



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in
ECONOMIA E COMMERCIO

LA SANITA' INTEGRATIVA

SUPPLEMENTARY HEALTHCARE

Relatore:

Prof.ssa Elena Spina

Rapporto Finale di:

Chiara Boccia

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

introduzione.....	4
capitolo 1: storia dei fondi sanitari	
1.1: la sanità pubblica prima dell'unità d'Italia.....	6
1.2: dall'unità d'Italia alla direzione di sanità pubblica passando per Crispi.....	8
1.3 la costituzione e le nuove politiche sociali.....	9
1.4: la riforma ospedaliera e istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.....	11
1.5 integrazione sanitaria e riforma della costituzione.....	14
1.6 ruolo dello Stato sempre più vicino ai “nuovi” bisogni.....	15
Capitolo 2: assistenza sanitaria integrativa	
2.1 i fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari.....	16
2.2 i fondi sanitari integrativi.....	17
2.3 tipi di prestazioni integrative.....	18
2.4 il fondo e i rapporti con l'iscritto.....	19
2.5 welfare aziendale.....	20
2.6 vantaggi per le aziende e dipendenti.....	21
2.7 contributi per l'assistenza sanitaria.....	23
2.8 utilità del sistema di welfare.....	24
Capitolo 3: due casi di successo	
3.1 il caso Luxottica.....	24

3.2 il caso Ferrero.....	28
Conclusione.....	29

LA SANITA' INTEGRATIVA

INTRODUZIONE

L'argomento trattato in questo elaborato è la sanità integrativa, che appare di particolare rilevanza in riferimento alle esigenze della popolazione e soprattutto all'attuale momento di pandemia che stiamo vivendo. Lo scopo di questo elaborato è definire i tratti essenziali dello sviluppo della sanità e individuare i vantaggi che possono derivare per i soggetti che aderiscono ai fondi.

L'elaborato è articolato in tre capitoli. Nel primo capitolo viene rappresentata la storia della sanità italiana fino allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi. Questi iniziano a svilupparsi nell'Ottocento a seguito del mutamento della società e dei nuovi bisogni degli individui. Occorrevano, infatti, forme di assistenza diversa in quanto quelle esistenti non erano più adeguate per rispondere ai nuovi bisogni. Da ciò nascono le prime assicurazioni sociali a sostegno degli individui più bisognosi. Successivamente attraverso la legge Crispi e altre norme si crea un sistema per assicurare l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Si sono susseguite numerose riforme fino all'affermazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infine, all'inizio degli anni '90 attraverso la riforma Bindi vengono istituite le prime forme di assistenza sanitaria integrativa.

Nel secondo capitolo si evidenzia il sistema integrativo andando a definire le prestazioni offerte e analizzando il sistema di welfare aziendale. Vengono definite

le varie forme integrative che sono aggiuntive, complementari e sostitutive rispetto a quelle offerte dal SSN. Emerge che può sussistere l'integrazione tra il sistema pubblico e privato e ciò porta benefici per coloro che decidono di avvalersi di forme di assistenza privata in quanto, queste, se ben integrate, vanno a migliorare la qualità della vita dei soggetti coinvolti. Chi aderisce a questi fondi usufruisce della detraibilità fiscale. I costi della sanità integrativa sono equiparati a spese mediche e pertanto detraibili fino a una soglia definita dall'attuale legge. Oltre alle forme di assistenza sanitaria integrativa si fa riferimento al sistema di welfare aziendale che è adottato da medie e grandi imprese italiane. Le aziende e i lavoratori traggono vantaggi e benefici dall'attuazione delle varie politiche aziendali. Per i lavoratori alcune prestazioni erogate si riferiscono alla copertura di costi sanitari sostenuti dallo stesso lavoratore dai suoi familiari.

Nel terzo capitolo, vengono presentati due casi aziendali di successo in cui sono state applicate le politiche di welfare aziendale. Le aziende presentate sono Luxottica e Ferrero. Entrambe hanno sviluppato una politica aziendale a favore dei propri dipendenti. In questo capitolo si individuano le prestazioni che vengono offerte ai lavoratori e i benefici che essi ne traggono. Come evidenziato nei casi presi in riferimento, il welfare aziendale è un punto cardine per il miglioramento della vita dei lavoratori e delle proprie famiglie. Questo sistema è rilevante soprattutto per il periodo di crisi che si sono trovate ad affrontare le imprese a causa della pandemia.

CAPITOLO 1: STORIA DEI FONDI SANITARI

La storia del sistema sanitario è piuttosto lunga e complessa anche a causa delle numerose modifiche avvenute. Prima di procedere alla creazione di un sistema sanitario nazionale e del rispetto dei diritti umani sono trascorsi molti anni. Per arrivare all'organizzazione sanitaria odierna si devono prendere in considerazione gli eventi che hanno preceduto la realtà attuale e la loro evoluzione istituzionale e organizzativa.

