

Elena Barazzetta

3. Il mondo assicurativo.

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

Abstract

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

The World of Insurance Companies. Services, synergies and prospects in a second welfare perspective

The third chapter focuses on the role of insurance companies as private entities providing risk protection services while acting in complementarity with social policies: considering the progressive transfer of risks from the State to individuals, they not only have the task of delivering services, but also that of spreading the culture of risk prevention. The chapter analyzes the impact of the insurance sector within the second welfare, in its dual role of market operator and, at the same time, of provider of welfare benefits to its own employees. Concerning their role as market players, legislative innovations in the area of occupational welfare have made insurances key interlocutors in the management of welfare plans, particularly in the fields of healthcare and long-term care. With respect to the provision of benefits to their employees, insurance companies are showing to be both active and innovative, as witnessed by the numerous measures introduced through the sector's national collective agreement and company-level bargaining. Against this background, the insurance world emerges as conscious of its responsibility within the second welfare, as well as focused on strengthening its role as a market player within the providers offering occupational welfare services.



Come citare questo capitolo:

Barazzetta, E. (2017), *Il mondo assicurativo. Prestazioni, sinergie e prospettive in un'ottica di secondo welfare*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 67-90.

Documento scaricato dal sito del [Laboratorio Percorsi di secondo welfare](http://laboratoriopercorsidi.org)

Elena Barazzetta

IL MONDO ASSICURATIVO.

PRESTAZIONI, SINERGIE E PROSPETTIVE IN UN'OTTICA DI SECONDO WELFARE

3

Introduzione

Le assicurazioni sono per definizione un soggetto di secondo welfare perché nascono per tutelare gli individui da potenziali rischi che possono presentarsi nel corso della vita. Nella situazione di crisi attuale è quindi interessante guardare questo mondo, i servizi che offre – verso i propri dipendenti e come operatore – e la sua natura per valutarne l'importanza e descriverne il posizionamento. Le assicurazioni italiane, con investimenti per più di 800 miliardi, sono un sostegno significativo allo sviluppo economico nel nostro Paese (Rossi 2017). Il mondo assicurativo, in qualità di soggetto privato che eroga servizi a tutela dei rischi, è tra gli *stakeholder* che agiscono in complementarietà alle politiche sociali e sempre più spesso lo fa in rete con altri soggetti del Mercato e non, per esempio fornendo polizze assicurative ai dipendenti delle imprese all'interno di piani di welfare aziendale. Trova poi nell'incentivazione della contribuzione individuale terreno fertile per lo sviluppo del proprio mercato, essendo già oggi interlocutore di quei cittadini che decidono di mettere in campo risorse private per acquistare prestazioni di welfare.

Attualmente in Italia si contano 478 miliardi di euro di spesa pubblica annua per protezione sociale a cui sono da aggiungere almeno altri 70 miliardi di spesa privata delle famiglie tra sanità, formazione dei figli e servizi di *long term care* (Ltc). Un ammontare enorme di risorse per la tutela sociale che genera una ampia e articolata matrice di servizi e prestazioni per i cittadini (Forum Ania Consumatori - Censis 2016). Tra i cambiamenti più rilevanti l'allungamento della vita, elemento positivo per i progressi della medicina, porta con sé l'inevitabile aumento di costi sanitari e sociali. La diretta conseguenza di questa dinamica si riflette sulle famiglie che, nel ruolo di ammortizzatori sociali, sono minacciate nel proprio benessere, soprattutto economico.

Il progressivo trasferimento dei rischi dallo Stato agli individui non è però accompagnato da un sostegno al reddito necessario perché questi vengano gestiti (Forum Ania Consumatori 2016); ne consegue l'esigenza che le famiglie maturino consapevolezza circa la necessità di conoscere e di saper gestire i rischi e le vulnerabilità ai quali sono chiamate a rispondere, ovvero maturino una "cultura previdenziale". Proprio le assicurazioni, come già ricordato nel [Primo Rapporto sul secondo welfare](#), non hanno solo il compito di erogare servizi ma di diffondere la cultura della prevenzione del rischio.

Il ruolo “formativo” delle assicurazioni è emerso inoltre dall’ultimo *Rapporto Welfare Index* (Generali 2017) in merito alle novità introdotte dalle Leggi di Stabilità 2016 e 2017 in materia di welfare aziendale (cfr. il capitolo di Santoni in questo *Rapporto*), rispetto alle quali è risultato che le piccole e medie imprese non dispongono di adeguate competenze sulla disciplina giuslavoristica e sulle nuove fiscalità che la regolano: circa il 92% delle Pmi oggetto dell’indagine non ha infatti alcuna conoscenza o ne ha una solo generica. Insieme ad altri soggetti, il mondo assicurativo è chiamato ad agire con un lavoro di supporto e accompagnamento delle realtà imprenditoriali nell’acquisizione del *know how* utile a mettere in pratica misure adeguate di welfare aziendale. È dunque evidente come, nell’esigenza di sviluppare una nuova cultura del secondo welfare, ci sia un *fil rouge* che unisce tutti i soggetti destinatari delle “misure sociali private”, dal singolo individuo all’azienda: una inconsapevolezza circa i cambiamenti in atto e l’urgenza di individuare nuove soluzioni per rispondervi.

Il capitolo intende analizzare il ruolo che il mondo assicurativo ha assunto come soggetto di secondo welfare, nella duplice veste di operatore sul Mercato e di erogatore di servizi per i propri dipendenti. In particolare, ci si sofferma sul tema della sanità integrativa e dei servizi a supporto della non autosufficienza, alla luce sia delle novità legislative e del dibattito in corso sul secondo pilastro della sanità sia del crescente legame tra queste tematiche e il welfare aziendale. Per approfondire la prospettiva e il posizionamento delle imprese assicuratrici rispetto al contesto che viene presentato, sono state svolte alcune interviste a testimoni privilegiati ed è stato sottoposto un questionario alla Commissione vita e welfare di Ania (Associazione nazionale tra le imprese assicuratrici), il cui contributo trova spazio nel presente lavoro.

3.1 Il sistema assicurativo e le sfide del welfare

Nel complesso quadro che caratterizza il welfare del nostro Paese, alcuni ambiti interagiscono specificatamente con il mondo assicurativo. Rispetto a essi, l’analisi di contesto che segue intende fornire dati utili a posizionare le imprese assicuratrici come operatrici di servizi ed erogatrici di piani di welfare interni.

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

Nel settembre 2016 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), successivamente pubblicati in Gazzetta Ufficiale con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Se da un lato sono state inserite delle voci fondamentali e necessarie negli elenchi delle malattie rare e invalidanti, dall’altro lato le modifiche vanno a gravare ulteriormente sulle casse pubbliche, con inevitabili ripercussioni sulle spese dei cittadini. La spesa sanitaria in Italia ha raggiunto nel 2016 quasi 150 miliardi di euro, di cui circa tre quarti in forma pubblica e per un quarto in forma privata. Quest’ultima, in costante aumento, assume varie forme: fondi sanitari integrativi che stipulano polizze collettive con compagnie assicurative; fondi integrativi autoassicurati e le polizze malattia individuali, infine – con una quota ancora molto piccola (4%) ma in aumento – le società di mutuo soccorso (Rossi 2017), tema approfondito anche nel *Secondo Rapporto sul secondo welfare*.

I più recenti dati Istat mostrano che nel 2016 la spesa sanitaria corrente è stata sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato. La spesa sanitaria privata è stata pari a 37.318 milioni, con un'incidenza rispetto al Pil del 2,2%: il 90,9% di tale spesa è stata *out of pocket*, ovvero sostenuta direttamente dalle famiglie, senza alcuna forma di intermediazione. La spesa sanitaria *pro capite* è stata mediamente di 2.466 euro e ha registrato rispetto al 2012 un aumento medio annuo dello 0,7% (Istat 2017b). Le forme sanitarie integrative, incluse le assicurazioni, rappresentano in Italia solo il 9,1% della spesa privata, a fronte di valori sensibilmente più elevati in altri Paesi europei (ad esempio, in Francia è il 67%, in Germania il 44%, in Gran Bretagna il 41%). Ciò significa che il 90,9% di spesa sanitaria privata che i cittadini hanno pagato di tasca propria, avrebbe potuto essere coperto da formule di sanità integrativa (Ania 2017c).

Come documentato dal Rapporto di Rbm salute - Censis (2017), negli ultimi anni l'utilizzo della sanità a pagamento da parte degli italiani risulta in aumento: chi può permettersi di affrontare la spesa ricorre massicciamente al privato che rispetto alle prestazioni pubbliche offre diversi vantaggi, in particolare per quel che riguarda la riduzione dei tempi di attesa. Si può dunque affermare che sia in atto una crescente legittimazione sociale della sanità integrativa, che secondo la ricerca Rbm-Censis potrebbe mettere in moto risorse pari a 15 miliardi di euro all'anno, vista come possibile soluzione a sostegno del sistema pubblico¹.

