**, così restando non imponibile, ovvero non comportando oneri contributivi né per il lavoratore né per il datore di lavoro, a vantaggio della riduzione del cuneo fiscale. specularmente, la normativa prevede **agevolazioni fiscali per le aziende che concedono servizi e prestazioni di welfare aziendale ai dipendenti** (per es. asili nido, buoni pasto, assistenza sanitaria integrativa, ecc.). Non meno importante, la L. 208/2015 ha consentito di superare il vincolo che permetteva in passato alle aziende di fruire di esenzioni solo qualora la spesa per servizi offerti ai propri dipendenti fosse sostenuta volontariamente (unilateralmente) e non in adempimento di un accordo contrattuale. Superando questo vincolo, **la contrattazione decentrata assume un ruolo di maggior rilievo nell'ambito della definizione dei piani di welfare aziendale, anche se persiste - e resta ugualmente agevolato - anche il welfare aziendale unilaterale, sviluppato tramite regolamenti aziendali.**

I riflessi di queste novità sulla diffusione del welfare contrattuale sono apparsi subito evidenti, dando luogo a una crescente “welfarizzazione” del premio di produttività aziendale (Adapt, 2019 e 2020), anche se con differenze significative quanto a settori economici (più nell’industria più che nei servizi), aree geografiche (più al Nord) e dimensioni dell’azienda (premiando decisamente la grande dimensione) con effetti sulla segmentazione del mercato del lavoro, sugli squilibri tra i territori, le categorie dei lavoratori, le aziende di diversa dimensione (Adapt, 2019 e 2020; Treu, 2016 e 2020). Nel complesso è venuta alla luce l’importanza del contesto, del tessuto economico e sociale del territorio, ma anche delle caratteristiche delle relazioni industriali (Treu, 2020).

A dispetto di queste evidenze, lo sviluppo della sanità integrativa come tassello del welfare occupazionale è però restato ampiamente ancorato alla contrattazione di livello nazionale, che è la fonte istitutiva dei fondi sanitari “di settore”. In altri termini: mentre si è registrata una importante dinamica di crescita del welfare aziendale (contrattuale e non) considerato complessivamente, **presente ma decisamente meno intensa è la dinamica che ha riguardo il solo tema della sanità integrativa**, che è rimasta un po’ ai margini dell’interesse delle imprese e dei sindacati a livello decentrato, a causa del grande “successo” registrato invece a livello nazionale, di categoria, anche in ragione della convenienza economica che i fondi di settore comportano. Una convenienza, del resto, portata al tavolo della contrattazione dai sindacati, per i quali il livello nazionale degli accordi collettivi è la via di accesso alla più ampia copertura possibile della forza lavoro: la via per contenere le disuguaglianze tra lavoratori di imprese e territori differenti.

Viene alla luce qui un tema fortemente dibattuto nella letteratura sulle relazioni industriali, quello della **relazione tra i livelli della contrattazione**. Se le coperture sanitarie integrative sono “un bene per tutti” è evidentemente importante promuoverle nel modo più universalistico possibile, e su questo convergono le parti sociali entro il clima cooperativo sulle materie del welfare maturato nelle relazioni industriali negli ultimi anni (Treu, 2016). Ciò non significa che il livello nazionale esaurisca le necessità di intervento; esso si pone anche a servizio della negoziazione a livello di impresa e soprattutto di territorio, laddove le parti sociali nelle loro rappresentanze sindacali e datoriali decentrate possono svolgere un ruolo decisivo, specie a vantaggio delle piccole e medie imprese. Come evidenziato da diverse ricerche, contrattare il welfare a livello territoriale rappresenta una via vantaggiosa per le PMI, da percorrere anche tramite forme di dialogo e negoziazione che possono arrivare a coinvolgere le istituzioni locali (*Ibidem*; Maino, Rizza, 2018). Se è vero che i margini per la contrattazione di secondo livello della sanità integrativa sono più limitati rispetto a quelli di altre materie di welfare più facilmente *tailor-made*, **importante è la funzione di (in)formazione che le rappresentanze sindacali e datoriali decentrate possono svolgere per fare crescere la conoscenza e la consapevolezza** delle imprese e i loro dipendenti circa le opportunità per loro contrattate a livello di settore.

A tale riguardo, un’indagine esplorativa effettuata da Assolombarda⁵ sulla presenza di forme di sanità integrativa nei CCNL, su una selezione di quelli censiti dalla Banca dati

⁵ Centro Studi Assolombarda, La presenza della sanità integrativa nei CCNL, Assolombarda, documentazione interna.

⁶ Centro Studi Assolombarda, Focus assistenza sanitaria integrativa, Assolombarda, documentazione interna.

“Unico Lavoro” de *il Sole 24 ore*, indica che il 75% dei contratti collettivi prevede che sia fornita ai lavoratori assistenza sanitaria integrativa tramite l’adesione a un fondo settoriale. Il 17% del CCNL non fa alcun accenno alla materia. Nel restante dei casi: il 2,5% dichiara l’impegno delle parti ad aderire a un fondo di settore; poco meno del 2% dichiara il medesimo intento senza esplicitare le modalità; un ulteriore 2% circa demanda la responsabilità dell’assistenza sanitaria integrativa alla contrattazione aziendale; l’1% dichiara che eventuali *benefit* di sanità integrativa siano da negoziare individualmente tra lavoratore e imprese; e ancora un 1% dichiara che la sanità integrativa è garantita tramite l’offerta di polizze assicurative (segnatamente Ccnl credito e assicurazioni).

Indicazioni interessanti emergono anche da uno specifico approfondimento curato dal Centro Studi di Assolombarda sulle imprese associate⁶. Esso rileva che il 76% delle imprese che hanno risposto all’indagine ha dichiarato di offrire ai propri dipendenti forme di assistenza sanitaria integrativa; di queste il 46% ha dichiarato di versare i contributi al fondo previsto dal CCNL di riferimento; il 24% integra la copertura sanitaria prevista dal CCLN con una copertura aggiuntiva di livello aziendale; un ulteriore 4% utilizza invece un fondo diverso da quello previsto dal CCNL, mentre il restante 2% non specifica.

Un numero crescente di settori produttivi ha un fondo sanitario di riferimento, anche se in alcuni casi, uno stesso fondo viene utilizzato da settori affini; vi sono inoltre fondi sanitari specifici per i diversi gruppi di attività che caratterizzano lo stesso settore produttivo come nel caso del settore terziario, distribuzione e servizi. A questi, infine, si aggiungono fondi trasversali ai settori, riferiti invece a specifiche categorie di lavoratori come quadri e dirigenti (per es. Quas per i quadri terziario/turismo, Fasi per i dirigenti industriali e Fasdac per i dirigenti delle aziende commerciali).

Principali forme di assistenza sanitaria integrativa nei diversi settori produttivi

Agricoltura	FIA – Fondo sanitario impiegati agricoli FIDA – Fondo sanitario integrativo di categoria per i dipendenti delle associazioni allevatori
Alimentare	FONSAP – Fondo sanitario integrativo per i lavoratori della panificazione e attività affini FASA – Fondo assistenza sanitaria integrativa alimentaristi
Artigianato	SAN.ARTI – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell’artigianato
Chimico farmaceutico	FASCHIM – Fondo nazionale di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell’industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL, minerario e coibenti
Credito	CASDIC – Cassa nazionale di assistenza sanitaria per il personale dipendente del settore del credito
Edilizia	ALTEA – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori del settore legno industria e dei settori industriali dei materiali da costruzione

Elettrici	FASG&P – Fondo di assistenza per i lavoratori dell’industria della gomma, cavi elettrici e affini e delle materie plastiche
Energia e petrolio	FASIE – Fondo assistenza sanitaria integrativa al servizio sanitario nazionale per i lavoratori dell’industria settore energia
Gomma-plastica	FASG&P – Fondo di assistenza per i lavoratori dell’industria della gomma, cavi elettrici e affini e delle materie plastiche
Grafica	FONDO SALUTE SEMPRE – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per il personale dipendente delle aziende grafiche ed affini e delle aziende editoriali anche multimediali e per le aziende esercenti l’industria della carta e cartone, della cellulosa, pasta legno, fibra vulcanizzata e presfibra e per le aziende cartotecniche e trasformatrici della carta
Legno	ALTEA – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori del settore legno industria e dei settori industriali dei materiali da costruzione
Metalmecchanico	MÈTASALUTE – Fondo sanitario lavoratori metalmecchanici
Somministrazione	EBITEMP – Ente bilaterale nazionale per il lavoro temporaneo
Studi professionali	CADIPROF – Cassa di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori degli studi professionali
Telecomunicazioni	FONDO TLC – Fondo di assistenza sanitaria integrativa
Terziario, distribuzione e servizi	FONDO EST – Ente di assistenza sanitaria integrativa del commercio, del turismo, dei servizi e dei settori affini FONDO ASTER – Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle aziende del commercio, del turismo e dei servizi COOPERSALUTE – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da imprese della distribuzione cooperativa ASIM – Fondo di assistenza sanitaria integrativa del settore delle imprese esercenti servizi di pulizia, servizi integrati/multiservizi FASIV – Fondo assistenza sanitaria integrativa vigilanza FASDA – Fondo integrativo di assistenza sanitaria per i dipendenti dei servizi ambientali
Tessile	SANIMODA – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell’industria della moda FASIIL – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dei servizi tessili e medici affini
Trasporto	SANILOG – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti del settore logistica, trasporto merci e spedizione
Turismo	FONDO EST – Ente di assistenza sanitaria integrativa del commercio, del turismo, dei servizi e dei settori affini FONDO ASTER – Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle aziende del commercio, del turismo e dei servizi FAST – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da aziende del settore turismo FONTUR – Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle aziende associate ad AICA e Federturismo

Fonte: Adapt (2019, pp. 87-88)

2.4 La dialettica tra la contrattazione collettiva di secondo livello e l'iniziativa manageriale

Le rilevazioni periodiche di Adapt-Ubi (2018, 2019 e 2020) documentano **l'incremento nel tempo del numero di CCNL che prevedono l'adesione obbligatoria al fondo di settore**, mentre alla contrattazione di secondo livello, come detto, viene attribuito un ruolo integrativo, prevedendo, se del caso, l'allocazione di importi aggiuntivi da parte delle aziende a incrementare il valore della copertura sanitaria. D'altro canto, come già accennato, **forme di copertura sanitaria possono essere altresì inserite in specifici regolamenti aziendali**, al di fuori della contrattazione (sia di primo sia di secondo livello), **nel quadro della strategia di gestione delle risorse umane**. Una scelta percorsa da diverse imprese, per esempio, nell'attuale fase di emergenza sanitaria, come documentato dall'indagine statistica, già citata, a cura del Centro Studi di Assolombarda⁷. Secondo l'indagine – sebbene anche alcuni fondi di settore abbiano ampliato le coperture e le indennità per aiutare i lavoratori e le loro famiglie nel fronteggiare le spese legate alla malattia, al ricovero ospedaliero, all'isolamento domiciliare, ecc. – è soprattutto a livello di impresa che si è intervenuto, per esempio tramite la stipula di polizze assicurative *ad hoc* per i propri dipendenti. Più precisamente, tra le imprese che hanno risposto all'indagine dichiarando di offrire stabilmente forme di assistenza sanitaria integrativa (ricordiamo che sono state il 76% del totale), il 40% ha dichiarato di aver ritenuto opportuno inserire apposite tutele aggiuntive alla luce della situazione emergenziale; del rimanente 36%, il 32% non ne ha sentito l'esigenza, mentre 3% non ha esplicitato la sua scelta. L'indagine mostra inoltre che oltre 1 impresa su 2 di quelle che hanno dichiarato di aver ritenuto opportuno intervenire lo hanno fatto introducendo direttamente delle tutele aggiuntive (nella maggior parte dei casi tramite una polizza specifica, più limitatamente estendendo le convenzioni già in essere, o con altre soluzioni); le imprese rimanenti hanno fatto leva sul fondo contrattuale di riferimento oppure su altre forme di assistenza sanitaria integrativa.