1.1: LA SANITA' PUBBLICA PRIMA DELL'UNITA' D'ITALIA

Nell'Ottocento si manifestano nuovi bisogni sociali che portano alla nascita del welfare state, un'invenzione delle società a economia capitalistica, nata nel 1881 in Germania. Esso costituisce una novità rivoluzionaria nello scenario delle società industriali di fine Ottocento. La metà di quel secolo vede una forte crescita e uno sviluppo industriale che rafforzano i paesi economicamente, ma che fanno emergere nuovi bisogni sociali a seguito della formazione di un'ampia classe operaia soggetta a difficili condizioni di lavoro e alla concentrazione nelle città e nei quartieri industriali, dove ingenti masse popolari vivono in condizioni di estrema povertà e precarietà igienico-sanitaria. Per far fronte ai nuovi bisogni si iniziano a delineare nuove politiche, in quanto essi non possono essere affrontati con i metodi precedentemente utilizzati quali: l'attivazione della solidarietà comunitaria, peraltro fortemente indebolita dall'avvento della società industriale, la beneficenza

privata, largamente insufficiente nei mezzi e negli scopi, oppure gli interventi di tipo pauperistico a opera dello stato liberale, sviluppatasi nel Regno Unito attraverso l'attuazione delle Poor Laws, risalenti all'epoca elisabettiana, e finalizzati a prestare un'assistenza di ultima istanza solo a specifici gruppi di popolazione i cosiddetti <poveri meritevoli> colpiti dalla povertà a causa di problemi considerati indipendenti dalla loro volontà.

Questi interventi risultano inadeguati per affrontare l'enorme dimensione dei nuovi problemi. Così vengono ideate nuove misure che inizialmente consistono in assicurazioni sociali, promosse direttamente dallo Stato che tenta in tal modo di dare una risposta ai nuovi bisogni sociali creati dallo sviluppo capitalistico. Questa misura è molto importante perché rappresenta un modo per costruire un consenso sociale intorno alle classi dirigenti. Le assicurazioni sociali, nate nella Germania bismarckiana, hanno lo scopo di depotenziare le incipienti proteste sociali e la forte conflittualità operaia. Più tardi si sviluppano in altri paesi, come ad esempio, nel Regno Unito e nei paesi scandinavi, dove le riforme sociali, sono sollecitate e promosse dalle organizzazioni dei lavoratori di ispirazione socialdemocratica. In questo modo lo Stato inizia a reclamare risorse economiche sempre più ingenti attraverso la tassazione, per poter finanziare i programmi sociali, divenendo in tal modo interventista in materia economica, ma anche un diretto ed esplicito agente di modificazione dei rapporti sociali, delle condizioni di vita dei cittadini, nonché

delle forme di distribuzione della ricchezza messa a disposizione dalla crescita economica.

1.2: DALL'UNITA' D'ITALIA ALLA DIREZIONE DI SANITA' PUBBLICA PASSANDO PER CRISPI

In Italia, una volta raggiunta l'unità nazionale nel 1861, vi è uno sviluppo notevole specie per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Questa viene affidata al Ministero dell'Interno a livello centrale e a prefetti e sindaci a livello locale. In seguito, viene istituita la Direzione generale per la sanità a cui sono attribuite apposite competenze e responsabilità.

L'unità d'Italia determina l'esigenza di uniformare sull'intero territorio nazionale anche la legislazione in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, aspetto che risulta ancora più importante considerando come l'assistenza medica conservi ancora le caratteristiche di un'attività caritatevole, per lo più sostenuta, sotto il profilo finanziario, da opere di beneficenza. Particolarmente rilevante è la legge Crispi del 1890, che con questo provvedimento trasforma gli ospedali, le case di riposo e le opere pie da enti privati in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza. Alla legge Crispi fanno seguito altre norme che portano alla creazione di un sistema assicurativo-previdenziale in grado di assicurare l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Queste norme vengono emanate a seguito del superamento della crisi finanziaria

che colpisce l'Italia nel periodo fascista e nel quadro della politica cosiddetta corporativa.

1.3 LA COSTITUZIONE E LE NUOVE POLITICHE SOCIALI

Intorno ai primi anni del Novecento vengono istituiti diversi enti mutualistici con compiti previdenziali e sanitari, tra cui l'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale della previdenza sociale (INPS), l'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (ENPAS) nonché varie altre mutue.

Successivamente, viene istituito l'Alto commissariato per l'igiene e la sanità (ACIS), il quale svolge diverse funzioni riguardanti la tutela della sanità pubblica, il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali. Tutti questi sviluppi, anche quelli dei decenni successivi, confermano e rafforzano sempre di più il ruolo del welfare state.

Durante la Seconda guerra mondiale Lord Beveridge, redige un rapporto in cui formula i principi di base di un moderno stato sociale capace di fornire un grado elevato di sicurezza sociale ai cittadini, attraverso un servizio sanitario obbligatorio e universalistico. Questo piano viene consegnato al parlamento inglese e un punto focale è rappresentato proprio dal fatto che il servizio sanitario debba essere offerto a tutti i cittadini senza discriminazioni di tipo economico. Altri elementi importanti

del piano riguardano la presenza di un sistema di assicurazioni sociali completo e accessibile a tutti i cittadini. L'ondata Beveridgeana si diffonde anche in Italia dove si inizia ad avere una visione diversa dello Stato e l'idea era che il suo intervento debba sostenere il benessere e garantire la sicurezza a tutti i cittadini, questo anche a seguito dell'entrata in vigore della Costituzione e dei principi in materia sanitaria in essa contenuti. Soprattutto in riferimento all'art.32 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo che deve essere garantito a tutti i cittadini.