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

Come affermato dalla Commissione vita e welfare Ania, il limitato successo delle coperture di non autosufficienza è dipeso, dal lato della domanda, dalla scarsa percezione del rischio di non autosufficienza da parte delle persone e dall'illusione di poter ricorrere in maniera efficiente ad altre forme di investimento; dal lato dell'offerta, invece, dalla complessità nella strutturazione del prodotto che si basa su ipotesi di lungo periodo relativamente all'evoluzione delle condizioni sanitarie e sociali della popolazione. Inoltre, la mancanza di adeguate misure di incentivazione, anche fiscale, non favorisce lo sviluppo di tali prodotti.

In Italia, la struttura organizzativa e l'erogazione delle prestazioni Ltc nelle sue diverse forme (indennità monetarie, assistenza domiciliare o semi-residenziale e assistenza

¹ D'altro canto il crescente ricorso alla sanità a pagamento è vista anche come delegittimazione del settore pubblico. Su questo si è ravvivato il dibattito nell'ultimo periodo e sono tornate a confrontarsi posizioni diverse tra loro.

residenziale) enfatizza il rischio di frammentazione dei riferimenti legislativi. Alle tre tipologie di prestazioni, corrispondono altrettanti livelli di governo:

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

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

Alla luce dei dati presentati, si fa sempre più pressante ripensare a un sistema di integrazione pubblico-privato che garantisca la sostenibilità delle cure, in cui il Pubblico mantenga la sua centralità ma vengano ampliati gli interventi delle forme sanitarie integrative. Come affermato da Payra (2015), è necessario un grande mutamento di prospettiva e una presa di posizione da parte dello Stato nella promozione di un'assistenza integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema pubblico che ne condivida la missione di tipo solidaristico. A differenza degli altri Paesi europei, in Italia non esiste però una chiara linea di demarcazione fra l'intervento pubblico e quello privato e una specifica *mission* affidata alle forme sanitarie integrative di tipo mutualistico e assicurativo. Ne deriva una situazione poco efficiente, che andrebbe cambiata a favore di un nuovo sistema di *health management*, in cui alle prestazioni pubbliche si affianchino forme sanitarie integrative, come avviene nei principali Paesi europei (Commissione vita e welfare Ania). È in quest'ottica che si sta cominciando ad avanzare la proposta di un secondo pilastro della sanità che preveda nuovi meccanismi fiscali a favore dell'intermediazione delle spese sanitarie private dei fondi sanitari e una progressiva apertura di queste a tutti i cittadini, con una modalità che garantisca la sostenibilità del sistema (Confindustria e Confcommercio 2015)².

Il primo passo quindi dovrebbe essere, come è accaduto per la previdenza, un allineamento degli incentivi fiscali tra tutti i soggetti che costituiscono l'assetto della sanità integrativa. Al momento infatti la varietà delle forme integrative è costituita da modalità gestionali, fiscali, standard di trasparenza e tutele profondamente diversificate e, soprattutto, una grande differenza tra fondi sanitari integrativi (ex-art. 9 del Dlgs. n. 502/1992)³ e assicurazioni sanitarie.

² Nel documento si sottolinea che i vantaggi fiscali dovrebbero essere garantiti anche a fondi che erogano prestazioni analoghe o sostitutive rispetto a quelle offerte dal Servizio sanitario nazionale attraverso i Livelli essenziali di assistenza; inoltre la proposta prevede che le strutture pubbliche possano convenzionarsi con i Fondi complementari. In questo modo, come osservato da Razetti (2015), le strutture pubbliche erogherebbero prestazioni incluse nei Lea, operando però a nome di strutture private, attivando così un processo di competizione interna.

³ Tra i fondi sono compresi inoltre enti, casse e società di mutuo soccorso definite all'art. 5 comma 2 del Tuir (Testo unico delle imposte sui redditi) come soggetti aventi esclusivamente fini assistenziali la cui modalità di azione è stabilita nei propri statuti.

Se i primi devono agire secondo gli stessi principi di equità e di universalità del Servizio sanitario nazionale – la legge stabilisce l'esplicito divieto ad adottare strategie di selezione dei rischi –, le seconde prevedono criteri di esclusione e limitazione di accesso alle polizze per garantire la sostenibilità del rapporto tra queste e i premi, limitando dunque il proprio rischio di gestione (Ania 2015).

Entrando nel dettaglio della disciplina fiscale che regola queste differenti soluzioni di sanità integrativa è possibile esemplificare l'eterogeneità dei meccanismi fiscali, rispetto ai quali urge trovare una uniformità a favore dell'integrazione tra pubblico e privato (Ania 2015).

Per i fondi sanitari ex-art. 9 del Dlgs. n. 502/1992 si applica l'art. 10 del Testo unico delle imposte sui redditi, che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro. Enti, casse e società di mutuo soccorso usufruiscono delle medesime facilitazioni fiscali, ma devono dimostrare di aver destinato annualmente a essi il 20% dell'ammontare complessivo delle attività a favore degli iscritti. Anche in questo caso, quindi, è previsto uno sgravio contributivo annuo fino a 3.615,20 euro purché sia limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale. Lavoratori autonomi o soggetti che si iscrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono pertanto esclusi dai benefici. In merito alle polizze assicurative – nonostante con le ultime Leggi di Stabilità ci siano state significative novità in relazione al welfare aziendale (per le quali si rimanda al paragrafo 2) – al momento non sono previste agevolazioni fiscali di particolare rilevanza, si consideri che i premi relativi alle polizze sanitarie non solo non sono detraibili dal reddito imponibile ma sono soggetti all'imposta del 2,5%. L'unica eccezione riguarda i contratti di copertura della Ltc che beneficiano della detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro.

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

Alla luce di questo quadro, è opportuno invece che il nuovo modello preveda una chiara regolamentazione degli ambiti di intervento delle forme sanitarie integrative, verso le quali orientare la spesa privata. Insieme alla revisione delle forme di compartecipazione alla spesa si dovrebbe garantire una popolazione più protetta, con criteri di maggiore equità, sostanzialmente a parità di costi per le famiglie. Non si tratterebbe di una novità: in Francia la compartecipazione proporzionale al costo delle prestazioni ha contribuito a indirizzare la popolazione, per la quota a proprio carico, verso le coperture private, in buona parte di tipo mutualistico, con costi contenuti a fronte di una protezione universale. In Germania, invece, i più abbienti sono incentivati a optare per forme sanitarie integrative grazie alla riduzione delle tasse, mentre per tutti esiste un sistema assicurativo privato obbligatorio dedicato alla copertura delle spese per la perdita di autonomia (Commissione vita e welfare Ania).

3.1.2 La previdenza complementare

L'avvento del modello contributivo (la pensione erogata dall'Inps è passata dall'80% della media delle ultime cinque retribuzioni annuali al 55-60% della retribuzione media dell'intera

