

# IL WELFARE CONTRATTUALE NEL TERZIARIO - L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

*A cura di:*

*Paola De Mizio, Franco Fraioli, Flavia Fumo, Angelo Marinelli, Isabella Mastrobuono,  
Fausto Moreno, Mario Porfiri, Federico Spandonaro, Marco Turbati*





## ENTE BILATERALE NAZIONALE TERZIARIO

Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma - Tel. 06/57305405 - Fax 06/57135472

info@ebinter.it - ebinter@ebinter.it - www.ebinter.it

### I SOCI



### COME NASCE

L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario è un organismo paritetico costituito nel 1995 dalle Organizzazioni Nazionali Confcommercio e Filcams - Cgil, Fisascat - Cisl e Uiltucs - Uil sulla base di quanto stabilito dal CCNL del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi. L'Ente ha natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue finalità di lucro.

### GLI SCOPI

L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario ha tra i suoi scopi di incentivare e promuovere studi e ricerche nel settore Terziario, con riguardo alle analisi dei fabbisogni formativi, di promuovere iniziative in materia di formazione continua, formazione e riqualificazione professionale, anche in collaborazione con Istituti nazionali, europei, internazionali e di fornire e attuare procedure per accedere ai programmi comunitari finanziati dai fondi strutturali, con particolare riferimento al Fondo Sociale Europeo. Le azioni individuate dalle parti sociali vengono avviate dall'Ente sia sulla base delle proprie risorse sia ricorrendo all'apporto di professionalità esterne di Enti di formazione, Centri di Ricerca, Centri Studi.

### LE ATTIVITÀ

Ricerche, Formazione/Progetti, Osservatorio Nazionale sul settore Terziario, Statistiche, Archivio della contrattazione decentrata. L'Ente è posto al centro di una rete capillare che comprende oltre 100 Enti Bilaterali territoriali costituiti su tutto il territorio nazionale. Nel corso di questi anni l'attività istituzionale di Ebinter è stata caratterizzata dalla partecipazione anche a progetti formativi finanziati dal FSE. L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario, avvalendosi della collaborazione di istituti di ricerca, ha realizzato e continua a realizzare, nel rispetto dei propri obiettivi istituzionali, una serie di pubblicazioni su temi di estrema attualità e di forte valenza per il sistema, in grado di valorizzare le esigenze e le specificità del settore terziario. Sono state editate nel corso di questi anni una serie di ricerche che hanno suscitato l'interesse di tutte le componenti sociali del sistema associativo. Altre iniziative sono state realizzate nel formato cd-rom nell'ottica di un sempre maggior sviluppo della formazione a distanza.



Via Tevere, 15 - 00198 Roma  
Tel/Fax 06 85357906 - E-mail: cst@cst.it  
www.centroserviziterziario.it



# IL WELFARE CONTRATTUALE NEL TERZIARIO - L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

*A cura di:*

*Paola De Mizio, Franco Fraioli, Flavia Fumo, Angelo Marinelli, Isabella Mastrobuono,  
Fausto Moreno, Mario Porfiri, Federico Spandonaro, Marco Turbati*

**WELFARE CONTRATTUALE NEL TERZIARIO -  
L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE**

Supplemento n. 7 al n. 1/2011 anno II del semestrale:



**Direttore Responsabile**

Pierangelo Raineri

**Redazione, Direzione, Amministrazione**

EBINTER

Via Cristoforo Colombo, 137

00147 Roma

Tel. 06.57305405, Fax 06.57135472

[www.ebinter.it](http://www.ebinter.it)

[ebinter@ebinter.it](mailto:ebinter@ebinter.it)

**Coordinamento editoriale**

di Luigi Garattoni

**Redazione e pubblicazione a cura di**

Paola Mele e Fulvia Silvestroni

Registrazione del Tribunale di Roma

n. 218/2011 del 06/07/2011

ROC 21627

**Stampa**

Romana Editrice S.r.l.

Via dell'Enopolio, 37

00030 San Cesareo (Roma)

Finito di stampare nel mese di Giugno 2012.

<b>SOMMARIO</b>	<b>pag</b>
Prefazione	3
Presentazione	7
Previdenza complementare: una necessità del sistema previdenziale futuro	11
Lo scenario globale per lo sviluppo dei fondi di welfare contrattuale integrativo	71
Possibili scenari evolutivi della sanità integrativa in Italia alla luce delle normative vigenti	87
Le esperienze dei fondi sanitari nel welfare contrattuale	103
L'evoluzione di Qu.A.S.	125
L'evoluzione del Fondo Est	137
L'esperienza del Fondo Fon.Te.	151



# Prefazione

di Pierangelo Raineri  
*Presidente Ebinter*





Il Welfare Contrattuale ha ormai consolidato il proprio ruolo e la propria identità nel panorama della Previdenza Complementare e della Sanità Integrativa in Italia, ecco perché Ebinter ha voluto proporre un'approfondita riflessione sull'argomento, ricorrendo a studi e valutazioni di esperti del settore.

In un periodo di prolungata crisi economica – qual è quello che stiamo ancora vivendo – il bilancio dello Stato non è più in grado di sostenere i crescenti costi della sanità e nel contempo è impensabile che le famiglie possano addossarsene i costi, qualora si presenti la necessità di integrare le prestazioni offerte dal Ssn.

Ecco perché favorire lo sviluppo dei Fondi Sanitari Integrativi derivanti dagli accordi bilaterali, allo scopo di contenere e ridurre l'incidenza della spesa sanitaria sul bilancio pubblico, è diventata un'esigenza inderogabile.

La proposta della compartecipazione del privato sembra una grande autostrada da percorrere in fretta, ma non va dimenticato che i Fondi Sanitari di origine contrattuale sono "integrativi" e non "sostitutivi" dell'intervento dello Stato, il quale ha il compito di definire con chiarezza i propri ambiti di intervento, affinché i Fondi possano con altrettanta chiarezza stabilire le voci dei propri nomenclatori tariffari.

Quanto alla Previdenza Complementare, va ricordato che già la Legge "Dini", entrata in vigore nel gennaio 1996, ha apportato delle modifiche radicali al sistema pensionistico, avendo modificato il metodo di calcolo della pensione pubblica che è passata dal metodo retri-

butivo a quello contributivo.

Il nuovo metodo di calcolo ha nettamente ridimensionato l'importo che si arriverà a percepire al momento della pensione il quale è stato stimato che sarà pari a circa il 50% dell'ultima retribuzione. Chi andrà in pensione con le nuove regole si troverà dunque nella necessità di colmare ciò che la previdenza pubblica non è più in grado di garantire. Da qui deriva l'importanza della Previdenza Complementare la quale rappresenta quindi una strada praticamente obbligata per tutti coloro che vogliono evitare, quando smetteranno di lavorare, un drastico ridimensionamento del proprio tenore di vita.

Ecco perché l'Ente Bilaterale si è sempre più adoperato per favorire la presa di coscienza dei lavoratori circa l'entità del problema e la contrattazione dell'ultimo decennio si è impegnata a discutere a fondo della questione.

Oggi dunque i contributi finanziari definiti nell'ambito dei vari Contratti Collettivi Nazionali devono essere considerati, sotto tutti gli aspetti, come facenti parte del salario e devono essere impiegati in modo idoneo a garantire effettivamente il Welfare dei lavoratori.

Questa pubblicazione di Ebinter vuole essere un contributo alla rappresentazione di questa realtà, da offrire a chi opera nei nostri settori come spunto di riflessione e come possibile modello per le future trattative contrattuali.

# Presentazione

di Giovanni Pirulli

*Segretario Nazionale Fisascat Cisl*



La previdenza complementare e l'assistenza sanitaria integrativa sono due argomenti di cui – a livello di opinione pubblica – non si parla abbastanza nel nostro Paese, mentre io ritengo che, considerando la responsabilità sociale delle imprese e considerando la necessità che queste forme di previdenza aiutino un domani soprattutto le nuove generazioni, bisogna che se ne discuta di più e più a fondo.

Che esista un problema su questo fronte, lo dimostrano le cifre: mentre al Fondo Est – che si occupa di assistenza sanitaria integrativa – sono iscritti quasi 1,5 milioni di persone, al Fondo Fon.Te – che si occupa di previdenza complementare e che è il secondo fondo di previdenza complementare dopo Cometa, il fondo dei metalmeccanici – sono iscritte poco meno di 200.000 persone sui 6,5 milioni di lavoratori potenzialmente iscrivibili a questi strumenti del welfare contrattuale.

Lo squilibrio tra i dati relativi ai due fondi dimostra la poca lungimiranza – dovuta evidentemente ad una ancora scarsa presa di coscienza – degli operatori che noi tuteliamo: viviamo concentrati sull'oggi e non abbiamo la capacità di spingerci sino a considerare quel che sarà di noi domani, condizionati come siamo dall'attuale congiuntura economica recessiva la quale non induce certo a fare programmi a lunga scadenza. Così, considerando che la probabilità di avere bisogno della visita di un medico specialista per noi o per i nostri figli è un'eventualità purtroppo non così infrequente, aderiamo al fondo di assistenza sanitaria integrativa e rimandiamo a tempi migliori l'adesione a quello di previdenza complementare.

Invece sarà solo con la previdenza complementare che si riuscirà a sostenere efficacemente in futuro il percorso di vita al termine del periodo lavorativo: siccome la prospettiva demografica ed il calo degli attivi determinano una diminuzione delle risorse da destinare alla tenuta del reddito dei pensionandi, è chiaro che dobbiamo in qualche modo farcene carico. E per farcene carico, il modo migliore è spiegare ai lavoratori che la previdenza complementare certamente può presentare il rischio della gestione finanziaria, ma non costituisce un azzardo e di certo non rappresenta un rischio molto differente da quello della previdenza pubblica.

Quest'ultima infatti comporta un'eventualità che nessuno di solito valuta pienamente, ovvero che le regole politiche possono essere cambiate in corsa e, qualora ciò accada, ci si ritrova con un danno in termini di copertura previdenziale che non si era stimato, come hanno dimostrato i provvedimenti legislativi che hanno modificato unilateralmente le regole relative ai trattamenti pensionistici e che hanno provocato ai lavoratori un danno ben superiore al basso rendimento della previdenza complementare, la quale, secondo le regole attuali emanate dai diversi Governi, investe nei mercati finanziari.

Ecco perché il tema del welfare integrativo contrattuale rappresenta una delle frontiere più avanzate della contrattazione collettiva: alla lunga può rivelarsi poco significativo insistere ancora su rivendicazioni che potremmo definire "storiche", mentre è in questo ambito che si può esplicitare utilmente una sinergia con quanto previsto dai contratti collettivi, con quanto viene gestito dalla bilateralità, al fine di consentire alle future generazioni il benessere sociale di cui hanno goduto quelle nate nel secondo dopoguerra.

Per parte nostra, noi siamo così consapevoli che questo della previdenza complementare è un nodo strategico per il futuro dei lavoratori occupati nel settore, che abbiamo deciso che la nostra strategia contrattuale, per i prossimi rinnovi, dovrà puntare necessariamente alla obbligatorietà del versamento alla previdenza complementare, così come abbiamo già positivamente sperimentato nell'assistenza sanitaria integrativa.

Il welfare contrattuale e la negoziazione delle tutele, investendo in esse parte del salario, costituiscono l'unica efficace modalità per riaffermare in modo sussidiario il ruolo delle parti sociali e garantire una forte solidarietà sociale.

Previdenza complementare:  
una necessità del sistema previdenziale futuro

di Angelo Marinelli

*Coordinatore Dipartimento Democrazie Economica,  
Fisco e Previdenza Cisl*





*“...Ai giorni nostri, i giovani non trovano da battere un chiodo, le persone di mezz'età diventano esuberanti nelle aziende dove lavorano e vengono cacciate via, i vecchi non muoiono più” (John Galbraith)*

## **Preambolo**

Negli ultimi 20 anni sono state realizzate almeno quattro riforme strutturali del sistema previdenziale (legge 421/92, legge 335/95, legge 243/04, e la recente legge approvata il 22 dicembre 2011 che ha convertito, con modificazioni, il decreto legge 6 dicembre 2011, n° 201), a cui hanno fatto seguito numerosi interventi di natura correttiva, essenzialmente finalizzati a rendere più sostenibile sul piano finanziario la dinamica della spesa.

In particolare la recente manovra economica varata dal Governo presieduto dal Prof. Mario Monti ha modificato pesantemente i requisiti di accesso alla pensione obbligatoria, allo scopo di determinare un ulteriore aumento dell'età effettiva di pensionamento. A farne le spese sono state le pensioni di anzianità, di fatto abrogate dalle misure adottate, mentre non è stato risparmiato neppure il tradizionale canale di accesso al pensionamento con il requisito contributivo che prescinde dall'età anagrafica, anch'esso agganciato dal 2013 in poi al meccanismo automatico di adeguamento alla speranza di vita accertata dall'Istat.

Pur se molto diverse fra loro tutte le riforme sopra richiamate hanno, però, denunciato alcuni tratti di fondo comuni. Intanto le misure adottate hanno prodotto consistenti risparmi della spesa che hanno permesso innanzitutto di risanare i conti degli enti previdenziali, riducendo gli oneri a carico dello Stato nel lungo periodo.

In secondo luogo le riforme si sono poste l'esigenza di eliminare i disincentivi impliciti alla prosecuzione dell'attività lavorativa, che sono

stati via, via ridimensionati attraverso:

- i) il collegamento della retribuzione pensionabile alla retribuzione effettivamente percepita durante tutto l'arco della vita lavorativa (legge 421/92);
- ii) l'introduzione del metodo di calcolo contributivo, in base al quale il trattamento pensionistico viene calcolato sulla base della contribuzione maturata durante l'intera carriera lavorativa, in funzione dell'età anagrafica di accesso al pensionamento
- iii) l'abolizione del divieto di cumulo fra retribuzione e trattamento pensionistico;
- iv) l'ampliamento delle possibilità di totalizzazione dei contributi maturati presso gestioni pensionistiche diverse
- v) l'introduzione del metodo di calcolo contributivo pro - rata a partire dal 1° gennaio 2012, sulle anzianità contributive maturate a decorrere da tale data, anche sulle pensioni dei lavoratori con anzianità contributive almeno pari o superiori a 18 anni al 31/12/1995.

In terzo luogo alcune riforme hanno assunto l'obiettivo della sostenibilità sociale accanto a quello della sostenibilità finanziaria, ampliando la copertura contributiva figurativa a fronte di determinate vicende della vita personale e professionale, migliorando i trattamenti pensionistici già in essere, in relazione all'età anagrafica e al reddito del percipiente e/o del suo nucleo familiare o promuovendo lo sviluppo della previdenza complementare.

Si è, pertanto, con il tempo delineato e sviluppato un sistema di sicurezza sociale - nello specifico previdenziale - articolato su tre pilastri fondamentali: l'assegno sociale, la previdenza obbligatoria e la previdenza complementare.

A ciascuno di questi tre pilastri il sistema ha riconosciuto una specifica funzione: all'assegno sociale l'azione di contrasto al fenomeno della povertà, in adempimento al dettato costituzionale previsto al primo comma dell'articolo 38, con una prestazione assistenziale collegata al reddito del nucleo familiare del percipiente; alla pensione obbligatoria l'obiettivo di assicurare, in caso di invalidità e vecchiaia, mezzi adeguati alle proprie esigenze di vita, correlando l'entità della prestazione all'ammontare della retribuzione percepita e dell'anzianità contributiva maturata (metodo retributivo) o della contribuzione versata durante l'arco della vita lavorativa, in funzione dell'aspettativa di vita residua al momento del pensionamento, attraverso il sistema dei coefficienti di trasformazione (metodo contributivo).

L'assegno sociale e la pensione calcolata con il metodo contributivo sono poi differenziati in relazione ad ulteriori condizioni sociali, come nel caso delle maggiorazioni dell'assegno sociale correlate all'età anagrafica o come i numerosi casi di contribuzione figurativa che intervengono nel regime dell'Assicurazione Generale Obbligatoria al verificarsi di determinati eventi della vita personale e lavorativa.

La selettività consente di focalizzare l'intervento solidaristico a sostegno delle persone più bisognose, riducendo così l'area del disagio sociale a fronte di oneri più contenuti per l'intera collettività che nel caso di misure di tipo generalista o di interventi "a pioggia".

Almeno tre sono le dinamiche in atto che attenuano, però, l'efficacia della selettività dell'intervento di protezione sociale.

La prima riguarda i cambiamenti del mercato del lavoro e l'evoluzione dell'organizzazione dei sistemi produttivi che determinano un aumento dei rischi legati alla discontinuità e alla flessibilità delle carriere lavorative e professionali.

La realizzazione di politiche attive del lavoro (in ordine alla formazione continua e alla molteplicità di occasioni di impiego, agli ammortizzatori sociali); il raggiungimento di parametri occupazionali di tipo europeo sull'occupazione (soprattutto femminile, giovanile e dei lavoratori "senior"); la stabilità del lavoro (dalla lotta al lavoro nero alla riduzione della precarietà, alla estensione di tutele minime ma generalizzate) sono aspetti che influenzano in modo decisivo la sostenibilità finanziaria e sociale del sistema previdenziale e, dunque, vanno tenuti sempre presenti in occasione dell'analisi e della discussione inerente alle riforme del sistema pensionistico.

Le proposte per contrastare l'onda d'urto derivante dalla maggiore flessibilità nel mercato del lavoro che si traduce, da un lato, in fabbisogni previdenziali crescenti dei lavoratori parziali, discontinui e temporanei e, dall'altro, in una riduzione dei flussi di finanziamento contributivi entro il sistema della ripartizione possono riguardare: la ulteriore riduzione della forbice contributiva previdenziale fra il lavoro autonomo<sup>1</sup> e

<sup>1</sup> Con effetto dal 1/1/2012 il Decreto legge 6/12/2011, n° 201, convertito con modificazioni dalla legge 22 dicembre 2011, n° 214 ha disposto l'incremento delle aliquote contributive pensionistiche di finanziamento e computo della pensione dei lavoratori artigiani e commercianti iscritti alle gestioni autonome dell'Inps di 1.3 punti percentuali dal 2012 e successivamente di 0,45 punti percentuali per ogni anno fino a raggiungere il 24%.

subordinato<sup>2</sup>; l'introduzione di ulteriori elementi di solidarietà contributiva per le fasce di lavoratori più deboli, discontinui e precari; il sostegno per i lavoratori temporanei e per i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa a progetto per l'adesione a piani pensionistici complementari, mediante forme di integrazione contributiva per i soggetti con minore capacità reddituale e/o patrimoniale o l'abbattimento degli oneri amministrativi per la partecipazione a tali piani, mediante l'intervento dello Stato o del sistema delle Autonomie regionali o locali.

La seconda dinamica si riferisce ai mutamenti della struttura sociale della popolazione italiana che aprono la deriva verso una profonda divaricazione dei percorsi di vita personali.

Ad una società nel passato caratterizzata da una profonda simbiosi dei destini di vita individuali, ed in cui i percorsi di emancipazione si sviluppavano tramite processi di crescita collettiva omogenea per gruppi o categoria di appartenenza sociale o professionale, se n'è sostituita un'altra dove si assiste ad una sempre più pronunciata differenziazione dei cicli di vita degli individui.

Ciò provoca una sempre più pronunciata discrepanza fra le esigenze personali degli individui e delle loro famiglie e la possibilità di soddisfarle concretamente attraverso l'azione collettiva, pubblica o privata che sia. Di qui il rischio che, nel deficit di soluzioni capaci di rispondere in modo adeguato al crescente pluralismo delle aspettative individuali, si affievolisca la percezione circa l'utilità o l'efficacia dell'azione redistributiva svolta dallo Stato o dalle istituzioni pubbliche.

L'evoluzione della composizione della struttura sociale della popolazione italiana è il fenomeno che maggiormente incide sul trade – off fra selettività ed universalità. Se la componente sociale “da sussidiare”, a beneficio della quale vengono erogate le prestazioni, cresce a dismisura in relazione alla componente “attiva” della so-

<sup>2</sup> In applicazione dell'art. 22 comma 1 della L. 12.11.2011 n. 183 (legge di stabilità 2012) l'aliquota contributiva previdenziale dovuta per gli iscritti alla Gestione separata Inps ex L. 8.8.95 n. 335 aumenta di un punto percentuale a partire dal 1 gennaio 2012. Dunque, per quanto riguarda i soggetti iscritti solo alla Gestione separata Inps e non pensionati, l'aliquota contributiva previdenziale (di finanziamento e di computo) aumenta dal 26% al 27% con effetto dall'1.1.2012. Resta fermo l'obbligo di versare un contributo aggiuntivo, finalizzato al finanziamento delle prestazioni economiche temporanee erogate dall'Inps a titolo assistenziale (indennità di maternità/paternità, trattamento economico per congedo parentale, indennità giornaliera di malattia, indennità di malattia per degenza ospedaliera, assegno per il nucleo familiare) che ammonta, a decorrere dal 7.11.2007, allo 0,72%.

cietà aumentano anche i rischi di natura “politica”, tipici del sistema finanziario a ripartizione su cui si regge il settore della protezione sociale.

Trenta anni fa i giovani rappresentavano circa la metà della popolazione, oggi ne costituiscono appena un quarto<sup>3</sup>. In sostanza è calato sia il flusso dei “nuovi” giovani che lo stock, con conseguenze facilmente immaginabili in una società che invecchia sempre di più ed in cui un numero relativamente minore di lavoratori attivi dovrà farsi carico del sostentamento di un numero crescente di persone in età anziana. La maggiore flessibilità e discontinuità delle prestazioni lavorative rappresentano ulteriori fattori che influenzano il livello della copertura pensionistica.

La criticità del quadro di riferimento emerge in tutta la sua complessità se si osservano le proiezioni demografiche relative alla crescita dei fenomeni di non autosufficienza e delle malattie parzialmente invalidanti, tipiche dell'età anziana. Si stima, infatti, che nel 2050 un quarto degli ultra 65enni (che costituiranno oltre il 34% della popolazione totale) sarà interessato da problemi diversi di disabilità o di non autosufficienza. Per il futuro, quindi, la prospettiva dei bisogni da sussidiare e delle situazioni di disagio da sostenere appaiono progressivamente in crescita e non in diminuzione.

Il combinato disposto di queste dinamiche aumenta il rischio complessivo della ricchezza del ciclo vitale delle famiglie italiane. Una prospettiva che chiama con forza anche il welfare contrattuale, nelle sue molteplici articolazioni, ad aumentare le platee dei potenziali destinatari e l'area dei bisogni protetti.

La terza dinamica è legata al combinato disposto fra l'aumentata aspettativa di vita e l'insufficiente tasso di occupazione che si traduce in un aumento esponenziale, nei prossimi decenni, dell'indice di dipendenza degli anziani. Una tendenza che l'insufficiente dinamica del tasso di fertilità del nostro Paese non riuscirà ad invertire neppure grazie al positivo apporto della componente migratoria.

Peraltro, l'invecchiamento della popolazione mette in seria difficoltà sia il patto intergenerazionale interno al sistema a ripartizione, agendo sulla compressione della dinamica di crescita del Pil, sia l'equilibrio dei sistemi finanziari a capitalizzazione (su cui si basano i fondi pensione

<sup>3</sup> Agli inizi degli anni '80 i giovani con un'età compresa fra i 15 e i 39 anni erano il 35,1 della popolazione totale italiana, nel 2009 il 31,4% (a fronte di un dato medio dei Paesi dell'Unione europea a 27 pari al 33,4%). Elaborazioni su dati Eurostat.

di nuova istituzione), poiché il peso crescente della parte di popolazione che non lavora sulla forza di lavoro attiva si ripercuote sui meccanismi di formazione dei prezzi e, in ultima analisi, sui rendimenti dei mercati finanziari.

I vantaggi di un sistema a capitalizzazione non consistono dunque nella maggiore efficacia nel rispondere agli shock demografici rispetto ad un sistema a ripartizione ma, piuttosto, nella capacità di sollecitare un incremento del saggio nazionale di risparmio, influenzando il processo di accumulazione del capitale, e nella capacità di realizzare un maggiore equilibrio nei rischi, riducendo quelli di natura politica.

Anche sulla base di tale assunto molti economisti hanno sostenuto la necessità di realizzare una graduale sostituzione dei sistemi a ripartizione con i sistemi a capitalizzazione per contrastare gli effetti della tendenziale riduzione dei tassi di rendimento dei sistemi a ripartizione, la cui dinamica viene considerata meno positiva di quella dei tassi di rendimento dei sistemi a capitalizzazione.

In linea teorica, si può postulare la supremazia di un sistema a capitalizzazione rispetto ad uno a ripartizione se il tasso di rendimento del primo, correlato all'andamento dei mercati finanziari, è superiore alla somma del tasso di crescita della forza lavoro e del tasso di crescita della produttività.

Tuttavia, in prospettiva, l'effetto combinato della crescita del reddito nazionale e del saggio di risparmio potrebbe condurre ad un incremento dell'offerta di risparmio. Questo può tradursi, nel mercato dei fondi mutuabili, in assenza di aumenti esogeni della domanda di investimenti, in una riduzione del tasso di rendimento generale.

L'esigenza di diversificare i rischi e di ridurre quelli di natura politica ha portato anche in Italia all'istituzione di forme di previdenza privata a capitalizzazione, con funzione complementare e non più integrativa come nel passato. Nel concorrere alla realizzazione di più elevati livelli di trattamento previdenziale i fondi pensione possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo del mercato dei capitali e nella promozione del risparmio. Una scelta che realizza un'adeguata differenziazione dei livelli e della qualità delle prestazioni, corresponsabilizzando i lavoratori in una serie di scelte che vanno da quelle iniziali di adesione, a quelle successive riguardanti il livello della contribuzione, i criteri di investimento delle risorse impiegate e le modalità di erogazione delle prestazioni finali.

La riforma della previdenza complementare, entrata in vigore nel 2007, ha prodotto un buon risultato nella grande impresa, ma lascia

ancora scoperta la parte più vulnerabile del mondo del lavoro nelle piccole imprese, dove ha pesato la maggiore fragilità del sistema delle relazioni sindacali, la più elevata diffusione delle aziende sul territorio, la maggiore riluttanza dei datori di lavoro a privarsi del Tfr, in considerazione di una maggiore difficoltà di accesso al credito sostitutivo e in assenza dell'obbligo, che sussiste invece nelle aziende con almeno 50 addetti, di conferire al fondo di tesoreria gestito dall'Inps il trattamento di fine rapporto non destinato ai fondi pensione.

La "volontarietà" delle scelte incontra limiti insormontabili nelle situazioni in cui asimmetrie informative e problemi di autofinanziamento delle piccole e medie imprese ostacolano lo sviluppo delle adesioni ai fondi pensione.

"L'obbligatorietà" dell'adesione necessaria ad assicurare una diffusione piena e completa della previdenza complementare in tutti i settori richiederebbe, peraltro, il superamento dei noti problemi di capitalizzazione e di accesso al credito sostitutivo del Tfr delle piccole e medie imprese e lo sviluppo di strumenti finanziari capaci di intercettare gli impieghi dei fondi pensione al fine di convogliarli, almeno parzialmente, al finanziamento del sistema delle imprese italiane e dello sviluppo locale.

Tutte queste considerazioni muovono dalla valutazione che i mutamenti sociali, economici e demografici che investono il nostro Paese non attenuano le esigenze dell'intervento pubblico ma anzi lo ampliano. Lo "Stato – apparato" può, infatti, svolgere la sua funzione di riduzione del rischio di povertà in molti modi, anche sussidiando l'economia privata, come nel caso dell'intervento promozionale e incentivante a sostegno dei sistemi di previdenza complementare e della sanità integrativa.

D'altro canto la sostenibilità sociale di un sistema previdenziale ne condiziona inevitabilmente la sostenibilità finanziaria. Il reddito, infatti, influenza le scelte di consumo e di risparmio dei lavoratori e dei pensionati, fornisce un contributo decisivo alla crescita economica e al risanamento della finanza pubblica tramite il pagamento dei tributi e rappresenta, in definitiva, la condizione che consente la realizzazione di obiettivi redistributivi in chiave solidaristica, tramite la leva fiscale.