Nel 1948 il socialista Ludovico D'Aragona propone la fusione delle varie gestioni in un unico ente e l'estensione della previdenza contro le malattie a tutti i lavoratori, autonomi e indipendenti; la proposta, tuttavia, non ha seguito e ciò contribuisce a rafforzare la disuguaglianza sociale a dispetto di quanto stabilito nella Costituzione. Un altro aspetto importante è la costituzione del Ministero della sanità, il quale, subentrando all'ACIS, smorza le pressioni provenienti da più parti che da tempo chiedono una direzione unica e articolata della politica sanitaria. Il nuovo Ministero è costituito a livello centrale dal Consiglio superiore di sanità, un organo a carattere consultivo, e dall'Istituto superiore di sanità che invece, è un organo a carattere tecnico-scientifico, mentre a livello periferico, operano gli uffici dei medici provinciali, gli uffici sanitari dei Comuni e dei consorzi dei Comuni, nonché uffici sanitari specifici come ad esempio quelli per le zone di confine.

1.4: LA RIFORMA OSPEDALIERA E ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Una data determinante per il riconoscimento dei diritti umani e sociali dei cittadini è il 1968, anno della riforma ospedaliera, quando viene promulgata una legge di estrema rilevanza quale la legge Mariotti concernente gli enti ospedalieri. Successivamente, con la legge 17 Agosto del 1974, l'assistenza ospedaliera diviene gratuita per coloro che si sono iscritti a una mutua.

Dieci anni dopo la riforma ospedaliera viene istituito il Servizio sanitario nazionale, (SSN) tramite la legge 833/78, che riforma l'intera disciplina della sanità italiana, riordinando l'organizzazione dell'assistenza sanitaria del Paese. La riforma trasforma la compagine sanitaria sia dal punto di vista istituzionale, con l'istituzione delle Unità sanitarie locali, sia sul versante strutturale e funzionale, introducendo un sistema basato sui principi di unitarietà e universalità. Con questa legge si assiste al superamento degli enti mutualistici, al coordinamento fra ospedali e territorio. Nonostante ciò, il modello del servizio sanitario entra in crisi principalmente per alcuni fattori quali: l'insoddisfazione dei cittadini-utenti per la qualità delle prestazioni, la forte disparità di offerta dei servizi nelle regioni, l'incontrollabilità della spesa sanitaria a causa del continuo incremento del deficit di anno in anno e per l'insostenibilità dei costi. Per questo vi è bisogno di una nuova riforma.

All'inizio degli anni '90 si provvede al riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale anche per fronteggiare le difficoltà che c'erano sotto il profilo

finanziario. Vi è quindi un riordino della disciplina in materia sanitaria e una profonda trasformazione del servizio sanitario. Si passa così da una concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata, a una concezione di assistenza pubblica con una spesa sociale e sanitaria, che permette l'effettiva realizzazione di entrate con le quali attraverso queste, è stato possibile riorganizzare da un punto di vista funzionale il servizio pubblico con migliori servizi e prestazioni in termini di qualità, efficienza e economicità. In questo senso, l'efficienza intesa come la capacità di raggiungere un obiettivo con il minor impiego di risorse mentre l'economicità intesa come il grado di utilità generato dalla qualità e quantità delle risorse impiegate.

I principi alla base della legge 502/92 prima, con delle modificazioni nella legge 517/93 poi, riguardano soprattutto l'utilizzo ottimale e razionale delle risorse per migliorare l'efficacia, l'efficienza e la produttività del SSN, l'equità distributiva e il contenimento della spesa.

La riforma introduce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso le risorse finanziarie pubbliche. I LEA sono prestazioni e servizi essenziali necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute che il SSN è tenuto a fornire uniformemente a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, i ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Rappresentano un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. In questo modo

viene garantita l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale, assistenza ospedaliera in regime di ricovero, day hospital o di cura a domicilio, assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, attività di supporto a organizzazione assistenziale. La riforma trasforma inoltre le Unità sanitarie Locali in Aziende sanitarie, e prevede la nascita delle Aziende Ospedaliere. Sia le ASL che le AO continuano a essere strutture pubbliche, ma risultano organizzate secondo un modello aziendale, con meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza.

Le ASL operano in ambito territoriale ed è loro compito assicurare i LEA, programmare le attività in base ai bisogni sanitari della zona, verificare e promuovere la qualità dei servizi erogati. Le ASL sono costituite dal direttore generale che è titolare dei poteri gestionali e dei risultati conseguiti, il collegio dei revisori a cui sono affidati i compiti di controllo amministrativo, il direttore amministrativo che dirige i servizi amministrativi e il direttore sanitario che dirige i servizi sanitari.