vita lavorativa) e la dinamica demografica hanno fatto contrarre il peso della previdenza pubblica obbligatoria (Rossi 2017). A differenza di quanto si potrebbe immaginare, in Italia – scorrendo dalla spesa pensionistica la quota di trattamenti puramente assistenziali e le tasse – la spesa netta per le pensioni, in termini di percentuale del Pil, è allineata con la media UE (Guarino 2017). Secondo Alberto Brambilla, Presidente del Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali, a pesare sullo squilibrio del sistema sono soprattutto un mercato del lavoro statico e sbilanciato tra la domanda e l'offerta e il basso livello dei salari (Guarino 2017). A questo proposito è infatti importante sottolineare che nemmeno la disponibilità di un lavoro e relativo reddito salvaguardano dalla povertà: i dati Eurostat indicano che in Italia l'11,5% di chi ha un lavoro risulta a rischio. Per mantenere un decoroso tenore di vita si rende pertanto sempre più necessaria un'integrazione della pensione pubblica con forme previdenziali private, i cosiddetti secondo e terzo pilastro. Secondo il Rapporto annuale *Pension Outlook 2016* Ocse, in Italia l'adozione di forme integrative è in crescita: nel 2016 il numero degli iscritti ai fondi pensione è salito a 7,8 milioni, in aumento del 7,7% da fine 2015; in valore assoluto si tratta di 557.000 aderenti in più. Le risorse gestite dai fondi negoziali e aperti ammontano a quasi 60 miliardi di euro, un quarto dei quali gestiti da imprese assicuratrici, alle quali spettano in via esclusiva anche la gestione dei Piani individuali pensionistici di tipo assicurativo (Pip), terzo pilastro della previdenza, sui quali le compagnie investono 20 miliardi di euro. Questi contratti sono destinati al singolo lavoratore che, potendosi permettere l'impegno del versamento economico, stipula liberamente una polizza come rendita integrativa. Anche se i lavoratori italiani iscritti ai fondi integrativi sono in aumento con un valore pari a 7,8 milioni a fine 2016 e un aumento del 7,6% rispetto all'anno precedente (Covip 2017) si rileva ancora una significativa resistenza causata soprattutto dalla mancanza di conoscenza sul tema. Le adesioni infatti sono limitate rispetto al bacino potenziale dei lavoratori occupati, con un tasso di copertura complessivo attorno al 25%. Si denotano inoltre profonde disparità territoriali (al Nord i tassi di adesione sono oltre il 30%, al Sud sono fermi al 21%), tra i lavoratori dipendenti privati (oltre 30%), autonomi (21,3%) e del settore pubblico (solo 194.000 adesioni su 7,2 milioni di iscritti complessivi), nonché nelle grandi imprese (tassi di adesione superiori all'80%) rispetto alle piccole aziende (tassi inferiori al 10%) (Jessoula 2017). Affinché i lavoratori possano mantenere un adeguato livello di protezione e benessere una volta usciti dal mondo del lavoro urgono pertanto iniziative di informazione e alfabetizzazione sul tema dei fondi integrativi, che saranno tra l'altro sempre più necessari visto che il rapporto tra occupati e pensionati nel 2015 era pari appena a 1,38 attivi per pensionato mentre l'equilibrio del sistema richiederebbe un valore almeno di 1,55 (Guarino 2017).

3.2 Leggi di stabilità e welfare aziendale: quali implicazioni per il mondo assicurativo

Le recenti novità legislative in tema di welfare aziendale hanno introdotto alcune modifiche volte a rispondere in maniera più adeguata alle esigenze dei dipendenti e dei loro familiari. Tra le voci coinvolte troviamo servizi di assistenza, fondi di previdenza complementare e forme di sanità integrativa che riguardano direttamente il mondo

assicurativo in qualità di operatore. Il paragrafo intende dunque individuare le sinergie tra la sfera del welfare aziendale e delle imprese assicuratrici, con uno specifico approfondimento sull'attuale dibattito relativo all'integrazione pubblico-privato in ambito sanitario.

3.2.1 Contenuti delle leggi e alcuni dati di contesto

Il tema del welfare aziendale ha ridato una nuova centralità alle politiche di gestione del capitale umano delle aziende, che pongono sempre più attenzione alla propria offerta sulla base delle esigenze dei dipendenti (Commissione vita e welfare Ania). Come ampiamente descritto nel capitolo curato da Santoni nel presente *Rapporto*, le ultime Leggi di Stabilità hanno introdotto significative novità in tema di welfare aziendale e premio di risultato. Di seguito ricordiamo in particolare:

- l'aggiornamento dei servizi che possono essere inclusi nei piani di welfare con l'inserimento all'art. 51 comma 2 del Tuir (Testo unico delle imposte sui redditi) della lettera "f-ter", che prevede la possibilità di fruire di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti, crescente bisogno dei lavoratori. Questo cambiamento pone le basi per un effettivo ingresso del privato nel sistema di welfare cercando in quest'ultimo un partner in grado di riequilibrare la spesa per la protezione sociale (Sodini 2016);
- l'eliminazione del requisito di volontarietà che non prevedeva la possibilità di inserire all'interno della contrattazione aziendale le misure di welfare riconducibili all'art. 100 comma 1 del Tuir. Tra questi poniamo l'accento sui contributi versati dal datore di lavoro a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale e sanitario oppure sotto forma di contributi al fondo di previdenza complementare;
- l'incentivazione dello sviluppo della contrattazione di secondo livello nella promozione del welfare aziendale. Con queste novità il welfare diventa parte costitutiva del rapporto di lavoro rispetto al quale azienda e sindacati rivestono un ruolo paritetico (Mallone e Tafaro 2017);
- l'introduzione della possibilità di poter convertire in tutto, o in parte, il premio di produzione in welfare aziendale. Il lavoratore può così scegliere, in forma opzionale, per la conversione del premio in beni e servizi di welfare fra cui troviamo le polizze Ltc (entro la soglia dei 258 euro), le polizze sanitarie, i piani previdenziali.

Nella Legge di Stabilità 2017 è stata inoltre introdotta all'art. 51 comma 2 la lettera "f-quater", che prevede l'estensione ai dipendenti, oltre che ai loro familiari, di contributi e premi versati dal datore di lavoro per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Ciò comporta che tutti i servizi di assicurazione di *long term care*⁴ e *dread disease*⁵ possano essere coperti dalle aziende, godendo della defiscalizzazione, non più per un massimo di 258 euro a dipendente – come è stato fino al 2016 – ma senza limite di spesa. I piani di welfare possono così godere di una

⁴ Con questa espressione si definisce il complesso di interventi assistenziali a favore di quei soggetti che, divenuti anziani, non sono più in grado di svolgere una vita autonoma.

⁵ Per *dread disease* si intende una copertura complementare, abbinata a una assicurazione vita, contro il rischio di insorgenza di malattie particolarmente gravi come infarto del miocardio; ictus cerebrale; tumore o neoplasia maligna; insufficienza renale irreversibile; malattie che richiedono interventi di chirurgia cardiovascolare o comportano la necessità di trapianti d'organo.

maggiore elasticità e flessibilità necessari a rispondere agli emergenti bisogni sociali, in particolare nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e nell'assistenza agli anziani.

Su questi temi è possibile ricavare dei dati dal già citato Rapporto *Welfare Index* che Generali – in qualità di *player* sul tema – ha promosso per la prima volta nel 2016 (e riproposto nel 2017) con l'obiettivo di diffondere in forma continuativa la cultura e le *best practice* del welfare aziendale tra le Pmi (Generali 2016; 2017). Che una tale indagine – la più strutturata in Italia sul tema delle Pmi – sia stata ideata da una impresa assicuratrice non solo rende evidente che il welfare aziendale è un *business* di grande interesse per le assicurazioni, ma sembra confermare come il mondo assicurativo sia anche interessato a contribuire ad accrescere l'attenzione verso questo tema tra un pubblico più ampio e a promuovere una cultura del welfare aziendale ancora troppo poco diffusa nel nostro Paese. Secondo i dati raccolti tra le aziende che hanno preso parte alla rilevazione, le misure di welfare più adottate dalle Pmi riguardano la sanità integrativa (con il coinvolgimento del 47% delle imprese) e la conciliazione vita-lavoro, con un maggior ricorso alla flessibilità oraria e alla estensione dei congedi e dei permessi per la genitorialità. Sono invece ancora poco sviluppati gli interventi rivolti ai servizi di assistenza (presenti nell'8% delle aziende) a conferma dell'estrema necessità che ha portato all'introduzione della lettera “f-ter” nell'art. 51 del Tuir che, come abbiamo visto, esclude dal reddito da lavoro dipendente il valore delle prestazioni ricevute dal lavoratore per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani e/o non autosufficienti (Generali 2017).

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

Le imprese assicuratrici sono già, direttamente o mediante convenzionamento, i principali erogatori di piani previdenziali e piani di assistenza sanitaria, attraverso l'offerta di prestazioni definite legate alla protezione della persona, dalla pensione, agli infortuni e alle malattie. Sono quindi tra i candidati ideali a erogare piani di welfare per le aziende proprio perché in grado di coprire tutti i bisogni del ciclo di vita delle famiglie. Inoltre, attraverso il ruolo di aggregatori delle coperture offerte, le imprese di assicurazione possono redistribuire i rischi nell'ambito della collettività, fare economie di scala e fungere da gruppo d'acquisto, scontando prezzi convenienti su alcune prestazioni assicurate, come le spese mediche, grazie ai benefici del convenzionamento (Commissione vita e welfare Ania).