A fronte della diversità di soluzioni percorribili per le imprese **è molto importante cercare di capire quali fattori spingono le imprese in una direzione o nell'altra e cosa questa scelta significa e implichi per le imprese stesse e i propri lavoratori**. Del resto, un simile approfondimento è prezioso, al di là della sanità integrativa, per tutto il welfare aziendale che si sviluppa talvolta contrapponendo e talaltra integrando la matrice contrattuale, e dunque bilaterale, e quella unilaterale, manageriale (Treu, 2020).

Considerazioni analoghe emergono se si mettono a confronto le finalità del welfare occupazionale inteso in senso lato e il welfare aziendale inteso in senso specifico, come propone di fare Adapt-Ubi (2020, p. XXII): mentre il welfare occupazionale, comprensivo dell'insieme dei servizi e delle prestazioni che vengono erogate dalle aziende ai propri dipendenti in virtù del contratto di lavoro che li lega, svolge una funzione soprattutto redistributiva/concessiva, **il welfare aziendale in senso specifico** (quale che sia la matrice sottostante), avvalendosi di misure che incidono non solo sul piano fiscale, ma anche sull'assetto organizzativo e produttivo dell'impresa, **svolge una funzione di compensation, retention, employer branding**. Queste misure, infatti, da un lato integrano lo scambio contrattuale e dall'altro, quando utilizzate in modo strategico, incidono positivamente sulla vita dell'impresa a più livelli, quali per esempio la relazione

⁷ Centro Studi Assolombarda, *Focus assistenza sanitaria integrativa*, cit.

di lavoro, l'organizzazione e la produttività dell'impresa, la qualità della prestazione lavorativa, la fidelizzazione del lavoratore e il suo benessere. **Si tratta di aspetti sui quali anche la leva della sanità integrativa può agire, contribuendo in modo specifico a sostenere la salute e il benessere psico-fisico del lavoratore.** A far premio in tal senso non è solo la possibilità che i fondi comportano per i lavoratori di accedere a cure mediche e visite diagnostiche a costi e tempi vantaggiosi, ma anche la possibilità per le imprese di promuovere programmi di *screening* per la prevenzione di determinate patologie. Non è difficile immaginare quanto questo aspetto possa essere utile con riferimento a patologie *age-related*, a fronte di una forza lavoro che tende ad essere sempre più matura.

D'altro canto, **il complesso sistema di regolazione dei fondi unitamente ai meccanismi di adesione agli stessi**, fortemente influenzati da automatismi e obblighi introdotti per via contrattuale, **rendono talvolta difficile per le imprese cogliere il valore di opportunità di una gestione più accorta e diretta della sanità integrativa.**

Seguendo ancora Adapt-Ubi (2019, p. 89ss) vale la pena di ricordare alcuni di questi automatismi ed obblighi. **L'adesione ai fondi di settore, se prevista dal relativo CCNL, è obbligatoria per tutte le imprese che applicano il contratto**, indipendentemente dall'iscrizione ad una delle parti firmatarie del contratto stesso. **La maggior parte dei CCNL che contengono clausole di istituzione o adesione a fondi sanitari di settore prevede inoltre l'iscrizione obbligatoria e automatica dei lavoratori** e non sempre è possibile per questi ultimi esprimere la propria rinuncia. Generalmente, dunque, spetta all'impresa di iscrivere in maniera automatica i lavoratori destinatari al fondo sanitario di settore e, se inadempiente, essa è tenuta a valorizzare in busta paga un corrispettivo economico variabile a seconda del CCNL. Va notato inoltre che l'eventuale adesione automatica non sempre vale per tutti i lavoratori: prevalgono infatti i CCNL in cui l'obbligo si riferisce ai lavoratori con contratto a tempo indeterminato e agli apprendisti, mentre per i lavoratori con contratto a tempo determinato possono essere previste limitazioni e regole differenziate a seconda dei casi. Minoritari sono gli accordi che lasciano libera e volontaria l'adesione da parte dei lavoratori; in questo caso è l'azienda a poter giocare un ruolo di primo piano nel sollecitare l'adesione, anche concorrendo in parte o in tutto ai costi a carico dei lavoratori. Per un approfondimento esemplificativo si consideri nuovamente la rilevazione realizzata dal Centro Studi di Assolombarda, dalla quale emerge per esempio che tutti i lavoratori delle aziende che applicano il CCNL dei metalmeccanici e aderiscono al fondo *Mètasalute* sono automaticamente iscritti, e possono esercitare il diritto all'*opting out* solo tramite rinuncia scritta; lo stesso automatismo vale per i lavoratori di imprese che aderiscono al fondo *Est* del settore commercio e turismo e al fondo *Quas*, per i quadri del terziario e del turismo; volontaria è invece l'adesione al fondo *Faschim* del settore chimico e *Fasa* del settore alimentare, così come al fondo *Fasi* per i dirigenti.

Se nella trama intricata delle norme che definiscono responsabilità e spazi di libertà diversificati non è sempre facile per le imprese comprendere il valore strategico che questa leva di welfare occupazionale e aziendale può avere, per poterne trarre il massimo beneficio occorre anzitutto promuovere:

- la conoscenza puntuale del funzionamento dei diversi fondi, in specie di quelli di settore;

- l'approfondimento delle opportunità offerte ai lavoratori e la cura delle informazioni trasmesse al riguardo alla forza lavoro;
- l'efficacia delle forme di comunicazione;
- i riflessi in termini di *employer branding*, *retention* e *compensation* quali leve di gestione delle risorse umane;
- gli effetti sul benessere dei lavoratori anche in virtù del potenziale ruolo dei fondi in chiave di prevenzione ed educazione sanitaria, orientamento.

In conclusione, emerge chiaro il ruolo (in)formativo che le rappresentanze sindacali e datoriali possono svolgere a tutti i livelli a vantaggio di imprese e lavoratori. Ma emerge anche come questo ruolo traguardi un orizzonte più ampio: quello di contribuire allo sviluppo di un secondo pilastro effettivamente integrativo, che possa abbracciare un numero sempre crescente di lavoratori e le loro famiglie, arrivando a sostenere l'intera cittadinanza. A rafforzare questa conclusione concorre la fase di emergenza sanitaria che stiamo attraversando, i bisogni di cura e tutela che essa solleva.

3

Il punto di vista delle imprese lombarde⁸

3.1 Un affondo sulle imprese lombarde: obiettivi e metodologia dell'indagine

Il presente capitolo discute gli esiti di una ricerca qualitativa che ha visto coinvolte le aziende di Assolombarda. Obiettivo generale della ricerca è stato quello di raccogliere le opinioni di rappresentanti di realtà organizzative di piccole, medie e grandi dimensioni sul tema della sanità integrativa, sulla sua rilevanza nell'ambito più generale del welfare aziendale, e sugli aspetti di opportunità e criticità ad esso legati. La tecnica di ricerca utilizzata per indagare questi aspetti è stata quella del focus group, considerata particolarmente adeguata perché stimola l'emergere delle opinioni individuali attraverso il confronto tra i partecipanti a cui vengono proposti degli input tematici intorno ai quali riflettere collettivamente. Allo stesso tempo, gli intervistati hanno la libertà di introdurre questioni che non sono state proposte dal ricercatore, ma che vengono ritenute particolarmente interessanti. Nello specifico, nel corso dei focus group è stato proposto ai partecipanti di riflettere sui temi seguenti:

- Il valore dell'assistenza sanitaria integrativa all'interno delle iniziative di welfare aziendale: come è cambiato nel tempo, quali aspettative ci sono per il futuro;

⁸ Questo capitolo è stato scritto da Emma Garavaglia.

- I bisogni dell'azienda per una più efficace gestione delle opportunità offerte dall'assistenza sanitaria integrativa;
- Le criticità legate al tema dell'assistenza sanitaria integrativa;
- I bisogni di salute e le preferenze espressi dai lavoratori e l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria integrativa: come sono indagati i bisogni, qual è il grado di soddisfazione percepito, quali bisogni tendono a non trovare risposta, differenze tra gruppi di lavoratori, specificità aziendali e di settore, il ruolo delle iniziative di prevenzione;
- la gestione dell'emergenza Covid-19: iniziative intraprese, opinioni sull'impegno assunto dai Fondi di assistenza sanitaria integrativa in questo senso;
- aspettative e desiderata dell'azienda rispetto a possibili iniziative in tema di assistenza sanitaria integrativa che potrebbero essere intraprese dalle associazioni di rappresentanza delle imprese.

Date le circostanze attuali legate alla pandemia da Covid-19, i focus group si sono tenuti da remoto, tramite la piattaforma Microsoft Teams. Sono stati condotti 4 focus group che hanno coinvolto in totale 24 partecipanti, selezionati da Assolombarda così da garantire un'adeguata presenza di imprese di diverse dimensioni e dei settori di riferimento dell'Associazione.

I focus group, previo consenso degli intervistati, sono stati registrati e in seguito trascritti. Il materiale raccolto è stato oggetto di un'analisi tematica.

3.2. Sanità integrativa: cosa ne pensano le aziende e il loro lavoratori

Al di là del quadro normativo incerto, il tema della sanità integrativa ha raccolto negli ultimi anni, come abbiamo visto nel precedente capitolo, un interesse crescente da parte delle aziende, siano esse di grandi, medie o piccole dimensioni, che considerano i benefici legati alla cura della salute una leva significativa, non solo di *employer branding*, ma anche di trattenimento delle loro risorse.

Le esperienze raccolte dalle imprese partecipanti alla ricerca indicano che **nella grande parte dei casi l'assistenza sanitaria integrativa è di origine contrattuale** – sostenuta dalla contrattazione collettiva nazionale, ma anche dai contratti integrativi predisposti dalle aziende. Tuttavia, **l'offerta di benefit di welfare di natura sanitaria si sviluppa anche al di fuori della contrattazione, nell'ambito di piani di welfare aziendale sviluppati unilateralmente dal management per rispondere ai bisogni dei lavoratori.** Nel complesso, infatti, questi benefit sono considerati *“strumenti che supportano il benessere della persona e che dunque danno un messaggio positivo rispetto all'interesse dell'azienda verso i propri collaboratori”* (FG3).