Le ipotesi correttive hanno finora riguardato soprattutto il sostegno dei soggetti a più bassa contribuzione e con un inadeguato livello di tasso di sostituzione, attraverso l'ampliamento della contribuzione figurativa con riferimento ai periodi di inoccupazione, mantenendo quindi

inalterato l'attuale impianto previdenziale, basato su un primo pilastro pubblico finanziato a ripartizione e un secondo pilastro privato, basato sul meccanismo tecnico – finanziario della capitalizzazione e sussidiato dal sostegno pubblico.

Ma l'aumento della platea dei potenziali beneficiari dell'intervento selettivo, con riferimento all'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni sociali sopra cennata e l'esigenza di contrastare più efficacemente il rischio di povertà, garantendo un trattamento previdenziale dignitoso per chi abbia lavorato, lasciano aperta la "questione previdenziale" che però deve fare i conti con l'attuale quadro di finanza pubblica e con le prospettive di crescita del nostro Paese.

I rischi politici di promesse previdenziali troppo generose, che non tengano conto del necessario equilibrio fra l'evoluzione sociale del Paese e la dinamica del mercato del lavoro sono destinati, infatti, a generare nel lungo periodo profondi squilibri nella struttura dei conti previdenziali e scaricano sulle future generazioni gli oneri dei processi di aggiustamento. Qualunque approccio che non tenga insieme sostenibilità finanziaria e sostenibilità sociale è, quindi, destinato ad essere perdente.

Al tempo stesso - mentre la prospettiva demografica e sociale determina una pressione crescente sullo sviluppo dei sussidi, della contribuzione figurativa e delle maggiorazioni sociali - le esigenze di sostenibilità finanziaria spingono ad una valutazione sempre più discrezionale da parte dello Stato circa l'estensione del livello di solidarietà da garantire universalmente. L'incremento della selettività negli interventi di sussidio o di sostegno, nelle diverse forme possibili, presta peraltro il fianco ai ben noti meccanismi di acquisizione del consenso politico, influenzati dall'azione dei diversi gruppi di interesse.

Peraltro, ad un inasprimento dei criteri selettivi di calcolo delle prestazioni può non corrispondere una proporzionale riduzione della spesa, perché la maggiore specificazione dei benefici e delle condizioni richiede un aumento degli oneri di natura amministrativa, legati alla verifica delle situazioni tutelate, e dei costi del processo di contrattazione politica, dovuti alle diverse modalità di scelta utilizzate nella selezione delle situazioni da agevolare o sostenere.

Per le ragioni sopra analizzate un adeguato livello di copertura pensionistica rappresenta un elemento fondamentale non solo per assicurare l'equità e la coesione sociale, ma anche per realizzare la stabilità macroeconomica e sostenere la crescita nel lungo periodo.

La previdenza complementare, dunque, rimane una questione



ineludibile e centrale nell'attuale dibattito politico ed economico che va rilanciata con forza, dopo una fase caratterizzata da un rallentamento della spinta propulsiva delle istituzioni pubbliche e delle parti sociali, a seguito delle priorità imposte dalla crisi economica e finanziaria.

Ecco perché la sua utilità e la sua necessità vanno riaffermate a cominciare dall'iniziativa sindacale collettiva che deve considerarla a pieno titolo uno degli strumenti fondamentali del nuovo welfare contrattuale.

Dal primo gennaio 2007 è entrato in vigore il Decreto legislativo 5 dicembre 2005 n.252, relativo alla "Disciplina delle forme pensionistiche complementari", pubblicato sulla G.U. 13/12/2005 n.289. Il D.lgs 252/05. La riforma si applica a tutti i lavoratori del settore privato, mentre per i lavoratori dipendenti pubblici che aderiscono ai fondi pensione istituiti dai relativi contratti collettivi nazionali di lavoro continuano essenzialmente ad applicarsi le norme del Decreto legislativo 21 aprile 1993, n° 124.

### Tassi di sostituzione lordi dei lavoratori dipendenti privati della previdenza obbligatoria nell'ipotesi base della Ragioneria Generale dello Stato e con i requisiti minimi - Scenario nazionale base (valori in % rispetto al reddito finale)

21

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
<b>Pensionamento con 67 anni di età e 37 anni di contribuzione</b>						
<b>Ipotesi base</b>	72,7	66,6	64,5	63,2	62,4	61,2
<b>Vecchiaia - Anzianità contributiva 35 anni</b>						
<b>Età minima - femmine (età)</b>	68,8 (60+4m.)	58,7 (61+7m.)	54,9 (62+4m.)	53,8 (63+6m.)	54,7 (64+6m.)	54,9 (65+3m.)
<b>Età minima - maschi (età)</b>	68,8 (65+4m.)	62,8 (66+7m.)	60,7 (67+7m.)	59,8 (68+6m.)	61,0 (69+6m.)	61,7 (70+3m.)
<b>Vecchiaia - Anzianità contributiva parametrata all'età</b>						
<b>Età minima - femmine (età/anz.)</b>	55,5 (60+4m./30+4m.)	52,0 (61+7m./31+7m.)	50,6 (62+7m./32+7m.)	51,5 (63+6m./33+6m.)	54,0 (64+6m./34+6m.)	55,3 (65+3m./35+3m.)
<b>Età minima - maschi (età/anz.)</b>	59,5 (65+4m./30+4m.)	56,1 (66+7m./31+7m.)	56,2 (67+7m./32+7m.)	57,3 (68+6m./33+6m.)	60,1 (69+6m./34+6m.)	62,2 (70+3m./35+3m.)
<b>Pensionamento anticipato - Canale età/anzianità contributiva <sup>60</sup></b>						
<b>Età minima/anz. = 36 (età)</b>	70,7 (60+9m.)	62,9 (63+7m.)	60,0 (64+7m.)	58,7 (65+6m.)	59,8 (66+6m.)	60,0 (67+3m.)
<b>Età minima/anz. = 37 (età)</b>	72,7 (59+9m.)	63,7 (62+7m.)	60,2 (63+7m.)	58,5 (64+6m.)	59,6 (65+6m.)	59,8 (66+3m.)
<b>Pensionamento anticipato - Canale età/anzianità contributiva <sup>60</sup></b>						
<b>Età =61/anz. = 41</b>	78,5	69,7	64,1	65,9	64,8	63,9
<b>Età =63/anz. = 41</b>	78,5	71,9	67,0	62,2	61,2	60,4
<b>Età =65/anz. = 41</b>	78,5	74,4	70,3	65,9	64,8	63,9

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio – lungo periodo del sistema pensionistico e socio – sanitario. Aggiornamento 2011.*

## 1. Le scelte dei lavoratori

L'adesione alla previdenza complementare, dopo l'entrata in vigore del Decreto legislativo 252/05, può avvenire in modo esplicito o tacito:

- esplicito, compilando la scheda di adesione ad una forma pensionistica complementare e l'apposito modello predisposto dal ministero (Tfr 1 per i lavoratori già occupati alla data del 1° gennaio 2007; modello Tfr 2 per i lavoratori occupati dopo dal 1° gennaio 2007 in poi);
- tacito (silenzio - assenso) cioè senza effettuare alcuna scelta esplicita nei sei mesi successivi all'assunzione.

All'atto dell'assunzione i datori di lavoro sono tenuti a fornire ai lavoratori una prima adeguata informativa in merito alla devoluzione del Tfr a previdenza complementare e sulle diverse scelte disponibili.

Trenta giorni prima della scadenza dei sei mesi utili ai fini del conferimento tacito del Tfr maturando alla previdenza complementare (entro cinque mesi dall'assunzione) i datori di lavoro sono tenuti a fornire ai lavoratori che non abbiano ancora manifestato alcuna volontà, una seconda adeguata informativa scritta, diretta ad indicare la forma pensionistica complementare verso la quale il Tfr maturando sarà conferito nel caso di mancata effettuazione di una scelta esplicita entro il decorso del semestre.

### 1.1. L'adesione tacita

Se non si effettua alcuna decisione esplicita (silenzio – assenso), a partire dal settimo mese successivo all'assunzione tutto il Tfr maturando viene conferito al fondo pensione previsto dai contratti e accordi collettivi nazionali o territoriali, salvo diverso accordo collettivo aziendale che può individuare una diversa forma pensionistica di destinazione. Se non esiste e non è già operativa una forma pensionistica complementare prevista dalla contrattazione collettiva (anche aziendale) il Tfr viene conferito al fondo pensione complementare costituito presso l'Inps ("Fondinps", da non confondersi con il "fondo di tesoreria" per l'erogazione del trattamento di fine rapporto dei lavoratori del settore privato, che accoglie invece il Tfr dei lavoratori dipendenti da aziende con almeno 50 addetti che abbiano esplicitamente scelto di non aderire a previdenza complementare).

L'adesione tacita produce l'effetto del solo conferimento del Tfr maturando, e non anche del contributo a carico del datore di lavoro, alla forma pensionistica complementare individuata dai contratti o accordi collettivi, salvo diverso accordo collettivo aziendale, a partire dal settimo mese dopo l'assunzione.

Il Tfr conferito tacitamente viene destinato ad un comparto specifico che i fondi pensione devono costituire per poter ricevere i flussi di Tfr a seguito di “silenzio – assenso”. Tale comparto deve garantire la restituzione del capitale versato e rendimenti che, con elevata probabilità, siano pari o superiori alla rivalutazione aziendale del Tfr, quantomeno in un orizzonte temporale pluriennale.

Per intercettare i flussi di Tfr dei lavoratori per i quali la contrattazione collettiva ancora non prevede specifiche forme pensionistiche complementari, destinati attraverso “silenzio – assenso”, il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con il Ministro dell’Economia, con decreto del 30 gennaio 2007, ha definito le modalità di istituzione e di funzionamento di Fondinps, la forma pensionistica complementare alla quale affluiscono le quote di Tfr maturando non altri menti devolute.

Il “silenzio – assenso” produce effetti solo sui rapporti di lavoro che non siano cessati prima del decorso dei sei mesi di tempo, a partire dall’assunzione, che la legge assegna per effettuare le scelte di conferimento del Tfr maturando. Pertanto, nel caso di contratti di lavoro a tempo determinato o temporanei di durata inferiore a sei mesi, non si produce il meccanismo del silenzio - assenso.

### **1.2. L’adesione esplicita**

L’adesione esplicita comporta il conferimento integrale del trattamento di fine rapporto maturando alla forma pensionistica complementare per i lavoratori con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva al 28/4/93, mentre i lavoratori con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria precedente alla data del 29 aprile 1993 possono, in alternativa al conferimento integrale, continuare a destinare il Tfr nella misura prevista dai diversi contratti o accordi collettivi di lavoro<sup>4</sup>.

Si può scegliere di aderire esplicitamente a qualsiasi forma pensionistica complementare:

- individuale (fondo aperto o forma pensionistica individuale tramite stipula di una polizza assicurativa previdenziale);
- collettiva (fondo chiuso o eventualmente un fondo aperto), istituita o promossa dal contratto collettivo di lavoro di riferimento, anche aziendale).

<sup>4</sup> La trattazione delle diverse scelte possibili è limitata ai casi che possono interessare la generalità dei lavoratori del Terziario.

Il contributo a carico del datore di lavoro, previsto dalla contrattazione collettiva, è dovuto solo nel caso di iscrizione alle forme pensionistiche promosse dalla stessa contrattazione collettiva. In questo caso l'obbligo del datore di lavoro di versare il contributo a suo carico si attiva automaticamente con il versamento di un contributo minimo a carico del lavoratore.

In caso di nuova assunzione il datore di lavoro deve verificare quale sia stata la scelta precedentemente effettuata dal lavoratore, facendosi rilasciare apposita dichiarazione, corredata della relativa attestazione rilasciata dal datore di lavoro di provenienza o eventuale altra documentazione che comprovi la scelta a suo tempo compiuta.

Tale verifica è rilevante ai fini degli effetti conseguenti alla nuova assunzione. In particolare:

- nel caso in cui il lavoratore riassunto abbia precedentemente scelto di non destinare il Tfr ad una forma pensionistica complementare, il datore di lavoro continuerà a mantenere il Tfr sulla base del regime previsto dall'articolo 2120 del codice civile, ovvero a destinarlo al fondo di tesoreria gestito dall'Inps nel caso abbia alle proprie dipendenze un numero di addetti almeno pari a 50. Resta ferma la facoltà del lavoratore, in qualunque momento, di aderire ad una forma pensionistica complementare, conferendo ad essa il Tfr maturando;
- nel caso in cui il lavoratore riassunto abbia precedentemente conferito il Tfr ad una forma pensionistica complementare e, a seguito della perdita dei requisiti di partecipazione a tale forma, non abbia provveduto a riscattare integralmente la propria posizione, la scelta a suo tempo effettuata rimane efficace anche nei confronti del nuovo datore di lavoro. In questo caso spetterà al lavoratore stesso fornire al nuovo datore di lavoro indicazioni circa la destinazione del Tfr maturando a previdenza complementare, non essendo più consentito il mantenimento del Tfr in azienda a seguito della scelta precedentemente effettuata. Il lavoratore potrà, pertanto, disporre di sei mesi di tempo dalla data della nuova assunzione per esprimere la propria volontà circa la forma pensionistica complementare a cui conferire il Tfr maturando (ed eventualmente alla misura del Tfr prevista dai contratti collettivi di riferimento nel caso si tratti di lavoratore con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria precedente alla data del 29 novembre 1993 che non abbia nei precedenti rapporti optato per la destinazione integrale del Tfr). Gli effetti delle scelte retroagiscono dalla data dell'assunzione. In caso di mancata indicazione della for-

ma pensionistica a cui conferire il Tfr (o della misura dello stesso), il datore di lavoro provvede, decorso il termine di sei mesi dall'assunzione, a conferire integralmente il trattamento di fine rapporto alla forma pensionistica complementare prevista dai contratti o dagli accordi collettivi di lavoro, anche territoriali, salvo sia intervenuto un diverso accordo aziendale che preveda la destinazione del Tfr a una forma collettiva tra quelle previste all'articolo 1, comma 2, lettera e), n. 2), della legge 23 agosto 2004, n. 243 (fondo pensione contrattuale, fondo aperto o fondo eventualmente istituito dalla Regione di residenza). Nel caso in cui gli accordi o i contratti collettivi prevedano più forme pensionistiche, il Tfr maturando è trasferito, salvo diverso accordo aziendale, a quella alla quale abbia aderito il maggior numero di lavoratori dell'azienda. Qualora gli accordi o i contratti collettivi applicati nell'impresa da cui il lavoratore dipenda non prevedano alcuna forma pensionistica complementare, il datore di lavoro trasferisce il Tfr maturando alla forma pensionistica complementare istituita presso l'Inps (Fondinps);

- nel caso in cui il lavoratore riassunto abbia precedentemente conferito, parzialmente o integralmente, il Tfr ad una forma pensionistica complementare ma, a seguito della cessazione del rapporto di lavoro, abbia riscattato integralmente la posizione maturata, trovandosi nelle condizioni previste dalla legge, la scelta riguarderà nuovamente il mantenimento del Tfr in azienda, ovvero il suo conferimento ad una forma pensionistica complementare. Il lavoratore avrà sei mesi di tempo per effettuare suddetta scelta, attraverso la compilazione di apposito modulo da consegnare al datore di lavoro. Nell'ipotesi in cui il lavoratore non effettui alcuna scelta esplicita entro sei mesi dall'assunzione, il datore di lavoro provvede a conferire integralmente il trattamento di fine rapporto alla forma pensionistica complementare prevista dai contratti o dagli accordi collettivi, anche territoriali, salvo sia intervenuto un diverso accordo aziendale che preveda la destinazione del Tfr ad un'altra forma pensionistica complementare collettiva.

In alternativa all'adesione esplicita o tacita i lavoratori di nuova assunzione possono decidere, entro sei mesi, di lasciare il proprio Tfr in azienda. Nel qual caso:

- per i lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro con meno di cinquanta addetti il Tfr maturando continuerà ad essere accantonato presso il proprio datore di lavoro, con il regime previsto dall'art. 2120 c.c.;

- per i lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro con almeno cinquanta addetti, il Tfr maturando verrà conferito dal datore di lavoro con decorrenza dalla data di assunzione al fondo per l'erogazione del Tfr dei lavoratori dipendenti del settore privato, costituito presso la Tesoreria di Stato e gestito dall'Inps.

Il Tfr dei lavoratori del settore privato alle dipendenze di datori di lavoro con almeno 50 addetti che viene esplicitamente non destinato alla previdenza complementare (comunicando tale decisione al datore di lavoro attraverso sottoscrizione del relativo modulo) viene integralmente conferito al "fondo per l'erogazione del trattamento di fine rapporto dei lavoratori del settore privato", costituito presso la Tesoreria dello Stato e gestito dall'Inps, a partire dal mese successivo alla scelta. Il Tfr maturato fino al momento della scelta non viene destinato alla previdenza complementare e verrà, quindi, liquidato al momento dell'interruzione del rapporto di lavoro, comprensivo delle rivalutazioni dovute in base alla legge.

I lavoratori che abbiano, entro i sei mesi dalla data di assunzione, effettuato con modalità esplicite la scelta di lasciare il Tfr maturando in azienda, possono successivamente revocarla, decidendo di conferirlo presso una forma pensionistica complementare. In quest'ultimo caso la scelta di conferire il Tfr ad una forma pensionistica complementare può essere comunicata al datore di lavoro in forma scritta, senza la necessità di utilizzare i moduli ministeriali, ferma restando la necessità di compilare l'apposita scheda di adesione al fondo pensione scelto.

Riepilogando, in caso di nuova assunzione, gli effetti delle scelte relative alla previdenza complementare (che devono avvenire tramite la compilazione del modello Tfr2) effettuate dai lavoratori sono i seguenti:

**a. Lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro con meno di cinquanta addetti con rapporto di lavoro iniziato successivamente alla data del 31 dicembre 2006.**

- 1. Adesione esplicita a previdenza complementare entro sei mesi dall'assunzione.** Il datore di lavoro conferisce alla forma pensionistica complementare prescelta dal lavoratore il Tfr e i contributi previsti a carico del datore di lavoro e del lavoratore medesimo con competenza dal periodo di paga relativo al momento dell'adesione.
- 2. Silenzio – assenso.** L'adesione alla previdenza complementare e i conseguenti effetti sul Tfr si producono dopo sei mesi dall'assunzione in caso di mancata effettuazione di una scelta esplicita. A partire dal settimo mese il datore di lavoro conferisce il Tfr maturando (ov-

vero il Tfr che matura da quel momento in poi) al fondo pensione previsto dai contratti o accordi collettivi, anche territoriali, salvo diverso accordo collettivo aziendale che può individuare una forma pensionistica complementare di riferimento diversa. Successivamente, il lavoratore che abbia aderito tacitamente con il solo Tfr potrà sempre indicare di effettuare il versamento di un proprio contributo, nella misura minima prevista dagli accordi o dai contratti collettivi di riferimento. In questo caso, dal momento del versamento del contributo a carico del lavoratore, si produrrà anche l'automatizzato conferimento del contributo a carico del datore di lavoro, nella misura prevista dai suddetti accordi o contratti collettivi.

3. **Scelta di lasciare il Tfr presso il proprio datore di lavoro (no esplicito alla previdenza complementare).** Il Tfr rimane in azienda.
  - b. **Lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro con almeno cinquanta addetti**
    1. **Adesione esplicita a previdenza complementare entro sei mesi dall'assunzione.** Il Tfr viene conferito alla forma pensionistica scelta con decorrenza dal periodo di paga relativo al momento dell'adesione. Il Tfr maturato dal momento dell'assunzione fino all'adesione viene destinato obbligatoriamente dal datore di lavoro al Fondo della Tesoreria di Stato. Il versamento alla forma pensionistica scelta viene effettuato a partire dal mese successivo.
    2. **Silenzio – assenso.** L'adesione alla previdenza complementare e i conseguenti effetti sul Tfr si producono dopo sei mesi dall'assunzione in caso di mancata effettuazione di una scelta esplicita. Il Tfr che matura nei sei mesi successivi all'assunzione viene destinato obbligatoriamente dal datore di lavoro al Fondo della Tesoreria di Stato.
    3. **Scelta di lasciare il Tfr presso il proprio datore di lavoro (“no” esplicito alla previdenza complementare).** Il Tfr non destinato alla previdenza complementare (in tutto o, limitatamente ai lavoratori con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria precedente al 29/04/93 che si sono avvalsi della facoltà di conferimento parziale del Tfr a previdenza complementare, nella misura contrattualmente prevista) viene destinato obbligatoriamente dal datore di lavoro al Fondo della Tesoreria di Stato, a decorrere dalla data di assunzione. Il versamento viene effettuato dal datore di lavoro a partire dal mese successivo alla consegna, da parte del lavoratore, del modello Tfr2, allegato al decreto ministeriale.

## **2. Il Fondo per l'erogazione del Tfr dei lavoratori del settore privato presso la Tesoreria di Stato**

Il "fondo per l'erogazione ai lavoratori del settore privato dei trattamenti di fine rapporto di cui all'art. 2120 del c.c." (per comodità "fondo di Tesoreria") funziona a ripartizione (eroga, cioè, le prestazioni dovute, utilizzando la contribuzione raccolta dai datori di lavoro). Le prestazioni a carico del fondo sono il trattamento di fine rapporto e le relative anticipazioni, secondo le modalità previste dall'art. 2120 c.c., in riferimento alla quota maturata dal lavoratore a partire dal 1° gennaio 2007, per il quale scatta l'obbligo di conferimento del datore di lavoro del settore privato con almeno cinquanta addetti.

Sono obbligati al versamento al fondo di Tesoreria del Tfr maturando dei propri dipendenti non destinato alla previdenza complementare né in modo esplicito, né in modo tacito (cioè il Tfr che i lavoratori decidono di lasciare esplicitamente presso il proprio datore di lavoro che abbia almeno 50 addetti), i datori di lavoro del settore privato, esclusi i datori di lavoro domestico, che abbiano alle proprie dipendenze almeno 50 addetti. Il limite dimensionale si calcola, per le aziende in attività al 31/12/2006, prendendo a riferimento la media annuale dei lavoratori in forza nell'anno 2006. Per le aziende che iniziano l'attività dopo il 31/12/2006, si prende a riferimento la media annuale dei lavoratori in forza nell'anno solare di inizio attività. Da notare che nell'intesa siglata con le Parti sociali del 23 ottobre 2006, il Governo si è impegnato a rivedere l'intero meccanismo nel 2007.

Ai fini del calcolo dei cinquanta addetti vanno conteggiati tutti i lavoratori con contratto di lavoro subordinato, a prescindere dalla tipologia del rapporto di lavoro (CFL, tempi determinati, apprendistato, inserimento, domicilio, somministrazione, ecc.) e dall'orario di lavoro. I lavoratori con contratto di lavoro a tempo parziale sono computati in proporzione all'orario effettivamente svolto. I lavoratori assenti sono esclusi dal calcolo solo in quanto in loro sostituzione siano stati assunti altri lavoratori che rientrano nel computo. I lavoratori somministrati sono computati in capo all'impresa di somministrazione e, pertanto, non vanno computati dall'impresa utilizzatrice. I lavoratori distaccati sono computati dall'impresa distaccante, in quanto titolare unico del rapporto di lavoro.

Il computo degli addetti viene effettuato prendendo a riferimento la media annuale dei lavoratori in forza nel 2006 (o la media annuale dei lavoratori in forza nell'anno solare di inizio attività per le aziende che iniziano la propria attività successivamente al 31 dicembre 2006).

Il Decreto ministeriale del 30 gennaio 2007 chiarisce che l'obbligo



di conferimento del Tfr non si applica ai lavoratori con rapporto di lavoro di durata inferiore a tre mesi, agli impiegati, quadri e dirigenti del settore agricolo, ai lavoratori a domicilio e ai lavoratori per i quali i contratti collettivi prevedono la corresponsione periodica del Tfr ovvero l'accantonamento dello stesso presso soggetti terzi.

### **2.1. Le prestazioni del Fondo di Tesoreria**

Le prestazioni relative alla liquidazione del Tfr e alle anticipazioni di cui all'articolo 2120 c.c. sono erogate dal datore di lavoro anche per la quota parte accantonata presso il fondo della tesoreria di Stato, salvo conguaglio da effettuarsi sui contributi dovuti al fondo, riferiti al mese di erogazione della prestazione o, qualora risultino incapienti, sull'ammontare dei contributi sociali dovuti complessivamente agli Enti previdenziali nello stesso mese.

I lavoratori continueranno a maturare, con le consuete modalità previste dalla legge, il Tfr che i datori di lavoro devono conferire al fondo di Tesoreria. Di conseguenza il Tfr accantonato presso il fondo di Tesoreria, al 31 dicembre dell'anno precedente, verrà rivalutato di una quota pari all'1,5% in misura fissa, più il 75% dell'aumento dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo.

Le prestazioni per liquidazione ed anticipazioni sono erogate ai lavoratori dal datore di lavoro, al quale i medesimi continueranno a presentare la domanda relativa alle anticipazioni richieste o alla liquidazione dovuta in caso di interruzione del rapporto di lavoro. I datori di lavoro liquideranno ai lavoratori le prestazioni dovute, anche per la quota parte di competenza del fondo di Tesoreria. Le aziende provvedono al conguaglio delle quote di Tfr corrispondenti ai versamenti effettuati al fondo, con i contributi dovuti al fondo di tesoreria e, in caso di incapienza, con i contributi obbligatori dovuti all'ente previdenziale.

Le anticipazioni sono calcolate sull'intero valore del Tfr maturato dal lavoratore, sia per quanto riguarda la quota accantonata fino al 31 dicembre 2006 presso il datore di lavoro, sia per la quota successivamente accantonata presso in fondo della Tesoreria di Stato e vengono erogate dal datore di lavoro anche per la quota a carico del fondo, salvo conguaglio. Esse vengono effettuate ai sensi dell'art. 2120 del c.c. dopo otto anni di servizio presso lo stesso datore di lavoro, e per un importo non superiore al 70 per cento sul trattamento cui il lavoratore avrebbe diritto nel caso di cessazione del rapporto di lavoro al momento della domanda. Le richieste sono soddisfatte annualmente entro i limiti del 10 per cento degli aventi titolo, e comunque del 4 per cento del

numero totale dei dipendenti, fatta salva la possibilità dei contratti collettivi e dei patti individuali di prevedere condizioni di miglior favore.

Qualora l'importo totale delle prestazioni di competenza del fondo che l'azienda è tenuta ad erogare nel mese, ecceda l'ammontare dei contributi complessivamente dovuti dall'azienda stessa al fondo di Tesoreria o agli enti previdenziali, in base alla denuncia del mese di erogazione, il fondo stesso è tenuto a pagare l'intera quota a suo carico delle prestazioni richieste, direttamente al lavoratore, entro trenta giorni dalla comunicazione di incapacità del datore di lavoro.

Per quanto riguarda i lavoratori nulla cambia, e le prestazioni a carico del fondo, erogate dal datore di lavoro, sono quelle relative al Tfr maturato dal 1° gennaio 2007 e alle anticipazioni, considerando anche le eventuali contribuzioni omesse dal datore di lavoro (cioè le quote di Tfr per le quali sorge l'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro non versate al fondo), purché ricomprese nel periodo di prescrizione (così come avviene per i contributi versati per le prestazioni pensionistiche obbligatorie).

### **3. Il Fondo residuale di previdenza complementare istituito presso l'Inps – “Fondinps”**

Per consentire anche ai lavoratori e alle lavoratrici, per i quali non sono attualmente previste forme pensionistiche complementari dai contratti collettivi di lavoro, l'applicazione del silenzio assenso, cioè il conferimento tacito del Tfr maturando alla previdenza complementare, il D. Lgs 252/2005 ha previsto la costituzione di una apposita forma di previdenza complementare a contribuzione presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps) denominata “Fondinps”.

Fondinps è assoggettato alla medesima disciplina che si applica alle forme pensionistiche complementari. Pertanto, le quote di Tfr maturando non altrimenti devolute dai lavoratori (cioè quelle destinate al fondo per effetto del decorso del “silenzio – assenso”), che affluiscono a Fondinps, vengono investite nei mercati finanziari in modo prudente, al fine di ottenere rendimenti da capitalizzare sulle posizioni individuali dei lavoratori iscritti.