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

3.2.2 Welfare aziendale e sanità integrativa: un dibattito aperto

È importante sottolineare, alla luce di quanto detto finora, che non mancano le critiche da parte di chi sostiene che la sanità integrativa – in particolare quella prevista tra i servizi di welfare aziendale – rischia di scardinare il Servizio sanitario nazionale (Ssn) aumentando le differenziazioni e minacciando dunque il principio di universalismo (Cavicchi 2017). Secondo questa concezione, le novità introdotte con le ultime Leggi di Stabilità riversano sullo Stato tutti i rischi attraverso la leva fiscale. In passato il welfare aziendale è stato associato alla crescita delle grandi imprese manifatturiere, in grado di garantire ai loro dipendenti significativi benefici sotto forma di piani sanitari in cui il rischio, in caso di evoluzione negativa, era interamente a carico delle imprese. Attualmente il meccanismo prevedrebbe invece un sistema fiscale totalmente a favore dell'impresa e interamente a carico dello Stato (Cavicchi 2017). Inoltre, secondo questa posizione, le misure a favore del welfare aziendale rischiano di rendere la sanità pubblica residuale e di includere solo coloro che hanno un lavoro – escludendo tutti gli altri – con gravi ripercussioni in termini di equità e coesione sociale. Granaglia (2017), pur non escludendo aspetti virtuosi nel welfare aziendale, pone l'attenzione sul fatto che le agevolazioni fiscali alla sanità complementare comportino alcuni costi non indifferenti. Innanzitutto un costo da parte di chi paga, in forma di mancato accesso, prestazioni di cui non gode. Il welfare aziendale a favore della sanità complementare favorisce infatti i lavoratori dipendenti più ricchi, addebitandone il costo anche ad altri che non possono accedervi. Altro genere di costi riguarda il rischio di peggioramento delle prestazioni assicurate dal Servizio sanitario nazionale (Ssn). Agevolare la sanità complementare mentre si diminuiscono le risorse al welfare pubblico potrebbe risultare rischioso, a causa di un possibile indebolimento della qualità delle prestazioni pubbliche e di marginalizzazione del Ssn. Sempre secondo Granaglia, ipotizzando che in un futuro ci siano risorse da spendere per l'universalizzazione di alcune prestazioni attualmente non garantite (per esempio, odontoiatria e non autosufficienza), le numerose organizzazioni che attualmente si stanno sviluppando attorno all'offerta di forme sanitarie integrative, tra cui le assicurazioni, potrebbero essere di ostacolo al processo di universalizzazione.

Seppure sia legittimo guardare con attenzione alle obiezioni sollevate dal dibattito in corso, non può essere trovato, a nostro avviso, un tentativo di soluzione alla mancanza di risorse se non in una forma di interazione e integrazione pubblico-privato. Se, come affermato da Vecchietti, Consigliere delegato di Rbm Assicurazione Salute Spa, la contrattazione collettiva ha ritenuto necessario agire a favore di sanità integrativa e previdenza complementare, è evidente la necessità di risposta a tali bisogni, anche se non va dimenticato che non sono esigenze dei soli lavoratori ma dell'intera popolazione. È quindi necessario pensare a un cambiamento che porti dal welfare contrattuale a un sistema di welfare integrato a protezione dell'intero ciclo di vita delle persone, anche attraverso l'estensione delle coperture al nucleo familiare (Rbm salute - Censis 2016).

A fronte dei dati presentati in precedenza è indubbio che sia necessario incrementare il finanziamento del Ssn attualmente ben al di sotto dei valori europei – il nostro Paese spende 748 euro *pro capite* in meno, pari a un divario del 25% rispetto alla media europea (Meridiano sanità 2016) – come ha ricordato la Cgil nel documento presentato a luglio 2017 contenente

le linee strategiche per sostenere e rilanciare il Ssn (Cgil 2017). Nel testo però si afferma anche che *“l’universalità dei diritti è fondata sulla centralità della funzione pubblica, riconoscendo un giusto ruolo al settore privato”* che deve essere collocato in funzione collaborativa, e non concorrenziale. I fondi sanitari non devono dunque offrire, come talvolta succede, prestazioni sostitutive già coperte dal Ssn, ma dovrebbero agire sulla spesa *out of pocket* extra Lea a carico dei cittadini: odontoiatria, non autosufficienza, acquisto di medicinali, attrezzature, ausili, occhiali, ecc. Una ricerca Censis del 2010 riporta a tal proposito che, con riferimento ai Fondi sanitari integrativi considerati nell’analisi, dei sinistri per i quali era richiesto un rimborso quasi il 55% riguardava l’area delle prestazioni sostitutive, con una prevalenza nelle regioni del Centro e per i fondi di origine contrattuale nazionale e per quelli a gestione assicurata (Rbm salute - Censis 2012). Si consideri poi che l’incidenza della spesa *out of pocket* sulla spesa sanitaria totale è pari al 23%, di poco inferiore a quella degli altri Paesi europei. Ciò che caratterizza l’Italia inoltre è che nonostante il 16% degli italiani sia coperto da forme sanitarie integrative (Rbm salute - Censis 2016), queste, come abbiamo visto, intermediano soltanto il 10% circa della spesa sanitaria privata, pari a 37.318 milioni (Istat 2017b).

Come affermato da Vecchietti, *“il secondo pilastro sanitario non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma invece un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio sanitario nazionale attraverso il quale “intermediare” la spesa sanitaria (ticket del Servizio sanitario nazionale inclusi) rimasta a loro carico. Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro sistema pubblico, ma, al contrario, di una fonte di alimentazione aggiuntiva per il sistema sanitario che attraverso l’organizzazione e il governo della spesa sanitaria privata è in grado di favorire la sostenibilità futura dello stesso Servizio sanitario nazionale utilizzando strumenti messi a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario”* (Vecchietti 2017).

3.3 Il welfare aziendale nel settore assicurativo italiano

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

3.3.1 Le iniziative di welfare adottate dalle imprese assicuratrici a livello di Ccnl e di Cia

Nel 2016 il settore assicurativo ha dato occupazione – direttamente o indirettamente – a circa 300.000 persone con un numero di dipendenti delle imprese assicuratrici pari a circa 47.000 unità (Ania 2017a)⁶. A partire dagli anni Ottanta si sono sviluppate nel settore assicurativo varie iniziative di welfare aziendale destinate ai dipendenti delle imprese assicuratrici attraverso interventi apportati in sede di negoziazione di primo livello tramite i rinnovi contrattuali nazionali (Ccnl) – l’ultimo nel febbraio 2017 – e/o attraverso accordi collettivi sindacali di secondo livello, attraverso la contrattazione integrativa aziendale (Cia).

⁶ Tema rilevante che meriterebbe di essere approfondito è la *Corporate Social Responsibility* delle imprese assicuratrici. Si rimanda di seguito – a titolo esemplificativo – ai relativi link di alcune compagnie assicuratrici come [Generali](#), [Unipol](#) e [Allianz](#).

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

Presentiamo di seguito le varie iniziative di welfare adottate in questi anni dalle imprese di assicurazione⁷.

Misure integrative del sistema previdenziale nazionale

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

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

Misure integrative dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza alla persona

Ccnl – Sempre a partire dagli anni Ottanta, il Contratto collettivo nazionale di lavoro ha introdotto, a favore dei funzionari delle imprese assicuratrici, forme integrative di assistenza sanitaria da attuarsi attraverso polizze assicurative o per il tramite di apposite Casse assistenza e Fondi sanitari aziendali e/o interaziendali. Tali garanzie, implementate nel tempo, riguardano anche i familiari a carico dei funzionari e prevedono, secondo determinati criteri e massimali di spesa, il rimborso di specifiche spese mediche. Per alcune di tali prestazioni il Ccnl prevede il rimborso delle relative spese anche per i due anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, laddove questa è seguita dall'entrata in quiescenza del funzionario. A partire dal 1° gennaio 2000, il Ccnl ha poi introdotto un contributo a carico delle imprese pari allo 0,50% della retribuzione tabellare da destinarsi al trattamento di assistenza sanitaria

⁷ I vari interventi adottati a livello di Contratto collettivo nazionale e/o a livello di contrattazione integrativa aziendale sono desumibili dai Ccnl sottoscritti negli anni dall'Ania con le Organizzazioni sindacali del settore assicurativo e si riferiscono al personale dipendente non dirigente delle imprese che applicano tale contratto; i dati riguardanti il welfare aziendale implementato a livello delle singole imprese, sono invece stati estrapolati dai testi – a disposizione delle Relazioni industriali di Ania – dei Contratti integrativi aziendali applicati al personale di alcune primarie compagnie del comparto e/o dalle informazioni che in proposito sono state acquisite dalle varie imprese associate.

a valere per tutti gli altri dipendenti delle imprese, che si aggiunge a quelli stabiliti in materia di assistenza sanitaria nazionale.