Nella grande parte dei casi, le aziende non mettono in campo iniziative di raccolta dei bisogni dei lavoratori, con riferimento specifico alle necessità legate alla salute. Alcune di esse indagano aspetti legati all'offerta di benefit di natura sanitaria nell'ambito di più ampie rilevazioni su soddisfazione e bisogni, riferite più in generale ai temi del welfare. Più spesso, la progettazione in questo ambito si appoggia al confronto tra management e rappresentanze sindacali aziendali che avviene nell'ambito di tavoli periodici.

Pur non potendo accedere ai dati sull'effettivo utilizzo da parte dei lavoratori di questi benefit – poiché le procedure legate all'accesso alle prestazioni sono gestite direttamente dai fondi di assistenza sanitaria integrativa/assicurazioni che quindi hanno modo di avere una fotografia completa in questo senso – i partecipanti alla ricerca, grazie al confronto quotidiano con i colleghi in azienda, sono in grado di riportare almeno a livello impressionistico quali sono le prestazioni maggiormente apprezzate e quali i bisogni che non trovano una risposta soddisfacente. Il quadro in questo senso è abbastanza eterogeneo e le preferenze dei lavoratori si definiscono all'incrocio tra la tipologia di prestazione e le forme – rimborsuale o tramite convenzionamento – attraverso cui i lavoratori possono accedervi. Infatti, alcuni intervistati sottolineano che **la maggior parte dei colleghi si appoggia alla sanità integrativa per fare degli esami diagnostici presso le strutture convenzionate**. Nel caso degli esami diagnostici, infatti, il rapporto personale e di fiducia tra medico e paziente che spesso è alla base della scelta delle strutture a cui rivolgersi per visite specialistiche, perde importanza e dunque la possibilità di accedere alla prestazione in tempi rapidi, anche se presso una struttura “qualunque”, rappresenta il vero *plus*. D'altra parte, altri intervistati riportano che i colleghi accedono alle opportunità offerte dall'azienda in particolare per ottenere il rimborso di visite specialistiche prenotate in autonomia con medici di fiducia. In generale, nonostante il regime rimborsuale consenta appunto la scelta della struttura e dello specialista a cui rivolgersi, sembra creare più difficoltà di natura “burocratica”: le richieste di rimborso devono infatti essere gestite in autonomia dal lavoratore, tramite il portale del fondo o l'assicurazione e talvolta si generano ostacoli o lungaggini rispetto alle quali l'azienda ha pochi margini per supportare i propri collaboratori. Come rilevato anche dall'indagine condotta da Assolombarda⁹, le modalità di erogazione delle prestazioni sono, dunque, divise abbastanza equamente tra convenzionamento e regime rimborsuale.

Anche le prestazioni legate alla prevenzione, siano esse rese disponibili presso strutture convenzionate o direttamente in azienda, sono molto apprezzate dai lavoratori e raccolgono una buona partecipazione – un dato su cui riflettere, anche alla luce del fatto che secondo quanto rilevato dall'indagine di Assolombarda appena citata, c'è ancora ampio spazio di sviluppo su questo fronte (infatti, solo il 29% delle imprese partecipanti alla ricerca e che offrono ai dipendenti forme di assistenza sanitaria integrativa ha dichiarato che sono presenti iniziative di prevenzione/check up).

Ci sono però una serie di bisogni che, sulla base di quanto riportato dagli intervistati, sembrano non trovare un'adeguata risposta. Si tratta in particolare della generale mancata copertura da parte di fondi e assicurazioni delle prestazioni fisioterapiche e di quelle legate alla salute mentale (psicoterapia, in primis) e dei massimali di spesa considerati troppo bassi per le prestazioni dentistiche. Rispetto al tema della salute mentale, alcune aziende hanno provveduto a istituire servizi gratuiti di supporto psicologico aperti a tutti i dipendenti. Spesso la messa a punto di questo tipo di servizi è coincisa con il primo periodo di lockdown legato alla diffusione del Covid-19 in Italia, durante il quale una buona parte dei lavoratori si è trovata a svolgere il proprio lavoro a distanza e in condizioni di generale isolamento, con potenziale impatto negativo sul benessere psicologico.

Al di là delle aree di bisogno che rimangono senza risposta, **il tema più critico che gli intervistati richiamano nel descrivere l'esperienza dei propri lavoratori con la sanità**

⁹ Centro Studi Assolombarda, *Focus assistenza sanitaria integrativa*, cit.

integrativa riguarda la così detta “burocrazia” – cui abbiamo già accennato con riferimento al regime rimborsuale. Emerge, infatti, che le procedure per avere accesso ai rimborsi, appunto, ma anche i percorsi per ottenere informazioni su quali prestazioni possano essere coperte siano molto tortuosi.

“Gira troppa carta, ci vorrebbe maggiore digitalizzazione tra gli enti che gestiscono. Per una otturazione ci sono sei pagine da compilare. Va meglio con i broker, ma c’è da fare tantissimo qui” [FG1]

Da più parti viene invocata una maggiore digitalizzazione dei processi, anche se, al contempo, qualcuno sottolinea: *“è vero che la burocrazia è tanta ed è triplicata nel tempo...adesso è tutto più telematico, ma molto più burocraticizzato”*. Dunque, la digitalizzazione – senza dubbio necessaria – non necessariamente rappresenta una panacea a tutti i mali della burocrazia.

Al di là delle opinioni generali riportate dalle imprese rispetto al tema della sanità integrativa e dei meccanismi che ne governano il funzionamento, appena menzionate, i focus group hanno consentito di mettere a fuoco alcuni temi più trasversali, non soltanto di interesse per le aziende ma anche per i loro *stakeholder*, commentati nei paragrafi che seguono.

3.3 Un quadro eterogeneo: differenze tra aziende e tra gruppi di lavoratori

Il gruppo di rappresentanti delle aziende coinvolti nei focus group ha lasciato emergere chiaramente nella discussione alcune differenze importanti tra i modi in cui la sanità integrativa viene interpretata, nonché promossa e comunicata dalle aziende di grandi dimensioni e da quelle medio-piccole.

La grande impresa, nella quale l’offerta di servizi di welfare è in genere molto ampia e diversificata, e l’accesso a questi ultimi da parte dei lavoratori è facilitato da attività di comunicazione *ad hoc* (che si traducono in strumenti come le piattaforme web, attraverso le quali i benefit vengono resi noti e gestiti), **dedica tendenzialmente una significativa attenzione al tema dell’assistenza sanitaria integrativa**. Come ha chiaramente espresso uno degli intervistati, questa tipologia di impresa non potrebbe fare diversamente o *“sarebbe fuori mercato”* (FG1). Il mercato a cui fa riferimento il partecipante è quello dell’offerta di lavoro: nella gara per l’attrazione di competenze e talenti, le grandi imprese fanno della propria offerta di benefit di welfare legati al tema della salute una chiave importante per distinguersi e migliorare la propria attrattività nei confronti di potenziali collaboratori. Come anticipato, l’attenzione dedicata a questo tema trova riscontro in un investimento in attività di comunicazione a tutti i dipendenti delle opportunità disponibili; qualcuno degli intervistati sottolinea come anche il momento dell’*induction*, previsto per ogni nuovo assunto, rappresenti uno spazio fondamentale nel quale fare adeguata informazione sul tema della sanità integrativa.

Chiaramente, la capacità di garantire una certa gamma di benefit e di gestirne al meglio la comunicazione ai propri dipendenti si lega strettamente alla presenza di strutture organizzative focalizzate sulla gestione del personale – in generale, o del welfare aziendale più nello specifico - nell’ambito delle quali è talvolta possibile dedicare specifiche risorse al supporto dei lavoratori per l’espletamento delle pratiche di richiesta

dei rimborsi per le presentazioni sanitarie (“[...] abbiamo un ufficio di due persone dedicate che supportano quadri e dirigenti per l’espletamento delle pratiche”). Ci sembra in ogni caso importante sottolineare che, come mostrano anche i dati raccolti dall’indagine di Assolombarda¹⁰, tutte le grandi aziende coinvolte hanno concordato sul fatto che, in termini generali, la gestione dei benefit legati all’assistenza sanitaria non comporta un carico di lavoro amministrativo importante per l’azienda; infatti, come ci dicono gli intervistati, tendenzialmente “l’azienda ha un coinvolgimento parziale [nella relazione tra lavoratore e fondo/broker assicurativo] e entra se i dipendenti chiedono delle verifiche per esempio sul perché alcune spese siano rimborsate e altre no” (FG2).

Se dovessimo scegliere alcune delle parole utilizzate dai partecipanti alla ricerca che possano riassumere e chiarire la postura che la grande impresa assume nei confronti del tema della sanità integrativa, queste includerebbero senza dubbio il concetto di **opportunità** (“per migliorare il benessere dei collaboratori”), quelli di **attrattività** e di **retention** (“la sanità integrativa è una leva importante”), ma anche quello di **inevitabilità** (“non potremmo fare altrimenti”).

La fotografia che è stato possibile ricavare dalla ricerca sull’esperienza delle imprese di minori dimensioni, in particolare delle piccole imprese, è molto diversa. Nonostante anche queste ultime concordino infatti, all’unanimità, sull’importanza del tema della salute dei dipendenti – e su quanto questo si sia fatto ancor più centrale in questo momento di profonda crisi e potenziale trasformazione –, allo stesso tempo **esprimono tutta una serie di criticità legate alla gestione delle opportunità di sanità integrativa**. Per alcune piccole imprese che non l’hanno ancora approcciato da vicino, il tema della è ancora molto oscuro: esprimono dunque un bisogno di informazione e formazione sulle opportunità esistenti e su come queste possano essere scelte e gestite. Come sottolinea uno degli intervistati,

“le imprese troppo spesso non conoscono i benefici, anche fiscali, della partecipazione alla cassa di assistenza. I dipendenti certamente a volte rimangono delusi di fronte ai malfunzionamenti dei fondi, ma bisogna solo essere più chiari su cosa è previsto [quali prestazioni siano coperte] sia da parte dei fondi, ma anche dell’azienda. Se si paga poco, le prestazioni sono scarse. Bisogna sapere bene cosa è previsto, e cosa no” (FG4).

Chi conosce meglio il tema, tende comunque a riportare – in misura molto maggiore di quanto non sia emerso dalle imprese più grandi – **la difficoltà da parte dei dipendenti a usufruire dei benefit a disposizione**, in particolare per la scarsa agilità delle procedure burocratiche da seguire che spesso diventano disincentivanti.