Il patrimonio di Fondinps è destinato all'erogazione delle prestazioni agli aderenti e non può essere distratto da tale fine. Il lavoratore aderente può decidere di destinare a Fondinps, in aggiunta al Tfr destinato tramite adesione tacita, una quota di contribuzione a proprio carico.

Il Tfr conferito tacitamente è destinato, al momento dell'adesione, al comparto “garantito”, che deve assicurare la restituzione del capita-

le versato e rendimenti comparabili alla rivalutazione aziendale del Tfr. In aggiunta al comparto “garantito il decreto ministeriale del 30 gennaio 2007 prevede che ”Fondinps possa strutturarsi in più comparti, con differenti politiche di rischio – rendimento, nei quali l’aderente può successivamente decidere di accedere, variando il comparto, nel rispetto di un periodo minimo di permanenza di un anno in ciascun comparto. La posizione individuale può essere successivamente trasferita ad altra forma pensionistica complementare, su richiesta del lavoratore, dopo che sia trascorso almeno un anno dall’adesione.

Sul patrimonio di Fondinps non sono ammesse azioni esecutive da parte dei creditori dell’Inps o di rappresentanti dei creditori stessi, né da parte dei creditori degli aderenti o di rappresentanti dei creditori stessi.

Fondinps è amministrato da un Comitato amministratore composto da 9 componenti, nominati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, d’intesa con il Ministro dell’economia e delle finanze, con rappresentanza paritetica dei lavoratori e dei datori di lavoro. I componenti del Comitato devono essere in possesso dei requisiti di professionalità e onorabilità stabiliti con il decreto di cui all’articolo 4, comma 3, del Decreto.

#### **4. Le forme pensionistiche complementari**

Le forme pensionistiche complementari possono essere realizzate su base collettiva, qualora istituite o promosse dalla contrattazione collettiva, o su base individuale, tramite adesione individuale ad un fondo aperto o ad una polizza assicurativa.

I fondi pensione “chiusi” sono associazioni o fondazioni istituiti su base contrattuale o negoziale collettiva dalle organizzazioni di rappresentanza sindacale e/o datoriale che ne definiscono anche l’ambito di riferimento dei potenziali aderenti (circoscritto all’azienda, alla categoria al comparto, o al raggruppamento cui si applica la fonte istitutiva).

I fondi pensione “aperti” sono promossi dai soggetti autorizzati all’esercizio dell’attività di intermediazione mobiliare e destinati ai lavoratori di determinate aziende, categorie, raggruppamenti o comparti, per i quali non sussistano o non operino le fonti istitutive dei fondi chiusi. L’adesione ai fondi aperti può avvenire su base individuale o collettiva, qualora l’accordo collettivo utilizzi un fondo aperto come fondo di riferimento di una definita platea di lavoratori.

Le forme pensionistiche individuali possono essere istituite anche tramite polizze assicurative, cioè attraverso la stipula di contratti di assicurazione sulla vita, aventi finalità previdenziale

#### **4.1. La governance**

Gli organi di un fondo pensione chiuso sono:

- l'Assemblea dei Soci (che approva il bilancio);
- il C.d.A. (Consiglio di Amministrazione), composto in eguale numero da rappresentanti dei lavoratori e degli imprenditori. È responsabile della gestione e dei risultati;
- il Presidente (e, eventualmente, il Vice Presidente) che assume la rappresentanza legale del fondo pensione;
- il Collegio dei Sindaci revisori.

La composizione degli organi di amministrazione dei fondi chiusi deve rispettare il criterio della partecipazione paritetica di rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. Per l'individuazione dei rappresentanti dei lavoratori è previsto il metodo elettivo.

#### **4.2. La gestione finanziaria**

I fondi pensione non effettuano direttamente investimenti ma gestiscono le risorse raccolte mediante convenzioni con banche, compagnie assicurative o società di gestione del risparmio, cioè soggetti abilitati all'intermediazione sui mercati mobiliari ai sensi delle leggi vigenti. Il risparmio gestito dai fondi pensione non può essere distolto dal fine al quale è destinato né essere oggetto di esecuzione forzata da parte dei creditori del fondo (questo criterio salvaguarda in maniera determinante gli interessi degli associati).

I contributi versati, al netto degli oneri trattenuti al momento del versamento, sono investiti in strumenti finanziari (azioni, titoli di Stato e altri titoli obbligazionari, quote di fondi comuni di investimento), sulla base della politica di investimento definita per ciascun comparto del fondo, e producono nel tempo un rendimento variabile in funzione degli andamenti dei mercati e delle scelte di gestione.

Le risorse del fondo sono depositate presso una 'banca depositaria', sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, che svolge il ruolo di custode del patrimonio e controlla la regolarità delle operazioni di gestione.

Il rischio connesso all'investimento dei contributi è totalmente a carico dell'aderente. Ciò significa che il valore dell'investimento potrà salire o scendere e che, pertanto, l'ammontare della pensione complementare non è predefinito.

In caso di conferimento tacito del Tfr (conferimento tramite "silenzio – assenso") gli Statuti e i regolamenti delle forme pensionistiche complementari prevedono che le relative somme siano investite nella linea

a contenuto più prudente tale da garantire la restituzione del capitale e rendimenti comparabili, nei limiti previsti dalla normativa statale e comunitaria, al tasso di rivalutazione del Tfr.

Gli statuti e i regolamenti delle forme pensionistiche complementari, nel definire le linee di indirizzo della gestione, possono comunque prevedere la possibilità per gli iscritti di aderire anche esplicitamente alla linea “garantita”, finalizzata ad assicurare la restituzione del capitale e rendimenti comparabili al tasso di rivalutazione del Tfr in un orizzonte temporale quantomeno pluriennale.

In presenza di una garanzia, il rischio è limitato; il rendimento risente tuttavia dei maggiori costi dovuti alla garanzia stessa.

*Rendimenti netti delle forme pensionistiche complementari a confronto con la rivalutazione aziendale del Tfr (Fonte Covip, 2010)*

	2008	2009	2010	Media 2003 – 2010
Rendimenti fondi negoziali	- 6,3%	8,5%	3%	3,5%
Rendimenti fondi aperti	- 14%	11,3%	4,2%	3,1%
Rivalutazione del TFR al netto dell'imposta sostitutiva	2,7%	2%	2,6%	2,6%

#### **4.2.1. Gestione monocomparto o multicomparto**

La gestione finanziaria del fondo pensione può prevedere un'unica linea di investimento, per tutti i potenziali aderenti al piano previdenziale (gestione monocomparto), oppure più linee di investimento (gestione multicomparto).

Nel caso di adesione ad un fondo pensione che opera mediante la gestione monocomparto la politica di investimento adottata dal Consiglio di Amministrazione del fondo pensione impegna, in egual modo, tutti gli aderenti al piano previdenziale.

Nel caso di gestione multicomparto l'aderente, all'atto dell'iscrizione al fondo pensione, è chiamato a scegliere la linea di investimento più adeguata al proprio profilo di rischio – rendimento, su cui versare la propria contribuzione.

In alcuni fondi pensione l'assegnazione dell'iscritto ad un determi-

nato comparto può avvenire automaticamente, Successivamente l'aderente può variare il comparto prescelto o quello a cui è stato automaticamente assegnato attraverso l'opzione a favore di un altro comparto che risulterà più adeguato alle sue esigenze. La scelta della linea di investimento da privilegiare, dipende dalle caratteristiche personali, patrimoniali, reddituali ed anagrafiche dell'iscritto: in genere, i più giovani potrebbero essere interessati a comparti dotati di un profilo rischio – rendimento più elevato, in virtù del maggiore orizzonte temporale di permanenza nel fondo pensione.

Le leggi vigenti individuano specificatamente i limiti dell'attività di investimento delle forme pensionistiche complementari e le operazioni consentite, in modo da orientare il fondo pensione verso una sana e prudente gestione, diversificando gli investimenti ed i rischi.

I fondi pensione possono individuare più linee di investimento, indicando per ciascuna i parametri oggettivi di riferimento da utilizzare per verificare l'andamento della gestione (benchmark). Ciascun benchmark è composto da uno o più indicatori finanziari di comune utilizzo, assunti in coerenza con la politica adottata per la relativa linea di investimento.

Le linee di investimento sono classificate sulla base dei limiti quantitativi di impiego delle diverse tipologie di strumenti finanziari. Fra i sistemi di classificazione adottati è particolarmente diffuso quello suggerito da Assogestioni. I fondi sono liberi di denominare a piacimento le diverse linee di investimento, specificando per ciascuna le classi di attività finanziarie nelle quali il gestore può investire, le modalità e i criteri di impiego delle risorse, con particolare riguardo agli ambiti settoriali o geografici dell'investimento, in modo che emerga chiaramente il **profilo di rischio e rendimento**.

A titolo di esempio la Covip classifica i comparti secondo i seguenti criteri:

- **Comparti garantiti**, che prevedono la restituzione del capitale versato o la corresponsione di un rendimento minimo. Quelli destinati ad accogliere il Tfr conferito con modalità tacite devono prevedere almeno la garanzia di restituzione del capitale entro un lasso di tempo e/o al verificarsi di determinati eventi (invalidità, premorienza, riscatto per inoccupazione protratta nel tempo, ecc.) e una politica di investimento idonea a realizzare con elevata probabilità, in un orizzonte pluriennale, rendimenti pari o superiori al tasso di rivalutazione del Tfr;
- **Comparti obbligazionari puri** (solo obbligazioni con esclusione dell'investimento in azioni);
- **Comparti obbligazionari misti** (è consentito l'investimento in azio-

ni, che assume carattere residuale e comunque non superiore al 30 per cento);

- **Comparti azionari** (almeno il 50 per cento del comparto è investito in azioni);
- **Comparti bilanciati** (in tutti gli altri casi).

Nello Statuto o nel regolamento sono indicate le modalità di trasferimento dell'intera posizione individuale da una linea di investimento a un'altra, gli eventuali costi o i periodi minimi di permanenza in ciascuna linea e l'eventuale termine temporale entro il quale può essere richiesto il trasferimento, eventualmente senza spese.

*Andamento gestione finanziaria di dettaglio riferito ad alcuni fondi pensione in attività al 31/12/2011 (Fonte Covip) - I rendimenti sono espressi in %*

<i>Fondo pensione</i>	<b>Comparto</b>	<b>Quota di azioni %</b>	<b>2010</b>	<b>Ultimi 2 anni (2009-2010)</b>	<b>Ultimi 3 anni (2008-2010)</b>	<b>Ultimi 5 anni (2006-2010)</b>
<i>Fondo pensione Cooperlavoro</i>	Sicurezza	5	- 0.24	2.68	2.40	2.33
	Bilanciato	25	3.80	7.23	2.55	2.82
	Dinamico	50	6.52	11.86	1.23	2.95
<i>Fondo pensione Fon.Te.</i>	Garantito	5	1.06	2.46	3.08	
	Bilanciato	20	3.86	6.14	2.82	2.64
	Crescita	40	3.91	7.94		
	Dinamico	60	5.43	11.50		
<i>Fondo pensione Previambiente</i>	Garantito	5	- 0.01	2.01	2.08	
	Bilanciato	30	4.70	7.07	1.79	2.04
<i>Fondo pensione Previcoper</i>	Sicurezza	5	1.28	4.08	3.79	
	Bilanciato	25	3.89	6.49	2.22	2.29
	Dinamico	50	3.57	7.97	- 1.23	

#### **4.2.2. La banca depositaria**

Nell'ambito del sistema complessivo di garanzie, disegnato dal legislatore a favore dei destinatari della previdenza complementare, un ruolo particolarmente rilevante è attribuito alla "banca depositaria".

In particolare la legge prevede che le risorse raccolte dai fondi pensione e affidate in gestione siano depositate presso una "banca depositaria", distinta dal gestore, e che presenti particolari requisiti. La banca depositaria esegue le operazioni di compravendita dei titoli, sulla base delle istruzioni impartite dai gestori finanziari che non siano contrarie alla legge o alle disposizioni impartite dal fondo pensione. La banca depositaria provvede anche a trasferire ai gestori medesimi le commissioni e le provvigioni dovute, contrattualmente definite e maturate sulle operazioni effettuate.

Oltre ad una funzione di mera custodia del patrimonio del fondo, nell'interesse degli associati, la banca depositaria provvede ad effettuare il controllo sull'attività dei gestori finanziari, verificando che le somme prelevate siano investite correttamente, secondo i limiti posti dalla normativa vigente e secondo quanto stabilito dalle convenzioni stipulate con il fondo. Ogni abuso deve essere prontamente comunicato alla Covip.

#### **4.3. I costi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari**

La partecipazione a una forma pensionistica complementare comporta il sostenimento di oneri per finanziare l'attività di amministrazione e l'attività di gestione del patrimonio.

Alcuni oneri vengono imputati direttamente all'aderente sulla contribuzione tempo per tempo destinata alla previdenza complementare, mentre altri oneri insistono indirettamente, mediante prelevamento dal patrimonio gestito. La presenza di tali oneri diminuisce il risultato dell'investimento, riducendo i rendimenti. In entrambi i casi quindi **i costi influiscono sulla crescita della posizione individuale.**

Le spese per l'aderente ad un fondo pensione negoziale possono essere ricondotte a tre distinte tipologie:

- le spese di costituzione che vengono coperte mediante il versamento di una quota di iscrizione iniziale "una tantum", da parte degli aderenti;
- le spese di amministrazione e funzionamento del fondo (locazione immobile adibito alla sede del fondo, personale amministrativo, beni strumentali, compensi spettanti agli organi collegiali, compenso spettante al service amministrativo, spese telefoniche, di elettricità, ecc.) che



vengono coperte mediante il pagamento di una quota associativa annua trattenuta sulla contribuzione versata al fondo pensione;

- le commissioni di gestione finanziaria e per i servizi di custodia prestati dalla banca depositaria, che vengono trattenute sul patrimonio custodito e detenuto in gestione.

Nelle forme pensionistiche complementari promosse o istituite dalla contrattazione collettiva parte di questi costi sono posti a carico dei datori di lavoro.

Al fine di rafforzare la trasparenza a vantaggio degli aderenti e consentire un immediato raffronto fra i vari costi delle diverse forme pensionistiche complementari, la nuova normativa prevede specifici obblighi informativi a carico delle medesime forme. Ad esempio nella nota informativa che deve necessariamente essere messa a disposizione del potenziale aderente alla forma pensionistica, insieme alla scheda di adesione, la Covip ha previsto che debba essere obbligatoriamente riportato un indicatore sintetico dei costi. Questo indicatore ha lo scopo di consentire un'immediata e semplice comparazione dei costi complessivi di partecipazione fra le diverse forme pensionistiche complementari, secondo una metodologia di calcolo definita dalla Covip e comune a tutti gli operatori. L'indicatore sintetico dei costi ha, in particolare, lo scopo di misurare l'impatto dei diversi oneri che gravano direttamente ed indirettamente ogni anno sulla posizione individuale.

**Forme pensionistiche complementari. Indicatore sintetico dei costi. <sup>(1)</sup>**

(dati di fine 2010; valori percentuali)

	Indicatore sintetico dei costi (ISC)			
	2 anni	5anni	10 anni	35 anni
<b>Fondi pensione negoziabili</b>	1,0	0,5	0,4	0,2
Minimo	0,5	0,3	0,2	0,1
Massimo	3,2	1,6	1,0	0,4
<b>Fondi pensione aperti</b>	2,0	1,3	1,2	1,1
Minimo	0,6	0,6	0,6	0,5
Minimo	4,5	2,8	2,1	1,7
<b>PIP</b>	3,6	2,4	1,9	1,5
Minimo	0,9	0,9	0,9	0,7
Massimo	5,4	3,8	3,0	2,5

(1) L'indicatore sintetico dei costi a livello di forma previdenziale è ottenuto aggregando, con media semplice, gli indicatori dei singoli comparti.

Fonte: Covip, *Relazione per l'anno 2010*.

L'indicatore sintetico dei costi "è dato dalla differenza tra due tassi di rendimento (entrambi al netto del prelievo fiscale): quello relativo a

un ipotetico piano di investimento che non prevede costi e il tasso interno di un piano che li considera. L'ISC viene riportato per differenti periodi di permanenza nella forma previdenziale (2, 5, 10 e 35 anni) poiché alcuni costi (costo di iscrizione, spesa annua in cifra fissa o in percentuale sui versamenti...) hanno un impatto che diminuisce nel tempo al crescere della posizione individuale maturata. Nel calcolo si fa riferimento a un aderente-tipo che effettua un versamento contributivo annuo di 2.500 euro e si ipotizza un tasso di rendimento annuo del 4 per cento.

Indicatore sintetico dei costi Cooperlavoro, Fon.Te e Previcoper – Dati Covip 2010

Fondo pensione	Comparto	Permanenza			
		2 anni	5 anni	10 anni	35 anni
Fondo pensione Cooperlavoro	Sicurezza	0.97	0.62	0.50	0.17
	Bilanciato	0.74	0.39	0.26	0.20
	Dinamico	0.79	0.44	0.31	0.20
Fondo pensione Fon.Te.	Garantito	0.79	0.48	0.35	0.24
	Bilanciato	0.71	0.40	0.27	0.17
	Crescita	0.73	0.42	0.29	0.19
	Dinamico	0.75	0.44	0.31	0.21
Fondo pensione Previcoper	Sicurezza	1.01	0.60	0.42	0.27
	Bilanciato	0.91	0.49	0.31	0.17
	Dinamico	0.93	0.51	0.33	0.19

I costi presi in considerazione sono il costo di iscrizione, la spesa annua (in cifra fissa o in percentuale sui versamenti), le commissioni in percentuale sul patrimonio; viene considerato nel calcolo anche il costo per il trasferimento della posizione individuale, tranne per l'indicatore a 35 anni, dove vale l'ipotesi di pensionamento. Rimangono esclusi tutti i costi che presentano carattere di eccezionalità o che sono collegati a eventi o situazioni non prevedibili a priori (ad esempio, i costi legati all'esercizio di prerogative individuali o quelli deri-

vanti dalle commissioni di incentivo eventualmente previste per la gestione finanziaria)<sup>5</sup>

Nel valutarne le implicazioni si deve tener conto che differenze anche piccole di questo valore possono portare nel tempo a scostamenti anche rilevanti della posizione individuale maturata. Ad esempio, un valore dell'indicatore dello 0,5% comporta, su un periodo di partecipazione di 35 anni, una riduzione della prestazione finale di circa il 10%, mentre per un indicatore dell'1% la corrispondente riduzione è di circa il 20%.

#### **4.4. La portabilità della posizione maturata ad altro fondo**

In costanza del rapporto di lavoro è possibile trasferire l'intera posizione maturata presso un'altra forma pensionistica complementare dopo che siano trascorsi due anni dalla data di partecipazione ad una forma pensionistica complementare.

### **4.5. Le prestazioni**

#### **4.5.1. Le prestazioni pensionistiche**

E' possibile accedere alle prestazioni pensionistiche presso il fondo pensione al raggiungimento dei requisiti che consentono l'accesso al pensionamento presso il regime obbligatorio e con un periodo minimo di cinque anni di partecipazione alla previdenza complementare.

Nel caso in cui si raggiunga l'età pensionabile prevista dal regime pensionistico obbligatorio di appartenenza, in difetto dei cinque anni di partecipazione alla previdenza complementare, è comunque possibile riscattare l'intera posizione maturata fino a quel momento.

Nel caso di maturazione di entrambi i requisiti (età anagrafica che consente il pensionamento di anzianità o di vecchiaia nel regime pensionistico obbligatorio e periodo minimo di cinque anni di partecipazione alla previdenza complementare) è possibile accedere alle prestazioni del fondo. In questo caso si può decidere di ottenere fino al 50% del montante finale accumulato mentre la restante parte dovrà essere percepita in forma di rendita.

L'aderente ha facoltà di richiedere che le prestazioni siano erogate con un anticipo massimo di cinque anni rispetto ai requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza in caso di

<sup>5</sup> Glossario Covip, disponibile nell'area divulgativa del sito web della Covip, [www.Covip.it](http://www.Covip.it)

cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi o in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo.

La contribuzione alle forme pensionistiche complementari può proseguire volontariamente oltre il raggiungimento dell'età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza, a condizione che l'aderente, alla data del pensionamento, possa far valere almeno un anno di contribuzione a favore delle forme di previdenza complementare. Il lavoratore che decida di proseguire volontariamente la contribuzione può scegliere autonomamente il momento di fruizione delle prestazioni pensionistiche complementari.

#### **4.5.2. Le prestazioni in forma di capitale**

E' possibile ottenere la liquidazione in capitale della prestazione pensionistica fino ad un massimo del 50% del montante finale accumulato, ovvero quello effettivamente esistente presso la forma pensionistica al momento della prestazione (da cui risultano già dedotti le eventuali anticipazioni o i riscatti parziali già fruiti e non reintegrati).

La norma chiarisce, però, che dal computo dell'importo complessivo erogabile in capitale dovranno essere ulteriormente detratte le somme erogate a titolo di anticipazione per le quali non si sia provveduto al reintegro.

Può essere richiesta la liquidazione dell'intero capitale in una unica soluzione esclusivamente nel caso in cui la rendita derivante dalla conversione di almeno il 70% del montante finale sia inferiore al 50% dell'assegno sociale Inps.

#### **4.5.3. Le prestazioni in forma di rendita**

La rendita può essere erogata direttamente dal fondo pensione o indirettamente, tramite una convenzione con una impresa di assicurazione. Questa seconda possibilità è quella oggi realizzata da tutti i fondi pensione negoziali di nuova istituzione, cioè operativi dopo il 21 novembre 1992 ed istituiti sulla base della contrattazione collettiva.

Il montante viene "trasformato" in una rendita vitalizia dividendo il suo ammontare per la speranza di vita residua al momento del pensionamento, con l'applicazione di un determinato tasso tecnico.

La speranza di vita viene calcolata sulla base di tavole di mortalità costruite dagli attuari su un orizzonte temporale di lungo periodo.

La rendita erogata dall'impresa di assicurazione con la quale il fondo ha stipulato apposita convenzione viene rivalutata ogni anno sulla

base del rendimento ottenuto tramite l'investimento finanziario del montante finale accumulato versato dal fondo all'impresa di assicurazione al momento del pensionamento.

Nel caso di erogazione indiretta delle rendite l'impresa assicuratrice, a fronte della corresponsione di un premio unico (il montante maturato al momento del pensionamento presso il fondo da trasformare in rendita) si impegna a corrispondere al fondo pensione, per ciascun beneficiario, una rendita vitalizia, a partire da una data determinata (rendita immediata o differita) e fino al decesso del lavoratore assicurato o del soggetto che, eventualmente, questi abbia indicato come destinatario della prestazione dopo la sua morte (rendita reversibile).

Attualmente, tutti i fondi pensione negoziali erogano le prestazioni in forma indiretta, sulla base di apposite convenzioni stipulate con le imprese di assicurazione. Le prestazioni in forma di rendita erogate dai fondi pensione prendono in considerazione i differenti elementi di calcolo attuariale che variano in funzione del sesso. Quindi le prestazioni tengono conto delle differenti aspettative di vita al momento del pensionamento dei maschi e delle femmine. In particolare, a parità di età di accesso al pensionamento e di tipologia di rendita prescelta, le prestazioni erogate alle donne sono di importo inferiore rispetto a quelle degli uomini, per tenere conto della più elevata aspettativa di vita.

A seguito dell'entrata in vigore del Codice delle pari opportunità fra uomo e donna e del decreto 198/2006, recante disposizioni in materia di discriminazione diretta ed indiretta in materia di lavoro la Covip ha regolamentato le condizioni entro le quali l'erogazione diretta ed indiretta delle rendite può tenere conto di elementi di calcolo attuariale distinti fra uomo e donna.

In particolare, con la Deliberazione del 21 settembre 2011 l'Autorità di vigilanza ha stabilito che le prestazioni differenziate per genere potranno continuare ad essere consentite nel caso di erogazione diretta delle rendite mentre ha previsto che dalla data del 21 dicembre 2012, i Fondi pensione che erogano indirettamente le prestazioni in rendita (avvalendosi cioè di apposite convenzioni con le imprese di assicurazione) non potranno più stipulare nuove convenzioni che applichino disparità di trattamento basate sul sesso e le prestazioni dovranno essere "unisex", cioè di importo uguale sia per gli uomini che per le donne a parità di età anagrafica di accesso al pensionamento.

La Covip invita i Fondi pensione a riflettere sulle ricadute e sugli effetti di tale divieto. Le prestazioni continueranno ad essere erogate sulla base di coefficienti distinti fra uomo e donna fino allo scadere delle

convenzioni in essere stipulate con le imprese di assicurazione, dopodiché dovranno attenersi alle nuove disposizioni.

I fondi pensione, sulla base delle convenzioni stipulate con le imprese di assicurazione, al momento dell'accesso al pensionamento, offrono ai propri iscritti un ventaglio articolato di scelte relative all'erogazione della rendita. A titolo di esempio, le scelte possono riguardare:

- **La rendita vitalizia immediata rivalutabile**

La Rendita vitalizia immediata rivalutabile consente di ottenere una rendita vitalizia (per la durata della vita del beneficiario) attraverso il versamento del montante finale accumulato presso il fondo pensione ad una impresa di assicurazione con la quale il fondo pensione stesso ha stipulato apposita convenzione. Tale rendita non offre alcun tipo di protezione per i superstiti. La rendita viene rivalutata sulla base del rendimento annuo ottenuto dalla gestione assicurativa, al netto dei relativi oneri di gestione e tenendo conto del tasso tecnico già anticipato nell'importo della rendita stessa.

- **La rendita reversibile**

La Rendita vitalizia immediata reversibile rivalutabile a premio unico consente di destinare la rendita ad un superstite individuato al momento del pensionamento e della conversione del montante finale accumulato in rendita. Consente di proteggere l'iscritto al fondo dall'eventuale perdita di una fonte di reddito in caso di decesso. Il beneficiario designato non può essere modificato dopo l'avvio dell'erogazione della prestazione che dipenderà, oltre che dall'aspettativa di vita residua dell'iscritto al momento del pensionamento e dell'accesso alla rendita, anche dall'aspettativa di vita residua del beneficiario designato. Di conseguenza l'importo della rendita sarà più basso rispetto a quello di una rendita vitalizia immediata non reversibile.

L'opzione di reversibilità deve essere effettuata a favore di un destinatario definito, prima dell'accesso alla prestazione pensionistica presso il fondo. Infatti, il fondo pensione o la impresa di assicurazione, calcolerà l'importo della rendita da erogare, sulla base delle caratteristiche demografiche dei beneficiari, tenendo conto anche dell'aspettativa di vita residua del soggetto a favore del quale sarà costituita la reversibilità.

- **La rendita certa per 5 o 10 anni**

La Rendita vitalizia immediata certa per 5 o 10 anni rivalutabile a premio unico consente di proteggere i superstiti dall'eventuale perdita del reddito per un periodo limitato di tempo (5 o 10 anni). Il beneficiario designato può essere modificato anche dopo l'inizio dell'erogazione

della prestazione perché con questo tipo di rendita la prestazione viene garantita soltanto per un certo numero di anni, a prescindere dal superstite designato, in caso di morte del beneficiario della rendita entro il periodo protetto. La rendita sarà di importo più elevato, rispetto al caso di una rendita reversibile (che protegge il superstite designato dopo la morte dell'iscritto per tutta la durata della sua vita), ma più basso rispetto ad una rendita vitalizia immediata rivalutabile (che cessa di essere erogata con la morte dell'iscritto).

• **La rendita “contro assicurata” per la restituzione del montante residuo**

La Rendita vitalizia immediata contro assicurata rivalutabile a premio unico consente di proteggere i superstiti dall'eventuale perdita di una fonte di reddito, in modo tale da garantire che possano ricevere la parte residua di capitale che non è stato ancora ricevuto sotto forma di rendita. Il beneficiario designato può essere modificato anche dopo l'inizio dell'erogazione della prestazione. La Rendita contro assicurata protegge i superstiti designati per tutta la durata della speranza di vita media dell'iscritto assicurato.