Cia – In sede aziendale, in molti casi già a far data dagli anni Novanta, sono andate sviluppandosi forme di previdenza sanitaria integrativa a favore del personale dipendente non dirigente. Tali prestazioni – che nel caso dei funzionari integrano quelle da Contratto collettivo nazionale – sono state garantite attraverso o la stipula di polizze sanitarie o la costituzione di Fondi sanitari aziendali/interaziendali. Queste consistono, nella maggioranza dei casi, nel rimborso delle spese per interventi chirurgici, per analisi ed esami diagnostici, per visite mediche specialistiche, per prestazioni odontoiatriche, per *check up* di prevenzione e forme di assistenza alla persona. Tali prestazioni – erogate anch'esse nel limite di determinate misure o *plafond* di spese previste dai contratti integrativi aziendali – sono in alcuni casi finanziate anche con il contributo dei lavoratori e possono essere estese ai familiari a carico. È significativo che la quasi totalità del personale delle imprese assicuratrici (circa 43.000) sia iscritto ai vari fondi di assistenza sanitaria aziendali e/o interaziendali che nel tempo sono stati costituiti nel settore.

Il Fondo unico nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza

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

In considerazione dell'allungamento della vita e dell'insorgenza di eventi imprevedibili e invalidanti tali da comportare uno stato di non autosufficienza (con conseguente necessità di assistenza) nel 2005 è stato costituito – primo fra tutti – il Fondo unico nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza (*long term care*). Questo Fondo – che opera a favore di tutto il personale dipendente non dirigente delle imprese assicuratrici – è finanziato attraverso un contributo (a carico delle imprese) pari allo 0,50% della retribuzione tabellare contrattuale dei dipendenti e interviene laddove, al ricorrere delle specifiche condizioni medico-sanitarie indicate nella relativa regolamentazione che disciplina la materia, si verifichi a carico del beneficiario/affiliato al Fondo uno “stato di non autosufficienza”.

Il Fondo definisce l'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili tramite una rendita annua pagabile al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'affiliato/ beneficiario e finché rimanga in vita in tale condizione. La rendita è rivalutata in base al rendimento di una gestione assicurativa speciale, il che significa che l'importo può crescere ma mai decrescere. Le prestazioni sono rese dal Fondo attraverso apposita polizza di assicurazione e consistono in una rendita media annua, attualmente pari a circa 13.500 euro. Si sottolinea, in proposito, che a norma del regolamento concordato tra le parti sociali del settore, le prestazioni sono garantite, salvo che i dipendenti non cambino settore di appartenenza, anche nel periodo della

pensione. Il Fondo Ltc è gestito da organi consiliari composti, in modo paritetico, da rappresentanti delle imprese e delle organizzazioni sindacali.

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

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

Conciliazione dei tempi di lavoro e familiari⁸

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

Cia – Nelle compagnie del settore, in occasione della stipula dei contratti integrativi aziendali, sono stati presi accordi per regolamentare la “flessibilità” (in entrata e in uscita) dell'orario di lavoro settimanale (37 ore), il lavoro su turni, l'accesso a forme di part-time (orizzontale, verticale e misto) e la concessione di ulteriori permessi (mediamente tra le 10 e le 20 ore, retribuite e/o non, a seconda delle circostanze) che si aggiungono a quelli stabiliti dal Ccnl.

Sempre al fine di favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in molte compagnie sono state avviate e realizzate iniziative per la costituzione di asili nido per i figli dei dipendenti e/o avviate convenzioni presso strutture vicine alle sedi aziendali. In questi ultimi anni, in alcune primarie compagnie, sono stati inoltre stipulati accordi in tema di *smart working* per determinate categorie di lavoratori interessati a tale modalità di lavoro. Questa azione è particolarmente significativa perché implementata (in linea con alcune tra le più innovative realtà aziendali del territorio in termini di gestione delle risorse umane) prima della recente approvazione della legge in materia di *smart working*.

⁸ Il tema della conciliazione tra vita professionale, privata e familiare gioca un ruolo fondamentale nel complesso sistema di gestione dei bisogni di cui già abbiamo parlato. In Italia è noto che la rete di solidarietà familiare è tradizionalmente considerata un attore di primaria importanza nella gestione della cura dei figli e degli anziani (Saraceno e Naldini 2007). La carenza di servizi pubblici adeguati, porta a un sovraccarico sulle famiglie, in particolare sulle donne, principali *care giver* del welfare informale, con inevitabili ripercussioni sull'occupazione lavorativa. Non deve quindi stupire se nel 2016 il tasso di occupazione femminile tra i 15 e i 64 anni risulta fermo al 48%, con una distanza di 18,4 punti percentuali rispetto a quello maschile, pari al 66,5%, e di circa 13 punti percentuali rispetto al dato medio europeo sull'occupazione femminile (Istat 2017a). Il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ha assunto negli anni un ruolo sempre più rilevante nelle politiche sociali tanto da rappresentare un ambito strategico per le politiche del lavoro e di pari opportunità sia a livello europeo che nazionale. Di recente approvazione (maggio 2017) sono le disposizioni in materia di Lavoro Agile che sono diventate legge all'interno del Ddl sul lavoro autonomo sancendo un fondamentale passaggio nel processo di flessibilità organizzativa in un'ottica di conciliazione vita-lavoro (Barazzetta 2017a; 2017b).

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

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

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

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

Interventi e sostegni economici a dipendenti e loro familiari

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

Cia – Nella maggior parte delle imprese, in linea con la sopra richiamata disposizione del Ccnl, i contratti integrativi aziendali delle compagnie assicuratrici hanno previsto già dagli anni Ottanta l'erogazione di premi “variabili” a favore dei dipendenti, collegati (secondo determinate modalità e criteri) alla redditività e alla produttività dell'impresa. L'entità degli importi varia da compagnia a compagnia ma, in termini generali, per tutti i lavoratori del comparto questi premi costituiscono di fatto un trattamento economico integrativo rispetto a quello base riconosciuto dal Ccnl (l'importo di tali premi è di particolare rilievo anche alla luce delle misure previste dalle ultime Leggi di Stabilità).

Tra gli altri interventi di natura economica previsti dai contratti integrativi aziendali segnaliamo quelli consistenti in prestiti a tasso agevolato per l'acquisto dell'abitazione e/o comunque per altre comprovate necessità personali/familiari (per esempio per la ristrutturazione dell'abitazione, per spese mediche, per spese scolastiche dei figli, ecc.). Tra le varie forme di sostegno economico ai dipendenti sono previsti, in alcuni casi, anche contributi per gli abbonamenti annuali per i mezzi pubblici, nonché agevolazioni per la stipula

di polizze assicurative nell'ambito dei rami esercitati dalla compagnia medesima (per RC auto, garanzie contro i rischi di responsabilità civile, polizza fabbricati, furto, incendi, ecc.).

Sensibilizzazione e valorizzazione della tutela delle pari opportunità

Ccnl – Con il Contratto collettivo nazionale stipulato nel 1991 è stata costituita all'interno del settore assicurativo la Commissione mista nazionale per le pari opportunità (Cnpo), che è composta in maniera mista da rappresentanti delle aziende del settore e delle organizzazioni sindacali firmatarie del Ccnl. I compiti della Commissione si concentrano in particolare sull'analisi dell'intera problematica relativa alla parità uomo-donna; sulla diffusione nel settore della cultura in tema di pari opportunità; sul sostegno per la costituzione di Commissioni paritetiche aziendali per le pari opportunità nelle compagnie che ne sono ancora sprovviste; sul supporto alle Commissioni paritetiche aziendali – ove presenti – attraverso indicazioni di carattere generale ed eventuali consulenze mirate (ove richieste). La “missione” della Commissione, in sostanza, è quella di accrescere la sensibilità in materia di pari opportunità di genere al fine di poter progressivamente realizzare una concreta uguaglianza nell'ambiente di lavoro. A questo fine l'attività della Cnpo ha portato, nel corso degli anni, alla realizzazione di diverse iniziative, workshop, studi e approfondimenti inerenti le tematiche descritte.

Cia – In linea con quanto sopra evidenziato, a partire dal 2000, si sono costituite in molte compagnie assicuratrici Commissioni paritetiche aziendali per le pari opportunità, con compiti e obiettivi rapportati alle specifiche realtà aziendali.

Formazione e sostegno alla mobilità professionale

Ccnl – Con apposite disposizioni stabilite nel corso del tempo, il Contratto collettivo nazionale di lavoro ha previsto la valorizzazione della mobilità professionale e la rilevanza del ruolo della formazione continua, che viene attuata nel comparto anche attraverso l'apposito Fondo Interprofessionale Banche Assicurazioni (Fba), con finanziamenti dei piani di formazione presentati (previo accordo sindacale) dalle imprese per i propri dipendenti. All'interno del settore opera anche l'Ente bilaterale nazionale per la formazione assicurativa (Enbifa), istituito con l'Accordo del 18 dicembre 1999, tra i cui compiti figura anche quello di “promuovere e favorire la ricerca sui fabbisogni di professionalità nel settore assicurativo”. Nel corso di questi anni Enbifa ha inoltre organizzato diversi eventi e giornate di studio per l'approfondimento di tematiche afferenti l'attività lavorativa nel comparto delle assicurazioni.