Sembra dunque che, se l’azienda non è adeguatamente informata e consapevole delle opportunità offerte dai fondi (o da eventuali polizze assicurative), questo possa riverberarsi, a cascata, sul generale disinteresse da parte dei lavoratori nei confronti di benefit di welfare legati alla cura della salute, e talvolta anche in una generale resistenza da parte di questi ultimi a coglierne le opportunità (resistenza che, come appena accennato, dipende anche dalla difficoltà che i collaboratori incontrano nel portare a

¹⁰ Secondo quanto rilevato dalla già citata indagine condotta da Assolombarda (Centro Studi Assolombarda, *Focus assistenza sanitaria integrativa*, cit.), circa il 60% delle imprese intervistate ritiene che la gestione dell’assistenza sanitaria integrativa offerta ai dipendenti risulta avere impatto trascurabile o del tutto nullo sulla gestione amministrativa aziendale.

termine procedure eccessivamente “*burocratizzate*” (FG4). Senza dubbio, si tratta anche di un tema di risorse: per loro natura, le piccole imprese non dispongono della dotazione di risorse, anche organizzative, che garantiscono alle grandi aziende le possibilità di cui abbiamo appena parlato (per esempio, di investire in attività di comunicazione *ad hoc*, o dedicare molto tempo nel corso dei processi di *induction* al tema della sanità integrativa). E tuttavia, sembra emergere anche una questione di scarsa informazione e formazione dell’azienda stessa che può fare da barriera all’adeguata valorizzazione delle opportunità offerte dalla sanità integrativa.

Sia chiaro che questo non è in alcun modo uno specchio dell’importanza che queste aziende attribuiscono al tema della tutela e del supporto alla buona salute dei propri dipendenti. Al contrario, come è stato sottolineato da un partecipante, nella piccola impresa “*il rapporto con i dipendenti è diretto, quasi familiare*” (FG4). Dunque, la tutela del loro benessere è concepita come responsabilità quasi personale del datore di lavoro che sente di poter indirizzare facilmente i comportamenti dei propri collaboratori: “*se il dipendente capisce l’utilità delle prestazioni, non se lo fa dire due volte. Una volta che conoscono e sanno come fare, i dipendenti si muovono*” (FG4). A maggior ragione, dunque, sussiste la necessità di informazione e formazione per l’azienda stessa.

“Nelle piccole e medie imprese è fondamentale considerare che la cura della salute del singolo è fondamentale e passa dal datore [di lavoro], perché l’assenza del lavoratore pesa talmente che è necessario prevenirla”. (FG4)

Per questa ragione, i rappresentanti delle piccole aziende intervistati dichiarano di apprezzare particolarmente iniziative di confronto con colleghi di altre realtà organizzative, come quella che lo stesso focus group a cui hanno partecipato ha costituito (tema su cui ritorneremo più avanti).

“La sensibilità del datore di lavoro è fondamentale, i dipendenti a partire da lì sono pronti a capire. Il datore deve indirizzarli” (FG4)

Oltre alla dimensione aziendale, **è emerso dalla ricerca un altro asse di differenziazione importante, questa volta al livello dei lavoratori, che vede ai due estremi il gruppo dei più giovani e quello dei senior.** Il tema dell’invecchiamento della popolazione e in particolare dei suoi esiti sul mix generazionale in azienda rappresenta senza dubbio un focus di attenzione importante per molte imprese – dal momento che le differenze di età nei luoghi di lavoro necessitano di essere adeguatamente gestite per poter garantire la sostenibilità delle carriere per i lavoratori e sufficienti livelli di produttività. Anche intorno alle questioni legate alla sanità integrativa, il tema delle differenze di età si dimostra centrale: gli intervistati di aziende di diverse dimensioni, infatti, dichiarano di riscontrare le differenze più significative nei modi in cui i lavoratori si avvicinano alle opportunità offerte per la tutela della loro salute tra il gruppo dei lavoratori giovani e quello dei più anziani. I primi, infatti, sembrano prestare meno attenzione a questo tipo di benefit poiché, proprio in ragione della propria età, hanno meno necessità di usufruire di prestazioni sanitarie. Alcuni intervistati associano questo scarso interesse anche al tema della precarietà: un diffuso senso di instabilità, che rende faticosa la progettazione a lungo termine, ostacolerebbe l’interesse dei più giovani per questioni che in qualche modo riguardano il futuro – rientra in questo ambito anche il tema della previdenza integrativa, verso il quale non mostrano molto interesse, proprio perché vedono la pensione come un momento non soltanto molto lontano, ma soprattutto affatto scontato. D’altra parte, i

lavoratori più anziani sembrano apprezzare maggiormente i benefit legati alla salute. Le citazioni riportate di seguito, ben esemplificano quanto appena commentato.

“Da una parte abbiamo un bel po’ di anziani che apprezzano molto, dall’altra un gruppo più giovane che apprezzerebbe che si potesse scegliere tra un paniere più ampio di servizi” (FG1)

“C’è conflitto intergenerazionale in azienda, ci sono dipendenti anziani ma anche tanti giovani con le loro esigenze. Bisognerebbe non pensare a una one size fits all... servono panieri di servizi più ampi dove distribuire meglio i costi di questo sistema. Ci vorrebbe una maggiore integrazione, adesso ci sono tanti pezzettini staccati” (FG2)

Al di là delle differenze legate all’età, diversi intervistati tengono a sottolineare che comunque c’è sempre una certa quota di lavoratori – spesso impiegati nelle posizioni meno qualificate – che **faticano a percepire il vantaggio offerto dalla possibilità di ottenere rimborsi per le spese sanitarie o di accedere a prestazioni gratuite o a prezzi molto vantaggiosi, se a questo corrisponde una riduzione dello stipendio netto percepito**. Le aziende sottolineano che, proprio verso questi lavoratori, servirebbe un ulteriore sforzo in comunicazione e sensibilizzazione:

“perché comunque c’è uno zoccolo duro di persone abituate alla voce in basso del cedolino e basta...ma oggi ci sono molti altri strumenti su cui fare leva per dare dei benefici concreti ai lavoratori, anche più concreti del netto in busta” (FG3).

3.4. Sanità integrativa: un’opportunità per fare educazione sanitaria?

La discussione che si è sviluppata nel corso dei focus group ha portato in luce un’altra questione molto interessante: **la possibilità che il complesso di opportunità offerte dalla sanità integrativa rappresenti per i lavoratori un’occasione di acquisire maggiori conoscenze e competenze sulla propria salute, fornendogli una nuova consapevolezza**. Il tema della sanità integrativa come opportunità per promuovere educazione sanitaria si lega a stretto filo, innanzitutto, con quello della prevenzione.

Come accennato in precedenza, tutte le aziende che hanno un’offerta strutturata di coperture sanitarie per i propri collaboratori, includono tra queste le coperture per prestazioni di prevenzione, e diverse organizzano momenti di check-up della salute proprio presso le sedi aziendali poiché ritengono che *“la prevenzione è fondamentale”* (FG4). Tutti gli intervistati concordano sul fatto che queste coperture e queste iniziative siano molto apprezzate dai dipendenti e che nel tempo sia progressivamente aumentata l’adesione (*“All’inizio, le facevano in pochi [le visite per la prevenzione], adesso fatichiamo ad avere posti per tutti”* (FG3)) – quasi a dimostrare che questo tipo di offerta di welfare possa rappresentare uno strumento di educazione sanitaria, così detta informale, che consente il passaggio di informazioni ai lavoratori su come proteggersi dai rischi per la propria salute. Tuttavia, alcune sottolineano come, anche in questo caso, spesso intervenga un problema di informazione e comunicazione per cui i collaboratori non sono sempre del tutto consapevoli delle possibilità offerte dai fondi in questo senso e ne sfruttano solo una minima parte. Per fare un esempio, uno degli intervistati sottolinea che

“tutti i convenzionati [nome del fondo] hanno uno screening per il tumore del cavo orale gratuito all’anno e non lo fa nessuno! Non c’è comunicazione! Il paziente una volta all’anno ha diritto a prestazioni anche gratuite ma il fondo non glielo dice” (FG4).

Il gap di comunicazione è attribuito direttamente al fondo che non sarebbe sufficientemente trasparente nel comunicare il complesso di opportunità offerte, tra cui quelle gratuite, legate appunto alla prevenzione.

Il tema dell’educazione sanitaria non si lega soltanto a quello della prevenzione. Nonostante, infatti, sia emerso chiaramente come l’azienda, nella maggior parte dei casi, non debba spendere così tante energie per la gestione delle pratiche legate ai benefit di welfare per la salute, **ha al contrario un ruolo chiave per quanto riguarda l’informazione e la sensibilizzazione dei collaboratori**. L’azienda è chiamata infatti a informare in modo chiaro e puntuale i propri collaboratori sulle opportunità che sono messe a loro disposizione:

“è un’area su cui c’è ancora tanto lavoro da fare: manca la percezione del valore che un’assistenza sanitaria integrativa può dare, rispetto alla retribuzione economica. Se ne parla ai nuovi assunti, ma non sempre è qualcosa di cui le persone si ricordano al momento giusto. Se ne fa un uso di molto inferiore a quelle che sono le reali possibilità” (FG4).

Ancor più è chiamata a sensibilizzarli rispetto a quanto queste opportunità possano essere significative nel medio lungo termine. Come ben espresso da un intervistato nella citazione riportata di seguito, infatti, molti lavoratori tendono a concentrarsi sull’oggi, e sui problemi di salute più piccoli, senza portare lo sguardo avanti ad eventuali eventi più critici rispetto ai quali la presenza di una copertura sanitaria diventa molto importante

“Ci si concentra molto sull’oggi e sulla micro prestazione e pochi realizzano l’importanza di avere una copertura per i grandi eventi coperti con massimali alti. Non dovremmo concentrarci sul piccolo, ma su eventi che possono cambiare il corso della vita dei dipendenti. Stiamo combattendo una battaglia contro la stortura del [nome del fondo] che non rimborsa quanto legato a malattie pregresse o congenite” (FG3)

3.5 Il rapporto tra sanità pubblica e sanità integrativa

Nel dialogo con le aziende intorno ai temi della sanità integrativa si è discusso altresì del rapporto tra quest’ultima e il sistema sanitario pubblico, raccogliendo posizioni per lo più concordi, con qualche eccezione che è interessante riprendere. Si tratta di un tema molto interessante, poiché riguarda la possibilità che la sanità integrativa rappresenti effettivamente un’opportunità per riconfigurare l’universalismo sanitario – che ad oggi copre solo parzialmente i bisogni, con differenze molto significative tra i diversi territori.

I rappresentanti delle imprese intervistati hanno in gran parte commentato la relazione sanità integrativa-sanità pubblica come una relazione di sostituzione, più che di complementarità. Per la maggior parte, infatti, la sanità integrativa diventa sempre più necessaria per colmare le inefficienze e le lungaggini del sistema sanitario nazionale che più volte e da più parti viene giudicato inadeguato a rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini. In particolare, sono i tempi di attesa ad essere giudicati assolutamente inaccettabili. Se, come afferma uno degli intervistati, *“le persone*

apprezzano di accedere a un servizio veloce e a costo zero” (FG2), non è difficile comprendere perché la sanità integrativa non sia tanto letta come opportunità aggiuntiva, quanto come unica opportunità possibile per trovare risposte adeguate ai propri bisogni.