• **La rendita vitalizia LTC (Long Term Care)**

È una Rendita vitalizia immediata di importo maggiorato in caso di perdita di autosufficienza, rivalutabile a premio unico. Tale rendita è adatta per chi desidera proteggersi dal rischio di non avere un reddito sufficiente in caso di perdita di autosufficienza. L'importo della rendita verrà maggiorato solo al verificarsi dell'evento di non autosufficienza assicurato.

#### **4.6. Le anticipazioni**

Sulle somme maturate dal 1° gennaio 2007 è possibile richiedere un'anticipazione fino ad un importo del 75% della propria posizione maturata presso la forma pensionistica complementare nei casi di:

- spese sanitarie per situazioni gravissime riguardanti l'aderente, il coniuge e i figli (in qualsiasi momento successivo all'adesione). La ritenuta d'imposta in questo caso sarà del 15% diminuita dello 0,30% per ogni anno eccedente il quindicesimo di partecipazione alla previdenza complementare;
- ristrutturazione o acquisto prima casa (dopo 8 anni di partecipazione alla previdenza complementare, cioè anche a più forme pensionistiche complementari diverse). L'anticipazione è soggetta ad una ritenuta d'imposta definitiva del 23%;
- per ulteriori esigenze dell'aderente, che non deve darne giustifica-

zione, (dopo 8 anni di partecipazione alla previdenza complementare), è possibile ottenere fino ad un massimo del 30% della posizione maturata, la relativa ritenuta d'imposta è pari al 23%.

E' ammissibile la presentazione, nel corso del periodo di iscrizione ad una forma pensionistica complementare, di una pluralità di richieste di anticipazioni, anche eventualmente per la stessa causale, fermo restando il massimale erogabile e le condizioni previste con riferimento al periodo minimo di partecipazione alle forme pensionistiche complementari.

Le ritenute d'imposta si applicano sulla base imponibile costituita dall'intero ammontare delle anticipazioni effettuate al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati ad imposta. Le anticipazioni possono essere reintegrate in qualsiasi momento anche mediante contribuzioni annuali.

#### **4.7. I riscatti**

In caso di interruzione del rapporto di lavoro è possibile trasferire il montante maturato presso il fondo ad un'altra forma pensionistica complementare alla quale il lavoratore acceda in relazione alla nuova attività lavorativa oppure lasciare la posizione maturata, in quiescenza, senza ulteriore contribuzione.

In alternativa, al venire meno delle condizioni di partecipazione alla posizione pensionistica, è possibile:

- il riscatto parziale, nella misura del 50 per cento della posizione individuale maturata, nei casi di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria;
- il riscatto totale della posizione individuale maturata per i casi di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. Tale facoltà non può essere esercitata nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari ma in questo caso è possibile ottenere l' anticipo delle prestazioni pensionistiche dal fondo.

Attraverso un apposito Orientamento, approvato il 28 novembre 2008, la Commissione di Vigilanza sui fondi pensione ha chiarito che il riscatto debba essere consentito:



- in presenza di cessazione dell'attività lavorativa preceduta da cassa integrazione guadagni;
- laddove, pur non intervenendo la cessazione del rapporto di lavoro, vi sia cassa integrazione guadagni a zero ore della durata di almeno 12 mesi.

Le forme pensionistiche complementari devono dar corso alla liquidazione parziale della posizione degli iscritti, anche prima dell'avvenuta maturazione del periodo di 12 mesi di cassa integrazione guadagni, ogniqualvolta risulti definito ex ante il periodo di fruizione della cassa integrazione guadagni a zero ore e questo periodo risulti fissato in almeno 12 mesi.

Sempre in caso di cessazione del rapporto di lavoro, con perdita dei requisiti di partecipazione presso il fondo, qualora sia previsto dagli statuti dei fondi pensione, è possibile riscattare l'intera posizione maturata presso la forma pensionistica, anche al di fuori delle condizioni suddette (in questo caso però la tassazione sarà meno vantaggiosa di quella prevista per le causali che danno luogo al riscatto parziale o al riscatto totale per i casi di invalidità permanente o di inoccupazione).

Il riscatto totale non è ammesso quando, pur in presenza di una cessazione del rapporto di lavoro o di trasferimento del ramo di azienda non si verifichi una contestuale perdita del requisito di partecipazione al fondo.

In altri termini, non si verificano le condizioni che consentono il riscatto totale in caso di cessazione del rapporto di lavoro quando i lavoratori iscritti possano proseguire senza soluzione di continuità la propria partecipazione attiva al Fondo di appartenenza, pure in presenza di una modificazione del rapporto di lavoro o del datore di lavoro, non venendo meno "i requisiti di partecipazione". Al contrario, quando si verifica una soluzione di continuità fra un precedente rapporto lavorativo ed il successivo, venendo meno il requisito di partecipazione, si può procedere a chiedere il riscatto totale della posizione maturata, salva la possibilità, successivamente, di ricominciare ex novo la partecipazione alla previdenza complementare con un nuovo rapporto di lavoro, anche con lo stesso fondo al quale si è chiesta la liquidazione integrale della posizione maturata.

Nel caso di trasferimento di ramo d'azienda, se l'operazione è l'avvenuta a seguito di un accordo collettivo idoneo a garantire assoluta continuità nella partecipazione degli iscritti ai fondi pensione di originaria appartenenza, a cui si accompagna la disponibilità dei fondi pensione a consentire la prosecuzione dei flussi contributivi da parte di un

datore di lavoro non compreso nel rispettivo perimetro di applicazione, non si verificano le condizioni che danno diritto al riscatto totale per perdita dei requisiti di partecipazione.

In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti, nei fondi istituiti dagli accordi o dai contratti collettivi (fondi chiusi) la posizione resta acquisita al fondo pensione mentre nei fondi aperti e nelle polizze assicurative previdenziali individuali il montante viene devoluto a finalità sociali secondo modalità definite da un apposito decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

## **5. La disciplina fiscale**

Per i lavoratori già iscritti a forme pensionistiche complementari al 1° gennaio 2007 il nuovo regime di tassazione si applica a decorrere dal 1° gennaio 2007. Relativamente ai montanti delle prestazioni accumulate fino a tale data, continueranno ad applicarsi le disposizioni previgenti.

46

### ***5.1. Deducibilità fiscale dei contributi versati alle forme pensionistiche complementari***

I contributi versati alle forme pensionistiche complementari ed individuali, a partire dal 1° gennaio 2007, sono deducibili dall'imponibile fiscale per un importo non superiore a 5.164,57 euro annui:

- Ai fini di tale limite di deducibilità dal reddito complessivo vanno considerati tutti i contributi destinati alle forme pensionistiche complementari ed individuali;
- il contributo del datore di lavoro si somma al contributo del lavoratore, incrementando il reddito di quest'ultimo, salvo poi, ai fini tributari, subire una neutralizzazione in virtù della deducibilità fiscale;
- le quote di Tfr vengono, invece, destinate alle forme pensionistiche complementari in regime di esenzione d'imposta. Esse sono neutrali ai fini dell'imposizione fiscale e non sono soggette a contribuzione previdenziale.

Il risparmio fiscale che la deducibilità dei contributi versati alla previdenza complementare è in grado di dare è pari all'aliquota marginale Irpef (quella applicata sullo scaglione più alto del proprio reddito) per la contribuzione versata al fondo.

Ad esempio, versando mensilmente un contributo per il fondo pari a 50 euro, nel caso in cui si percepisca un reddito netto mensile pari a 1200 euro, si ottiene un risparmio fiscale di 13,5 euro, applicando l'aliquota fiscale del 27%, che è in vigore dall'1/01/2007 per i redditi compresi tra 15.000 e 28.000 euro.

### **5.2. Contribuzione previdenziale sui contributi versati alle forme pensionistiche complementari**

- I contributi versati dal lavoratore alle forme di previdenza complementare ed individuali sono assoggettati a contribuzione previdenziale obbligatoria.
- I contributi posti a carico del datore di lavoro sono assoggettati ad un contributo di solidarietà (sempre a carico del datore di lavoro) pari al 10% delle somme versate.

### **5.3. Disciplina fiscale dei contributi non dedotti**

I contributi eventualmente non dedotti (l'ammontare dei contributi versati alle forme di previdenza complementare ed individuali che non hanno usufruito della deduzione fiscale perché eccedenti il limite dei 5164,57 euro annui e che quindi sono già stati tassati) non saranno assoggettati ad imposta al momento dell'erogazione delle prestazioni.

A tal fine il lavoratore dovrà comunicare, entro il 30 settembre di ogni anno, al fondo pensione o alla compagnia di assicurazione istitutiva della forma pensionistica individuale, l'ammontare degli eventuali contributi non dedotti, (cioè i contributi versati oltre il limite di deduzione consentito alla previdenza complementare), affinché il fondo stesso provveda, al momento dell'effettuazione delle ritenute alla fonte sulle prestazioni erogate, a stornarli dalla base imponibile fiscale.

Inoltre, per i lavoratori di prima occupazione successiva al 1° gennaio 2007 e, limitatamente ai primi cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari, è consentito, nei venti anni successivi al quinto anno di partecipazione a tali forme, dedurre dal reddito complessivo contributi eccedenti il limite di 5.164,57 euro pari alla differenza positiva tra l'importo di 25.822,85 euro e i contributi effettivamente versati nei primi cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche e comunque per un importo non superiore a 2.582,29 euro annui.

#### **5.4. La tassazione dei rendimenti e del risultato netto di gestione delle forme pensionistiche complementari**

I rendimenti ottenuti dai fondi pensione nella fase di accumulo (ovvero il risultato netto di gestione) sono assoggettati ad un'imposta sostitutiva pari all'11% (agevolata, quindi, rispetto all'imposta sostitutiva che colpisce i redditi di natura finanziaria).

#### **5.5. Tassazione delle prestazioni dal 1° gennaio 2007**

- Le prestazioni, sia in forma di capitale che di rendita, sono imponibili per il loro ammontare complessivo al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati ad imposta (ad esempio si tolgono dalla base imponibile i rendimenti ottenuti dalla forma pensionistica complementare sui quali la stessa ha già applicato l'imposta sostitutiva dell'11%).
- Sulla base imponibile si applica una ritenuta a titolo d'imposta (a titolo definitivo) del 15%, diminuita dello 0,30% per ogni anno eccedente il quindicesimo di adesione al fondo, fino ad una riduzione massima dell'aliquota del 6%.
- Le anticipazioni per spese sanitarie, a fronte di gravissime situazioni, fruibili dall'aderente in qualsiasi momento fino ad un massimo del 75% della posizione maturata, sono assoggettate ad una ritenuta d'imposta del 15%, diminuita dello 0,30% per ogni anno eccedente il quindicesimo di adesione al fondo, fino ad una riduzione massima dell'aliquota del 6%, sempre sull'ammontare al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati ad imposta.
- Analoga tassazione si applica sui riscatti parziali o totali, a seguito degli eventi previsti dalla legge (es.: riscatto parziale per inoccupazione protratta oltre i 12 mesi o per intervento della CIG o della CIGS; riscatto totale per invalidità o dopo 48 mesi di inoccupazione).
- Una tassazione meno agevolata, con l'applicazione di una ritenuta d'imposta pari al 23%, invece, è riservata alle anticipazioni per l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa di abitazione o per le ulteriori esigenze degli aderenti, nonché alle altre ipotesi di riscatto previste dagli statuti o dai regolamenti delle forme pensionistiche complementari (es.: riscatto per pensionamento con meno di cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari o in caso di riscatto totale immediato al momento dell'interruzione del rapporto di lavoro). In tutti questi casi la ritenuta d'imposta del 23%, opera a titolo definitivo sull'ammontare complessivo riscattato al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati ad imposta.

*N.B.: sulle prestazioni relative alla posizione maturata nel fondo fino al 31/12/2006 si applica la previgente normativa che prevede: le prestazioni periodiche in forma di rendita, **vengono assoggettate ad imposizione ordinaria sulla parte corrispondente alla trasformazione in annualità del montante derivante dai contributi dedotti, mentre non viene assoggettata ad imposizione fiscale la parte relativa ai contributi eventualmente non dedotti e ai redditi finanziari sui quali il fondo ha già pagato l'imposta sostitutiva. La parte della rendita soggetta a tassazione costituisce reddito assimilato a quello di lavoro dipendente.***

**Le rivalutazioni** che maturano sulla prestazione pensionistica in forma di rendita sono colpite dall'imposta sostitutiva del 12.50% (in linea con la normale tassazione delle attività finanziarie).

**le prestazioni in forma di capitale**, vengono sottoposte a tassazione separata, al netto dei contributi non dedotti e dei redditi finanziari già assoggettati ad imposta sostitutiva. Questo vale però soltanto sulle prestazioni in forma capitale che non superino 1/3 del valore del montante maturato. Qualora si richieda una prestazione in forma capitale superiore alla quota di 1/3 e comunque non superiore al 50% dell'importo maturato presso il fondo, la prestazione stessa è colpita per l'intero importo da tassazione separata, senza portare in deduzione i redditi già colpiti da imposta. Si ricorda che non è possibile richiedere prestazioni in forma di capitale superiori al 50% del montante maturato presso il fondo;

**i riscatti della posizione maturata presso il fondo**, il cui esercizio è conseguente a cause non dipendenti dalla volontà delle parti (crisi aziendale, calamità naturali, ecc.) sono sottoposti a tassazione separata, al netto dei redditi già assoggettati presso il fondo all'imposta sostitutiva dell'11% e dei contributi a suo tempo non dedotti;

**i riscatti della posizione maturata presso il fondo**, conseguenti ad altre cause (dimissioni o licenziamenti individuali). sono sottoposti a tassazione Irpef ordinaria, al netto dei contributi non dedotti;

**il riscatto per causa di morte dell'iscritto prima dell'accesso alle prestazioni pensionistiche presso il fondo, effettuato dagli aventi diritto** è soggetto a tassazione separata al netto dei rendimenti finanziari già assoggettati ad imposta e dei contributi eventualmente non dedotti;

**Anticipazioni.** Le anticipazioni per acquisto della prima casa o per il sostenimento delle spese mediche e sanitarie sono assoggettate a tassazione separata, al lordo dei rendimenti già assoggettati ad imposta presso il fondo ed al netto di contributi a suo tempo non dedotti dall'iscritto. Al momento del riscatto o comunque della prestazione in forma capitale, si terrà conto della anticipazione già percepita.

### **Come si applica la tassazione separata**

Generalmente, salvo rare eccezioni, le prestazioni in capitale erogate dal fondo erano assoggettate, fino al 31/12/2006, ad uno speciale regime fiscale, detto della "tassazione separata". Tale regime continuerà ad applicarsi limitatamente alle sole prestazioni relative alle posizioni maturate presso il fondo fino al 31/12/2006.

Sulla base fiscalmente imponibile va applicata l'aliquota media Irpef determinata dal rapporto fra l'imposta di riferimento ed il reddito di riferimento.

Per determinare il reddito di riferimento, occorre dividere il montante di riferimento per il numero di anni di iscrizione al fondo e moltiplicare il risultato per 12. Determinato il risultato si individua l'imposta relativa al reddito di riferimento, in relazione all'importo che trova capienza nei vari scaglioni di reddito riportati sulla tabella delle aliquote Irpef in vigore al momento in cui è sorto il diritto a percepire la prestazione. A questo punto si calcola l'aliquota media - che si applica alla base imponibile - dividendo l'imposta di riferimento per il reddito di riferimento e moltiplicando il risultato per cento. L'amministrazione finanziaria provvede a riliquidare l'imposta sulla base della media delle aliquote Irpef degli ultimi cinque anni, con l'obbligo però di iscrizione a ruolo della maggiore o minore imposta così determinata nei tre anni immediatamente successivi.

Imposta da versare all'erario = Base imponibile x aliquota media

$$\text{Aliquota media} = \frac{\text{Imposta di riferimento}}{\text{Reddito di riferimento}} \times 100$$

$$\text{Reddito di riferimento} = \frac{\text{contributi dedotti} + \text{anticipazioni}}{\text{mesi di effettiva contribuzione}/12} \times 12$$

L'imposta di riferimento è calcolata applicando al reddito di riferimento le aliquote Irpef vigenti nell'anno in cui è sorto il diritto alla percezione.

## 6. La raccolta delle adesioni

Il momento della raccolta delle adesioni è dettagliatamente regolamentato dalla Covip che stabilisce che i fondi pensione negoziali, i soggetti istitutori dei fondi pensione aperti e dei Pip operino in modo che i soggetti e gli operatori preposti all'attività di raccolta delle adesioni:

- osservino le disposizioni normative e regolamentari;
- forniscano informazioni corrette, chiare e non fuorvianti, richiamando l'attenzione sulle informazioni contenute nella Nota informativa, *con specifico riguardo ai costi, alle opzioni di investimento e ai relativi rischi, al fine di consentire agli stessi di effettuare scelte consapevoli e rispondenti alle proprie esigenze;*
- si astengano dal fornire informazioni non coerenti con la Nota informativa;
- richiamino l'attenzione del potenziale aderente in merito ai contenuti del Progetto esemplificativo standardizzato e circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo messo a disposizione sul sito web del fondo pensione;
- richiamino l'attenzione del potenziale aderente circa il suo eventuale diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro;
- non celino, minimizzino od occultino elementi o avvertenze importanti;
- verifichino l'identità dell'aderente, prima di raccogliergli le sottoscrizioni.

Questa attività si sostanzia nella messa a disposizione da parte dei fondi di una serie di strumenti informativi prevalentemente contenuti in due documenti che devono essere consegnati all'iscritto, anche su formato elettronico, preliminarmente alla raccolta delle adesioni: la Nota informativa, corredata della scheda informativa sintetica, e il Progetto esemplificativo, volto a fornire una stima dell'andamento prospettico della posizione pensionistica complementare negli anni.

La raccolta delle adesioni ai fondi pensione negoziali può essere svolta:

- a) nelle sedi del fondo, da parte di suoi dipendenti e/o addetti;
- b) nelle sedi dei soggetti sottoscrittori delle fonti istitutive, comprese le sedi delle organizzazioni territoriali ad essi aderenti, da parte di loro dipendenti e/o addetti;
- c) nei luoghi di lavoro dei destinatari, da parte del datore di lavoro, di suoi dipendenti e/o addetti, ovvero di incaricati del fondo o dei soggetti sottoscrittori delle fonti istitutive;
- d) nelle sedi dei patronati a ciò incaricati dal fondo, da parte di loro dipendenti e/o addetti;

- e) negli spazi che ospitano momenti istituzionali di attività dei soggetti sottoscrittori delle fonti istitutive e dei patronati di cui alla lettera precedente ovvero attività promozionali del fondo pensione.

## 7. Le comunicazioni

Il decreto legislativo 252/05, attribuisce alla Covip il compito di disciplinare le modalità di offerta al pubblico di tutte le forme pensionistiche complementari e di definire regole omogenee per la raccolta delle adesioni da parte di tutte le forme pensionistiche complementari, al fine di tutelare l'adesione consapevole dei potenziali destinatari.

Al tempo stesso l'attività regolamentare interviene a disciplinare le comunicazioni agli iscritti durante la partecipazione dei lavoratori alla previdenza complementare.

In base a tali previsioni il momento dell'adesione alle forme pensionistiche complementari deve essere preceduto dalla consegna gratuita della Nota informativa e dello Statuto o regolamento, nonché per i Piani Individuali Previdenziali, delle condizioni generali di contratto. Copia degli ulteriori documenti menzionati nella Nota informativa (ad es.: documento sulle anticipazioni, documento sulla disciplina fiscale, ecc.) deve essere consegnata gratuitamente all'aderente che ne faccia richiesta.

La Nota informativa illustra le caratteristiche e il funzionamento della forma pensionistica ed è redatta sulla base di uno Schema adottato dalla Covip ed in coerenza con le previsioni statutarie e regolamentari.

Essa è corredata anche di una scheda informativa sintetica che ha lo scopo, in modo semplice, di introdurre l'aderente ai meccanismi di funzionamento e alle condizioni di partecipazione alla forma pensionistica complementare.

La Nota informativa, unitamente allo Statuto del Fondo e al modulo di adesione, è resa disponibile gratuitamente in formato cartaceo nella sede legale del fondo pensione e presso gli uffici dei soggetti che effettuano l'attività di raccolta delle adesioni ed in formato elettronico nel sito web del fondo pensione.

Inoltre, contestualmente alla Nota informativa deve essere consegnato un Progetto esemplificativo standardizzato, allo scopo di fornire all'aderente un'indicazione dell'evoluzione nel tempo della posizione individuale e l'importo iniziale della prestazione complementare, consentendogli di avere un'idea delle conseguenze che tali scelte avranno nel tempo, in conformità delle istruzioni dettate dalla stessa Covip.

Oltre all'informativa messa a disposizione in fase di adesione la



Covip regola specificatamente l'attività di comunicazione agli iscritti, successiva all'adesione.

Questa si sostanzia, in una Comunicazione periodica annuale, composta essenzialmente di due parti che accolgono i dati relativi alla posizione individuale e le informazioni generali relative all'attività del fondo.

La comunicazione periodica contiene, nella prima parte, anche l'indicazione della Posizione individuale maturata dall'aderente, dove si dà conto all'iscritto della composizione e del valore della posizione individuale maturata alla fine dell'anno di riferimento, operando il confronto con la posizione maturata alla stessa data nell'anno precedente e viene fornito il dettaglio delle operazioni effettuate in corso d'anno con alcune informazioni relative alla linea di investimento scelta, al rendimento conseguito nell'anno e alla serie storica dei risultati degli anni precedenti, raffrontati con i relativi benchmark di riferimento.

Nel caso sia avvenuta l'erogazione di prestazioni (anticipazione, riscatti parziali, ecc.) all'iscritto deve essere comunicato uno schema di prospetto che riassume tutti gli elementi utili a ricostruire gli importi liquidati o trasferiti. Tale schema è contenuto nella comunicazione periodica nei casi di anticipazioni o riscatti parziali, mentre dovrà essere reso disponibile con apposita rendicontazione analitica nel caso di vicende che comportino la cessazione della partecipazione al fondo.

La comunicazione periodica deve essere trasmessa agli iscritti entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello al quale si riferisce la comunicazione medesima e riguardare tutti i lavoratori iscritti al 31 dicembre dell'anno precedente. Può, su richiesta dell'aderente, inviata anche solo mediante posta elettronica o altra modalità telematica, al fine di contenere i costi per gli operatori che si rifletterebbero comunque, indirettamente, sugli aderenti.

In occasione della prima comunicazione periodica annuale successiva all'adesione viene elaborato e messo a disposizione anche un Progetto esemplificativo personalizzato nel quale si considerano informazioni relative al singolo iscritto, sulla base delle informazioni proprie della forma pensionistica complementare e delle ipotesi definite dalla Covip in modo uniforme per tutte le forme pensionistiche.

Attraverso il Progetto esemplificativo Personalizzato, si ha la possibilità di simulare la prestazione pensionistica complementare calcolata con le diverse tipologie di rendita.

Il progetto è volto a consentire all'aderente una valutazione sintetica e prospettica del proprio programma previdenziale e costituisce, pertanto, anche uno strumento di ausilio nell'adozione delle scelte re-

lative alla partecipazione alla forma pensionistica complementare, per esempio quelle relative alla linea di investimento nella quale far confluire i flussi contributivi, anche se i risultati ottenuti hanno un valore puramente indicativo e non certificativo.

## 8. Le omissioni contributive

Con la riforma della previdenza complementare è stata data attuazione ad uno strumento già previsto dal D. Lgs. n. 80 del 1992, per far fronte al fenomeno delle omissioni contributive, ovvero del mancato versamento parziale o totale della contribuzione dovuta dal datore di lavoro al fondo pensione, a seguito della cessazione del rapporto di lavoro, nei casi di assoggettamento a procedure concorsuali dell'impresa o di insolvenza della stessa giudizialmente dichiarata.

Le modalità di attivazione ed utilizzo dello strumento hanno trovato specifica regolamentazione con la Circolare Inps n. 23 del 22 febbraio 2008, che ha disciplinato il funzionamento del Fondo di Garanzia istituito presso il medesimo Istituto.

Il Fondo di Garanzia protegge i lavoratori contro il rischio derivante dall'omesso o insufficiente versamento dei contributi alle forme di previdenza complementare nei casi di insolvenza, giudizialmente dichiarata, del datore di lavoro.

Il Fondo è distinto ed autonomo rispetto a quello che garantisce il Tfr dei lavoratori negli analoghi casi di assoggettamento a procedure concorsuali o insolvenza del datore di lavoro.

Il Fondo di Garanzia per la previdenza complementare interviene a tutela dell'integrità della posizione pensionistica complementare del lavoratore, al fine di garantire le prestazioni pensionistiche di vecchiaia e superstiti erogate dai fondi pensione.

Il Fondo di Garanzia si sostituisce quindi al datore di lavoro insolvente pagando direttamente al Fondo Pensione – e non invece direttamente al lavoratore – le somme omesse e dovute relative:

- al contributo a carico del dipendente che il datore di lavoro abbia trattenuto e non versato al fondo;
- al contributo a carico dell'impresa;
- al relativo Tfr maturato e destinato alla previdenza complementare.

L'intervento del Fondo di Garanzia è previsto sia nel caso di sottoposizione del datore di lavoro ad una procedura concorsuale (Art. 1, comma 1 del D. Lgs. n. 80/92), sia nel caso di insolvenza di datori di lavoro che non siano assoggettabili alle procedure concorsuali a condizione che il lavoratore dimostri che, a seguito dell'esperimento dell'e-

secuzione forzata, le garanzie patrimoniali siano risultate in tutto o in parte insoddisfacenti a coprire il relativo credito.

Il presupposto per chiedere l'intervento del Fondo è che il lavoratore risulti ancora iscritto al momento della domanda e che non abbia ancora proceduto al riscatto integrale della posizione maturata, essendo la tutela accordata per garantire l'erogazione delle prestazioni di vecchiaia e superstiti erogate dalle forme pensionistiche complementari. Per le medesime ragioni, in caso di morte del lavoratore anche i superstiti possono chiedere l'intervento del Fondo di Garanzia qualora, ne ricorrano i presupposti.

Riepilogando, i requisiti per l'intervento del Fondo di Garanzia sono:

- l'assoggettamento del datore di lavoro ad una procedura concorsuale o lo stato di insolvenza dichiarato giudizialmente;
- la cessazione del rapporto di lavoro;
- l'iscrizione ad una forma pensionistica complementare al momento della presentazione della domanda;
- il mancato riscatto integrale della posizione maturata.

Le somme erogate dal Fondo di Garanzia non sono corrisposte al lavoratore ma direttamente al Fondo Pensione, proprio perché l'interesse tutelato è quello delle prestazioni complementari di vecchiaia e superstiti. Gli importi reintegrati fanno, però, riferimento alle sole somme omesse, senza considerare gli eventuali danni derivanti dalla svalutazione monetaria nel frattempo subiti o l'eventuale rivalutazione che le medesime somme avrebbero ottenuto a seguito dell'attività di investimento effettuata dal fondo pensione. Per la quota di Tfr di cui si è omesso il versamento la rivalutazione viene effettuata secondo i criteri previsti dall'art. 2120 c.c., mentre sui contributi diversi saranno calcolati gli interessi legali.

Al finanziamento del Fondo di Garanzia si provvede mediante destinazione dell'aliquota dell'1% a valere sul contributo di solidarietà pari al 10% delle somme e dei contributi a carico del datore di lavoro nella misura prevista dagli accordi o contratti collettivi.

## **9. Previdenza complementare: se il rilancio passa dalla contrattazione**

Lo sviluppo della previdenza complementare ha subito una battuta d'arresto negli ultimi anni, complici gli effetti della crisi finanziaria e l'esaurirsi della spinta propulsiva delle parti istitutive dei fondi pensione negoziali.

Nonostante i fondi pensione siano riusciti a contenere gli effetti ne-

gativi e a garantire la sicurezza dei portafogli gestiti nel loro complesso, l'andamento critico dei mercati finanziari si è tradotto in un forte elemento dissuasivo nei confronti delle scelte di adesione dei lavoratori alla previdenza complementare. Ha, al contrario, pesato positivamente la irreversibilità della scelta di adesione che ha evitato il rischio di uscite repentine degli aderenti con conseguente depauperamento dei patrimoni accumulati.