Cia – Tutte le imprese del settore prevedono, oltre alle azioni di valorizzazione interna della mobilità professionale come previsto dal Ccnl ore/giorni di permesso retribuito (aggiuntivi a quelli di legge) per lo svolgimento delle attività di formazione, per i lavoratori/lavoratrici studenti, nonché riconoscimenti economici in caso di conseguimento di diploma o di laurea e il rimborso delle spese scolastiche per tutti i lavoratori studenti di scuole secondarie, università, master, corsi di specializzazione o esami di Stato.

Tabella 3.1 – Sintesi delle misure di welfare aziendale adottate dalle imprese assicuratrici, per ambito di intervento e livello di contrattazione.

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

L'analisi effettuata – riassunta nella tabella 3.1 – ci permette di affermare che il settore assicurativo si prende cura ampiamente e da tempo dei propri dipendenti. Inoltre in diversi ambiti le imprese hanno significativamente esteso le iniziative stabilite dal Ccnl sia a livello di beneficiari (coinvolgendo l'intera popolazione aziendale) sia in termini di introduzione di ulteriori misure. Il mondo assicurativo, inoltre, non solo su alcuni temi ha anticipato gli altri settori inserendo elementi di innovazione nella tutela dei propri collaboratori (si pensi al Fondo unico sulla non autosufficienza) ma si è dimostrato reattivo alle nuove sfide offrendo tutele in risposta ai nuovi bisogni, per esempio attraverso l'introduzione di modalità di lavoro flessibile. A tal proposito si evidenzia che nel rinnovo del Ccnl del 22 febbraio 2017 sono state introdotte ulteriori misure che disciplinano l'orario di lavoro in termini di maggior flessibilità ed efficienza.

3.4 Il sistema assicurativo come operatore di servizi di welfare aziendale

Il paragrafo intende presentare una panoramica dei servizi che le imprese assicuratrici offrono e che possono essere ricompresi nei piani di welfare aziendale (tralasciando per esigenze di selezione il tema della previdenza complementare, area compresa tra le prestazioni offerte dalle assicurazioni), le tendenze del mercato assicurativo e un breve approfondimento sui principali concetti che caratterizzano la definizione di coperture sulla salute e la non autosufficienza.

3.4.1 La gamma dei servizi offerti: alcuni dati

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

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

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

È interessante sottolineare che, secondo le stime, nel 2017 il ramo malattia dovrebbe aumentare ulteriormente del 7% a causa della domanda di copertura per i rischi legati alle spese mediche e agli interventi chirurgici. Inoltre la diffusione di polizze collettive legate a strumenti di welfare integrativo aziendale – favorita come abbiamo visto dalle ultime Leggi di Stabilità – potrebbe portare il volume dei premi di questo ramo a superare i 2,5 miliardi entro la fine dell'anno (Ania 2017b).

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

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

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

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

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

Le assicurazioni sulla salute possono essere vendute sia in forma autonoma (*stand alone*) sia in abbinamento a un'assicurazione sulla vita, potendo anche essere l'una garanzia accessoria dell'altra. L'abbinamento di queste forme assicurative, attraverso l'assemblaggio di più coperture, realizza un'economia di scala sui costi assicurativi e amministrativi rispetto alla predisposizione di singoli prodotti o contratti per ciascuna copertura economicamente meno vantaggiosi. Per somme di particolare entità, l'assicuratore provvede a richiedere all'assicurato informazioni e documentazione via via più dettagliata al crescere della copertura richiesta, fino alla documentazione riguardante anche il profilo finanziario e patrimoniale del soggetto da assicurare, in modo da comprendere l'effettiva

esigenza di copertura, nonché l'eventuale presenza di elementi di *moral hazard*⁹ che ha riflessi negativi su tutta la collettività degli assicurati o dei potenziali assicurati in quanto provoca conseguenze di svantaggio a livello tariffario. Tra i servizi di *long term care* rientra l'assicurazione privata per la perdita di autosufficienza: quindi, a differenza delle altre coperture sulla salute, il rischio assicurato è dovuto non solo all'accadimento di un infortunio o all'insorgenza di una malattia più o meno grave, ma anche alla invalidità senile (De Angelis e Di Falco 2016). La non completa autosufficienza si può manifestare a vari livelli: in ordine di gravità crescente, si può avere bisogno di assistenza domiciliare, soggiorno con assistenza in case di riposo o ricovero in case di cura. Le coperture assicurative Ltc generalmente mirano a fornire un supporto economico che consiste, nella maggior parte dei casi, nell'erogazione di una somma assicurata forfettaria o nel risarcimento, totale o parziale, del costo per l'assistenza¹⁰.

La copertura assicurativa Ltc può essere offerta secondo diverse modalità. In caso di offerta autonoma (*stand alone*), la prestazione è corrisposta nel momento in cui l'assicurato diventa bisognoso di assistenza, secondo lo schema Adl (*activities of daily living*). La copertura, di norma in vigore per tutta la durata di vita dell'assicurato, può essere finanziata mediante premi periodici limitati, premi periodici vitalizi o mediante un premio unico.

Le assicurazioni contro l'insorgenza di malattie gravi (*dread disease* o *critical illness insurance*) prevedono il pagamento di un capitale al verificarsi di una malattia grave fra quelle previste nelle condizioni contrattuali. Per malattie gravi s'intendono, in via generale, le patologie che compromettono in modo difficilmente reversibile lo stile di vita dell'assicurato, con ridotte probabilità di completa guarigione che generano principalmente i seguenti bisogni: necessità di intervento chirurgico, necessità di cure mediche, necessità di adeguata riabilitazione, impossibilità di percepire reddito da lavoro per un determinato periodo (De Angelis e Di Falco 2016). Le prime tre possono trovare un'adeguata copertura anche in polizze del ramo malattia che prevedono il rimborso di spese mediche, dotate di massimali sufficientemente elevati. L'assicurazione dalla perdita della capacità di continuare a conseguire reddito da lavoro può essere invece soddisfatta mediante una assicurazione malattia che preveda il pagamento di una diaria a seguito del verificarsi dell'evento assicurato e della conseguente invalidità. La copertura malattie gravi può essere fornita in forma autonoma ma è spesso abbinata ad una assicurazione sulla vita.

⁹ Il *moral hazard* è una componente di rischio che individua un insieme di fattori a sfavore dell'assicuratore sulla reale possibilità di conoscere le effettive condizioni di salute dell'assicurato e dalla propensione di quest'ultimo a non dichiarare patologie esistenti o altre situazioni (di carattere sanitario, professionale o sportivo) che siano rilevanti per la valutazione del rischio da assicurare al momento della sottoscrizione. Si parla in questi casi di antiselezione: la compagnia di assicurazioni è portata a esprimere una quotazione del rischio (e dunque una quantificazione del premio) difforme da quella che avrebbe espresso disponendo di tutte le informazioni in possesso dell'assicurando (De Angelis e Di Falco 2016).

¹⁰ Definire lo stato di non autosufficienza secondo precisi parametri è fondamentale per stabilire il momento in cui deve essere pagata la prestazione. L'approccio più utilizzato si basa sulla mancanza di autonomia nello svolgere determinate attività elementari, usuali nella vita quotidiana, che vengono definite nelle condizioni di assicurazione secondo il metodo basato sulle Adl (*activities of daily living*). Questa tecnica consiste nel considerare, per ciascuna attività (lavarsi, vestirsi, usare i servizi, muoversi, alimentarsi), la possibilità o meno di essere svolta da parte dell'assicurato. Gli indici Iadl (*instrumental activities of daily living*) prendono in considerazione, inoltre, azioni legate alla gestione domestica, in particolare: fare la spesa, cucinare, lavare la biancheria, governare la casa, usare il telefono e amministrarsi (per esempio, andare in banca o in uffici pubblici).