Poche sono le voci fuori dal coro in questo senso. In particolare, solo alcuni intervistati interpretano la relazione sanità integrativa-sanità pubblica come di complementarità. Questi intervistati, in netta contrapposizione a quanto appena commentato, prendono decisamente le distanze da chi tende a interpretare i fondi di assistenza sanitaria integrativa e le assicurazioni come alternativi al sistema sanitario nazionale, e a spingerne l'utilizzo partendo dal presupposto che il sistema pubblico non funzioni. Al contrario, vedono a tutti gli effetti nella sanità integrativa una sponda, sicuramente per ampliare la capacità del pubblico di copertura dei bisogni (che comunque giudicano come adeguata), ma soprattutto per promuovere l'accesso a prestazioni di prevenzione e comportamenti di promozione della salute. Le due citazioni riportate di seguito chiariscono molto bene questo punto:

“In Italia, la medicina preventiva la fanno i fondi e questo è molto importante. E lo stesso vale per l'educazione sanitaria. La base invece è il pubblico. Alcuni percepiscono l'assicurazione come un'alternativa al servizio sanitario nazionale e questo è un problema. Ci vuole educazione alla prevenzione e all'utilizzo della sanità integrativa” (FG1)

“Le persone percepiscono i fondi come alternativi al servizio sanitario nazionale, ma non è assolutamente così. Bisognerebbe educare i clienti che ne beneficiano a capirne il senso vero e più profondo. Ci vorrebbe educazione all'assistenza integrativa. Non deve passare il messaggio che il pubblico non funziona” (FG1)

3.6 Quale ruolo per le associazioni di rappresentanza delle imprese?

Le differenze descritte in precedenza in termini di approcci e bisogni delle aziende in materia di assistenza sanitaria integrativa si riflettono in una varietà di aspettative e desiderata rispetto al ruolo che le associazioni di rappresentanza delle imprese possono avere in questo ambito.

Le differenze più marcate si registrano, ovviamente, tra grandi e piccole imprese. Le prime, che come illustrato hanno dimestichezza con il tema e fanno dell'offerta di benefit legati all'assistenza sanitaria una leva di attrazione e *retention* delle proprie risorse, **chiedono alle realtà associative come Assolombarda di promuovere iniziative volte a ‘far sentire la voce’ del mondo delle imprese.** Ci sono infatti ambiti di possibile miglioramento rispetto ai quali azioni di sistema, invece che iniziative delle singole aziende, potrebbero risultare molto più efficaci. Per fare un esempio legato alla situazione di emergenza che stiamo attraversando, gli intervistati citano la questione dei vaccini antinfluenzali rispetto ai quali ci sono stati problemi di disponibilità, quest'anno, in Lombardia¹¹: in un caso come questo, le aziende indicano nell'azione di lobbying che

¹¹ Ci sembra importante menzionare, a proposito delle possibili azioni di sistema che si stanno implementando in questo momento di emergenza sanitaria, il recentissimo protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia, Confindustria, l'Associazione nazionale dei medici del lavoro e Confapi che offre l'opportunità alle aziende che aderiranno di vaccinare (vaccino Covid-19) direttamente i propri dipendenti e di farlo all'interno delle proprie aziende.

potrebbe essere intrapresa dalle associazioni di rappresentanza una risorsa importante di supporto. Ancora, sempre in termini di promozione di azioni di sistema, ritorna il tema della digitalizzazione. Se, come anticipato, diverse imprese esprimono la necessità che si riducano i volumi delle pratiche cartacee che devono accompagnare, per esempio, le richieste di rimborso, altrettante indicano nelle associazioni di rappresentanza l'attore che potrebbe spingere questa progressiva transizione verso una maggiore digitalizzazione

“Assolombarda può promuovere la digitalizzazione. Sarebbe fondamentale anche per coinvolgere di più i giovani... dovrebbe guidare questa trasformazione!” (FG1)

Anche per le realtà più piccole è molto importante che le associazioni di rappresentanza si adoperino per dare voce al sistema impresa, in particolare per garantire progressivamente una maggiore capacità delle aziende di incidere sulle modalità di gestione dei fondi. **Tuttavia, le piccole imprese vedono nelle associazioni anche e soprattutto una risorsa per l'informazione e la formazione.** Come menzionato, per alcune di esse non è semplice orientarsi nel mondo dell'assistenza sanitaria integrativa e, dunque, invocano l'organizzazione di iniziative che supportino: una maggiore sensibilizzazione dei datori di lavoro sul tema, una maggiore conoscenza di questo mondo e dei suoi meccanismi di funzionamento, una migliore capacità di scegliere le opportunità più adeguate alle caratteristiche dell'azienda e, ultimo ma non meno importante, una più efficace azione di comunicazione ai lavoratori, da parte dell'impresa stessa. I partecipanti ai focus group indicano di apprezzare molto anche la possibilità di confrontarsi con colleghi di altre aziende, come avvenuto nel corso di questa ricerca.

“Assolombarda deve sensibilizzare gli imprenditori associati. Ce ne sono moltissimi che non hanno una polizza nemmeno per loro e non affrontano questi temi.” (FG4)

“Assolombarda può aiutare nella comunicazione! può aiutare il datore a comunicare al meglio ai suoi dipendenti.” (FG4)

4

Conclusioni¹²

Tra i tanti temi che compongono il lungo e controverso processo di trasformazione del sistema di welfare italiano, quello della c.d. sanità integrativa è uno dei più ‘oscuri’ poiché più di altri sconta un **deficit sia dal punto di vista della regolazione istituzionale** – alla luce di una normativa disorganica, frutto di una successione di provvedimenti di varia natura non inquadrati in un disegno coerente e condiviso –, **sia da quello della conoscenza che spesso ne hanno i diversi stakeholder** – non di rado incompleta e a volte perfino influenzata da pregiudizi aprioristicamente negativi verso qualunque iniziativa di ricalibratura dei regimi di welfare che ampli il ruolo del mercato e dei soggetti della società civile –.

Chiamata, come suggerisce la stessa definizione, a ‘complementare’ le prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale – senza assolutamente comprometterne l’impostazione universalistica –, la sanità integrativa introduce, per sua natura, una logica di differenziazione nel godimento delle prestazioni, che peraltro riflette il ben più ampio fenomeno della segmentazione del mercato del lavoro e della diversificazione nei livelli di protezione e tutela di cui godono i lavoratori e i loro familiari. Al tempo stesso, però – e si tratta di un aspetto tanto rilevante quanto spesso lasciato in ombra nel dibattito sul c.d. ‘secondo pilastro’ –, **proprio lo sviluppo della sanità integrativa costituisce uno dei principali strumenti attraverso i quali aumentare il livello di tutela di un bene qual è appunto la salute – che è, ad un tempo, una risorsa personale e un patrimonio collettivo.** Come si è sopra illustrato, la nascita e lo sviluppo dei fondi sanitari costituiscono una risposta alla crescente privatizzazione della domanda/offerta di

¹² Queste conclusioni sono state scritte da Laura Zanfrini.

prestazioni sanitarie e alle sue evidenti implicazioni dal punto di vista dell'equità sociale. Ed è questa consapevolezza ad avere guidato questo studio di carattere esplorativo, promosso con l'intento di rafforzare la capacità delle imprese di intercettare le opportunità collegate a un utilizzo competente di questo istituto e di saperne cogliere le potenzialità di valorizzazione nella gestione del personale, con ricadute positive sulle stesse performance aziendali.

Ideata all'inizio del 2020 –e poi concretamente condotta tra ottobre 2020 e febbraio 2021– l'indagine presentata in questo report ha assunto una valenza ancor più profonda via via che si delineavano le dimensioni del tutto inattese dell'emergenza sanitaria Covid-19 e le sfide della ripresa post-pandemica. **Uno scenario che conferma e rafforza la convinzione riguardo la responsabilità che le parti sociali, e dunque le imprese e le associazioni datoriali, sono chiamate a mettere in campo nel sostenere modelli di vita e di lavoro sicuri e sostenibili.** Ed è alla luce di tale prospettiva che, in queste pagine conclusive, ci sembra utile richiamare alcuni aspetti di particolare rilevanza tra quelli emersi dallo studio e declinarli sotto forma di indicazioni utili al sistema delle imprese e ai loro organismi di rappresentanza.

Cresciuti parallelamente allo sviluppo dei piani di welfare aziendale – o, per essere più precisi, come parte integrante di questi ultimi –, gli investimenti nella sanità integrativa si sono giovati dei vantaggi fiscali che, specie dalla legge di stabilità del 2016, hanno spinto le imprese ad arricchire il pacchetto dei benefit extra-monetari erogati ai propri dipendenti. Per certi versi, l'offerta di prestazioni sanitarie rientra ormai nel set delle “cose da fare” per essere percepiti come un'azienda sufficientemente attrattiva, ovvero come un compito cui non è possibile sottrarsi per le aziende vincolate dal contratto nazionale ad aderire al fondo sanitario di settore. Questo trend è pienamente confermato dall'indagine quantitativa realizzata dal Centro Studi Assolombarda¹³, dalla quale è emerso come oltre tre aziende su quattro – tra quelle che hanno restituito il questionario – offrono forme di sanità integrativa.

Tuttavia, com'è chiaramente emerso dai nostri focus group, specie tra le società di maggiori dimensioni, non manca chi **inquadra tale offerta nella propria strategia di selezione, sviluppo e retention delle risorse umane**, qualificandola di volta in volta o come fattore di vantaggio competitivo rispetto ad altre aziende meno ‘generose’ (significativamente, ben il 24% delle imprese intercettate dall'indagine del Centro Studi Assolombarda integra con prestazioni aggiuntive quanto previsto dal CCNL di riferimento), o come ingrediente di una tensione verso la ‘cura’ dei propri collaboratori evocata a simbolo di una gestione illuminata. Significativamente, ad esempio, queste imprese esibiscono con orgoglio la scelta di farsi interamente carico della quota individuale di contribuzione (anche quando teoricamente potrebbe essere suddivisa col lavoratore) e realizzano o progettano un'ulteriore estensione delle prestazioni (con una crescente attenzione per il benessere psichico ed emotivo) e dei beneficiari (includendovi anche i familiari dei lavoratori). Significativamente – e ancora una volta in linea con quanto emerso dall'indagine del Centro Studi Assolombarda, che rileva come ben il 24% delle aziende ha introdotto tutele aggiuntive suggerite dall'emergenza – gli investimenti nel benessere *tout court* dei collaboratori hanno conosciuto un ulteriore impulso durante la fase pandemica.

¹³ Centro Studi Assolombarda, *Focus assistenza sanitaria integrativa*, Assolombarda, citato.

Più ambivalente (sia pure con qualche interessante eccezione) **l'atteggiamento delle piccole imprese**, che se per un verso sono portate a vedere nell'investimento a favore della salute dei dipendenti una scelta del tutto coerente – quasi scontata – con la loro identità organizzativa e con la 'preziosità' di ogni singolo lavoratore, per l'altro verso guardano con un certo sospetto l'"intromissione" dell'attore sindacale e, ancor più, il peso degli adempimenti, che arriva a volta ad inibire l'interesse per la materia e a scoraggiare la fruizione delle opportunità previste dal contratto nazionale di lavoro. Quest'ultimo dato merita una particolare attenzione: se si considera che soltanto il 4% delle imprese che offrono ai dipendenti forme di sanità integrativa – tra quante hanno risposto al questionario del Centro Studi Assolombarda – ne rilevano poi un impatto rilevante sulla gestione amministrativa, vi è ragione di ipotizzare che il problema sia percepito come più rilevante di quanto non sia effettivamente.