In secondo luogo l'effetto di propagazione della crisi finanziaria sull'economia reale ha spinto il Governo a concentrare l'attenzione sulla difficile congiuntura economica.

La selettività della politica economica a difesa della stabilità finanziaria e creditizia e della capacità produttiva delle imprese e l'esigenza di concentrare prioritariamente le misure al sostegno del reddito dei lavoratori inoccupati o momentaneamente sospesi hanno determinato un calo di attenzione rispetto ad altri settori caratterizzati da una prospettiva di intervento di più ampio respiro temporale.

Ma anche l'attenzione sul tema delle parti sociali, dopo il raggiungimento di elevati livelli di adesione nei settori con più elevato tasso di sindacalizzazione, ha subito una battuta d'arresto, complici la minore capacità di penetrazione informativa nei settori della piccola e media impresa e gli ostacoli che ivi si frappongono allo smobilizzo del Tfr dei propri dipendenti verso la previdenza complementare.

## **10. Lo stato dell'arte dello sviluppo della previdenza complementare e i fattori di maggiore criticità**

In estrema sintesi, l'elemento maggiormente ostativo all'adesione dei lavoratori alla previdenza complementare nelle piccole e medie imprese sembra essere rappresentato da un deficit dei diritti di informazione e dall'assenza di strutturati ed efficaci sistemi di dialogo fra parti sociali, gli imprenditori e i lavoratori.

Le adesioni dei lavoratori dipendenti alla previdenza complementare alla fine del 2010 hanno superato i 3,8 milioni, con un incremento del 4,2%, rispetto all'anno precedente.

Ma mentre i lavoratori dipendenti iscritti ai fondi pensione negoziali hanno subito un arretramento rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente (- 1,6%), il numero di lavoratori dipendenti iscritti ai "nuovi" Pip è cresciuto del 30,4%, passando da 544.832 iscritti di dicembre 2009 ai 710.477 del dicembre 2010<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Dati Covip, La previdenza complementare - principali dati statistici, Gennaio 2011.

Nello stesso periodo crescono anche i lavoratori dipendenti iscritti ai fondi aperti (+ 3,4%).

In sintesi, il consolidamento della previdenza complementare ha raggiunto e massimizzato i livelli di adesione attesi nella grande impresa laddove la presenza del sindacato organizzato ha consentito l'esercizio di un'azione informativa capillare, mentre più limitato è stato il risultato realizzato nelle piccole e medie imprese.

Questa analisi spiega, almeno in parte, i dati relativi alle adesioni nel 2010 che scontano una crescita rilevante dei piani individuali pensionistici promossi tramite contratti di assicurazione sulla vita nel 2010.

Questa tendenza, più che confermare il maggiore dinamismo dei soggetti promotori dei Pip, sembra evidenziare una battuta d'arresto delle parti istitutive delle forme pensionistiche complementari di natura negoziale nei settori a maggiore diffusione territoriale d'impresa, dove gli strumenti disponibili per l'iniziativa sindacale di promozione e sostegno allo sviluppo della previdenza complementare sono minori che nella grande impresa, in considerazione delle ridotte prerogative sindacali<sup>7</sup>.

Peraltro, l'approdo della disciplina normativa verso una sostanziale uniformità e omogeneità della regolamentazione di settore ha finito per produrre progressivamente comportamenti imitativi fra le diverse forme pensionistiche complementari di natura collettiva ed individuale, sia nell'adozione dei modelli gestionali, sia con riferimento alle scelte di investimento.

Questo atteggiamento emulativo da un lato riduce fortemente le caratteristiche di differenziazione dell'offerta delle diverse forme pensionistiche complementari; dall'altro stressa la concorrenza esclusivamente sui fattori di costo e sugli oneri della gestione.

Anche un'eccessiva limitazione qualitativa delle classi di attività e delle diverse tipologie di investimento utilizzabili dai fondi pensione può rappresentare un ulteriore elemento di inefficienza gestionale, specie se il contenimento dei rischi finisce per basarsi esclusivamente sull'obiettivo, per ciascuna linea di investimento istituita, di realizzare risultati quanto più possibile in linea con i parametri di riferimento adottati per la comparazione (benchmark), senza ulteriori elementi di analisi e di gestione del rischio.

---

<sup>7</sup> La differenziazione delle prerogative e dei diritti sindacali e l'applicazione del titolo III dello Statuto del lavoro nelle sole unità produttive che occupano più di 15 dipendenti limitano l'iniziativa di collocamento e le potenzialità di intervento delle parti sociali nelle piccole imprese.

Pure la tendenza a confrontare i risultati del processo di investimento su un orizzonte temporale di breve periodo è foriero di allocazioni inefficienti del portafoglio investito. I tempi e le semplificazioni del processo mediatico ed informativo non sempre sono coerenti con gli obiettivi ed il respiro di lungo periodo che deve assumere l'investimento di carattere previdenziale.

L'adozione di criteri di investimento più flessibili ed adeguati alle caratteristiche socio – economiche e demografiche degli iscritti e alla finalità previdenziale delle forme pensionistiche complementari potrebbe determinare modelli di gestione meno passivi rispetto a quelli attuali.

L'introduzione di strumenti e procedure di analisi e controllo dei rischi potrebbe, inoltre, rispondere all'esigenza di una maggiore diversificazione degli investimenti e di massimizzazione dei rendimenti netti nel lungo periodo, consentendo un maggior grado di libertà nelle scelte e rafforzando l'effettività della protezione del patrimonio gestito.

## 11. Due modelli a confronto

La fase pionieristica di costruzione dei modelli gestionali è, dunque, di fronte ad un bivio. Le scelte alternativamente possibili sono almeno due: l'una, propende per modelli e schemi analoghi a quelli adottati da altre forme del risparmio gestito; l'altra è quella di caratterizzare la gestione delle forme pensionistiche sulla peculiarità dell'obiettivo finale, ovvero la soddisfazione della promessa previdenziale fatta agli iscritti, massimizzando quanto più possibile la pensione complementare attesa, tramite scelte di investimento orientate al principio di "prudenza" e che non compromettano il risparmio raccolto durante tutto l'arco della vita lavorativa.

Questo secondo modello appare, peraltro, maggiormente in linea con lo spirito e la finalità originaria delle parti sociali che ha ispirato l'istituzione dei fondi pensione nei diversi comparti e che ha caratterizzato l'iniziativa di promozione e sostegno allo sviluppo della previdenza complementare realizzata tramite la contrattazione collettiva.

Il sistema della previdenza complementare così come scaturito dal decreto legislativo 124/93 e dal successivo decreto legislativo 252/05, infatti, si caratterizza per la centralità del ruolo svolto dalle fonti istitutive dei fondi pensione nella definizione delle differenti modalità di adesione e partecipazione alle forme pensionistiche complementari.

I contenuti e l'articolazione delle forme pensionistiche possono, infatti, variare anche significativamente in relazione ai contenuti e all'articolazione delle fonti istitutive, con particolare riferimento alle caratte-

ristiche del bacino dei potenziali destinatari, dei settori produttivi e dei sistemi di relazioni sindacali di origine.

Tuttavia, dopo una fase pionieristica che si è contraddistinta per l'ampia libertà della contrattazione collettiva di definire i propri bacini di utenza, le modalità di adesione e di collocamento, le forme e i contenuti della partecipazione dei lavoratori ai fondi pensione, i limiti territoriali d'azione, i contenuti della promozione e del sostegno all'iniziativa previdenziale, gli ultimi anni si sono caratterizzati per una sostanziale riduzione degli elementi di differenziazione dell'offerta previdenziale sulle modalità di finanziamento della previdenza complementare e di copertura degli oneri di amministrazione e gestione.

Questa ultrattività della contrattazione collettiva, nel regolare e definire i limiti e le modalità di partecipazione dei lavoratori alle forme pensionistiche complementari, unitamente all'iniziativa promozionale delle parti, hanno giustificato il "favor" accordato dal legislatore alla contrattazione collettiva.

Il principio di "favor" per la contrattazione collettiva ha subito un ulteriore rafforzamento con l'operatività del meccanismo del "silenzio assenso". La nuova disciplina della previdenza complementare, infatti, prevede che le modalità tacite di adesione alla previdenza complementare operino secondo una precisa "gerarchia" nella sequenza delle fonti, che privilegia gli accordi raggiunti a livello aziendale. La norma, infatti, stabilisce che nel caso in cui il lavoratore entro sei mesi dalla data di prima assunzione non esprima alcuna volontà, a decorrere dal mese successivo alla scadenza del termine suddetto il datore di lavoro trasferisce il Tfr maturando alla forma pensionistica collettiva prevista dagli accordi o contratti collettivi, anche territoriali, salvo sia intervenuto un diverso accordo aziendale che preveda la destinazione del Tfr a una forma collettiva tra quelle previste all'articolo 1, comma 2, lettera e), n. 2), della legge 23 agosto 2004, n. 243.

Il principio di "favor" opera anche con riferimento alla definizione dei limiti e degli ambiti della portabilità del contributo a carico del datore di lavoro previsto dalla contrattazione collettiva. Infatti, nel caso in cui il lavoratore intenda contribuire alla forma pensionistica complementare a cui ha conferito tacitamente o esplicitamente il proprio Tfr maturando e qualora abbia diritto, in base al contratto o agli accordi collettivi, ad un contributo a carico del datore di lavoro, questo affluirà alla forma pensionistica prescelta dal lavoratore stesso, nei limiti e secondo le modalità stabilite dai predetti contratti o accordi.

Tale disposizione, peraltro, è norma di scopo che non disegna un

puro o semplice indirizzo. La norma impegna, infatti, i medesimi contratti o accordi collettivi che vincolano i datori di lavoro al finanziamento della previdenza complementare a definire i confini e le modalità entro le quali la portabilità di tale contributo potrà utilmente dispiegarsi.

Argomenti contrari alla possibilità della contrattazione collettiva di vietare senz'altra previsione la portabilità del contributo contrattuale posto a carico del datore di lavoro verso forme pensionistiche diverse da quelle da essa stessa istituite o promosse sono stati mossi con riferimento all'esigenza di realizzare il principio di libera concorrenza nel mercato dei servizi finanziari promosso dal decreto legislativo 252/05.

Tuttavia, per il diritto sindacale e del lavoro le obbligazioni previste dai contratti collettivi valgono esclusivamente tra e per le parti contemplate nel contratto, e non per soggetti "terzi".

Anche a tale riguardo alcuni soggetti abilitati all'istituzione dei fondi aperti (banche, società di gestione del risparmio ed imprese di assicurazione) e dei P.I.P. attuati tramite stipula di contratti di assicurazione sulla vita hanno richiesto la modifica dell'attuale normativa nel senso di attribuire al lavoratore la scelta di decidere circa la portabilità del contributo del datore di lavoro, per realizzare un libero, ampio e concorrenziale mercato della previdenza complementare.

Peraltro, norme giuridiche che disponessero la piena portabilità del contributo del datore di lavoro previsto dalla contrattazione collettiva, oltre che intaccare il principio di autonomia contrattuale, risulterebbero inefficaci di fronte alla volontà delle fonti istitutive di non prevedere per il futuro finanziamenti o vincoli di destinazione di risorse contrattuali a beneficio della previdenza complementare.

### **11.1. La contrattazione come "bene pubblico meritorio abilitante"**

L'attività promozionale e di sostegno della contrattazione collettiva alla previdenza complementare non si esaurisce con il vincolo di destinazione di finanziamenti e contributi a beneficio dei lavoratori aderenti ma si esplica in una pluralità di strumenti che, nella varietà delle previsioni contrattuali e dei sistemi di relazioni sindacali, concorrono ad agevolare le adesioni e a migliorare i livelli di servizio e le prestazioni erogate, riducendo considerevolmente l'onerosità dei processi amministrativi e gestionali. In questo senso l'iniziativa delle parti sociali può essere considerata come un "bene pubblico meritorio abilitante". Infatti, il risultato della contrattazione o l'azione delle parti sociali determina un abbattimento consistente degli oneri di gestione amministrativa e finanziaria.



Inoltre, chi si iscrive ad una forma pensionistica complementare di natura associativa (istituita quindi dai contratti o dagli accordi collettivi) produce anche economie esterne positive a favore degli altri iscritti.

Anche nella fase del collocamento l'iniziativa delle parti sociali genera risultati particolarmente positivi per gli aderenti. L'attività di promozione alla previdenza complementare curata dai dirigenti delle organizzazioni sindacali, dai rappresentanti sindacali aziendali e dai patronati eventualmente incaricati dal fondo contribuisce, infatti, a sviluppare la raccolta delle adesioni e a diffondere l'informazione e la cultura previdenziale, senza produrre oneri aggiuntivi per l'attività di collocamento a carico degli aderenti..

Le motivazioni sopra esposte risultano, pertanto, sufficienti a giustificare, sul piano analitico, la presenza, di norme in cui lo Stato può riservare alle forme pensionistiche complementari istituite o promosse dai contratti o dagli accordi collettivi diritti di prelazione o principi di "favor", sapendo che la competitività non regolata porterebbe a sprechi inaccettabili dal punto di vista sociale.

In sostanza, più si accentua la funzione sociale delle forme pensionistiche complementari, maggiormente se ne giustifica il sostegno sul piano legislativo.

### **11.2. Emulare non sempre conviene**

La riforma della previdenza complementare e l'entrata in vigore del D. lgs 252/05, hanno favorito un atteggiamento imitativo fra le diverse tipologie delle forme pensionistiche complementari, con la tendenza delle stesse fonti istitutive a non discostare eccessivamente, le une rispetto alle altre, le modalità promozionali e di sostegno previste.

Le esigenze di uniformità della regolamentazione e la spinta anche mediatica verso una costante comparazione dei risultati raggiunti dalle diverse tipologie di fondi pensione ha determinato una progressiva deriva, una reciproca imitazione degli assetti organizzativi e gestionali e delle scelte d'investimento.

L'atteggiamento imitativo, specie nell'adozione delle gestioni multi comparto da parte dei fondi pensione di natura negoziale rispetto alle altre tipologie di fondi pensione e la sostanziale tendenza dei gestori ad adottare stili passivi (ovvero stili di gestione finanziaria che tendono a "replicare" il benchmark di riferimento) ha finito per individuare negli oneri di natura amministrativa e gestionale i principali indicatori di efficienza e competitività.

Questa tendenza, limitando i confini e gli ambiti di intervento delle

fonti istitutive nelle scelte organizzative e nella definizione degli obiettivi e dei modelli gestionali dei fondi pensione finisce per ridurre anche le potenzialità sociali delle iniziative previdenziali promosse nei vari comparti.

Le parti sociali devono ora riflettere sull'opportunità, dopo una fase pionieristica che le ha caratterizzate anche per l'impegno profuso nell'individuazione dei soggetti designati negli organi di amministrazione, direzione e controllo, di riqualificare le iniziative previdenziali connesse ai fondi pensione istituiti nei diversi comparti e settori produttivi.

Se è vero che i fondi pensione istituiti dai contratti e dagli accordi collettivi si caratterizzano per una più spiccata finalità sociale rispetto alle altre tipologie di fondi e prodotti previdenziali, tale finalità va valorizzata e rafforzata sul piano delle scelte e dei contenuti.

### **11.3. Un ritorno... al futuro**

Per "chiudere" il cerchio e favorire lo sviluppo della previdenza complementare nei settori produttivi e nelle realtà nelle quali il livello delle adesioni si è rivelato assolutamente insoddisfacente le parti sociali devono riprendere quella spinta propulsiva che ne aveva caratterizzato l'attività durante la fase di avvio dei fondi pensione.

Si tratta di partire dagli elementi di maggiore criticità ma anche dalle esperienze di successo per rimodulare le caratteristiche di offerta delle diverse forme pensionistiche complementari, tenendo conto: delle specificità dei settori di riferimento; delle caratteristiche economiche e socio - anagrafiche delle imprese e dei lavoratori coinvolti; delle finalità delle differenti iniziative previdenziali; dell'esigenza di trovare un equilibrio adeguato fra gli obiettivi di semplificazione e quelli di diversificazione delle facoltà di scelta concesse ai potenziali aderenti, in relazione alle modalità di finanziamento, alle linee di investimento e alle prestazioni principali ed accessorie.

Lo sviluppo della previdenza complementare richiede, dunque, non soltanto di saper collocare meglio l'offerta previdenziale connessa ai differenti fondi pensione ma anche di diversificare la risposta collettiva in relazione alle esigenze e alle caratteristiche dei potenziali aderenti.

La riuscita di questo processo risiede in un rinnovato impegno delle organizzazioni sindacali a sostegno dell'attività promozionale dei fondi pensione; nell'adozione di soluzioni contrattuali innovative che agevolino il collocamento e l'adesione dei lavoratori, riducendo gli ostacoli e gli oneri che ancora si frappongono all'esercizio delle loro libere e consapevoli scelte; nella capacità di ampliare l'insieme dei ser-

vizi e delle prestazioni di carattere accessorio offerte; nella possibilità che anche le scelte legate ai profili di investimento e all'universo investibile siano maggiormente calibrate sulla finalità previdenziale e, dunque, su impieghi nelle diverse classi di attività finanziarie che assumano un orizzonte temporale di più lunga durata.

Non esistono soluzioni ideali valide per tutte le realtà e per tutti i settori. Si possono, però, avanzare alcune proposte ed individuare alcune soluzioni che possono essere messe a disposizione del sistema delle relazioni sindacali. Un "mix" di proposte operative dal quale le parti sociali possono, in relazione alle caratteristiche e alle esigenze dei diversi settori produttivi e dei diversi territori, pescare quelle più appropriate per comporre un'offerta previdenziale socialmente ed economicamente sostenibile per i lavoratori e le imprese.

#### **11.4. Quando il Tfr non è disponibile**

Il Tfr rappresenta per le imprese italiane una fonte di autofinanziamento a basso costo che continua a permanere nel caso di aziende con meno di 50 addetti, laddove non sussiste l'obbligo di conferire il Tfr non destinato alla previdenza complementare al Fondo di Tesoreria gestito dall'Inps.

Per questi motivi il conferimento del Tfr ai fondi pensione ha costituito, in alcuni contesti aziendali, una barriera implicita all'accesso dei lavoratori alla previdenza complementare, soprattutto a causa delle difficoltà e degli elevati oneri per l'accesso al credito che le piccole e medie imprese sopportano. Oneri variamente differenziati in ragione dei contesti territoriali, dei settori produttivi di appartenenza, delle condizioni patrimoniali e reddituali delle imprese medesime.

A frenare le potenzialità di sviluppo della previdenza complementare nelle PMI vi è, inoltre, la più elevata parcellizzazione del dato aziendale e la maggiore riluttanza dei lavoratori a privarsi del Tfr in un contesto economico meno favorevole (basso dato medio retributivo pro capite per addetto ed elevata turnazione e mobilità del lavoro).

#### **11.5. Adesione libera o generalizzata?**

Se nei settori altamente sindacalizzati o della grande impresa le prerogative concesse alle rappresentanze sindacali sono sufficienti a determinare un contesto favorevole allo sviluppo delle iniziative promozionali e di sostegno della previdenza complementare e alla diffusione dell'informazione, nella piccola impresa occorrono strumenti informativi e di comunicazione che tengano conto della specificità del

dato economico, della maggiore parcellizzazione aziendale e della straordinaria diffusione delle imprese sul territorio.

Fra le soluzioni contrattuali particolarmente innovative che possono essere utilizzate per raggiungere il complesso dei destinatari della forma pensionistica complementare c'è l'adesione generalizzata per via contrattuale con il solo contributo del datore di lavoro.

In pratica si tratta di prevedere un obbligo contrattuale di contribuzione posto a carico del datore di lavoro con riferimento a ciascun dipendente al quale si applica il medesimo contratto o accordo collettivo.

Questa soluzione favorirebbe l'adesione generalizzata dei lavoratori salva la loro possibilità di manifestare una volontà contraria che farebbe venire meno il conferimento del contributo da parte del datore di lavoro e, conseguentemente, la loro adesione.

Al fine di evitare che la scelta del lavoratore di non aderire al fondo pensione, possa comportare il venire meno del relativo onere a carico del datore di lavoro e possa determinare l'esercizio di azioni dissuasive da parte di quest'ultimo nei confronti del lavoratore interessato, ai potrebbe prevedere il mantenimento dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro anche in assenza di adesione, con destinazione delle relative risorse verso iniziative di solidarietà, a beneficio dei lavoratori che abbiano già aderito al fondo pensione oppure al finanziamento di piani di proselitismo e di raccolta delle adesioni promossi dal fondo pensione.

La proposta, infine, dovrebbe essere strutturata in modo da non comportare limitazioni alla facoltà del lavoratore di conferire il proprio contributo e il Tfr maturando alla medesima forma pensionistica.

In assenza di un'ulteriore contribuzione a carico del lavoratore e del conferimento del Tfr il versamento del solo contributo a carico del datore di lavoro per ciascun lavoratore al quale si applica il contratto collettivo non consente la realizzazione di posizioni individuali soddisfacenti. Ma l'adesione generalizzata può consentire alla forma pensionistica complementare di strutturare iniziative e comunicazioni mirate nei confronti degli iscritti, con l'obiettivo di ridurre le asimmetrie informative e l'insufficiente consapevolezza circa le opportunità offerte dalla previdenza complementare.

### **11.6. Se la coperta è troppo corta**

Ma quando la coperta è troppo corta e le risorse disponibili per il finanziamento della previdenza complementare si riducono, i contratti e gli accordi collettivi possono effettuare scelte selettive e mirate.

Uno dei campi nel quale l'iniziativa della contrattazione a sostegno della previdenza complementare potrebbe utilmente dispiegarsi è quello della "mutualizzazione" di alcuni oneri di amministrazione o gestione, posti a carico del settore contrattuale di riferimento, a beneficio dei fondi pensione istituiti e promossi dai medesimi accordi o contratti collettivi di diritto comune.

La mutualizzazione si può realizzare in molteplici modi, anche mediante l'intermediazione del sistema degli enti bilaterali, e operare verso una pluralità di direzioni.

Ad esempio destinando parte delle risorse mutualizzate a vantaggio di alcune categorie di lavoratori aderenti (lavoratori a basso reddito, o che abbiano subito sospensioni del rapporto di lavoro, ecc.), incrementando le loro posizioni previdenziali complementari. Un altro ambito di intervento innovativo potrebbe consistere nel destinare parte delle risorse individuate dalla contrattazione e/ o degli oneri mutualizzati al finanziamento di fondi di rotazione destinati ad abbattere gli oneri per la contro assicurazione delle garanzie concesse dai consorzi fido, in caso di concessione alle imprese di un credito sostitutivo del Tfr dei dipendenti conferito alla previdenza complementare.

In altri casi si possono utilizzarle esperienze già avviate con alcune leggi regionali a sostegno della previdenza complementare, attualizzandole e valorizzandole per gli scopi e le finalità della contrattazione collettiva.

Ad esempio si può stabilire l'incremento della contribuzione aggiuntiva posto a carico del datore di lavoro per determinate categorie di lavoratori, oppure versamenti a tantum da effettuare al verificarsi di talune fattispecie (nascita di un figlio, congedo parentale, intervento della cassa integrazione guadagni).

## 12. Mono comparto o multi comparto?

Il modello "previdenza complementare di natura negoziale" sopra delineato si basa su una maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento delle parti non solo nella fase promozionale e di sostegno dei fondi pensione, ma nell'individuazione, tramite le fonti istitutive, degli obiettivi sociali che caratterizzano la promessa pensionistica, dei criteri e delle modalità che indirizzano le scelte gestionali, delle tipologie di investimento che garantiscano la sicurezza, la qualità e la redditività del portafoglio nel suo complesso, in considerazione delle caratteristiche socio – economiche e anagrafiche della popolazione di riferimento, dei fabbisogni di liquidità e delle esigenze di diversificazione dei profili di rischio – rendimento.

Non si può non osservare che in questa prima fase di attività i fondi pensione negoziali hanno progressivamente ricalcato i modelli gestionali adottati dai fondi aperti e dai P.I.P. con lo scopo di ampliare le scelte disponibili per i propri aderenti..

Peraltro, se si osserva la distribuzione dei lavoratori aderenti ai fondi pensione nelle diverse linee di investimento si rileva una massiccia concentrazione nei comparti caratterizzati da un profilo rischio – rendimento più prudente.

Se lo scopo è quello di proteggere il risparmio raccolto, investendo le attività finanziarie nel miglior interesse dei propri aderenti, il criterio di massimizzazione dei risultati attesi potrebbe ritenersi compreso nell’obiettivo più generale di protezione sociale per evitare che l’impegno individuale e collettivo, tramite la destinazione di contributi a carico del lavoratore e delle imprese sia adeguatamente protetto, valorizzando nel contempo le finalità collettive dell’iniziativa previdenziale connessa a ciascun fondo pensione negoziale.

Ciò potrebbe segnare, se non il ritorno a modelli gestionali “mono-comparto”, quantomeno una maggiore attenzione delle fonti istitutive nel promuovere e valorizzare, fra le differenti linee di investimento proposte ai potenziali aderenti, quella che meglio risponde alla finalità sociale.

Tale “favor” da parte delle fonti istitutive nei confronti di una determinata linea di investimento potrebbe concretamente realizzarsi mediante condizioni di accesso semplificate o di maggior favore per gli aderenti, in termini di ridotti oneri amministrativi e gestionali o tramite la destinazione di finanziamenti aggiuntivi previsti dalla contrattazione collettiva.

La linea di investimento “politicamente” prescelta dovrebbe privilegiare scelte gestionali che assumono un orizzonte temporale più lungo ed adottare una migliore diversificazione degli impieghi (anche in classi di attività alternative) e dei rischi.

Si supererebbe così l’attuale tendenza dei fondi pensione (herding) a costruire linee di gestione che privilegiano classi di attività e benchmark di riferimento “similari”, sgravandoli dalla ricerca comparativa di risultati di breve periodo.

### **13. Il ruolo delle Parti sociali nella “governance” dei fondi pensione**

La fase “pionieristica” che ha accompagnato l’istituzione e il decollo delle forme pensionistiche complementari di natura negoziale si è caratterizzata per una prassi dei criteri e delle modalità di selezione dei soggetti designati dalle parti istitutive negli organismi di amministrazione e controllo delle forme pensionistiche complementari che ha privile-

giato forme di partecipazione “semi – volontaristiche”, improntate all’obiettivo di minimizzare gli oneri di natura amministrativa e gestionale. Questa prassi ha esaltato la funzione di “controllo sociale”, peraltro già assegnata agli organismi di amministrazione e controllo dal D.lgs 124/93 e poi confermata dal D.lgs 252/2005 che, nell’indicare il criterio della pariteticità fra rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro nella composizione dei medesimi organi, ha anche previsto il metodo elettivo per l’individuazione dei rappresentanti dei lavoratori.

Non c’è dubbio che l’ampliamento della complessità delle funzioni e dei compiti assegnati agli organismi di amministrazione e controllo (anche a seguito dell’imminente revisione della normativa che disciplina gli investimenti che spingerà i fondi a dotarsi di nuovi strumenti di analisi e controllo del rischio) richiede, in prospettiva, di “irrobustire” l’ambito e la pluralità dei requisiti dei componenti degli organismi.

Per alcuni tale salto di “qualità” dovrebbe realizzarsi attraverso un ulteriore rafforzamento dei requisiti di professionalità per i componenti degli organismi di amministrazione; per altri mediante l’introduzione nel fondo pensione di un assetto di governo ispirato alla riforma del diritto societario del 2003 che ha introdotto anche nel nostro ordinamento, per le società commerciali, la possibilità di adottare un modello “duale”.

Secondo i fautori del modello “duale” tale assetto, applicato alla vita del fondo pensione, consentirebbe di separare le funzioni tipiche di indirizzo, sorveglianza e controllo - che verrebbero affidate al Consiglio di Sorveglianza, dove troverebbero posto i rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro in ossequio al già richiamato principio di pariteticità - dalle funzioni di natura gestionale che verrebbero riservate al Consiglio di gestione, con requisiti di professionalità rafforzati, tramite la partecipazione di Consiglieri “indipendenti”.