Le Aziende Ospedaliere sono strutture di ricovero pubbliche, parte del servizio sanitario nazionale, che svolgono la funzione di ospedale, adibite anche a prestazioni specialistiche nel caso in cui ci sono i requisiti e i presupposti. Quindi, esse sono ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione come policlinici universitari e istituti di ricovero e cura, a carattere scientifico e di diritto pubblico.

1.5 INTEGRAZIONE SANITARIA E RIFORMA DELLA COSTITUZIONE

Con la Riforma Bindi del 1999 si modificano i principi di aziendalizzazione introdotti nei primi anni Novanta e si punta sull'integrazione socio-sanitaria. Si prevede altresì l'istituzione di fondi integrativi sanitari destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN.

Nuove norme riformano, poi, la dirigenza sanitaria che viene collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro. I principi alla base di questa riforma sono: implementare la collaborazione tra SSN e soggetti privati, attraverso delle sperimentazioni gestionali, e considerare il sistema istituzionale come sistema integrato, ma per questo occorre una formazione continua che consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali.

Successivamente con la Legge Costituzionale del 18 ottobre del 2001 n.3-Riforma del titolo V della Costituzione- vi è una ridefinizione dell'assetto delle competenze legislative tra governo centrale e enti locali e viene data piena autonomia alle Regioni nella organizzazione e gestione della sanità. Vengono previste tre nuove classi di competenze a livello di legislazione: la legislazione esclusiva dello Stato, la legislazione concorrente Stato-Regioni (qui si colloca la tutela della salute) e la legislazione esclusiva delle Regioni.

Con la legge del 2001 vi è altresì una trasformazione del Ministero della sanità in Ministero della salute che diviene competente in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale e di tutela di salute nei luoghi di lavoro.

1.6 RUOLO DELLO STATO SEMPRE PIU' VICINO AI "NUOVI" BISOGNI

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si è via via trasformato in quanto c'è stato un passaggio, da un ruolo basato sulla funzione di organizzatore e gestore di servizi, a quello, che tutt'ora svolge, di garante dell'equità nell'attuazione del diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Negli ultimi venti anni si sono visti molti tentativi di ristrutturare il settore e questo dovuto anche dalla duplice esigenza di rendere la spesa sociale compatibile con la crescita della competitività economica dell'economia nazionale da un lato, e di rispondere ai mutati bisogni sociali, dall'altro.

Il cambiamento dei bisogni sociali impatta duramente sulle politiche attuate dallo Stato, sempre più rispondenti ai nuovi bisogni sociali anche se la forte istituzionalizzazione le rende difficili da modificare.

Per rispondere alle esigenze dei nuovi portatori di rischi sociali si generano forti conflitti e forti tentativi, impliciti ed espliciti, di bloccare i processi di riforma.

In sintesi, le esigenze funzionali di adattamento delle politiche sociali al nuovo scenario sociale ed economico, filtrano attraverso le logiche istituzionali presenti

nel sistema tradizionale, dando luogo a processi di riforma del welfare, ma anche a nuove configurazioni istituzionali e politiche.

CAPITOLO 2: ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

2.1 I FATTORI CHE MINANO LA SOSTENIBILITA' DEI SISTEMI SANITARI

Alcuni dei fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari sono: il progressivo invecchiamento delle popolazioni e a questo è connesso l'aumento delle patologie croniche; il costo delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche e tecnologiche; la crescita delle aspettative e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti; infine, la presenza dei conflitti di interessi tra gli attori presenti nel settore sanitario in particolare al conflitto tra erogatori di prestazioni e salute. Ci si riferisce al fatto che un interesse finanziario o di altra natura interferisce con l'abilità di un professionista del Servizio Sanitario Nazionale ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità che sono connessi alla tutela della salute del paziente. Questa è una situazione in cui si rischia che gli interessi finanziari prevalgono su quelli primari che sono la tutela della salute. Infatti sempre di più si cerca di trarre vantaggio dalle varie patologie con lo scopo di trarne profitto come affermato dalle associazioni della rete sostenibilità e salute nel documento "I Fondi sanitari integrativi e sostitutivi" pubblicato nel 2017.

2.2 I FONDI SANITARI INTEGRATIVI

I fondi sanitari integrativi del SSN sono istituiti dalla legge 502/92. Il loro obiettivo è l'erogazione di prestazioni che sono escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico dei privati.

La legge li definisce come forme di mutualità privata e ne dettaglia le caratteristiche. In particolare, non c'è la selezione dei rischi sanitari, non c'è discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti e non c'è la concorrenza con il SSN. Questi offrono anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle previste nei LEA, erogate in strutture convenzionate o non con il SSN.

Esistono due forme di assistenza sanitaria integrativa, quella collettiva e quella individuale.

Nel documento “Le linee guida per la best-practice dei fondi sanitari”, elaborato dalla Mefop Spa e aggiornato al 2021, vengono definite le due forme di assistenza sanitaria integrativa. Nel documento sono specificate le forme collettive, realizzate attraverso l'istituzione di fondi sanitari, Casse e Società di Mutuo Soccorso, con una finalità esclusivamente assistenziale e rivolte a delle collettività qualificate che possono aderire a Fondi sanitari già operanti sul mercato, in base ad un accordo collettivo o regolamento. Le forme individuali, invece, si realizzano attraverso l'adesione individuale di lavoratori o cittadini a Fondi sanitari o Enti, con una finalità esclusivamente assistenziale.