In termini più generali, una chiara indicazione emersa dallo studio è **la biforcazione dell'universo delle imprese** che tendenzialmente (scontando il numero modesto di aziende coinvolte dall'indagine) riflette le loro caratteristiche dimensionali: da un lato le imprese esperte, capaci di utilizzare in maniera strategica questa leva nella gestione delle proprie risorse umane ed eventualmente di agevolare l'accesso alle prestazioni con personale dedicato; dall'altro le imprese ancora ai primi passi (quando non totalmente 'digiune' della materia), che tendono a dare molto più peso ai costi in senso lato della sanità integrativa – con un insistente richiamo alla 'burocrazia' – e che **esprimono, in forme esplicite o latenti, un forte bisogno di essere informate, formate e accompagnate a un utilizzo più consapevole di questa leva**, per poter poi, a loro volta, guidare i lavoratori nella fruizione della sanità integrativa.

Al di là di queste differenze, **un punto fermo è comunque il ruolo determinante dei vertici aziendali** (o della funzione risorse umane) **nell'orientare gli atteggiamenti e i comportamenti dei lavoratori nei confronti della sanità integrativa e dei fondi sanitari**. Tanto nei casi in cui gli investimenti in questo ambito siano il frutto di una contrattazione aziendale concertata con le rappresentanze sindacali, quanto in quello in cui siano piuttosto l'esito di un impegno diretto e 'spontaneo' della direzione aziendale, le imprese si trovano a svolgere, in maniera più o meno consapevole, un ruolo quasi 'pedagogico'. Nelle esperienze più avanzate, **attorno alla sanità integrativa prendono forma sofisticati programmi di educazione e prevenzione** capaci di fare breccia anche tra le categorie di lavoratori inizialmente meno sensibili e interessate, gettando le basi di un paradigma di gestione delle risorse umane processuale e orientato al lungo periodo, nonché a rallentare la fisiologica perdita di produttività connessa con l'avanzare dell'età, ma anche ad assumere la protezione della salute come una forma di esercizio della responsabilità verso le generazioni future.

A tale riguardo, più ancora del livello di qualificazione e di inquadramento, **è l'età anagrafica a costituire il principale discrimine nell'influenzare il livello di interesse per la materia**, un discrimine a quanto pare non scalfito nemmeno da una congiuntura del tutto eccezionale – e drammatica – come quella dei mesi in cui si è svolta l'indagine (e questo è forse uno dei dati più significativi dello studio). Verosimilmente perché meno assidui nella fruizione delle prestazioni sanitarie, i giovani tendono a sottovalutare l'importanza di coperture integrative a quelle offerte dal servizio sanitario nazionale, o addirittura a percepirle come alternative svantaggiose rispetto ad auspicabili integrazioni salariali; tanto più quando pagano lo scotto di una iniziazione lavorativa avvenuta in una società malata di *short-terminism* che ha fortemente ridotto le loro aspettative verso i

diversi strumenti di socializzazione dei rischi, siano essi il welfare pubblico o lo stesso secondo pilastro.

Quello che sembra emergere, anche se non direttamente esplicitato dalle imprese coinvolte dallo studio, è il **problema della visibilità/misurabilità del valore delle prestazioni**, nelle sue molteplici implicazioni, tutte altrettanto strategiche.

Sul **piano gestionale**, si tratta di integrare in maniera più convinta e convincente i pacchetti di sanità integrativa nei programmi di promozione della salute e del benessere dei lavoratori, concetti da intendere nel loro significato più ampio e nella consapevolezza della dignità di ogni persona e della sua esigenza di dare un senso unitario al proprio corso di vita, così da accrescere l'interesse anche tra chi non manifesta particolari problemi ed esigenze di salute.

Sul **piano comunicativo**, si tratta di rendere più esplicite le ragioni e il 'valore' delle scelte recepite dalla contrattazione collettiva, che devono esitare da un processo di reale co-costruzione fondato sulla consapevolezza condivisa della valenza pubblica del bene salute e degli obiettivi equalizzatrici cui deve tendere la sanità integrativa.

Sul **piano procedurale**, si tratta di tendere sempre più all'allineamento delle prestazioni rispetto ai bisogni delle diverse categorie dei lavoratori, rafforzando la natura integrativa del secondo pilastro, snellendo il peso degli adempimenti richiesti alle imprese e ai lavoratori, investendo nell'analisi sistematica dei bisogni e delle preferenze dei lavoratori e della loro evoluzione nel tempo.

Sul **piano politico-culturale**, infine, sarebbe opportuno inscrivere anche questa materia nel disegno di un nuovo **'patto intergenerazionale'**, che prenda le distanze dalla rappresentazione antagonista delle diverse generazioni che serpeggia nei media e nella stessa propaganda politica e che ribadisca il carattere universalistico del sistema sanitario e il carattere complementare del secondo pilastro.

Al proposito, l'indagine suggerisce anche **l'opportunità di rimettere a tema** – affrancandola dai pregiudizi ideologici – **la questione dei rapporti tra primo e secondo pilastro**. Sebbene le origini di quest'ultimo abbiano sicuramente a che vedere col crescente affanno del sistema sanitario nazionale, è utile ribadire come il ruolo complementare assegnato alla sanità integrativa intende proprio concorrere alla tenuta di un sistema di coperture universalistiche. Una comunicazione (interna ed esterna) 'sbilanciata' sui vantaggi nel disporre di una corsia privilegiata per aggirare le liste d'attesa del sistema sanitario nazionale – come a tratti sembra essere emerso dai focus group – rischia di svalutare, ad un tempo, tanto il primo quanto il secondo pilastro, e forse anche di ridurre progressivamente i vantaggi di quest'ultimo. A tale riguardo, un elemento di criticità sottolineato da alcune aziende coinvolte nello studio, peraltro fisiologicamente connesso alla forte crescita dei fondi sanitari e degli aventi diritto a godere dei loro benefici, è rappresentato dai costi delle prestazioni. La presenza di un mercato di operatori (intermediari assicurativi da un lato, strutture sanitarie private dall'altro) sempre più affollato, rischia di generare un processo al ribasso che alla lunga potrebbe compromettere la qualità delle prestazioni erogate, imporre l'introduzione di criteri selettivi, causare la difficoltà per gli enti convenzionati di reggere la concorrenza. **La sostenibilità del sistema nel lungo periodo è una questione che merita di essere affrontata tempestivamente**, ma proprio rispetto a questo tema diverse delle aziende

coinvolte nello studio hanno dimostrato di sapere leggere con acutezza le possibili tensioni che si genereranno nel tempo e di **disporre di un patrimonio di competenze ed esperienze sicuramente preziose** alle quali attingere per progettare quello stesso riordino normativo da più parti invocato. E hanno lasciato trasparire **l'aspettativa di poter prendere parte attiva alla riflessione che disegnerà il futuro del sistema sanitario nelle sue varie articolazioni.**

In conclusione – e in estrema sintesi –, lo studio delinea per le imprese un ruolo fondamentale che deve giocare su un duplice binario e in riferimento a due obiettivi complementari: quello dell'**empowerment individuale dei lavoratori** – ossia della maturazione di una capacità di scelta competente e consapevole – e quello della **valorizzazione responsabile nell'utilizzo delle risorse** (pubbliche e private). Obiettivi che appaiono ancor più fondamentali e strategici nello scenario di queste settimane: nella sua drammaticità, quello che stiamo attraversando potrebbe rivelarsi un momento propizio, giacché come forse mai prima d'ora è dato alle imprese di constatare come le loro scelte e i loro comportamenti possono concorrere alla ricerca del bene comune e alla costruzione di modelli di sviluppo sostenibili.

Considerando infine il possibile impegno diretto di Assolombarda, l'indagine ci consente di formulare alcune indicazioni e proposte.

Un primo gruppo riguarda l'opportunità di dedicare ulteriori approfondimenti di ricerca a temi quali:

1. Lo 'spazio' della sanità integrativa nel quadro dei diversi approcci alla gestione delle risorse umane, con una attenzione alle specificità delle aziende di diverse dimensioni e ai relativi strumenti attivabili sia per la rilevazione dei bisogni e delle aspettative dei lavoratori, sia per un processo di 'co-costruzione' delle risposte, in modo da valorizzarne l'impatto positivo tanto per i lavoratori quanto per le stesse imprese;
2. I fabbisogni di salute delle diverse categorie di lavoratori e le loro opinioni e attitudini nei confronti delle opportunità offerte dalla sanità integrativa, nonché le modalità attraverso le quali le risposte a questi bisogni possono essere inquadrare in una gestione consapevole della 'diversità al lavoro';
3. Le procedure di prenotazione, fruizione, rimborso e i loro aspetti di criticità con riferimento alle diverse modalità di erogazione delle prestazioni (rimborsuale o tramite convenzionamento) e l'individuazione di possibili interventi migliorativi;
4. Il punto di vista delle imprese nel quadro del dibattito sul riordino della normativa e il ridisegno dei rapporti tra i diversi pilastri del welfare sanitario, con una attenzione alle istanze di sostenibilità nel lungo periodo della sanità integrativa.

Un secondo gruppo di indicazioni e proposte riguarda l'implementazione di:

5. Incontri di informazione e formazione indirizzati alle imprese, prevalentemente di piccole dimensioni, che ancora percepiscono la sanità integrativa come una materia complessa, poco *user friendly* ed eccessivamente *time consuming*;
6. Azioni di supporto consulenziale che favoriscano una migliore integrazione degli interventi di welfare aziendale/sanitario nella strategia di gestione e sviluppo delle risorse umane, a partire dalla messa a punto di strumenti di rilevazione che, valorizzando le specificità delle imprese di diverse dimensioni, consentano di conoscere i bisogni e le aspettative dei lavoratori e la loro evoluzione nel tempo;

7. Azioni – rivolte in particolare alle aziende di medio-grandi dimensioni -di supporto alla valorizzazione degli investimenti nel campo della sanità integrativa nell’ambito delle strategie di responsabilità sociale e sostenibilità d’impresa, anche in riferimento alle esigenze di ‘rendicontazione’ formale delle prestazioni sociali, in un’ottica volontaria o - nei casi stabiliti dalla legge per alcuni tipi di grande azienda - di ‘comunicazione non finanziaria’ obbligatoria;
8. Azioni – rivolte in particolare alle piccole-medie imprese – di supporto alla capacità di lavorare con più consapevolezza sulle finalità di *employer e internal branding* già chiaramente perseguite dalle grandi imprese nell’offerta di servizi sanitari (come di altre prestazioni di welfare);
9. Azioni di supporto alla digitalizzazione, intesa nel duplice senso dello snellimento delle procedure di accesso alle prestazioni e di rafforzamento delle competenze delle imprese;
10. Azioni di supporto alla ideazione di iniziative nel campo della comunicazione istituzionale che ribadiscano le finalità e il valore sociale della sanità integrativa.