A giudizio personale di chi scrive il modello “duale” mal si concilia con la peculiarità dell’assetto amministrativo e gestionale di un fondo pensione, sia perché numerose funzioni gestionali sono attualmente svolte, secondo quanto previsto dalla legge, tramite il concorso di soggetti dotati delle necessarie competenze ed autorizzazioni di legge<sup>8</sup>, sia perché la disciplina dettata dalla Covip si preoccupa di ripartire le funzioni direttive, di sorveglianza e di controllo tra più soggetti, differenti per struttura e competenze, che ferma restando la responsabilità dell’associazione riconosciuta “fondo pensione”, dotata di personalità

<sup>8</sup> È il caso del regime che presiede alla gestione finanziaria previsto dall’art. 6 del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252.

giuridica, si ispirano ad una separazione dei compiti che si risolve in un'insieme di procedure dirette a disegnare un compiuto assetto di prerogative e controlli incrociati<sup>9</sup>.

Al tempo stesso, per lo specifico "ruolo" svolto dalle fonti istitutive nella promozione e nel sostegno della forma pensionistica complementare è evidente l'esigenza di un collegamento o di un nesso funzionale fra l'esercizio delle funzioni amministrative e la copiose attività e procedure definite o attuate dalle fonti medesime che ispirano le diverse fasi operative della vita del fondo pensione negoziale, da quelle del collocamento e dell'adesione, a quelle del finanziamento e delle prestazioni erogate.

Abbandonando l'enfasi sulla separazione fra le funzioni di indirizzo e controllo (da riservare ai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro) e quelle gestionali (da affidare a Consiglieri "indipendenti"<sup>10</sup>), vale la pena riflettere, in prospettiva, su un approdo più maturo degli assetti amministrativi e gestionali, facendo leva sulla necessità di dotare i richiamati organismi amministrativi di figure professionali più specialistiche ed individuando, quindi, il mix più opportuno di competenze professionali, in relazione all'assetto organizzativo e gestionale del fondo e alla complessità del processo decisionale.

## Conclusioni

La sostenibilità sociale e finanziaria del sistema previdenziale dipenderà sempre di più dall'equilibrio fra la pensione pubblica obbligatoria e quella complementare privata.

L'attuale assetto "duale" della distribuzione degli aderenti per settori produttivi, che ha finora escluso dal sistema i lavoratori della piccola e media impresa e del pubblico impiego rischia di minare alla radice la coesione sociale.

In attesa che vengano tempi migliori e che la classe politica assuma lo sviluppo della previdenza complementare come una priorità dell'azione di politica economica e sociale, senza scaricare sulle future

<sup>9</sup> È il caso, ad esempio, della funzione di controllo interno, ma anche della figura del Responsabile del fondo.

<sup>10</sup> I requisiti che valorizzano il profilo curriculare, in relazione alla storia e all'esperienza professionale acquisita, attenuano le caratteristiche storico – sistematiche di "indipendenza". Tale considerazione va peraltro calata in un contesto professionale, quale quello italiano, caratterizzato da relazioni di interesse molto fitte, anche in relazione all'intreccio degli assetti proprietari e ai potenziali conflitti di interesse che coinvolge il mondo bancario ed assicurativo del nostro Paese.



generazioni, elettoralmente poco rappresentate, il rischio di un'insufficiente copertura previdenziale nell'età anziana spetta alle parti sociali il compito di riconsiderare l'ottica della solidarietà, anche tramite un decisivo rafforzamento della mutualità integrativa dell'intervento sussidiario.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> "Fermo restando, e pertanto confermando, l'idea (giusta) della solidarietà intergenerazionale dei figli verso i padri (fondamento dell'attuale sistema a ripartizione), già da domani si potrebbe ragionare dell'idea (anch'essa giusta) della solidarietà intergenerazionale tra padri verso i figli..." (Elio Corrente e Angelo Marinelli, *Le pensioni dopo la riforma Berlusconi*, Edizioni Lavoro 2005, pag. 37).



# Lo scenario per lo sviluppo dei fondi di welfare contrattuale integrativo

di Federico Spandonaro

*Docente di Economia Sanitaria presso la  
Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata*



Oggetto del presente contributo è un'analisi dello scenario nel quale potrebbero/dovrebbero svilupparsi i fondi di welfare contrattuale integrativo.

Delineare uno scenario per i fondi non è esercizio facile, fondamentalmente perché condizionato, oltre che da evidenti fattori esogeni, quali gli andamenti economici (ormai del tutto globali), anche da decisioni politiche a loro volta condizionate da numerosi fattori, questa volta endogeni agli sviluppi della Società italiana.

Il contributo, quindi, non può esimersi da una premessa tesa a limitare il campo di riflessione ma, allo stesso tempo, a fornire alcuni elementi di contesto senza i quali ogni argomentazione rimarrebbe ingiustificabile.

Prioritariamente va detto che i fondi contrattuali rappresentano un segmento certamente importante dei sistemi di protezione sociale, posizionato per lo più in quello che convenzionalmente è definito il II pilastro di protezione sociale.

La trattazione si concentrerà quindi su questo segmento del welfare.

Va da sé che pensare ad uno scenario per i fondi, senza premettere un'analisi di come evolverà complessivamente il sistema di welfare, non risulterebbe però intellegibile.

Il tema di fondo rimane, in definitiva, l'utilità di avere un sistema di welfare organizzato su più pilastri e, subordinatamente, la definizione dei diversi ruoli del I e del II pilastro.

Tipicamente il I pilastro, spesso detto di base, ha natura obbligatoria (e quindi pubblica) e determina una redistribuzione di tipo solidaristico; il II non è necessariamente obbligatorio (e quindi tipicamente non pubblico), ha natura mutualistica ed è detto tipicamente integrativo o complementare (sebbene ad essere pignoli si possano intravedere differenze nei due termini).

Si noti che in campo previdenziale, l'utilità di avere almeno due pilastri (tre con la quota volontaria individuale) è fatto ormai acquisito; molto meno lo è nel campo della Sanità e dell'Assistenza, dove sinora ha prevalso l'istanza equitativa, negando ogni possibile arretramento dal principio (estremo) dell'uguaglianza di trattamento.

I pregi del I pilastro sono evidenti: in particolare, va richiamato che genera la massima solidarietà e quindi potenzialmente la massima equità, sebbene per lo più orizzontale. Il difetto più frequentemente richiamato, su un piano normativo, è quello legato alla presunta inefficienza pubblica: questione peraltro scientificamente mal posta, avendo fondamento teoretico molto limitato.

Molto meno chiaro è quali siano i reali pregi del II pilastro, tanto che spesso viene propugnato "in negativo", ovvero come alternativa derivante dalla presunta insostenibilità dei sistemi pubblici di welfare di base.

Ma sostenere che esista una presunta insostenibilità dei sistemi di welfare è, anch'essa, questione senza chiaro fondamento: la sostenibilità dipende, ovviamente, dal livello di tassazione/contribuzione che si vuole (e può) imporre, come anche dall'entità dei benefici garantiti.

I pregi del II pilastro sono più sfumati, e attengono a varie sfere: economica, sociale, culturale, etc. Quindi prima di tentare di definire uno scenario per i fondi, ci sembra necessario approfondire sia la genesi del II pilastro in generale e di quello contrattuale in particolare, sia le sue "ragioni".

### **Riflessioni sull'evoluzione dei sistemi di welfare**

Un primo aspetto che sembra rilevante è quello dell'effettiva evoluzione dei sistemi pubblici di welfare di base e quindi della genesi di sistemi multi pilastro.

Senza alcuna pretesa di tracciare lineamenti esaustivi della materia, elenchiamo di seguito alcune caratteristiche che hanno segnato l'evoluzione dei sistemi di protezione sociale; iniziamo con il rilevare che nacquero con una conformazione di tipo corporativo, risultando quindi assimilabili tanto al I pilastro, essendo ai tempi l'unica protezione disponibile, come anche al II, se invece privilegiamo l'aspetto della

fonte istitutiva. Con l'affermazione del ruolo sociale degli Stati, e il successivo sviluppo dei sistemi di protezione sociale di stampo Beveridgiano, tipicamente deputati a garantire in modo universale i diritti di cittadinanza, le previdenze organizzate su basi corporative si sono concentrate su quello che è stato poi chiamato Il pilastro (con compiti e importanza che rimangono comunque largamente variabili nei Paesi, in funzione dell'estensione riconosciuta ai diritti di cittadinanza).

I sistemi Beveridgiani non hanno quindi in origine una pretesa di "esclusività": il primo pilastro nasce per garantire i diritti di cittadinanza, lasciando in via di principio spazi per eventuali integrazioni su base mutualistica o anche individuale. In termini pratici il tema è, evidentemente, la definizione dell'estensione reale dei diritti di cittadinanza. Tutto questo per dire che a seconda di quanto si ritengono ampi, si tenderà a distribuire diversamente i ruoli e, quindi, l'importanza del I e del II pilastro: ma probabilmente mai c'è stato un atteggiamento teorico teso a mortificare o escludere le forme integrative.

Non di meno l'evoluzione internazionale dei sistemi è stata differenziata, con presenze del II pilastro notevolmente differenziate. Il caso italiano (almeno fino agli ultimi anni) è certamente paradigmatico di una tendenza a concentrare il compito di protezione sociale sul settore pubblico – e quindi sul I pilastro, con l'adozione di diritti di cittadinanza molto ampi – relegando i fondi integrativi su un piano residuale.

Va aggiunto che l'evoluzione dei sistemi di welfare si è accompagnata con profonde modificazioni culturali. Ad esempio, possiamo osservare come negli ultimi decenni si sia andato estendendo l'uso della locuzione "sistemi di Welfare", a scapito di "protezione sociale": il fenomeno non si limita all'aspetto linguistico, rappresentando piuttosto un segnale del cambiamento culturale in corso. Con il tempo, almeno in alcuni Paesi, si è andata surrettiziamente affermando l'idea che il compito della protezione sociale di base fosse garantire globalmente condizioni di Welfare e non solo proteggere, come in origine, dai meri rischi di esclusione (per lo più di origine economica).

Parallelamente, con il crescente intervento pubblico, si è anche parzialmente persa (di nuovo in alcuni Paesi più che in altri) la consapevolezza della natura assicurativa dei sistemi di protezione sociale e quindi i suoi intrinseci vincoli economici e finanziari: non a caso anche il termine "Assicurazioni Sociali", con il quale era d'uso riferirsi ai sistemi previdenziali, è pian piano divenuto desueto.

Ovviamente l'idea che si debbano, e possano, garantire condizioni di welfare è densa di una tensione sociale assolutamente condivisibile

e apprezzabile, ma quando perde il contatto con la consapevolezza della limitatezza delle risorse, diviene foriera di equivoci. In particolare se si trascurano due principi: il primo è quello per cui il rischio può essere trasferito e/o distribuito, ma non completamente eliminato; il secondo è che la funzione della protezione sociale è prima di tutto equitativa: redistribuendo risorse comunque date, ci si muove nell'ambito della antica metafora della formica che accantona risorse per l'inverno; in altri termini, lo scopo della protezione sociale è promuovere un risparmio forzoso per far fronte agli eventi involontari che minano l'auto-sufficienza delle persone, quali la vecchiaia, la malattia, la disoccupazione etc.

Questo risparmio, nella fase di erogazione delle provvidenze, genera evidentemente una redistribuzione in favore degli individui più deboli di una generazione, ma deve anche essere in grado di redistribuire fra generazioni, nella misura in cui in tempo di crisi (cicli negativi) la fragilità aumenta.

Purtroppo, quando il ciclo economico è espansivo e si registra una solida crescita economica, è facile "dimenticarsi" dell'opportunità di accantonare risorse; a maggior ragione da quando l'ampliamento dell'intervento pubblico ha consegnato la gestione dei sistemi di protezione sociale alla Politica: storicamente, ancora in alcuni Paesi più che in altri, la logica del perseguimento del consenso politico ha spesso prevalso su quella del mantenimento dell'equilibrio economico/assicurativo, facendo sì che in tempi di "vacche grasse" si sia "dilapidato in benefici" invece di "accantonare per l'inverno".

L'esigenza di mantenere un sano equilibrio dei sistemi di protezione sociale si riscopre, tipicamente, solo quando sopraggiungono i momenti di crisi economica, e il sistema di welfare finisce sul banco degli imputati per la sua presunta insostenibilità economica. In Italia, in particolare, possiamo osservare come le riforme sembrano possibili solo sotto la spinta dell'emergenza: anche la storia recente (sebbene il fenomeno sia per la verità secolare) dimostra che ad ogni "crisi" si è accompagnata una revisione del sistema di welfare, paradossalmente in senso restrittivo.

Il fatto inquietante è che sembra sfuggire al dibattito politico (o l'emergenza impedisce che sia considerato) come la logica dell'equilibrio e quella della sostenibilità non siano pienamente sovrapponibili: se non altro perché la prima si riferisce al lungo periodo, quando la seconda ha un orizzonte di breve periodo.

Ne deriva un paradosso: la finalità dei sistemi di welfare dovrebbe



implicare un andamento anticiclico delle prestazioni, che dovrebbero aumentare nelle fasi di crisi in proporzione all'aumento delle fragilità e dell'esclusione ... di contro le riforme, essendo partorite in tempo di crisi, ed essendo quindi finalizzate a rendere sostenibile l'onere del welfare (tipicamente per i budget pubblici), hanno per oggetto per lo più una diminuzione delle prestazioni.

Nei fatti, spesso si è assistito a questa inversione di ruolo, che ha reso l'impegno nella protezione sociale sostanzialmente pro ciclico, implicando nei fatti un sostanziale fallimento dei sistemi di welfare basati su un unico pilastro pubblico.

In Italia il fenomeno è esasperato, perché le crisi economiche si sovrappongono ad una debolezza intrinseca dell'economia italiana, rappresentata dall'eccessivo debito pubblico: in pratica la ristrettezza delle risorse pubbliche, pur essendo primariamente correlata alla bassa crescita, è di fatto amplificata dalla perdurante necessità di rientro del debito; e considerando che il sistema di welfare italiano è molto concentrato sul I pilastro pubblico, si spiega naturalmente perché ci siano elementi per ripensare complessivamente l'assetto del sistema di protezione sociale italiano su più pilastri.

In altri termini, appare evidente che è impossibile pensare un sistema di protezione sociale estraneo al contesto, ovvero immunizzato rispetto ai cicli economici: ma è altrettanto evidente che quando la commistione fra vincoli di finanza pubblica e sistema di welfare raggiunge quote elevate (o elevatissime!) la "difesa" dagli effetti dei cicli economici negativi diventa praticamente impossibile.

I sistemi multi pilastro sembrano poter avere una maggiore capacità di far fronte ai cicli economici, essendo maggiore la "separazione dei ruoli".

Questa breve disamina delle logiche evolutive della protezione sociale, con una particolare enfasi alla loro concreta applicazione in Italia, ci porta quindi ad affermare che pensare ad un ruolo del II pilastro – quello integrativo – di tipo residuale sia insoddisfacente: il II pilastro è stato a volte mortificato per interpretazioni discutibili del principio di welfare, quando invece un suo adeguato sviluppo evita i rischi di ipertrofismo del I pilastro, che ha reso i sistemi di protezione sociale spesso troppo sensibili agli impatti esogeni dei cicli economici e politici.

Di seguito proveremo, quindi, ad analizzare in positivo i potenziali vantaggi del II pilastro: ovviamente le interrelazioni fra alcuni di questi vantaggi sono evidenti e alcuni si riconducono anche ad aspetti già trattati, ma verranno comunque ripresi sotto ottiche alternative.

### **Le ragioni in positivo del II pilastro**

Numerose ragioni possono addursi in favore di uno sviluppo maggiore del II pilastro, in generale, e di quello contrattuale, nello specifico; proveremo nel seguito ad argomentare su quelle che sembrano essere (soggettivamente) le più significative:

- 1) L'applicazione del principio di sussidiarietà
- 2) la diversificazione del rischio
- 3) il principio di prossimità
- 4) la responsabilizzazione (efficienza allocativa)
- 5) le carenze del sistema di base (fra l'altro la carenza di concorrenza)
- 6) l'iniquità della spesa privata out of pocket.

Il primo punto sulla Sussidiarietà attiene a questioni sostanzialmente di principio: tale principio, elemento fondante dei rapporti fra Stati nella EU, richiamato anche nella Costituzione italiana all'art. 118, si sviluppa in modo sovraordinato rispetto a valutazioni empiriche, ad esempio di Efficienza e/o Efficacia. La Sussidiarietà mette la persona al centro dell'ordinamento sociale: ne segue che cedere funzioni, scelte, etc. dagli individui/famiglie ai livelli organizzativi superiori della Società, sia opzione che necessita di una esplicita giustificazione, ovvero la dimostrazione che comporti maggiore benessere sociale.

La Sussidiarietà pur avendo un fondamento teoretico, ha il senso pratico di implicare l'idea che il raggiungimento della massima efficienza sia in generale garantito dall'esplicazione delle preferenze individuali e dalla libera formazione delle scelte. Le argomentazioni precedenti appaiono, quindi, sostanzialmente coerenti con il fondamento non paternalistico della scienza economica e quindi con il "principio di sovranità" del consumatore.

Di recente la tematica ha investito fortemente i sistemi di welfare: l'idea della "Big Society", sposata dall'attuale governo Inglese, ha riportato (nella patria di Beveridge!) all'attenzione del dibattito politico l'importanza dei corpi decentrati della Società, anche nella costituzione del sistema di welfare.

La soluzione di continuità con il passato del concetto di "Big Society" si estrinseca nella critica alla pervasività dell'intervento statale, considerato inefficiente, tecnicamente ma anche allocativamente: siamo quindi in piena applicazione del principio di Sussidiarietà, sebbene si possa intravedere il rischio di una estremizzazione derivante dalla ideologizzazione dell'ipotesi relativa alla maggiore efficienza degli interventi delle forze sociali; e anche il rischio che il movimento nascon-

da semplicemente un alibi per un arretramento dell'impegno pubblico e quindi dei livelli di solidarietà.

In ogni caso, il principio di Sussidiarietà è di per sé un importante fondamento per la tesi che indica la supremazia (logica, ma anche empirica) dei sistemi di protezione sociale fondati su più livelli o pilastri.

Un secondo aspetto che vale la pena richiamare è quello della diversificazione del rischio e della stabilità delle regole. Come si è anticipato, le Assicurazioni Sociali sono un metodo di trasferimento del rischio, con sistemi di gestione dello stesso, noti e codificati, che in molti casi prevedono l'accumulo e quindi l'investimento del risparmio; dai modelli finanziari di investimento sappiamo che in natura non è possibile eliminare il rischio, ma al più contenerlo mediante la diversificazione.

Un atteggiamento di buon senso, ma anche con un fondamento scientifico, risulta quindi quello di prendere atto che non esiste una modalità di gestione del risparmio in assoluto migliore, bensì che usare diverse modalità di investimento è a priori la scelta più razionale.

Che la diversificazione abbia senso anche nella gestione dei sistemi di welfare non sembra poi così assodato, anzi ciclicamente viene dimenticato: negli anni '90, ad esempio, nel dibattito che accompagnò la prima tranche di riforma previdenziale, da parte di alcuni si tentò di sostenere che il sistema di gestione a capitalizzazione fosse strutturalmente più conveniente della ripartizione: come dire che il rendimento finanziario fosse strutturalmente più conveniente di quello "reale".

La storia di questi ultimi anni, disseminata da crisi finanziarie, sembra aver voluto subito smentire quelle tesi: ma una regolarità statistica, senza un modello a fondamento, come non rappresentava una prova a favore di una tesi, non è neppure utilizzabile come prova a discapito.

In ogni caso, fortunatamente, ci si rese conto che era impraticabile il passaggio ad un sistema a capitalizzazione e si atterrò più prosaicamente sul cosiddetto modello contributivo, che qualcuno definì impropriamente una "capitalizzazione" virtuale, lasciando però al II pilastro (complementare) il ruolo di agente di diversificazione (in quanto a capitalizzazione).

Probabilmente la dissennata gestione del precedente sistema retributivo, costellato di privilegi ingiustificabili e gestito al di fuori delle più ovvie e banali regole di equilibrio attuariale, rese di per sé necessario il suo superamento.

Ma il sistema contributivo non implica di per sé una diversificazione, al più l'ha incentivata nella misura in cui, riducendo la copertura, lascia spazio (o meglio l'esigenza) allo sviluppo di un II pilastro.

Tuttavia la vicenda delle riforme previdenziali mette in luce anche un altro aspetto delicato dei sistemi di welfare: quello della stabilità delle regole. Il caso dell'evoluzione del sistema contributivo ne rappresenta ancora un esempio paradigmatico. Tale metodo ha modificato l'obiettivo del sistema previdenziale di base, dalla garanzia del mantenimento del tenore di vita dopo il pensionamento, al principio del "tanto versi (risparmi), tanto avrai retrocesso": così facendo ha evidentemente modificato il principio equitativo sottostante, senza che peraltro si sia dedicata sufficiente attenzione al tema.

Ad esempio, il sistema contributivo non contiene (o contiene limitati) elementi di regolazione della redistribuzione fra generazioni: il rischio è che le generazioni attive in periodi di crisi prolungate si traducano in generazioni di pensionati poveri (in altri termini sposta il rischio dal gestore all'iscritto): e questo è un problema tanto più il sistema si applica ad una quota rilevante della copertura complessiva, ovvero tanto più è ipertrofico il I pilastro rispetto al II. Non a caso, ai tempi si spinse per affiancare al I pilastro la previdenza complementare, sebbene i risultati siano rimasti inferiori alle aspettative.

Ad alcuni aspetti, dunque, controversi, il sistema contributivo unisce però un pregio indiscutibile, che è quello della flessibilità: in quanto rende libero il soggetto di bilanciare (certamente all'interno di alcune regole generali) la sua allocazione di tempo fra lavoro (vita attiva) e pensionamento; in altri termini, con il sistema contributivo se ci si vuole pensionare prima questo è "naturalmente" possibile, ricevendo ovviamente in cambio una pensione minore. Non si capisce allora la logica per cui nell'attuale sistema, definitivamente tutto contributivo, si mantengano i requisiti di anzianità (e tutto sommato anche di età minima) ed anzi si inaspriscano: per inciso in un sistema retributivo il requisito di anzianità ha una sua ratio nella misura in cui, essendo definita la prestazione massimale nella misura dell'80% dell'ultima/e retribuzione/i e avendo adottato la regola del "rendimento virtuale" del 2% per anno di anzianità, risultava logica anche la regola dei 40 anni di anzianità ... ma "numeri" maggiori di questo oggi entrati nelle regole del welfare italiano non sembrano più avere alcun legame logico con le regole di sistema, se non per procrastinare le fuoriuscite dal lavoro.

Questa superficiale disamina non è finalizzata a criticare le recenti misure di riforma, quanto a mettere in luce come le riforme delle "regole" nel I pilastro possono facilmente essere condizionate da ragioni di emergenza finanziaria, portando a modificazioni "unilaterali" del contratto di protezione sociale.

Quanto precede non vale evidentemente solo per il settore previdenziale; anche in campo sanitario potremmo portare esempi di regole modificate per ragioni congiunturali di tipo economico o semplicemente politico: ad esempio se in Sanità non si fossero eliminati i ticket nel 2001, magari non si sarebbe posta l'esigenza di reintrodurli proprio ora che la crisi riduce le possibilità economiche delle famiglie di far fronte ai costi assistenziali.

Il secondo pilastro, se ben gestito, può quindi anche attenuare le problematiche sopra esposte, "diversificando" per il beneficiario i rischi connessi a modificazioni unilaterali del "contratto".

Il terzo aspetto citato è quello legato al principio di Prossimità, il quale recita (non essendo scevro dell'influenza del principio di Sussidiarietà) che le scelte sono tanto più efficaci e più responsabili, quanto più sono vicine al destinatario dei benefici. Non a caso, una delle principali giustificazioni teoriche del Federalismo risiede proprio nel principio di Prossimità, tanto che, se vogliamo impropriamente, Federalismo e Decentramento sono spesso concetti associati.

Il ruolo del II pilastro in questo ambito è più evidente considerando le componenti di welfare che erogano beni e servizi in natura: un esempio è chiaramente quello della Sanità.

In Italia, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) si è accompagnata ad una grande enfasi sulla garanzia dell'equità orizzontale: il principio adottato è che in tema di salute (o meglio di assistenza sanitaria) tutti debbano essere sullo stesso piano.

Ovviamente la tesi è discutibile, come tutti i principi equitativi, in particolare quando mirano all'estremizzazione egualitarista; ma è più che altro dubbio che tale tesi sia davvero realizzabile: è, infatti, evidente che chi ne ha la possibilità può sempre liberamente decidere di integrare o di sostituire le prestazioni erogate del Ssn.

Questa idea egualitarista sconta probabilmente una visione della Società che non ha riscontro reale; ad esempio, da tempo è noto che nei Paesi sviluppati, come può essere il nostro, la deprivazione non esita in una carenza di prestazioni dovuta a barriere di accesso; se mai è vero il contrario: condizioni di esclusione implicano un maggiore numero di prestazioni ricevute, ma con un tasso maggiore di inappropriatazza delle stesse.

Nel contesto quindi di una Società sempre più segmentata, i sistemi monolitici di grandi dimensioni – e quindi grande complessità – diventano relativamente inefficienti, non disponendo della flessibilità necessaria per far fronte alle diversificate istanze dei gruppi sociali.

Le forme di Sanità integrativa, ad esempio, rendono possibile modulare meglio i profili di protezione; gli esempi possibili sono molti: può essere ripensata la quota di rischio trasferita, rendendola flessibile durante l'arco di vita (in cambio evidentemente di una flessibilità degli oneri a copertura); le modalità di erogazione delle prestazioni possono essere personalizzate (ad esempio il fattore tempo di accesso può avere valori fortemente diversificati in periodi di attività e in periodi di quiescenza); le stesse prestazioni, intese come set a cui si ha diritto, possono essere diversificate (si pensi alla prevenzione primaria negli adulti, che, pur non avendo spesso profili di costo efficacia che ne giustifichino interventi massivi a livello di Ssn, può avere un valore maggiore per determinate sotto popolazioni); citiamo ancora la possibilità di gestire diverse preferenze in termini di prestazioni in natura o in denaro: basti pensare alla complementarietà che potrebbe determinarsi fra polizze previdenziali a copertura dei maggiori bisogni in caso di non autosufficienza e i servizi di residenzializzazione e simili coperti da una assicurazione long term care.

La prossimità è fondamentale anche per l'integrazione dei servizi/prestazioni erogate dai vari istituti del welfare; i confini fra bisogni sono sempre più labili: pensare di affrontare i problemi con una logica dei "silos" appare perdente; non si capisce come si possano oggi affrontare separatamente i problemi sanitari da quelli del wellness prima e della non autosufficienza dopo; o le politiche di compartecipazione, senza considerare le politiche previdenziali e/o le regole di esenzione.

La complessità dei sistemi universali pubblici è tale che spesso questa integrazione, se non nei profili generali, è semplicemente ingestibile: l'integrazione è invece terreno ideale per le forme di welfare contrattuale, che si riferiscono a popolazioni di numerosità inferiore e, principalmente, molto più omogenee in fatto di bisogni e aspettative.

Della responsabilizzazione istituzionale si è già accennato al punto precedente; va aggiunto che è al centro del dibattito sul Federalismo: basti vedere i principi della delega nella L. 42/2009, in larga misura ispirati dalle note problematiche di disavanzo che affliggono il sistema sanitario (il più sensibile alla questione federalista, assorbendo gran parte dei budget regionali).

L'aspetto della responsabilizzazione riguarda, però, anche aspetti più soggettivi, centrati sul concetto di responsabilità individuale.