2.3 TIPI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Lo scopo del Fondo sanitario integrativo è quello di completare le prestazioni che sono erogate dal SSN, e questo avviene attraverso prestazioni integrative che possono essere aggiuntive, complementari o sostitutive. L'obiettivo principale di queste prestazioni è quello di realizzare una tutela più ampia della salute dei cittadini, e per fare ciò, si utilizzano meccanismi di integrazione e sussidiarietà con il settore pubblico.

Dal report elaborato dalla fondazione GIMBE nel 2019, sono definite le prestazioni sostitutive che sono erogate per coprire i servizi e le prestazioni incluse nei LEA, rivolte al miglioramento delle condizioni dei cittadini, come ad esempio, la riduzione dei tempi di attesa. Tale copertura riguarda solo alcuni servizi che sono molto vantaggiosi per l'erogatore e che possono essere, ad esempio, quelli che riguardano la diagnostica e la specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni aggiuntive, integrano la copertura pubblica in modo tale da colmare il gap che c'è tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino, e un esempio di queste può essere la compartecipazione alla spesa (ticket) o le integrazioni relative ad aspetti accessori come ad esempio, le camere a pagamento che ad oggi sono presenti solo nelle cliniche private.

Infine, le prestazioni complementari sono quelle che coprono le prestazioni escluse dai LEA e si fa riferimento all'odontoiatria e il long-term-care.

Le imprese che erogano queste assicurazioni sono commerciali, cioè volte al raggiungimento di un profitto, oppure sono no profit dove prevalgono i fondi sanitari integrativi o, infine, il welfare aziendale in cui sono incluse le diverse forme attraverso cui i datori di lavoro offrono a dipendenti e familiari beni e servizi, che comprendono anche l'assistenza sanitaria.

La finalità delle prestazioni erogate è quella di soddisfare l'iscritto in termini di efficienza, tempestività e qualità del servizio offerto e nel momento in cui il soggetto si iscrive conosce le modalità di copertura e di erogazione dei servizi.

2.4 IL FONDO E I RAPPORTI CON L'ISCRITTO

I cittadini che sono assicurati sono definiti terzi paganti di servizi e prestazioni. Con l'istituzione della legge 883/78 si è definito il termine terzi paganti per individuare tutti i soggetti, sia pubblici che privati, profit o no-profit, fondi o assicurazioni, che offrono delle coperture di servizi sanitari che si affiancano all'assicurazione pubblica offerta dal SSN. La classe dei terzi paganti comprende fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, assicurazioni sanitarie individuali e collettive ai quali si aggiungono i rimborsi diretti erogati dai datori di lavoro.

Dagli elaborati delle associazioni facenti parte della rete di sostenibilità e salute, redatti nel 2017, risulta una crescita di questo sistema aggiuntivo che è favorita da nuove normative e incentivi fiscali in aggiunta a quelli tradizionali. Inoltre, secondo alcuni, come ad esempio media, portatori di interesse, operatori del settore,

organizzazioni sindacali, datori di lavoro e altri soggetti tra cui forze politiche e governative, lo sviluppo del sistema aggiuntivo è una risposta valida alla crisi della sostenibilità del SSN.

La sanità integrativa si è evoluta ed estesa ai lavoratori dipendenti privati e pubblici. Il Fondo deve realizzare l'interesse dell'iscritto che può visionare la sua copertura assicurativa/associativa e le richieste che effettua. Inoltre, è data la possibilità all'iscritto, attraverso un centro di informazione, di mostrare le proprie esigenze e i propri reclami.

2.5 WELFARE AZIENDALE

Il welfare aziendale, istituito con la legge di stabilità del 2016 e rafforzato da normative successive, si occupa del benessere dei lavoratori e delle loro famiglie.

Il welfare pubblico si differenzia dal welfare aziendale in quanto quello pubblico, conosciuto come stato sociale, interessa tutti i cittadini, invece, quello aziendale, interessa il benessere di specifici lavoratori, attraverso un sistema di "benefit" che viene aggiunto alle condizioni di lavoro.

Lo Stato, attraverso un sistema di sgravi fiscali, indirizza le aziende verso l'offerta di particolari benefici ai propri dipendenti.

Con il welfare aziendale non si eliminano le responsabilità dello Stato per il benessere dei cittadini, ma esso incrementa il benessere del cittadino instaurando un rapporto esclusivo con l'azienda dove egli lavora.

Il welfare aziendale è un sistema di benessere privato in misura aggiuntiva rispetto a quello pubblico già esistente e riservato al lavoratore, con il fine di avere dipendenti che, godendo di maggiori benefici, possono migliorare la qualità del lavoro svolto attraverso l'integrazione di strumenti di retribuzione che non siano esclusivamente monetari. Quindi, il welfare aziendale è un sistema basato su prestazioni di beni e servizi a sostegno del dipendente.