Riferimenti bibliografici

Adapt-UBI, Primo Rapporto su Welfare occupazionale e aziendale in Italia, Adapt University Press, 2018, Modena.

Adapt-UBI, Secondo Rapporto su Welfare occupazionale e aziendale in Italia, Adapt University Press, 2019, Modena.

Adapt-UBI, Terzo Rapporto Welfare occupazionale e aziendale in Italia, Adapt University Press, 2020, Modena.

Ania, Fondi sanitari, la necessità di un riordino, Position paper, maggio 2015, p. 1.

Antonelli V., La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza, in *Federalismi.it*, 28 marzo 2018.

Anzanello R. (a cura di), La Sanità Integrativa non è sostitutiva ma necessaria, in *Quaderno ANSI*, 2019, 1.

Arlotti M., Ascoli U., Pavolini E., Fondi sanitari e policy drift. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?, in *la Rivista delle politiche sociali*, 2017, 2, pp-71-86.

Bacchini F., Welfare aziendale: illazioni (ricostruttive) giuslavoristiche (I. parte generale), in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2017, 3, p. 634.

Bacchini F., Welfare aziendale: illazioni (ricostruttive) giuslavoristiche (II. parte speciale), in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2017, 4-5, p. 1008.

Balduzzi R., Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario, in *Quaderni regionali*, 2008, 4, p. 37.

Balduzzi R., Servetti D., La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale, in Balduzzi R. - Carpani G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, il Mulino, Bologna, 2013, p. 1.

Cesari R., Ruolo e prospettive della Sanità complementare dopo il Covid-19. Il punto di vista dell'IVASS, Seminario dell'Associazione "Lavoro&Welfare", 2020.

Covip, Relazione per l'anno 2017, in www.covip.it, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Covip, Relazione per l'anno 2018. Considerazioni del Presidente, in www.covip.it, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Dirindin N., Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso, in *Politiche sanitarie*, n. 1, 2019, pp. 33-39.

Dragonetti L., La cornice normativa degli enti della Sanità Integrativa e del Welfare, in *Quaderno ANSI*, 2017, 2, p. 1.

Faioli M. (a cura di), *Indagine sulla bilateralità nel terziario*, Giappichelli, 2010.

Faioli M., Premialità e contrattazione collettiva "mission-oriented", in *Economia & Lavoro*, 2017, 1, p. 37.

Faioli M., Welfare privato in Europa. Casi studio e comparazione, in T. Treu (a cura di), Welfare aziendale: Migliorare la produttività e il benessere dei dipendenti, Ipsoa, 2013, p. 189.

Faioli M., Vola F., Studi sulla sanità integrativa e sulla bilateralità. Vol I. Legge e contratto collettivo nella dinamica dei fondi sanitari integrativi e della bilateralità di riferimento, in Working paper Mefop, 2018, 44, 1.

Faioli M., Vola F., Studi sulla sanità integrativa e sulla bilateralità. Vol II. Assistenza sanitaria integrativa: scenari futuri e possibili sinergie con il sistema sanitario nazionale, in Working paper Mefop, 2018, 44, 2.

Ferrera M., Introduzione, in Maino F. - Ferrera M. (a cura di), Secondo rapporto sul Secondo welfare in Italia, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, 2015, p. 1.

Florianello F., Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa, in Quotidianosanità.it, 8 settembre 2018, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Foglia L., Welfare Aziendale e Sanità Integrativa: Riflessioni strategiche, in Quaderno ANSI, 2018, 2, p. 1.

Fondazione Gimbe (2019), La sanità integrativa, Bologna, www.gimbe.org/sanita-integrativa.

Granaglia E., I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R. e Tardiola A. (2010), a cura di, La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, Quaderni Astrid, il Mulino, Bologna, 2020.

Granaglia E. (2017), Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti, in la Rivista delle politiche sociali, n.2, 2017, pp. 31-39.

Labate G., Tardiola A., La sanità integrativa in Italia, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, Quaderni Astrid, il Mulino, Bologna, 2010.

Lai M., Appunti sulla bilateralità, in Diritto delle Relazioni Industriali, 2006, 4, p. 1020.

Lai M., Bilateralità e lavoro, in Rivista degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, 2014, 2, p. 283.

Lodigiani R., Il neo-mutualismo e la risposta ai bisogni della non autosufficienza dentro a un rinnovato welfare plurale: opportunità e limiti in E. Riva (a cura di), Ripensare le politiche per la non autosufficienza. Liberare e qualificare il potenziale del neo-mutualismo, il Mulino, Bologna, 2015.

Luciano A., Le società di mutuo soccorso tra memoria e nuovo welfare, in la Rivista delle Politiche Sociali, 2012, 4, pp. 239-258.

Lucantoni S., Fondi sanitari integrativi, in Treccani.it, 2014, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Maino F., Mallone G., Welfare aziendale, contrattuale e territoriale: trasformazioni in atto e sviluppo, in Treu T. (a cura di), Welfare aziendale 2.0. Nuovo welfare, vantaggi contributivi e fiscali, Ipsoa, Wolters Kluwer, Milano, 2016, p. 73.

Maino F., Rizza R., Le piccole e medie imprese incontrano il welfare, in Stato e Mercato, 2018, 113, pp. 197-224.

Mastrobuono S., Lo stato attuale dei fondi sanitari integrativi: alcune precisazioni, in *Quotidianosanità.it*, 3 febbraio 2019, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II – Anagrafe dei fondi sanitari, Reporting System, Fondi attestati anno 2017. Le attività dell’Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF), novembre 2018, in www.salute.gov.it, ultimo accesso: 24 settembre 2020.

Napoli M., Gli enti bilaterali nella prospettiva di riforma del mercato del lavoro, in *Jus*, 2003, 2, p. 237.

Oecd, *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*, Parigi, OECD Publishing, 2020.

Piras E., I fondi sanitari integrativi: una prima visione di insieme, in *Il nuovo diritto delle società*, 2016, 6, p. 1.

Piras E., Fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso: le nuove frontiere della sanità integrativa, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2016, 6, p. 1870.

Piras E., Fondi sanitari integrativi e livelli essenziali di assistenza nella sanità pubblica, in *Rivista di Diritto Bancario*, 2017, 6, p. 1.

Piras E., Le società di mutuo soccorso tra legge istitutiva, terzo settore e codice delle assicurazioni, in *Rivista di Diritto Bancario*, 2019, 1, p. 99.

Piras E., I prodotti della sanità integrativa, in *Rivista di Diritto Bancario*, 2019, 4, p. 1.

Racugno G., Dagli enti del terzo settore alle società di mutuo soccorso, in *Il nuovo diritto delle società*, 2018, 10, p. 1431.

RBM - Censis, *VIII Rapporto sulla sanità pubblica, privata ed intermediata*, giugno 2018.

Romagnoli G., I soggetti e la vigilanza nella sanità integrativa, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2019, 4, p. 1349.

Santini F., Profili di regolamentazione collettiva del welfare aziendale, in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2018, 6, p. 1476.

Squeglia M., La «previdenza contrattuale». Un modello di nuova generazione per la tutela dei bisogni previdenziali socialmente rilevanti, Giappichelli, Torino, 2014.

Squeglia M., L’evoluzione del “nuovo” welfare aziendale tra valutazione oggettiva dei bisogni, regime fiscale incentivante e contribuzione previdenziale, in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2017, 1, p. 103.

Squeglia M., La previdenza contrattuale nel modello del welfare aziendale “socialmente utile” e della produttività partecipata, in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2017, 2, p. 383.

Treu T. (a cura di), *Welfare aziendale. Migliorare la produttività e il benessere dei dipendenti*, Ipsoa, Milano, 2013.

Treu T. (a cura di), *Welfare aziendale 2.0*, Ipsoa, Wolters Kluwer, Milano, 2016.

Treu T., Introduzione Welfare aziendale, in *WP CSDLE “Massimo D’Antona”.IT*, 2016, 297, p. 1.

Treu T. (a cura di), *Welfare aziendale*, Ipsoa, Wolters Kluwer, Milano, 2020.

**Allegato - Quadro sinottico a cura di Settore Lavoro, Welfare e Capitale Umano – Assolombarda
assistenza sanitaria integrativa in alcuni settori**

	Metasalute (metalmecanico)	Faschim Chimica	Fasa Alimentare	Est Commercio e turismo	Quas Quadri terziario turismo	FASI Dirigenti	FASDAC Dirigenti aziende commerciali
Fondazione nel	2011	2003	2011	2005	1989	1977	1948
Governance	<p>Sono soci i lavoratori e le imprese aderenti.</p> <p>L'Assemblea e il Consiglio di Amministrazione sono composti in misura paritetica da associati eletti dai lavoratori e da associati eletti dalle imprese.</p> <p>Presidente e Vice Presidente nominati dal CdA tra i suoi componenti, con alternanza di presidenza datoriale e sindacale e vicepresidenza di provenienza opposta</p>	<p>Sono soci le imprese e i lavoratori aderenti, i familiari iscritti e i lavoratori delle organizzazioni firmatarie.</p> <p>L'Assemblea e il Consiglio di Amministrazione sono composti in misura paritetica da associati eletti dai lavoratori e da associati eletti dalle imprese.</p> <p>Presidente e Vice Presidente nominati dal CdA tra i suoi componenti, con alternanza di presidenza datoriale e sindacale e vicepresidenza di provenienza opposta.</p>	<p>Sono soci e compongono in misura paritetica gli organi statutari (Assemblea e Consiglio direttivo) le parti datoriali e sindacali costituenti.</p> <p>Presidente e Vice Presidente nominati dal CdA tra i suoi componenti, con alternanza di presidenza datoriale e sindacale e vicepresidenza di provenienza opposta.</p>	<p>Sono soci e compongono in misura paritetica gli organi statutari (Assemblea e Consiglio direttivo) le parti datoriali e sindacali costituenti.</p> <p>Presidente e Vice Presidente eletti all'interno del CD dai Soci.</p>	<p>Sono soci e compongono in misura paritetica gli organi statutari (Assemblea e Consiglio direttivo) le parti datoriali e sindacali costituenti.</p> <p>Presidente e Vice Presidente eletti all'interno del CD dai Soci con alternanza di presidenza datoriale e sindacale e vicepresidenza di provenienza opposta.</p>	<p>Sono soci e compongono in misura paritetica gli organi statutari (Assemblea e Consiglio di Amministrazione) Confindustria e Federmanager.</p> <p>Presidente e Vice Presidente nominati dal CdA tra i suoi componenti, rispettivamente tra i rappresentanti di Federmanager (il Presidente) e di Confindustria (il Vice Presidente).</p>	<p>Sono soci e compongono in misura paritetica il Consiglio di Gestione le parti datoriali e sindacali costituenti.</p> <p>Il Presidente è nominato dal Consiglio di Gestione al suo interno.</p>