Il principio di previdenza, ovvero di risparmio, è alla base della cultura della protezione sociale e quello forzoso è assunto a funzione primaria dello Stato. Questo ha però fatto progressivamente perdere di

incisività al concetto di responsabilità individuale, spodestata dall'idea (derivante forse da un eccesso di paternalismo statale) che l'onere fosse tutto in capo allo Stato, impropriamente inteso come qualcosa di estraneo e separato. Tendenze di questo atteggiamento sono evidenti nelle indagini demoscopiche, che sono concordi nel rilevare grande pretesa di sicurezza (assoluta), ma anche scarsa propensione ad assumersene i costi.

Ad esempio, il dibattito sull'importanza del tenere corretti stili di vita, pur essendo questi ormai riconosciuti come responsabili di una quota crescente delle patologie e dei conseguenti costi assistenziali, ha, nel nostro Paese, ancora un ruolo del tutto ancillare rispetto al dibattito politico sulla sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

Il II pilastro è per sua natura "prossimale", e può quindi avere un ruolo significativo nel promuovere una maggiore personalizzazione dei benefici, ma anche nell'educazione ad una maggiore consapevolezza dell'insostituibilità della responsabilità individuale: sia sul versante dei costi, che della oculatezza della gestione, nonché della prevenzione dei rischi.

Vuoi per la crescente scarsità (relativa) delle risorse, vuoi per inefficienze che non si riescono a rimuovere con gli attuali assetti istituzionali, il I pilastro non sempre riesce poi a soddisfare pienamente le aspettative dei cittadini, come è il caso per alcuni settori quali i servizi socio sanitari; in questo caso il ruolo del II pilastro è del tutto evidente e quasi scontato: può avere sia un ruolo di supplenza, che quello di incentivo ad una maggiore efficienza.

Per quanto concerne il settore socio sanitario, le aree maggiormente carenti sono note: l'odontoiatria e l'assistenza ai non autosufficienti sono largamente scoperte, come risulta evidente dal fatto che sono le più frequenti cause, note, di impoverimento delle famiglie. L'esistenza di una rete di copertura integrativa, oltre a supplire alle carenze di offerta del I pilastro, potrebbero certamente contribuire a calmierare (come nel caso dell'odontoiatria) o a regolare (come nel caso delle badanti) il mercato, con un non indifferente beneficio sociale. In altri termini il II pilastro aumenta il livello di concorrenza in mercati in generale poco competitivi.

Le carenze, lette sul lato dell'impatto sui bilanci delle famiglie, portano infine all'aspetto dell'iniquità della spesa privata out of pocket; le carenze del I pilastro non esitano in mancanza di offerta, se non in piccola parte: supplisce già ora il tessuto sociale, ovvero le famiglie, tant'è che la spesa privata italiana per il socio sanitario sfiora i 30 miliardi di



euro annui; considerando che oltre l'80% di questa spesa è out of pocket, ovvero non ha alcuna copertura assicurativa, ed anche non volendo considerare la quota di spesa per compartecipazioni (che di fatto è "pubblica"), l'ammontare rimane decisamente significativo e con un elevato potenziale di iniquità, perché legato alle disponibilità individuali: la riprova è l'ingente impoverimento che genera.

Il tema è stato alla base dell'emanazione del decreto del Ministero della Salute che nel 2008 ha tentato di promuovere la Sanità integrativa, legandone gli incentivi fiscali all'impegno nei campi di carenza della copertura pubblica.

Si noti che, infine, a differenza del caso previdenziale, il II pilastro socio sanitario non richiede nuove risorse, quanto una riallocazione di quelle esistenti, facendo sì che elementi di tipo mutualistico, tipici dei fondi integrativi, mitigino l'iniquità insita nella spesa out of pocket.

In definitiva le ragioni per incentivare le forme di welfare integrativo sono molte e fondate proprio sulla sua natura integrativa, e non su pretese sostitutive o di supplenza ad un infondato rischio di "insolvenza" del I pilastro.

### **Lo scenario prospettico**

Costruire scenari prospettici a medio lungo termine è oltremodo complesso; dovendo fare una scelta degli elementi più probabili da scontare in una previsione, citiamo prima di tutto gli effetti della crescente concorrenza dei Paesi in transizione e in via di sviluppo, che dovrà portare ad un riequilibrio del benessere a livello mondiale, ovvero una previsione di anni di crescita quanto meno modesta, che metteranno a dura prova le economie avanzate ed i relativi conti pubblici; segue una crescente pervasività dei grandi poteri economico finanziari, ormai dimostratisi capaci di condizionare anche politiche nazionali, che comporterà cicli economici sempre più rapidi e impattanti sui sistemi di welfare. Un terzo elemento, questa volta sostanzialmente endogeno, è certamente la dinamicità dei percorsi occupazionali, che porterà alta mobilità (ed anche precarietà) e livelli di benessere altalenanti durante il corso della vita.

In queste condizioni i sistemi di welfare così come si sono storicamente evoluti si dimostrano inefficaci: basti pensare alla difficoltà di generare accumulazioni sufficienti per immunizzare il I pilastro previdenziale dai cicli economici; alla crescente dinamica della Società i sistemi di welfare dovranno quindi necessariamente rispondere aumentando la loro flessibilità e capacità di interpretazione dei bisogni; fatta salva la



primazia del settore pubblico a livello di regolamentazione dei principi generali, sarà quindi necessario mettere insieme (sussidiariamente) tutti i possibili livelli di partecipazione sociale, finalizzandoli ad una presa in carico complessiva e coerente delle varie forme di fragilità; questo anche al fine di poter giungere a “sommare una quota di welfare” che sia sufficiente per combattere l’esclusione sociale anche nei momenti di crisi economica.

Ne segue che ottimizzare l’integrazione dei vari livelli di protezione (o almeno minimizzarne l’entropia) diventa un obiettivo primario dei futuri sistemi di welfare: tale compito non può che essere assunto da istituzioni molto vicine al beneficiario, quali sono i fondi contrattuali.

Riassumendo, la promozione di un maggiore sviluppo dei fondi di welfare integrativo ha fondamenti sia teorici che empirici; può rispondere ad una inversione di tendenza rispetto ad alcune derive storiche dei sistemi di welfare, ed in particolare di quello italiano; risponde anche all’esigenza di una maggiore Sussidiarietà; ed ancora all’esigenza di perseguire una maggiore integrazione dei livelli di protezione, imposta dalla crescente incertezza che pervade la Società, prospetticamente aggravata dall’attesa di un periodo non breve di stagnazione, con tutti i rischi di iniquità ed esclusione che questo scenario comporta.



# Possibili scenari evolutivi della sanità integrativa in Italia alla luce delle normative vigenti

di Isabella Mastrobuono

*Direttore Sanitario Policlinico Tor Vergata*



## Premessa

Il recente rapporto del Fondo monetario internazionale *“Long Term Trends in Public Finances in G7”* pone l’accento sul fatto che nelle economie dei Paesi maggiormente industrializzati devono essere avviate politiche di contenimento dei costi in sanità, anche creando spazi di tipo fiscale per l’erogazione dei servizi ai cittadini in alternativa al settore pubblico, considerando che l’impatto della crescita della spesa sanitaria e pensionistica potrà essere ben più devastante nel futuro del debito pubblico conseguente la crisi di questi anni. Il documento pone l’accento sul fatto che le tecnologie (nuovi farmaci, dispositivi medici, apparecchiature) potrebbero giocare un ruolo superiore a quello dell’invecchiamento nel generare nuovi costi, ponendo le Società industrializzate dinanzi al problema di indicare delle ***priorità di intervento***.

Il tema è molto sentito in Italia, Paese caratterizzato da una percentuale di anziani che ha ormai superato il 20% (oltre 12 milioni di persone di cui 1.098.000 con non autosufficienza grave secondo i dati ISTAT 2007) <sup>1</sup>, con il serio rischio che negli anni a venire i giovani occu-

<sup>1</sup> L’indagine ISTAT non si riferisce a cittadini al disotto dei 6 anni, ed esclude sia i pazienti istituzionalizzati che quelli affetti da patologie psichiatriche. In Germania il fondo obbligatorio per la non autosufficienza si rivolge ad oltre 1.900.000 assistiti di cui il 22,5% (437.000 circa) di età inferiore ai 65 anni. Tema complesso è quello della definizione reale della gravità delle persone con disabilità e la individuazione di criteri scientifici per la definizione di non autosufficienza. A tale proposito studi condotti sulle rilevazioni ISTAT (che, si ricorda, sono interviste alle famiglie italiane) hanno permesso di

pati si trovino a finanziare la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65enni ed oltre, per circa il 62,3% del loro Pil procapite (Pamolli 2011). Da considerare, inoltre, la presenza in Italia di 8,3 milioni di cittadini in povertà sui 15 milioni a rischio di povertà o esclusione sociale, problema che potrebbe acuirsi con l'avanzare della crisi. I cittadini a rischio di povertà sono pari al 24,7% della popolazione contro il 21,2% dell'area Euro. (Fondazione Zancan, 2011)

I dati del recente rapporto Ocse 2011 *"Health at a glance"* relativi all'Italia dimostrano una spesa sanitaria pubblica e privata pari al 9,5% del Pil rispetto al 9,6% della media degli altri Paesi, tassi di mortalità ospedaliera, a seguito di un attacco cardiaco o di un ictus, inferiori alla media OCSE, un numero inferiore di ricoveri ospedalieri ad alto costo per malattie croniche, quali asma, malattia polmonare ostruttiva cronica o diabete, un innalzamento della speranza di vita alla nascita ed un abbassamento dell'incidenza del tasso di mortalità a seguito di tumori al seno.

Tutto vero, ma non si è detto che la componente pubblica della spesa italiana, 77.9%, è al di sopra della media OCSE, pari al 71.7, che il 22,1% di spesa privata, per l'Italia, almeno nell'Europa a 27, costituisce una anomalia perché è quasi tutta proveniente dalle tasche dei cittadini (*out of pocket*), mentre in Europa è intermediata maggiormente da forme integrative di assistenza, come fondi, casse e mutue di territorio. Non si è detto che la spesa è aumentata nel triennio 2007/2009, con un'incidenza sul Pil che è passata dall'8,7% del 2007 al 9,5% del 2009, mentre il nostro Paese non ha centrato gli obiettivi di crescita previsti.

### **La spesa pubblica e privata in sanità**

Le prestazioni di protezione sociale ammontano in Italia a 412.255 milioni di euro, in aumento del 2,5% rispetto al 2009, di cui il 25,6%, e cioè 105.537 milioni di euro da ascrivere alla sanità, 32.980 milioni di euro, pari all'8%, all'assistenza, e 273.768 milioni di euro, pari al 66,4% alla previdenza, dati che dimostrano come quest'ultimo valore

---

individuare oltre 839.000 persone che presentano contemporaneamente tre disabilità gravi: non riuscire a mangiare anche tagliando il cibo da soli, non riuscire ad alzarsi dalla sedia, non riuscire a lavarsi le mani e il viso da soli. (Hanau, su dati Multiscopo 2000). In Italia siamo ancora lontani dalla esatta individuazione dei bisogni dei pazienti non autosufficienti, tema sul quale fare convergere iniziative di ricerca anche attraverso un maggiore coinvolgimento delle UVM (unità di valutazione multidimensionale).

sia in effetti più alto rispetto ai primi. La spesa pubblica per la sanità è stata pari a 113.457 milioni di euro nel 2010 (7,3% del Pil), spesa che è cresciuta di oltre 11 miliardi di euro dal 2007, mentre il finanziamento tende proporzionalmente a diminuire, attestandosi per il 2010 a 106 miliardi di euro.

Tra il 1996 ed il 2010 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta complessivamente di 61,8 miliardi di euro (passando dai 51,7 miliardi di euro del 1996 ai 113,5 del 2010), registrando un tasso di crescita medio annuo significativo, pari al 5,8% circa (dal 5,2% al 7,3% di incidenza sul Pil) rispetto ad un incremento medio annuo del Pil a valori correnti pari al 3,1%. L'attuale spesa pubblica è assorbita per oltre il 49,6% dai pazienti over 65, che, come è noto, registrano epidemiologicamente le malattie di più frequente riscontro in tale fascia di età: malattie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie croniche ed obesità.

Il finanziamento per la sanità pubblica è, dunque, oggi pari a circa 106 miliardi di euro (salvo le quote vincolate) e aumenterà solo dello 0,5% nel 2012 e dell'1,4% nel 2013, con una riduzione della spesa di circa 8 miliardi di euro, anche se la recente manovra del dicembre 2011 riduce di 2,5 miliardi i trasferimenti alle Regioni per le quali la spesa sanitaria incide per oltre l'80% del valore totale dei bilanci. Sul finanziamento statale pubblico, pari al 7,3% del Pil, graveranno le scelte governative più recenti (legge 11 del 15 luglio 2011), e cioè l'introduzione del tetto nazionale per i dispositivi medici, la riduzione del tetto della farmaceutica territoriale al 12,5%, e, a partire dal 2014, l'introduzione di ulteriori ticket.

Uno scenario complesso che potrebbe favorire la sanità low-cost, la cui crescita annua è calcolata intorno al 20-30% con un mercato del valore di 10 miliardi di euro. Il fenomeno non è da sottovalutare per le gravi implicazioni che potrebbe avere in termini di garanzia di sicurezza per il paziente e di qualità delle prestazioni erogate.

Sul finanziamento pubblico pende anche l'applicazione dei costi e fabbisogni standard introdotti con il D.Lgs n.68 del 6 maggio 2011 "*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*" in applicazione della legge 42 del 5 maggio 2009 sul federalismo fiscale sulla base del quale sono state avanzate numerose proiezioni, molte delle quali ritengono che il finanziamento possa essere diminuito sulla base del benchmark con le regioni più virtuose (104 miliardi di euro secondo Pamolli, 2011). Il provvedimento deve entrare in vigore nel 2013 e basarsi su un nuovo

modello di distribuzione delle risorse, anche se l'introduzione di un sistema così complesso richiederebbe una precisazione del concetto di costo standard inteso come costo di produzione in condizioni di efficienza ottimali ed una più puntuale certificazione dei bilanci.

Parallelamente alla spesa pubblica è presente in Italia una spesa privata (pari a circa 30 miliardi di euro) che si caratterizza per essere più alta rispetto a tutti i Paesi dell'Area Euro; si tratta di una spesa per la maggior parte sostenuta di tasca propria dai cittadini (82%), mentre il 13,9% è veicolato dai fondi integrativi sanitari (settore in forte crescita) e solo il 3,7% dalle Assicurazioni (a dimostrazione della scarsa propensione degli italiani a ricorrere a tale settore).

Globalmente, la spesa sanitaria pubblica e privata ammonta a 144 miliardi di euro, pari al 9,5% del Pil (in linea con i Paesi dell'area Euro e appena inferiore al 9,6% dell'area OECD).

I dati a consuntivo della Corte dei Conti sui bilanci della P.A. pubblicati nella G.U. del 5 agosto u.s. ci dicono che siamo a 113 miliardi e 457 milioni di euro a consuntivo 2010 e che la spesa privata si attesta a 29 miliardi e 564 milioni; inoltre la Corte esaminando il primo semestre 2011 prevede una tendenza alla crescita intorno ai 114 miliardi per l'anno in corso e circa 30 miliardi di spesa privata; nel contempo l'ISTAT ci dice che le famiglie italiane si impoveriscono a causa della crisi soprattutto nel sostenere spese sanitarie e sociali principalmente legate alla non autosufficienza ed alla paura dell'invecchiamento e delle malattie cronico - degenerative, che terrorizza il 63% degli italiani over 65 anni.

La prima fase applicativa del ticket, anche se alcune Regioni lo hanno previsto modulato in forma più equa rispetto al reddito, ha comportato notevoli disagi e costi amministrativi di cui si dovrà fare i conti tra entrate e uscite a fine anno. Circa 8 miliardi di tagli previsti per il 2013 e il 2014 pendono sul Ssn, anche se apparentemente è stato scongiurato il pericolo di veder anticipato al 2012 il taglio di 2,5 miliardi previsto per il 2013.

### **La spesa sociale ed i rapporti con la spesa sanitaria**

Sarebbe però un errore strategico guardare alla spesa sanitaria senza contemporaneamente considerare quella sociale. Il legame tra i due mondi è strettissimo. Una drastica riduzione senza una strategia precisa della spesa sociale può riflettersi sul versante sanitario, determinando una maggiore richiesta di servizi soprattutto di emergenza e vanificare, nelle regioni in piano di rientro, gli sforzi per la riduzione della spesa sanitaria.



Sono a rischio dunque soprattutto le prestazioni sociosanitarie, che rientrano nel forziere della spesa sociale, pari nel nostro Paese a oltre 120 miliardi di euro, e caratterizzata, rispetto a tutti i Paesi europei, da una tendenza a garantire prestazioni in denaro piuttosto che in servizi.

Dai dati relativi al 2008 emerge che sul totale delle prestazioni di carattere sociale, l'Italia si caratterizza per un valore del 26,5% della spesa sociale sul Pil, di cui il 19,2% in denaro contro il 7,3% in servizi, situazione opposta rispetto ai 15 Paesi dell'Euro (16,8% contro il 9,2%), con punte del 13% in servizi in Svezia contro il 15% di prestazioni in denaro.

Su questa spesa si abatteranno i provvedimenti recenti di stabilizzazione finanziaria (legge 148 del 14 settembre 2011) che riduce di 6,5 miliardi nel 2012 il finanziamento agli enti locali, fino agli 11,4 del 2014, mentre dalla riforma dell'assistenza (assegni di invalidità, pensioni di reversibilità) dovranno ottenersi, entro il 2014, risparmi per 20 miliardi di euro, pena il taglio di tutte le agevolazioni fiscali vigenti. A tale proposito, il Governo è stato delegato ad emanare una riforma fiscale e assistenziale che integri ed armonizzi le risorse destinate al socio-sanitario e promuova la welfare society e le realtà del terzo settore.

Il disegno di Legge "*Delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale*", documento Camera dei Deputati n. 4566, presentato dal Ministro Tremonti il 29/07/2011 prevede all'articolo 10, "*Interventi di riqualificazione e riordino della spesa in materia sociale*", i seguenti obiettivi:

- integrare ed armonizzare le risorse destinate al socio-sanitario ed ai "diversi strumenti previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle condizioni di bisogno, in modo da evitare dispendiose duplicazioni di servizi e sovrapposizioni e di realizzare una gestione integrata del welfare assistenziale".
- "moralizzare il sistema frenando il dilagare delle contribuzioni monetarie dirette (in particolare le indennità di accompagnamento)"
- promuovere la welfare society e le realtà di terzo settore
- ridisegnare gli indicatori necessari ad individuare la corretta situazione economica dei cittadini (con riferimento al nucleo familiare)
- istituire un fondo per la indennità sussidiaria alla non autosufficienza da ripartire alla regioni sulla base di indicatori standardizzati (età, residenti, fattori ambientali)
- riorganizzare il settore in modo da renderlo un insieme unitario, anche sotto il profilo del finanziamento, per il tramite delle Regioni, dei Comuni o dell'Inps

Il presupposto della delega è quello della separazione del dovere fiscale da quello di assistenza sociale, della riqualificazione e integra-

zione delle prestazioni socio-assistenziali in favore dei soggetti autenticamente bisognosi

Il tema principale della delega è quello delle prestazioni socio-sanitarie. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale. Dette prestazioni di competenza delle AUSL e a carico delle stesse sono inserite in progetti personalizzati di durata medio - lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tale attività di competenza dei comuni sono prestate con compartecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolari rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative.

Tali prestazioni sono finanziate con il fondo sanitario e con il fondo sociale (o direttamente dal cittadino) e sono svolte prevalentemente a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali.

Ad oggi in Italia sono presenti 242.028 posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) a fronte di un fabbisogno (su valori internazionali) di 496.198 posti letto (dati Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA- 2007), mentre l'assistenza domiciliare integrata viene erogata a 385.348 anziani (22 ore di assistenza su base annua - dati Ministero della salute 2007) a fronte di un fabbisogno di almeno **870.765** anziani da assistere, pari al 6% della popo-

lazione (con una assistenza che secondo i dati internazionali dovrebbe essere almeno di 8 ore settimanali).

Ci si chiede come sia possibile garantire queste prestazioni se la spesa sociale pro-capite, passa dai 29,2 euro/anno della Calabria ai 279,9 della P.A. di Trento, con una media italiana di appena 110 euro pro-capite su base annua per un totale di 6.399.384.297 di euro spesi dalle Regioni, di cui solo 898.056.304 per la permanenza a domicilio e 1.370.220.988 per i servizi residenziali.

Un Progetto di ricerca finalizzata, ex art.12 del DLgs 502/92, dal titolo "*La condizione dell'anziano non autosufficiente - analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive*" a cura di Federsanità Anci – Welfaremed del 14 luglio 2005, ha dimostrato, per l'attività domiciliare e residenziale:

1. Il raccordo difficile tra la componente sanitaria e quella sociosanitaria per la valutazione multidimensionale del bisogno;
2. I lunghi tempi di attesa per l'attivazione dell'ADI;
3. L'offerta di prestazioni (variegata e non integrata) non coincidente con il bisogno effettivo;
4. Il maggior carico assistenziale sulla famiglia;
5. Una scarsa integrazione con le Asl; esiste infatti uno scollamento tra la parte sanitaria (Asl) e quella socio-assistenziale (Comuni) nell'erogazione dei servizi alle persone anziane non autosufficienti, soprattutto per i servizi di ADI:
  - a. Eterogeneità nella definizione di ADI e nelle modalità di accesso;
  - b. Carenza di personale (in particolare l'assistente sociale) e di risorse specifiche;
  - c. La formazione è "occasionale" e comunque di tipo tecnico (manca un approccio orientato alla relazione interpersonale con la persona anziana).

In Italia riceve assistenza domiciliare solo il 4,9% degli anziani, di cui il 3,2% in ADI e l'1,7% in SAD (assistenza domiciliare sociale). La spesa pubblica destinata all'ADI ammonta solo all'1,08% del Pil.

### **Considerazioni e proposte**

La simultanea azione di fattori demografici, tecnologici e socio-culturali determina, quindi, un incremento della domanda di prestazioni, servizi e attività, di fronte al quale bisogna essere consapevoli della limitatezza delle risorse (sia in ragione della riduzione del numero dei contribuenti, per le considerazioni demografiche fatte, sia in ragione dei sistemi di finanziamento con cui si sostiene lo Stato Sociale).

La spesa sociale infatti non può più aumentare a dismisura, perché i parametri introdotti dall'Europa hanno messo un freno alla sua crescita, impedendo il ricorso illimitato al finanziamento tramite debito pubblico.

Si tratta allora di porre le basi per la creazione del secondo pilastro del Ssn che deve partire dall'assunto che continuare ad iniettare risorse pubbliche nel sistema non implica necessariamente un miglioramento della qualità dei servizi erogati e dell'efficienza dell'erogazione/organizzazione; anzi, un eccessivo incremento della spesa pubblica può ostacolare i tentativi di razionalizzazione dei costi e di ottimizzazione delle risorse impiegate, rischiando, oltretutto, di favorire meccanismi induttivi e distorsivi della domanda.

È, pertanto, importante e necessario considerare anche l'altra componente della spesa, quella privata, che ha dimostrato in tutta Europa di avere un peso rilevante; ma, e questo vale soprattutto per l'Italia, questa spesa andrebbe orientata e "incanalata" all'interno di politiche più strutturali, favorendo, per esempio, la conversione della quota "out-of-pocket" in spesa per fondi sanitari e sociosanitari volontari, fiscalmente agevolati<sup>2</sup>.

## <sup>2</sup> La normativa dei fondi sanitari integrativi

La legge 833 del 1978, istitutiva del Ssn, all'articolo 46, "Mutualità volontaria", afferma quanto segue: "La Mutualità volontaria è libera. È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite ed aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio Sanitario Nazionale": il Legislatore, quindi, pur limitandone l'ambito, non considerava i due mondi antitetici, non negava la possibilità che, attraverso forme consortili, si potesse arrivare a costituire un settore di finanziamento integrativo rispetto al Ssn. Il tema dei fondi, o meglio delle forme di finanziamento privato in sanità, è stato affrontato per la prima volta nella legge 30 dicembre 1991, n. 412, dove si riportava la possibilità di ricorrere a sperimentazioni gestionali riguardanti, tra l'altro, modalità di pagamento e remunerazione dei servizi ed erogazione di servizi e prestazioni "... anche da parte di associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica."

Con il D.Lgs n. 502 del 1992 di riforma del Ssn, all'articolo 9, il Legislatore propone però un salto in avanti delle forme integrative di assistenza prevedendo, in via sperimentale, "forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni", le quali, di fatto, potevano consistere:

- nel concorso della spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione delle prestazioni a pagamento;
- nella possibilità per soggetti singoli o consortili o per le mutue volontarie di negoziare con gli erogatori delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale modalità e condizioni per assicurare qualità e costi ottimali, con la corrispondente rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione.

Il D.Lgs 502/1992 nella sua prima proposizione prefigurava, quindi, per i fondi una funzione alternativa al Ssn, un passaggio che avrebbe potuto "minare" il concetto universalistico e quindi lo

spirito della Legge 883/78 e, per tale ragione, l'art. 9 fu modificato nel decreto legislativo n. 517/93, prevedendo l'istituzione di fondi integrativi sanitari "finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale". Per questi fondi si specificarono le fonti istitutive e si elaborò un apposito regolamento (successivamente non approvato) per disciplinarne le modalità di costituzione, di scioglimento e di vigilanza, nonché la composizione degli organi di amministrazione e di controllo e le forme di contribuzione.

Nel 1998, con la Legge n. 419 di delega al Governo per la razionalizzazione del Ssn, il tema viene affrontato limitando l'operatività dei fondi alla erogazione di "prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, con questi comunque integrate" ed il conseguente D.Lgs 229 del 1999 introduce, all'articolo 9, i cosiddetti fondi doc, "fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale ... finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza", definendo i seguenti ambiti di applicazione: prestazioni aggiuntive erogate da professionisti e da strutture accreditate, ticket, medicina non convenzionale, cure termali e assistenza odontoiatrica non compresa nei LEA.

L'attivazione dei fondi era subordinata alla emanazione di successivi decreti, dei quali l'unico ad essere stato approvato fu il provvedimento fiscale (D.Lgs 41 del 18 febbraio 2000), che definiva gli aspetti fiscali dei nuovi e vecchi fondi integrativi, privilegiando i fondi doc, che avrebbero goduto dei vantaggi fiscali rispetto a quelli sostituiti (cioè che erogano le stesse prestazioni del Ssn). Tali fondi non hanno avuto successo per una serie di ragioni tra le quali il fatto che le prestazioni previste non costituiscono una parte rilevante della domanda della popolazione che si iscrive ai fondi, come più avanti sarà chiarito, mentre il rimborso della quota di partecipazione alla spesa per gran parte delle prestazioni vale esclusivamente per gli erogatori accreditati e non anche autorizzati, creandosi per i fondi l'impossibilità di garantire il proprio equilibrio economico-finanziario.

Più realisticamente, con la Finanziaria 2008 (Legge 244 del 27 dicembre 2007, articolo 1, comma 198), ed il successivo Decreto 31 marzo 2008 del Ministero della Salute si è cercato di superare la distinzione tra fondi doc e non doc, attraverso un meccanismo di armonizzazione delle agevolazioni fiscali. Ci si è resi conto dell'inutilità di tale discriminazione, e si è cercato così di porre fine alle "penalizzazioni" fiscali per i fondi che erogano prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza. La novità principale introdotta dal decreto emanato, dunque, è stata quella di individuare negli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, sia le prestazioni sanitarie già assicurate dai rispettivi statuti e regolamenti, sia le prestazioni sociosanitarie di cui all'articolo 3 septies della 502/92 e le prestazioni odontoiatriche con l'impegno, nel prossimo triennio, di raggiungere per queste ultime due tipologie una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Il Decreto 31 marzo 2008 rimanda, infine, a due decreti successivi la disciplina sul funzionamento dell'Anagrafe dei fondi integrativi del Ssn e la regolamentazione dei criteri e delle modalità di calcolo del limite percentuale di cui sopra.

Per quanto il decreto in oggetto offra prospettive significative di diffusione ed estensione dei fondi se adeguatamente completato, appare importante segnalare la necessità di intervenire legislativamente per delineare il disegno complessivo del comparto superando l'attuale impianto derivante dall'art. 9 della 229/99 e provvedendo alla emanazione di un Regolamento generale conseguente che definisca l'ordinamento dei fondi così come saranno illustrati nel presente documento.