3.5 Conclusioni

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

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

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

Negli ultimi tempi l'industria assicurativa ha colto la sfida di innovare radicalmente i modelli di *business* e di servizio per stare al passo con le trasformazioni in atto. È prevista nei prossimi anni una profonda innovazione nei rapporti con la clientela, sempre più basati sulle nuove tecnologie, che renderanno l'interazione molto più frequente e diretta. La disponibilità e un migliore utilizzo di un maggior numero di dati rispetto a oggi favoriranno, con il supporto della tecnologia, il delinearsi di un nuovo ruolo delle assicurazioni, che mirano a passare dall'avere una funzione semplicemente informativa circa i rischi che le persone corrono, ad una vera e propria azione di prevenzione che indirizza abitudini e comportamenti verso stili di vita più sani, consapevoli e responsabili, specialmente con riguardo alle nuove generazioni. L'industria assicurativa è chiamata dunque a significativi investimenti in innovazione nelle modalità di comunicazione, nonché nell'ambito dell'offerta, dell'organizzazione e della distribuzione dei servizi offerti (Commissione vita e welfare Ania). Come abbiamo visto, il rafforzamento della contrattazione collettiva nel welfare aziendale favorirà un maggior coinvolgimento delle assicurazioni attraverso il ricorso da parte dei lavoratori a coperture principalmente previdenziali e sanitarie, in molti casi da ricomprendere proprio all'interno dei piani di welfare che si stanno sempre più diffondendo in questi anni. A conferma dell'interesse di questo settore per un coinvolgimento attivo verso il welfare aziendale troviamo il fatto che proprio un'assicurazione abbia scelto di promuovere sul tema un rapporto di ricerca e un premio destinati alle Pmi (*Welfare Index*).

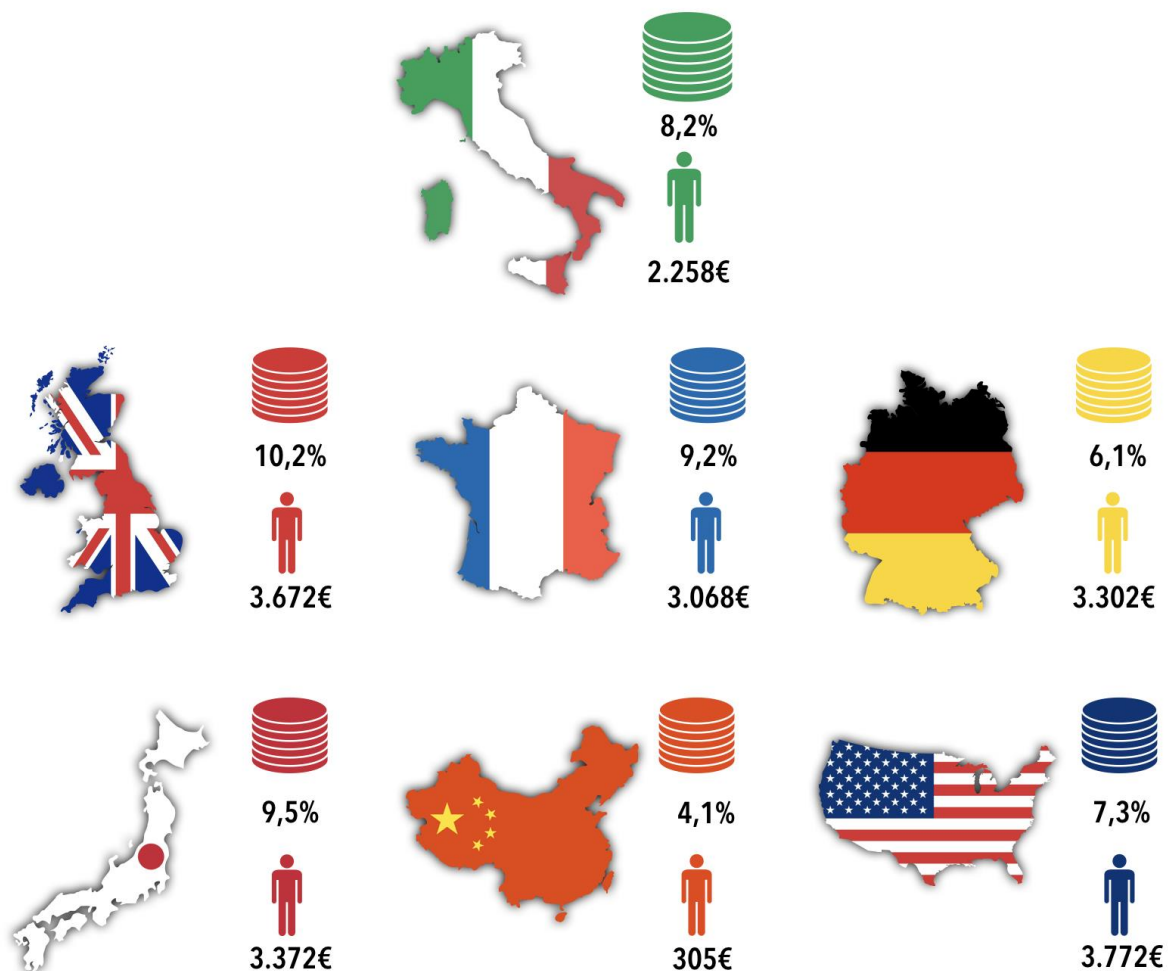
Concludendo possiamo affermare, anche se non è possibile al momento documentarlo per mancanza di dati, che le assicurazioni stanno cercando un posizionamento nel Mercato affiancandosi agli altri operatori che offrono servizi e prestazioni di welfare aziendale. Come affermato dalla Commissione vita e welfare Ania, un'industria assicurativa al passo con i tempi, in grado di dialogare e offrire soluzioni coerenti con i bisogni emergenti, rappresenta un attore importante nel garantire protezione e stabilità in una fase di grande cambiamento economico e sociale.

Riferimenti bibliografici

- Ania (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, Roma
- (2017a), *L'assicurazione italiana 2016-2017*, Roma
 - (2017b), *L'assicurazione italiana in cifre*, Roma
 - (2017c), *Relazione del Presidente Maria Bianca Farina*, Roma
- Barazzetta E. (2017a), *Lo Smart Working è legge!*, Percorsi di secondo welfare, 11 maggio 2017
- (2017b), *La legge sullo smart working: azienda e dipendenti sempre più protagonisti del benessere organizzativo*, in F. Maino (a cura di), *Welfare aziendale tra dimensione organizzativa e cura della persona*, «I quaderni di Sviluppo&Organizzazione», n. 24
- Bernabei R. (2017), *Assistenza a lungo termine: solo il 2,7% degli over-65 italiani assistiti a domicilio, fra servizi disomogenei che generano disuguaglianze*, www.italialongeva.it, 11 luglio 2017
- Cavicchi I. (2017), *Ancora sul welfare aziendale e sul “trappolone” di Renzi & C.*, www.quotidiano-sanita.it, 20 aprile 2017
- Cgil (2017), *Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti*, Roma
- Confindustria e Confcommercio (2015), *La sanità nel welfare che cambia. Le proposte di Confindustria e Confcommercio per l'integrazione tra Primo e Secondo Pilastro*, Roma
- Covip (2017), *Relazione per l'anno 2016*, Roma
- De Angelis P. e Di Falco L. (a cura di) (2016), *Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche*, Bologna, il Mulino
- Forum Ania consumatori (2016), *La vulnerabilità economica delle famiglie italiane*, Milano, FrancoAngeli
- Forum Ania consumatori - Censis, (2016), *Gli scenari del welfare. La forza della trasparenza nel sistema di welfare*, Roma
- Generali (2016), *Welfare Index PMI. Rapporto 2016*, Roma
- (2017), *Welfare Index PMI. Rapporto 2017*, Roma
- Granaglia E. (2017), *Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcune considerazioni*, «Rivista delle Politiche sociali» n. 2, pp. 37-45
- Guarino M. (2017), *Ma gli italiani si fidano dei fondi pensione?*, www.informazione senza filtro.it, 25 gennaio 2017
- Istat (2017a), *Rapporto annuale 2017. La situazione del Paese*, Roma
- (2017b), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, Roma