Nell'ampia gamma delle iniziative incentivate, la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente stimolato l'interesse di imprese e sindacati, in riferimento alla convergenza tra le nuove agevolazioni fiscali, la normativa sulla sanità integrativa e l'espansione dell'intermediazione finanziaria e assicurativa.

2.6 VANTAGGI PER LE AZIENDE E DIPENDENTI

Il datore di lavoro utilizza diverse modalità per attuare il welfare aziendale: può pagare direttamente o rimborsare le spese sanitarie a lavoratori e familiari, oppure può iscrivere a sue spese il dipendente o familiare ad un terzo pagante profit o no-profit, o infine, può creare ex novo un fondo o una cassa, autogestiti oppure affidati ad una gestione esterna.

Il welfare aziendale attraverso l'utilizzo delle varie opportunità offerte dai terzi paganti, propone ai dipendenti e ai loro familiari beni e servizi sanitari che sono sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.

Per i datori di lavoro c'è l'esenzione IRPEF nell'utilizzazione di servizi e di opere che sono messi a disposizione sia dei dipendenti che delle loro famiglie, al fine di essere inclusi all'interno delle negoziazioni tra personale e azienda.

Nel welfare aziendale, le prestazioni che sono oggetto di esenzione sono definite nell'art. 51 TUIR, e sono principalmente quelle inerenti al carattere educativo e istruttivo, di tipo ricreativo, che hanno per oggetto l'assistenza sociale e sanitaria del dipendente (Mascarella, 2016).

Inoltre, secondo la legge, l'erogazione di benefit che sono in conformità a disposizioni di contratto, accordo o di regolamento, determina la detraibilità integrale dei costi da parte del datore di lavoro, sia nei confronti dei dipendenti che dei suoi familiari.

L'offerta delle misure di welfare erogate al lavoratore per aumentare il suo benessere sono molteplici. Nelle prestazioni a carattere educativo rientrano i servizi di educazione e di istruzione dei bambini in età pre-scolare, i centri estivi e invernali, le borse di studio conferite ai dipendenti o ai familiari dei dipendenti, le somme e le prestazioni che vengono erogate come assistenza ai familiari, che siano anziani o non-autosufficienti. Nelle prestazioni a carattere ricreativo rientrano la palestra, il teatro, il cinema e ogni altro bene o servizio che possa avere finalità ricreativa per il lavoratore (Mascarella, 2016).

2.7 CONTRIBUTI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

I contributi versati alla cassa di assistenza, per quanto riguarda il datore di lavoro, costituiscono il costo del lavoro dipendente, e come tale è interamente deducibile dal reddito di impresa calcolato ai fini IRES. Inoltre, il datore di lavoro versando alle casse di assistenza è soggetto ad una ridotta aliquota retributiva di solidarietà del 10%. Se il dipendente dovesse accedere al rimborso parziale delle spese sostenute dalla cassa di assistenza, potrà avvalersi, limitatamente alla parte di spesa non rimborsata dalla cassa di assistenza, alle ordinarie misure di detrazione imposte. I contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore, in riferimento a quanto definito dalle disposizioni di legge, non concorrono a formare il reddito. Questi sono i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità alle disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, e che operano negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministero della salute.

Per quanto riguarda l'assistenza, non concorrono a formare il reddito le somme e le prestazioni erogate dal datore di lavoro, alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti, per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari, anziani o non autosufficienti.

2.8 UTILITA' DEL SISTEMA DI WELFARE

Il sistema di benefit e di servizi ad integrazione del tradizionale sistema retributivo monetario è attuato da molte industrie Italiane. Questo sistema viene realizzato nelle aziende portando benefici ai dipendenti.

Gli articoli 51 e 100 del TIUR, definiscono i flexible benefit come un ampio insieme di servizi per il lavoratore che non costituiscono reddito da lavoro dipendente.

C'è un incremento dello sviluppo dei flexible benefit soprattutto sull'assistenza sanitaria, assistenza ai familiari e salute. Questo incremento è spinto dal duplice interesse sia da parte dell'azienda, che dei dipendenti.

CAPITOLO 3: DUE CASI DI SUCCESSO

3.1 IL CASO LUXOTTICA

Dal sito di Luxottica emerge che il welfare aziendale di questa azienda nasce con l'accordo sindacale del dicembre 2009. Con questo accordo si riconosce la possibilità di offrire ai dipendenti un concreto sostegno al loro potere d'acquisto attraverso forme di remunerazione che sono complementari a quelle tradizionali, ma di natura non monetaria. Viene infatti istituito il Comitato di Governance che si occupa dell'allocazione delle risorse finanziarie destinate alle iniziative dei dipendenti e si impegna ad attuare e sostenere dei programmi che permettono di avere interventi con standard qualitativi sempre più alti.

L'idea del welfare aziendale di Luxottica è la cultura della qualità e questa è condivisa da tutti i dipendenti dell'azienda, dai manager ai lavoratori, che, limitando gli sprechi, guadagnano un surplus che viene reinvestito in welfare. In questo modo i dipendenti sono coinvolti nell'elevare gli standard qualitativi ed organizzativi e, riducendo i costi della produzione, si ricavano le risorse che vengono destinate al welfare aziendale (Beretta, 2016).