Numero di iscritti	Iscritti: 1,2mil+ Lavoratori 38.340+ aziende 600.000+ familiari	Iscritti al 31/7/2020: 131.032 lavoratori 94.481 familiari 2257 aziende	Dati assenti	Dati assenti	Iscritti: 88.000 lavoratori 20.000 aziende (Rapporto di sostenibilità 2018)	Iscritti al 31.12.2018: 128.218 dirigenti 163.235 familiari 13.963 aziende (Bilancio sociale 2018)	Dati assenti
CCNL principale interessato	CCNL Industria metalmeccanica e della installazione di impianti	CCNL Industria chimica, chimico farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e gpl	CCNL per i lavoratori dell'industria alimentare	CCNL Terziario, della Distribuzione e dei Servizi	CCNL Terziario, della Distribuzione e dei Servizi	CCNL Dirigenti Industria	CCNL Dirigenti Terziario
Riferimento contrattuale	Art. 16, Titolo IV, Sez. Quarta	Art. 63, Cap. XIII, Parte III	Art. 74-quarter, Cap. XII	Art. 104, Capo I, Titolo II, Sez. Quarta	Art. 105, Capo I, Titolo II, Sez. Quarta	Art. 18-bis, Parte Quarta	Art. 27, Parte Quarta
Destinatari	Lavoratori non in prova a tempo indeterminato (compresi apprendisti e part time) e a tempo determinato con contratto di durata non inferiore a cinque mesi dal momento dell'iscrizione.	Lavoratori non in prova full time o part time almeno al 50%. I lavoratori a tempo determinato possono iscriversi se la durata del contratto sia pari o superiore a sei mesi al netto del periodo di prova.	Lavoratori a tempo indeterminato, compresi gli apprendisti, o a tempo determinato con durata del rapporto pari o superiore a nove mesi nell'anno solare.	Lavoratori non quadri a tempo indeterminato.	Quadri a tempo indeterminato o determinato. Per questi ultimi la contribuzione è dovuta per l'intero anno solare in cui cade il rapporto di lavoro.	Dirigenti in servizio o, a certe condizioni, inattivo o in pensione.	Dirigenti in servizio o, a certe condizioni, inattivi o in pensione.
Familiari	Copertura dei familiari a carico, compresi i conviventi di fatto. Possibilità di iscrizione a contribuzione del lavoratore dei familiari non fiscalmente a carico.	Possibilità di iscrivere coniuge, convivente e figli fiscalmente a carico.	Impossibilità di iscrivere i familiari.	Impossibilità di iscrivere i familiari.	Impossibilità di iscrivere i familiari, salva l'ipotesi di "tutela del figlio" inferiore a un anno.	Possibilità di iscrivere coniuge, convivente, figli e genitori (a particolari condizioni).	Copertura per coniuge, convivente, figli e genitori fiscalmente a carico.

	Si.	No.	No.	Si.	Si.	No.	Si.
Obbligatorietà	Sono iscritti tutti i lavoratori destinatari, salva la facoltà di rinuncia da esercitare in forma scritta.	All'atto dell'assunzione il lavoratore dichiara la propria intenzione di aderire o meno al fondo.	Dal 1° giugno 2020 sono iscritti i lavoratori che partecipano volontariamente alla contribuzione del fondo. Chi non manifesta la volontà di compartecipare con la propria contribuzione decade dall'iscrizione, con conseguente cessazione dell'obbligo di contribuzione aziendale.	A decorrere dall'1/9/2005, sono iscritti al Fondo i lavoratori dipendenti da aziende del settore terziario distribuzione e servizi. L'azienda che ometta il versamento delle suddette quote è tenuta ad erogare al lavoratore un elemento distinto della retribuzione non assorbibile di importo pari ad euro 16,00 lordi, da corrispondere per 14 mensilità e che rientra nella retribuzione di fatto.	A favore dei Quadri compresi nella sfera di applicazione del presente contratto è istituita la Cassa di Assistenza Sanitaria "QuAS", integrativa del Servizio Sanitario Nazionale. L'azienda che ometta il versamento delle suddette quote è tenuta ad erogare al lavoratore un elemento distinto della retribuzione non assorbibile di importo pari ad euro 37,00 lordi, da corrispondere per 14 mensilità e che rientra nella retribuzione di fatto.	Iscrizione su richiesta del dirigente.	

Contribuzione	<p>A carico del datore di lavoro: 156 euro annui per ciascun lavoratore.</p> <p>Possibilità di aderire a piani sanitari superiori: collettivamente, con contribuzione a carico aziendale; individualmente attraverso la destinazione dei flexible benefits riconosciuti dal CCNL, a carico del lavoratore.</p>	<p>A carico del datore di lavoro: 252 euro annui per ciascun lavoratore.</p> <p>A carico del lavoratore: 36 euro annui.</p>	<p>A carico del datore di lavoro: 10 euro mensili per ciascun lavoratore.</p> <p>A carico del lavoratore: 2 euro mensili.</p>	<p>A carico del datore di lavoro: - 30 euro una tantum all'atto della prima iscrizione dell'azienda al Fondo per ciascun lavoratore in forza non iscritto; - 10 euro mensili per ciascun lavoratore.</p> <p>A carico del lavoratore: 2 euro mensili.</p>	<p>A carico del datore di lavoro: - 285,90 euro una tantum all'atto della prima iscrizione del lavoratore; - 350 euro annui per ciascun lavoratore.</p> <p>A carico del lavoratore: 56 euro annui.</p>	No. Iscrizione su richiesta del dirigente.	Sì.
Rapporto con secondo livello	In caso di forme di sanità integrativa aziendale la contribuzione a carico del datore non può essere inferiore a quella prevista dal CCNL per Metasalute e deve essere garantita la copertura dei familiari a carico.	Impegno congiunto delle Parti a facilitare la confluenza delle forme di assistenza sanitaria aziendali in Faschim. Il valore della contribuzione a formule aziendali alternative non si somma a quello previsto dal CCNL per Faschim né può essere inferiore a quest'ultimo.	Sono fatti salvi gli accordi di secondo livello anteriori al CCNL che prevedano polizze, casse o fondi di assistenza sanitaria integrativa. In occasione del rinnovo degli stessi accordi potranno essere definiti specifici accordi di affluenza al Fasa o di armonizzazione, ferma restando la regolamentazione a livello nazionale.	Sono fatti salvi gli accordi integrativi di secondo livello, territoriali o aziendali, già sottoscritti anteriormente alla data di entrata in vigore dell'obbligatorietà dell'iscrizione al Fondo, che prevedano l'istituzione di casse o fondi di assistenza sanitaria integrativa.	Non specificato.	I contributi a carico dell'azienda e a carico del dirigente variano a seconda delle condizioni.	<p>A carico del datore di lavoro: - 2526,70 euro annui per ciascun dirigente in servizio; - 1176,06 euro annui per ciascun dirigente dipendente.</p> <p>A carico del dirigente in servizio: 859,08 euro annui.</p>

<p>Copertura dei periodi di sospensione, di disoccupazione o di pensione</p>	<p>CCNL Copertura dei lavoratori in aspettativa per malattia, in congedo parentale, in sospensione con copertura Inps, in cassa integrazione e copertura per un massimo di 12 mesi dei lavoratori beneficiari di NASpl a seguito di licenziamento collettivo ex l. 223/1991 o di licenziamento individuale per g.m.o. ex l. 604/1966.</p>	<p>REGOLAMENTO Possibile copertura con contribuzione volontaria nei casi di sospensione del rapporto di lavoro o di assenze in cui non sussista il diritto al normale trattamento retributivo per un periodo continuativo pari o superiore ad un mese.</p> <p>CCNL Possibile copertura del periodo di percezione NASpl o del periodo utile al raggiungimento dei requisiti pensionistici per un massimo di 48 mesi a seguito di procedure di licenziamento collettivo ex l. 223/1991 o di incentivo per l'esodo in regime di sospensione.</p>	<p>REGOLAMENTO Possibilità per il lavoratore in aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto di lavoro di iscriversi al Fondo o di proseguire l'iscrizione.</p>	<p>REGOLAMENTO Possibile copertura con contribuzione volontaria dei periodi di aspettativa non retribuita, di applicazione degli ammortizzatori sociali o di percezione della NASpl.</p>	<p>REGOLAMENTO Possibilità di iscrizione per Quadri titolari di pensione a carico dell'assicurazione obbligatoria che sono stati iscritti alla Cassa in modo continuativo nei dieci anni precedenti la domanda.</p>	<p>Nessun conflitto con fondi diversi utilizzati in azienda, ma condizioni economiche diverse in termini di contribuzione.</p>	<p>Non specificato.</p>
--	---	---	--	--	---	--	-------------------------

Covid	Piano sanitario integrativo covid-19 che riconosce indennità in caso di ricovero ospedaliero o di decesso durante il ricovero in terapia intensiva o sub-intensiva.	Piano sanitario integrativo covid-19 che riconosce una diaria in caso di ricovero ospedaliero o di isolamento domiciliare (quarantena) a seguito di positività.	Piano sanitario integrativo covid-19 che riconosce una diaria in caso di ricovero ospedaliero o di isolamento domiciliare (quarantena) a seguito di positività.	Piano sanitario integrativo covid-19 che riconosce una diaria in caso di ricovero ospedaliero o di isolamento domiciliare (quarantena) a seguito di positività.	Piano sanitario integrativo covid-19 che riconosce una diaria in caso di ricovero ospedaliero o di isolamento domiciliare (quarantena) a seguito di positività.	REGOLAMENTO Possibilità di iscrizione per i dirigenti in pensione con anzianità di iscrizione al FASI di almeno 10 anni o con anzianità lavorativa di almeno 10 anni in aziende iscritte al FASI.	REGOLAMENTO Possibilità di iscrizione per i dirigenti in pensione con anzianità di iscrizione al FASDAC di almeno 15 anni.
-------	---	---	---	---	---	--	---

Elenco ricerche pubblicate

- “La filiera del biometano: strumenti, meccanismi di funzionamento e opportunità” N° 01/2020
- “Platform Economy - Casi studio” N° 02/2020
- “Osservatorio Talents Venture e STEAMiamoci sul Gender Gap nelle facoltà STEM” N° 03/2020
- “Progetto: C.E.R.C.A. 2 Circular Economy come Risorsa Competitiva per le Aziende” N° 04/2020
- “Top500+ Le eccellenze di Monza e Brianza” N° 05/2020
- “Top200+ Le eccellenze di Lodi” N° 06/2020
- “Le professioni del futuro” N° 01/2021
- “L’internazionalizzazione degli atenei di Milano” N° 02/2021
- “Per la ricerca e l’innovazione” N° 03/2021
- “Il trasporto merci via aerea” N° 04/2021
- “Il lavoro agile oltre l’emergenza” N° 05/2021
- “La Legge 68/99 nell’esperienza delle imprese di Assolombarda e degli stakeholder: analisi proposte di miglioramento” N° 06/2021

www.assolombarda.it
www.genioimpresa.it