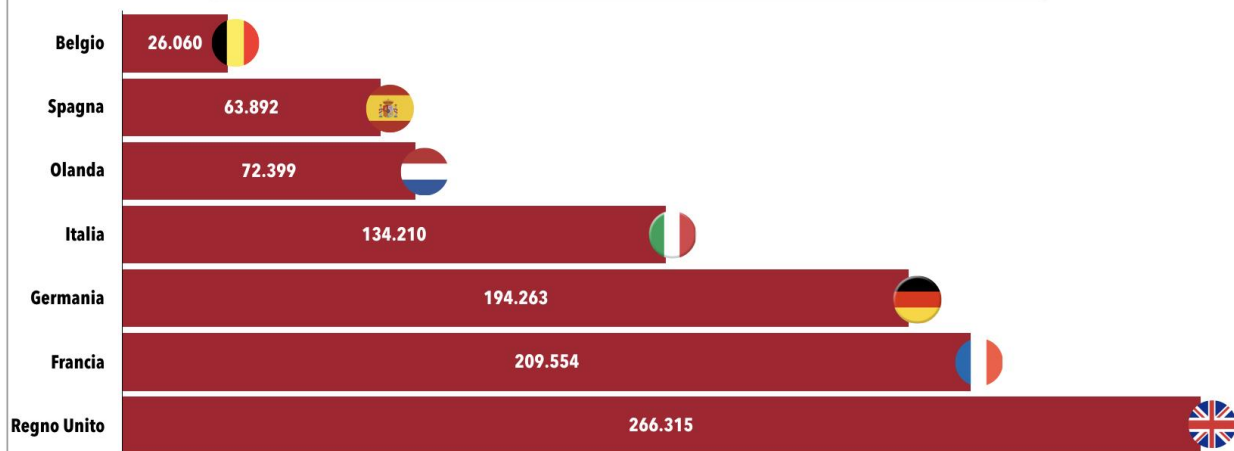
- Jessoula M. (2017), *Welfare occupazionale: le sfide oltre le promesse. Una introduzione*, «Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 9-24
- Mallone G. e Tafaro T. (2017), *Premio in welfare oggi, quale pensione domani?*, «La Rivista delle politiche sociali», n. 2, pp. 41-53
- Meridiano sanità (2016), *Rapporto 2016*, Milano, The European House - Ambrosetti
- Payra B. (2015), *La mutualità di territorio: le società di mutuo soccorso nella sanità integrativa*, in Ferrera M. e Maino F. (a cura di) *Secondo Rapporto su secondo welfare in Italia*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- Razetti F. (2015), *Sanità: come garantire un'integrazione virtuosa tra primo e secondo pilastro?*, Percorsi di secondo welfare, 13 dicembre 2015
- Rbm salute - Censis (2012), *I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Roma
- (2016), *Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la Previdenza Complementare e la Sanità Integrativa*, Roma
- (2017), *Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo*, Roma
- Rossi S. (2017), *Le assicurazioni per lo sviluppo del Paese*, Convegno Anspc, Associazione Nazionale per lo Studio dei Problemi del Credito, 5 aprile 2017, Roma
- Saraceno C. e Naldini M. (2007), *Sociologia della famiglia*, Bologna, il Mulino
- Sodini M. (2016), *La legge di stabilità 2016 spinge il welfare aziendale con la leva fiscale*, Fondazione Nazionale dei Commercialisti, Roma
- Vecchietti M. (2017), *Ritorno o superamento definitivo delle Mutue? Costruire un Secondo Pilastro anche in Sanità per un sistema più equo ed inclusivo*, www.quotidianosanita.it, 21 aprile 2017

Premi (danni e vita) rispetto al PIL [2016, %] e per abitante [2016, €]



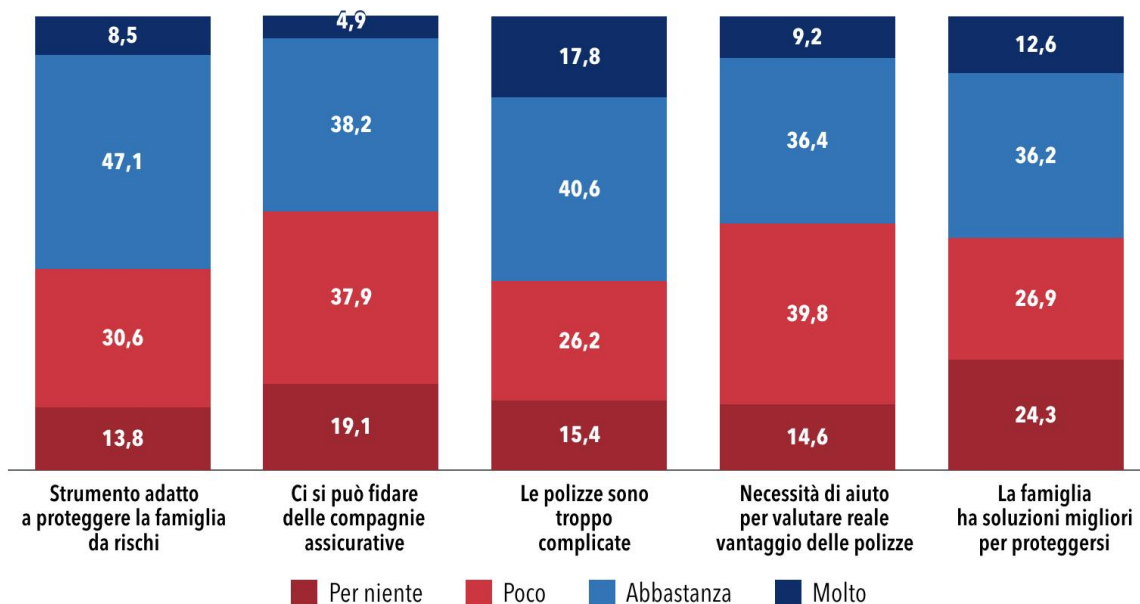
Fonte: Ania (2017)

Premi diretti in alcuni dei principali Paesi UE [2016, milioni di €]



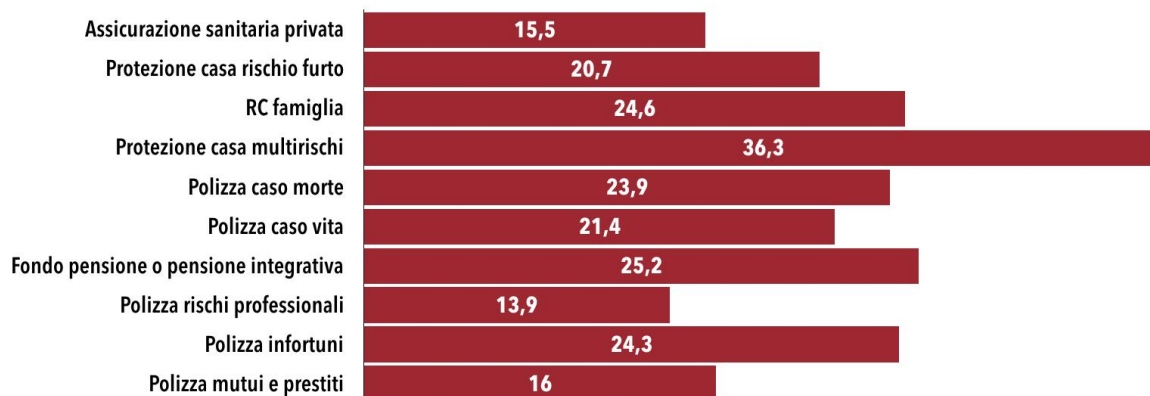
Fonte: Ania (2017)

Cosa pensano gli italiani delle assicurazioni [2015, %]



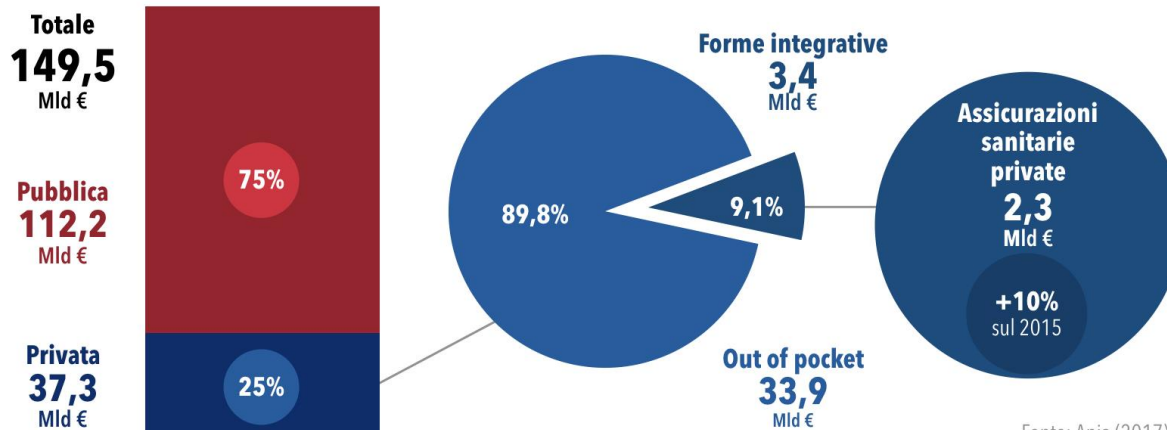
Fonte: Forum Ania – Consumatori (2016)

Tipo prodotti assicurativi sottoscritti dalle famiglie italiane [2016, %]



Fonte: Forum ANIA - Consumatori (2017)

Spesa sanitaria italiana [2016]



Fonte: Ania (2017)