Nel sito di Luxottica emergono le iniziative e il programma di welfare adottato dalla stessa azienda. Per quanto riguarda le iniziative, si fa riferimento a una serie di benefits ed interventi che permettono la conciliazione vita-lavoro del dipendente. Dall'analisi dei dati e informazioni presenti nel sito, emerge che i destinatari dei progetti sono circa 8000 compresi nei sette stabilimenti produttivi italiani e nell'ufficio di Milano.

Le iniziative di welfare privato sono rivolte a diverse aree di intervento quali la salute, istruzione, benessere alimentare, mobilità sociale, assistenza sociale. Questi interventi sono rivolti ai soggetti più deboli economicamente, in particolare, operai e impiegati.

Il programma di welfare adottato da Luxottica fa riferimento al carrello della spesa, la cassa sanitaria, le borse di studio e i libri di testo per i figli dei dipendenti. Secondo quanto riportato, il carrello della spesa, rivolto a operai e impiegati con contratto a tempo determinato, è di un certo valore economico ed è distribuito tramite accordi con cooperative locali. Per quanto riguarda la cassa di assistenza

sanitaria, che copre solo i dipendenti negli uffici e stabilimenti di Milano e si riferisce solo a quanti hanno un contratto a tempo indeterminato e ai loro familiari, comprende una polizza sanitaria in base alle esigenze dei dipendenti. La polizza include visite odontoiatriche e un pacchetto maternità previsto dall'azienda in riferimento al fatto che la maggior parte dei suoi dipendenti sono donne. Infine, per il rimborso totale dei libri di testo, rivolto ai figli dei dipendenti che studiano, è prevista la copertura dei costi dalle scuole primarie fino all'Università, ed è rivolta anche ai dipendenti a tempo determinato. In aggiunta, sono erogate borse di studio per gli studenti meritevoli.

L'azienda ha un programma rivolto ai dipendenti dello stabilimento di Milano, chiamato Family Care Milano, che riguarda iniziative a sostegno della vita dei dipendenti. Il Family Care nasce nel 2010 e prevede forme di work-life balance come l'estensione dell'orario flessibile, convenzioni e contributi economici per asili nido e summer camp, e un servizio di baby sitting on demand. Gli impiegati e i quadri possono inoltre usufruire di un contributo economico per la copertura parziale della spesa per quanto riguarda centri estivi e asili.

Dall'analisi del sito di Luxottica emerge che questa si è impegnata per la costruzione di asili nido, dove il 30% dei posti a disposizione sono riservati ai figli dei dipendenti.

Per coinvolgere maggiormente i dipendenti e far aumentare il loro senso di appartenenza, l'azienda ha distribuito le azioni del gruppo a coloro che hanno una certa anzianità di servizio.

L'azienda è anche fondatore di iniziative di sensibilizzazione per le donne che lavorano.

Il nuovo contratto integrativo aziendale, è applicato a tutti i dipendenti degli stabilimenti produttivi e prevede delle novità. In riferimento a quest'ultimo aspetto, sono considerate altre iniziative di work-life balance tra cui: la "banca ore", il permesso di paternità retribuito fino a 5 giorni lavorativi, più flessibilità nella gestione della presenza e più riconoscimento nel part-time. Oltre a queste, un'altra novità è che le ore annue per i corsi di formazione possono essere convertite in borse di studio per percorsi di formazione attinenti con l'attività del gruppo. Un'ulteriore novità è il job sharing familiare che consiste nel mantenere la capacità reddituale del nucleo familiare e nel favorire la formazione dei figli, attraverso la possibilità per il dipendente di astenersi dal lavoro per la formazione con la possibilità di essere sostituito dal figlio o dal coniuge che può prendere il suo posto in azienda. Questa è una possibilità di formazione molto importante soprattutto per i giovani.

Dai servizi offerti da Luxottica sono rilevate aree più tutelate come, ad esempio, la maternità e l'infanzia attraverso iniziative di work-life balance e servizi per i figli, la salute attraverso la cassa sanitaria, il sostegno al reddito delle famiglie con il

rimborso dei libri, il carrello alimentare, fino al job sharing. Le possibili aree di sviluppo per l'azienda, sono quelle che riguardano situazioni di particolare bisogno come il sostegno alle famiglie con anziani e non autosufficienti a carico, o in grave difficoltà economica (Maino e Ferrera, 2015).

3.2 IL CASO FERRERO

Dall'analisi delle informazioni sul Network IEP- imprese e persone- emerge che l'azienda Ferrero elabora un progetto di conciliazione vita-lavoro articolato su quattro diversi ambiti di interesse. Il progetto d'interesse è chiamato Ferrero Care. Il primo ambito rilevato è il work-life balance. In questo rientrano convenzioni con asili nido, giornate dedicate al rapporto figli/genitori, campus estivi, gestione intelligente dei tempi vita/lavoro, semplificazione dei processi e migliore comunicazione interna. In secondo ambito di interesse sono i valori condivisi, e si fa riferimento a maggiori strumenti per la condivisione di informazioni e la visibilità sui processi aziendali. Riguarda agevolazioni verso la cooperazione tra colleghi e con il management. Un altro ambito di rilevanza è lo sviluppo professionale, a riguardo, ci si riferisce a piani di formazione che permettono l'accrescimento della professionalità a cui seguono feedback di valutazione e confronto. Infine, l'ultimo ambito riguarda l'ambiente di lavoro attraverso restyling degli spazi lavorativi della mensa aziendale, del dress code, dell'impulso alla mobilità e il car sharing, nel rispetto dell'ambiente.

Il progetto di welfare aziendale, Ferrero Care, è stato esteso alla forza vendita con il nome Ferrero Care vendite. Questo è un programma rivolto ai venditori Ferrero i quali possono creare il loro pacchetto di servizi personalizzato, scegliendo prestazioni che riguardano diversi ambiti. In particolare, per l'ambito educazione e istruzione ci sono alcune misure di agevolazioni come il rimborso delle spese scolastiche dei figli, della retta dell'asilo nido e dei corsi di formazione. Per l'ambito assistenza sociale e sanitaria è previsto il check-up medico, baby sitting per i figli, assistenza agli anziani per i familiari. Nell'ambito delle iniziative culturali e ricreative si prevede l'abbonamento alla palestra, biglietti per il cinema e per il teatro, abbonamenti a riviste e pacchetti viaggio.

Grazie a Ferrero Care Vendite, i dipendenti della forza vendita Ferrero possono usufruire dei servizi di welfare offerti dall'azienda in tutte le parti d'Italia.

CONCLUSIONE

Nonostante il welfare aziendale sia sotto i riflettori di politici, dei media, delle imprese e delle parti sociali esso non ha avuto, ad oggi, un grande sviluppo in Italia. In particolare è adottato solo dalle medie e grandi imprese, specie del centro-nord. Mentre nel centro-sud non ci sono grandi imprese per questo non si è sviluppato. Per cercare di espandere maggiormente questo sistema sempre più vengono promossi interventi a livello regionale e nazionale. Le politiche di secondo welfare permettono di offrire benefici in termini non solo monetari al lavoratore ma anche

offrendo benefits a favore dell'aumento della qualità di vita di quest'ultimo. Il fatto che il lavoratore usufruisca di tali benefici fa sì che egli svolga le prestazioni in modo più motivato e con maggior impegno, così che migliorerebbe il livello del lavoro svolto. Questo rappresenta per l'impresa un vero e proprio investimento perché i lavoratori portano alla stessa maggior guadagni e un aumento della produttività (F. Rizzi, R. Marracino, L. Toia, 2013).

Molto importante, come evidenziato nell'elaborato, è il trattamento fiscale di favore che permette un aumento della retribuzione del lavoratore, senza andare a gravare sul costo del lavoro sostenuto dall'azienda, e la possibilità, per il lavoratore stesso, di aumentare il proprio potere di acquisto con un conseguente impatto positivo sul suo benessere. Per l'azienda tutto ciò si tradurrebbe in un minor assenteismo da parte del lavoratore, in minori costi legati ad inefficienze e in un aumento, nel lavoratore, del senso di appartenenza all'azienda.

Nonostante i vantaggi che ne traggono i soggetti coinvolti, queste misure non sono molto sviluppate in Italia in quanto il nostro sistema è costituito prevalentemente da piccole imprese. Infatti queste misure sono rivolte solo a una limitata percentuale di lavoratori che ne usufruiscono.

Un dato positivo si riscontra nel fatto che l'80% delle imprese con più di 500 dipendenti abbia già avviato iniziative di welfare aziendale (Pavolini, et al. 2012).

È auspicabile, tuttavia, che esso si diffonda anche nelle piccole imprese e per estenderlo ad esse è necessario sia un intervento da parte dello Stato ma anche la disponibilità degli imprenditori ad adottare queste politiche.

BIBLIOGRAFIA

Beretta L., De Luca V., Parente F., Vitiello S., *Il welfare aziendale, dalla teoria alla pratica*, Giappichelli, Torino, 2016.

Calamandrei C., Orlandi C. (a cura di), *Manuale di management per le professioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2015.

Maino F., Ferrera F., *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Einaudi, Torino, 2015.

Mascarella M., *Welfare aziendale*, Centrostudi Uilm Piemonte, Torino, 2016.

Pavolini E., Ascoli U., Mirabile M.L., *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, il Mulino, 2012.

Ranci C., Pavolini E., *le politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino, 2018.

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

SITOGRAFIA

www.sostenibilitàesalute.org . *I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie*, Rete sostenibilità e salute, Bologna, 2017.

www.mefop.it . *Linee Guida per la best-practice dei Fondi sanitari*, Mefop Spa, 2021

www.gimbe.org/definanziamento-SSN . *La sanità integrativa*, Report Osservatorio GIMBE 1/2019.

www.luxottica.com/it . 2021.

www.eudaimon.it , www.network-iep.it Network IEP - Imprese e Persone, 2021