Il successivo decreto del gennaio 2010, in sintonia con le precedenti decisioni normative ha avviato l'anagrafe e stabilito la tipologia delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di riferimento per il 20%.

L'obbligatorietà del pagamento da parte del datore di lavoro e del lavoratore determinerebbe grandi implicazioni politiche, sociali ed economiche, come ha dimostrato l'introduzione, in Germania, del fondo obbligatorio per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e, almeno allo stato attuale, non sembra una soluzione praticabile nella maggior parte dei paesi europei.

I recenti decreti del 2008 e del 2010 sui fondi hanno introdotto l'obbligatorietà per i fondi di destinare il 20% delle loro risorse al settore delle prestazioni sociosanitarie e odontoiatriche ma il mondo dei fondi richiede interventi aggiuntivi ed è urgente **completarne il quadro legislativo**.

Analizzando ad oggi il mondo dei fondi integrativi, risultano circa 6 milioni di iscritti e oltre 11 milioni di assistiti, per una spesa erogata di circa 4,5 miliardi di euro (di cui il 20% delle risorse è pari a circa 900 milioni di euro da dedicare alla non autosufficienza e all'odontoiatria). Lo sviluppo di tale realtà presenta però disparità evidenti sul territorio nazionale. L'Anagrafe dei fondi ha fatto rilevare l'iscrizione di 280 fondi sui 460 censiti nel 2008 a cura del Gruppo di lavoro coordinato dalla Prof. Labate, coordinatrice del gruppo di lavoro ministeriale del 2007 voluto dal ministro Livia Turco ed al quale ha partecipato, tra i membri, anche la scrivente.

La crescita dei fondi degli ultimi anni – collegata in gran parte ad istituti contrattuali – mostra chiaramente come il potenziamento dei fondi debba essere favorito attraverso la contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto e a livello di contrattazione integrativa aziendale, ricercando strumenti che sostengano la dimensione collettiva e la “socializzazione dei rischi”, anche se sono aumentate le adesioni a fondi aperti simili più a società di mutuo soccorso, oggi sempre più specializzate in questo settore.

Il mondo dei fondi può svolgere un ruolo strategico nella modernizzazione dell'erogazione delle prestazioni del Ssn, purché si realizzino alcune condizioni, che rappresentano le proposte per il loro sviluppo ed intervento sui due fronti sanitario e sociale.

Occorre garantire, attraverso i fondi, il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario, favorendo la solidarietà intergenerazionale, attraverso:

- la costruzione di pacchetti prestazionali per nucleo familiare esteso (che includa anche il familiare più anziano), garantendo agevolazioni fiscali per i sottoscrittori più giovani che in caso di adesione possano beneficiare per loro delle prestazioni sanitarie (per esempio le

prestazioni specialistiche ambulatoriali) e per i loro familiari più anziani della copertura per la non autosufficienza e le prestazioni sociali e sociosanitarie; costituire un “paniere dinamico” delle prestazioni, attività e servizi erogabili con i fondi, che sia in grado di raccogliere quelle stesse prestazioni che in base ai vari indicatori/parametri definiti dal legislatore dovessero risultare esclusi dal Ssn. Si potrebbe pensare, infatti, ad un modello in cui si razionalizza l’offerta del Ssn rispetto alle prestazioni erogate dai fondi integrativi: potrebbero, per esempio, essere stabilite limitazioni o tetti prestazionali per coloro che beneficiano, quali iscritti ai fondi o assistiti, delle stesse prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale. Si riuscirebbe, in questo modo, ad evitare duplicazioni di spesa, e si coglierebbe l’opportunità di destinare il 20% delle risorse agli iscritti più anziani.

- la conversione di parte dei contributi monetari afferenti alle indennità di accompagnamento e pensione di reversibilità in servizi, utilizzando la rete dei fondi integrativi. La possibilità di convertire parte dei 20 miliardi di tagli previsti in questo settore in “iscrizioni” a fondi integrativi permetterebbe di sviluppare il mondo dei servizi alla persona con non autosufficienza. Come sopra riportato mancano in Italia oltre 254.000 posti residenziali e semiresidenziali, la cui costruzione permetterebbe di immettere risorse private per oltre 17 miliardi di euro e consentire l’occupazione di 254.000 persone nel mondo del sanitario e del sociale (ma non solo). Analogo sviluppo si avrebbe nell’assistenza domiciliare portando a 870.000 i pazienti da assistere con la possibile occupazione di oltre 190.000 persone. I “tagli” non sarebbero più lineari ma finalizzati ad una crescita di sistema con risparmi per il Ssn e supporto per gli enti locali attraverso forme di liberalizzazione del mercato e sviluppo di quello sociale, reale espressione di una solidarietà intergenerazionale, mentre dal lato delle entrate fiscali si registrerebbero aumenti del gettito fiscale e diminuzione del sommerso con effetti virtuosi ed esponenziali per la crescita complessiva. E’ possibile pensare di introdurre, almeno in una prima fase, meccanismi di copertura del rischio distinti sulla base del livello di disabilità/non autosufficienza, destinando per esempio i fondi/mutue/polizze assicurative alla tutela contro il rischio di non autosufficienza di grado lieve/moderato e le risorse pubbliche a vario titolo erogate (Fondo nazionale, fondi regionali e/o comunali, etc.) per sostenere i cittadini in condizioni di non autosufficienza grave.



Per realizzare questo strategico obiettivo appare fondamentale:

- Proseguire il completamento del quadro normativo per dare ai fondi un assetto definitivo e coerente con gli obiettivi prefissati.

Rispetto a quanto normato con il D.M. 31 marzo 2008 e con il recente decreto ministeriale in via di pubblicazione, risulta ancora necessario emanare un decreto (o regolamento attuativo) che regolamenti contestualmente l'affidamento in gestione e la disciplina dei fondi, ivi compresi organismi e modalità di vigilanza, e armonizzare sotto il profilo fiscale la materia dei fondi, ancora oggi frammentata ed eterogenea, per favorire l'introduzione e lo sviluppo di meccanismi di deducibilità e detraibilità fiscale, considerando che la defiscalizzazione, pur rappresentando un costo per i conti pubblici, può, soprattutto a medio-lungo termine, garantire un significativo recupero del sommerso.

- Inserire i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto ed a livello di contrattazione integrativa.
- Sviluppare un nuovo concetto di accreditamento, intendendo con esso l'insieme dei requisiti di qualità necessari affinché sia data garanzia ai cittadini dei più elevati livelli qualitativi delle prestazioni da parte degli erogatori, permettendo loro di attrarre sia le risorse provenienti dal Ssn sia quelle dei fondi/mutue/assicurazioni.
- Favorire l'integrazione e la collaborazione tra i fondi e le realtà istituzionali del territorio (Regioni, Comuni, Asl ed altri enti territoriali ed i soggetti che operano nel mondo del no profit), anche attraverso la costituzione di Osservatori Regionali e l'introduzione di modelli sperimentali differenziati per aree geografiche.
- Fronteggiare le condizioni di povertà e di disagio sociale, anche attraverso l'istituzione di un tavolo congiunto tra istituzioni afferenti al settore sanitario e tutte le realtà che operano nel sociale per individuare misure atte a fronteggiare condizioni di povertà e di bisogno e lo sviluppo di modelli assistenziali più equi e solidali, anche attraverso la promozione di fondi integrativi su base regionale o comunale.
- Favorire e potenziare il ruolo delle assicurazioni, garantendo il coordinamento delle politiche a sostegno dei fondi con quelle inerenti il mondo assicurativo e cercando di favorire e non ostacolare il dialogo tra questi due settori.
- Individuare modalità informative atte a promuovere i fondi integrativi ed a garantire alla collettività conoscenza e trasparenza. L'obiettivo deve essere quello di favorire la crescita di una "cultura" dei fondi, attraverso iniziative atte a sensibilizzare ed a responsabilizzare sul tema tanto i cittadini quanto le istituzioni.



L'auspicio è che il Governo, in sintonia con le Regioni, insista lungo la strada volta alla valorizzazione del mondo delle forme integrative che, nell'indurre risparmio al Ssn, possa favorire altresì la solidarietà, in particolare verso le persone meno abbienti e con maggiori disagi; una strada italiana che tenga conto da una parte dei punti di forza del nostro sistema universalistico e, dall'altra, della necessità di adeguare strategie, obiettivi e mezzi alle mutate condizioni di bisogno della collettività.



# Le esperienze dei fondi sanitari nel welfare contrattuale

di Franco Fraioli, Marco Turbati, Flavia Fumo  
*Consulenti Sanitari Qu.A.S.*



## **Premessa**

Il welfare contrattuale rappresenta per il sindacato uno dei più importanti risultati nell'evoluzione storica del ruolo che esso ha rivestito nella società civile ed in particolare nelle moderne democrazie. La necessità di evoluzione da un sindacato "barricadero" ad un sindacato moderno passa dall'assunzione nei principi di struttura sindacale del concetto di "Welfare Society", intesa come società bisognosa di benessere, ancorché di solo salario. In questo modo il sindacato si propone come parte attiva nella costruzione di un modello di vita individuale che comprenda non solo la quotidianità, ma anche le basi per tutelare i cittadini nei bisogni fondamentali, come la certezza della tutela della propria salute e della previdenza alla fine della attività lavorativa.

In questo capitolo analizzeremo lo scenario che ha portato alla costituzione dei principali Fondi integrativi sanitari di natura contrattuale, cercando di individuare il percorso finora fatto, ma soprattutto cercando di intravedere quali potrebbero essere il ruolo ed il futuro della sanità integrativa.

### **1. La welfare society**

L'origine del *Welfare State* è fortemente legata alla nascita della società capitalista che ha messo in evidenza nuovi soggetti sociali, portatori di bisogni molteplici e differenti. A tali necessità lo Stato ha dovuto fornire risposte nuove, diventando erogatore di prestazioni e servizi in campo

assistenziale, sanitario e previdenziale. La *questione sociale*, che da sempre è oggetto di accesi dibattiti che coinvolgono economisti, politici ed intellettuali, ha trovato un punto d'approdo in Italia nella legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali<sup>1</sup>.

È ampiamente dimostrato (vedi la tabella che segue) che l'applicazione dei principi del welfare state ha contribuito a migliorare la qualità della vita ed a ridurre l'indice di povertà delle popolazioni.

Country	Absolute poverty rate (1960–1991) (threshold set at 40% of U.S. median household income)		Relative poverty rate (1970–1997)	
	Pre-welfare	Post-welfare	Pre-welfare	Post-welfare
<u>Sweden</u>	23.7	5.8	14.8	4.8
<u>Norway</u>	9.2	1.7	12.4	4.0
<u>Netherlands</u>	22.1	7.3	18.5	11.5
<u>Finland</u>	11.9	3.7	12.4	3.1
<u>Denmark</u>	26.4	5.9	17.4	4.8
<u>Germany</u>	15.2	4.3	9.7	5.1
<u>Switzerland</u>	12.5	3.8	10.9	9.1
<u>Canada</u>	22.5	6.5	17.1	11.9
<u>France</u>	36.1	9.8	21.8	6.1
<u>Belgium</u>	26.8	6.0	19.5	4.1
<u>Australia</u>	23.3	11.9	16.2	9.2
<u>United Kingdom</u>	16.8	8.7	16.4	8.2
<u>United States</u>	21.0	11.7	17.2	15.1
<u>Italy</u>	30.7	14.3	19.7	9.1

Fonte: Index Mundi 2007



Fonte: Uliano Stendardi CISL Nazionale

<sup>1</sup> Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186.

La realizzazione pratica del welfare in ambito sociale passa attraverso l'applicazione di un principio ben noto nell'organizzazione delle spese sociali al di dentro ed al di fuori delle risorse pubbliche: il principio di sussidiarietà. Questo principio (*Subsidium*), ben noto fin dalla Roma imperiale, è fondato su una visione gerarchica della vita sociale ed in base ad esso le società di ordine superiore devono aiutare, sostenere e promuovere lo sviluppo di quelle di ordine inferiore.

In sintesi il principio di sussidiarietà si potrebbe riassumere nella formula: se un ente che sta "più in basso" è capace di fare qualcosa, l'ente che sta "più in alto" deve lasciargli tale compito e sostenerne l'azione.

L'applicazione della sussidiarietà può essere di due tipi: Verticale ed Orizzontale. La Verticale consiste in un aiuto, che si fornisce allo Stato (l'Ente Superiore), di natura tecnica, strutturale ed organizzativa, ma non di natura economica, poiché le risorse sono sempre di provenienza statale. Nella sussidiarietà Orizzontale anche le risorse sono di competenza privata (l'Ente Inferiore).

La prima enunciazione esplicita del principio di sussidiarietà orizzontale è avvenuta, nell'ambito del Diritto Canonico, all'interno dell'enciclica *Quadragesimo Anno* di Pio XI. L'intenzione dell'Estensore era sostanzialmente quella di affermare il primato dell'uomo dinanzi allo Stato e l'impossibilità per quest'ultimo di estendere ed assorbire qualsivoglia anelito di libertà al suo interno. Il principio di sussidiarietà, strettamente connesso al tema delle prerogative e dei limiti dell'azione statale, si prestava benissimo a reagire contro le volontà del nascente fascismo.

Nonostante la presa in considerazione in ambito canonico, la sussidiarietà orizzontale tardò ad essere accolta all'interno dell'ordinamento giuridico italiano, soprattutto in ambito costituzionale, quanto meno nella sua accezione originale. Il primato della persona sullo Stato non fu, infatti, affermato tramite il principio di sussidiarietà, ma attraverso il dispositivo, certamente altrettanto importante, dell'articolo 2.

La netta presa di posizione in suo favore da parte del legislatore europeo, su diretta pressione inglese e tedesca, nel Trattato di Maastricht ha permesso una permeazione dello stesso nel nostro sistema giuridico, anche perché, nel frattempo, se ne è compresa l'importanza. Per assicurare il benessere, lo Stato, a causa della complessità della società moderna nonché della domanda dei cittadini, non può più ormai garantire da solo l'apporto di determinati beni: esso deve sempre più affidarsi, per evitare un aggravamento insostenibile della pressione fiscale, alle capacità ed al supporto dei consociati. Proprio per questo,

il principio di sussidiarietà orizzontale si candida ad essere lo strumento principale per la realizzazione di una piena democrazia e del passaggio dal welfare state alla welfare society<sup>2</sup>.

## **2. Il Welfare Contrattuale**

Dai criteri descritti sopra nascono le basi per una contrattazione con lo Stato non più gestore ma in qualche modo controllore di alcune necessità sociali in crisi come la sanità e la previdenza. Nascono i Fondi Sanitari Integrativi di natura contrattuale apparentemente basati su un principio di sussidiarietà orizzontale, se non fosse che la stessa contrattazione ha portato alla defiscalizzazione di questi Fondi, realizzando di fatto un intervento economico passivo dello Stato per le minori entrate fiscali e sostanzando quindi una sussidiarietà orizzontale “parziale”, formata da un contributo economico attivo, rappresentato dal salario dei lavoratori, e da un beneficio fiscale che certamente alla fine rappresenta comunque un montante economico.

Gli strumenti utilizzati in questa nuova forma contrattuale derivano dalla Bilateralità e dall'avvento del Terzo Settore. Il Terzo Settore è quel complesso di istituzioni che all'interno del sistema economico si collocano tra lo stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata, ma volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva. La Bilateralità è la forma attesa di contrattazione in cui datori di lavoro e sindacato concertano assieme la realizzazione di modelli di “welfare” volti al bene collettivo dei lavoratori.

I Fondi sanitari integrativi contrattuali nascono da una contrattazione di secondo livello tra stato e parti sociali (sindacati, parte datoriale). L'accordo raggiunto stabilirà l'ambito di intervento, l'ammontare economico del contributo, la ripartizione tra impresa e lavoratore. Inoltre i Fondi sanitari integrativi contrattuali godono della deducibilità fiscale.

## **3. I Fondi Sanitari Integrativi esistenti in Italia (storia, legislazione, confronti)**

La legge n° 833/1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è la pietra cardine su cui si è sviluppato l'attuale sistema di assistenza sanitaria presente nel nostro Paese.

---

<sup>2</sup> ANTONINI L., 1999, Il principio di sussidiarietà orizzontale: da Welfare State a Welfare Society, in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, 1 ss.



Esso è basato sui principi dell'universalità e della solidarietà, che hanno significato per il nostro Paese una grande conquista di civiltà, dando piena attuazione al principio costituzionale dell'art. 32 che afferma: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"* e dell'art. 38 ove vengono posti gli obiettivi di un completo sistema di sicurezza sociale: *"I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"*. Si è stabilito dunque che la "salute" è un valore e come tale non può essere affidato solo alle disponibilità economiche dei singoli cittadini e/o alle libere leggi del mercato.

La riforma, inoltre, ha avuto l'effetto di considerare quella per la sanità non come una "spesa" che grava sul bilancio pubblico, ma come una "risorsa" per il Paese, un volano per lo sviluppo. Investire nella salute, infatti, significa investire nel benessere dei cittadini e nel futuro, in una qualità migliore della vita, nella serenità della popolazione, in particolare delle categorie più fragili.

Se però il Ssn deve fornire a tutti i cittadini la possibilità di prevenire, diagnosticare e curare le varie patologie, questi obiettivi non sempre vengono raggiunti. Tale problema ovviamente non è solo della realtà italiana, infatti in tutto il mondo si sono sviluppate varie forme di assistenza sanitaria "privata".

Si possono quindi individuare tre forme di assistenza sanitaria ad integrazione / sostituzione di quanto fornito dal sistema sanitario pubblico:

1) SOSTITUTIVE, che coprono gruppi della popolazione esclusi o che si possono escludere, per propria scelta, dal sistema di assistenza sanitaria pubblica. Oltre agli Stati Uniti e ad altri Paesi extraeuropei, in Europa è il caso della Germania dalla riforma del 1970 o dell'Olanda fino al 1996, Paesi nei quali i cittadini a reddito alto o medio - alto possono scegliere di uscire (opting out) o non aderire al sistema mutualistico pubblico;

2) COMPLEMENTARI rispetto al sistema pubblico, che vanno a coprire la spesa di quei servizi che la sanità pubblica dovrebbe garantire, ma fornisce di fatto in misura ampiamente insufficiente (ad esempio le cure odontoiatriche, come accade in molti Paesi europei), o garantiscono ai cittadini rimborsi mediante forme di compartecipazione alla spesa sanitaria degli stessi (come in Francia, Irlanda o Slovenia, dove tali forme assicurative sono assai diffuse);

3) SUPPLEMENTARI – e quindi aggiuntive rispetto all’assistenza pubblica – che garantiscono tempi più rapidi di accesso alle prestazioni o una migliore qualità percepita dell’assistenza. Le forme assicurative supplementari sono presenti in quasi tutti i Paesi europei e sono più rilevanti dove le altre forme assicurative non esistono o sono meno diffuse, come nei servizi sanitari nazionali.

Le basi legislative italiane dello sviluppo dei Fondi sono rintracciabili in tre decreti legislativi:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- successivamente integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e collegati”, che pone all’articolo 9 forti basi per la formazione e lo sviluppo dei Fondi Sanitari Integrativi;
- il “Decreto Turco”, che, in attuazione della Finanziaria 2008 (legge n. 244, articolo 1, comma 198), individuava gli ambiti delle prestazioni dei Fondi integrativi del Ssn e degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso no profit che forniscono prestazioni assistenziali integrative a quelle fornite dal Ssn.

Qui di seguito – considerata la sua importanza fondativa – viene riportato integralmente l’articolo 9 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229:

**Art. 9 - Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale**

1. Al fine di favorire l’erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti Fondi integrativi finalizzati a potenziare l’erogazione di trattamenti

e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei Fondi di cui al presente articolo deve contenere l’indicazione “fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale”. Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a Fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;

- regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
  - deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18 operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
  - deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
  - atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.
4. L'ambito di applicazione dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:
- prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
  - prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
  - prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.
5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:
- le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
  - le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
  - l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.
6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.
7. I Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei Fondi di cui al presente articolo.
8. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:
- a - le modalità di costituzione e di scioglimento;

- b - la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- c - le forme e le modalità di contribuzione;
- d - i soggetti destinatari dell'assistenza;
- f - il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
- g - le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei Fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i Fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei Fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133.

È inoltre da riportare anche l'articolo 9 bis che, pur non trattando in modo specifico l'ambito dei Fondi sanitari integrativi, bensì le c.d. "sperimentazioni gestionali" costituiva un'apertura verso nuove forme di offerta di servizi sanitari a cui avrebbero potuto rivolgersi anche i Fondi Sanitari integrativi:

#### **Art. 9 bis - Sperimentazioni gestionali**

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;

fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;

prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;

disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei

confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connessi all'assistenza alla persona;

individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute.. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Nel marzo 2008, entro il termine della conclusione anticipata della legislatura, il Ministro della Salute Livia Turco firmò il decreto che, in attuazione della Finanziaria 2008 (legge 244, articolo 1, comma 198) individuava gli ambiti delle prestazioni dei Fondi integrativi del Ssn e degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso no profit che forniscono prestazioni assistenziali integrative a quelle fornite dal Ssn. Tale decreto, che nelle stesure che erano state preventivamente diffuse era estremamente articolato, risultò composto di tre articoli (Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale - Anagrafe dei Fondi sanitari - Disposizioni finali) in cui venivano poste le basi per la completa definizione delle attività dei Fondi, rimandando comunque ai successivi decreti applicativi le "reali" modalità di attivazione e sviluppo dei Fondi stessi.

Qui di seguito viene riportato integralmente il decreto:

IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO l'articolo 1, comma 198, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 il quale prevede che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, con decreto del Ministro della salute sono individuati gli ambiti delle prestazioni dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;

VISTO l'articolo 10, comma 1, lettera e-ter del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni il quale prevede che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, con decreto del Ministro della salute sono individuati gli ambiti di intervento nei quali devono rientrare le prestazioni erogate dai Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, per le finalità di cui alla medesima disposizione;

VISTO l'articolo 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni il quale prevede, tra l'altro,

che non concorrono alla formazione del reddito, i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter del medesimo decreto;

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, il quale prevede la costituzione dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 che estende l'ambito di operatività dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale alle spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 relativo all'approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008, e tenuto conto dei diversi provvedimenti finalizzati alla attuazione delle previsioni contenute nel predetto Piano;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la risoluzione della Direzione regionale toscana delle Entrate, del Ministero delle finanze, prot. n. 102652/195 in data 19.9.1995, n. 6175/95.

SENTITO, per quanto di competenza, il Ministero dell'economia e delle finanze

**DECRETA:**

Art. 1- (Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale)

1. Il presente decreto, per le finalità di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter, nonché dell'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 e successive modificazioni, individua gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

2. Gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo articolo 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre:

a) prestazioni socio sanitarie di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'articolo 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328 in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

3. Gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 e successive modificazioni, che non rientrano nell'ambito di operatività dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, comprendono il complesso delle prestazioni sa-

nitare e sociosanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento di cui al presente comma si intendono rispettati a condizione che i medesimi enti, casse e società di mutuo soccorso attestino su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni coincidenti con quelle di cui alle lettere a) e b) del comma 2, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

4. Con decreto ministeriale sono definiti i criteri e le modalità per il calcolo della misura del limite percentuale di cui al comma 3, le procedure per la verifica del rispetto della misura medesima, l'aggiornamento della misura stessa.

Art. 2 - (Anagrafe dei Fondi sanitari)

1. È istituita presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e senza oneri a carico dello Stato, l'Anagrafe dei Fondi sanitari.

2. I Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 2, nonché gli enti e le casse di cui all'articolo 1, comma 3, comunicano annualmente all'Anagrafe dei Fondi sanitari la seguente documentazione:

- a) atto costitutivo;
- b) regolamento;
- c) nomenclatore delle prestazioni garantite;
- d) bilancio preventivo e consuntivo;
- e) modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed
- f) eventualmente al nucleo familiare.

3. Con decreto ministeriale sono definite le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei Fondi, nonché i termini di presentazione della documentazione richiesta dal comma 2.

Art. 3 - (Disposizioni finali)

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

La storia legislativa dei Fondi Sanitari Integrativi (Fsi) può essere dunque così riassunta:

Riferimenti generali: Costituzione, artt. 2, 3, 32 e 38.

Principi di *welfare state* rilevanti: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Normative rilevanti:

1. 1978. Istituzione del Ssn.
2. 1986. Art. 10, comma 1, lettera e-ter e art. 51, comma 2, lettera a), DPR 22 dicembre 1986, n. 917 (Tuir - contributi deducibili/deducibilità dal reddito)



3. 1992- Legge 421 23/10/92. Istituzione dei LEA. DPR 24/12/1992.
4. 1992. Art. 9 DGLS 30 dicembre 1992, n. 502 ("Riforma Bindi" istituzione dei FSI)
5. 1995. Risoluzione Dir. Reg. Toscana Ag. Entrate, del Ministero delle finanze, protocollo n. 102652/195 in data 19 settembre 1995, n. 6175/95.
6. 1996. L. 662 (Finanziaria) art. 1 comma 17, (prestazioni intramurarie e alberghiere sono da pagare dal cittadino o dai FSI).
7. 1998 Legge Delega n. 419 30/11/98, (attività FSI limitata a prestazioni eccedenti i LEA).
8. 1998. Art. 128 DLGS 31 marzo 1998, n. 112 (def. Servizi sociali ed esclusione dell'integrazione a ciò che è fornito da Ssn, previdenza e giustizia)
9. 2000. L. 8 novembre 2000, n. 328, (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per l'utilizzo dei FSI per la non autosufficienza)
10. 2001. DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei LEA)
11. 2006. DPR 7 aprile 2006 (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008)
12. 2007. Art. 1, commi 197 e 198, L. 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria) regole e limiti alla deducibilità dei contributi versati ai FSI.
13. 2008. DM Salute 31 marzo 2008 (Definizione ambiti di intervento FSI)
14. 2009. DM Salute 27 ottobre 2009 (Modifica al DM 31 marzo 2008, riguardante "Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale - regolamenti FSI").

La presenza sul mercato italiano dei Fondi è in continua evoluzione con un incremento sia degli iscritti che della spesa sanitaria privata coperta. Per avere un'idea di tale sviluppo, possiamo partire dalle stime di I. Mastrobuono<sup>3</sup>, che per l'anno 1998 indicavano la presenza di circa 657.000 iscritti e 1,4 milioni di assistiti, mentre stime più recenti prodotte da G. Labate<sup>4</sup> nel 2008 proponevano valori decuplicati: circa 6,4 milioni di iscritti ed oltre 11 milioni di assistiti presenti in circa 280 Fondi,

<sup>3</sup> Mastrobuono I., 1999, Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro, in Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. (a cura di), Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

<sup>4</sup> Labate G., 2008, Sanità integrativa. Un'opportunità in più per una vita buona in salute e sicurezza, relazione al 3° Forum Risk Management, Arezzo.



valori che, secondo dati dell'OECD 2009 (l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), rappresentano circa il 14% della spesa sanitaria privata ed una cifra compresa fra i 3 e 4 miliardi di euro di quella complessiva.

Come affermato da Stefano Cecconi nel 2010, pur non esistendo dati completi sui Fondi sanitari integrativi, le stime che sono state effettuate indicano chiaramente come siano in forte aumento nel corso del tempo sia gli iscritti ai Fondi che gli assistiti (quest'ultima categoria comprende, oltre agli iscritti, anche altri soggetti, quali, ad esempio, i familiari a carico degli iscritti ai Fondi in cui è permesso loro di entrare a far parte).

Riguardo alla motivazioni di un tale incremento vari studiosi hanno ipotizzato alcune ragioni e, come è ovvio in tale campo, non vi è completa concordanza su tutte le interpretazioni: ad esempio non tutti concordano sull'incremento di iscrizioni legato ad un abbassamento del livello di protezione pubblica. Partendo dal dato che la spesa sanitaria pubblica incideva per il 78% circa di quella totale a fine anni '80, nel 2010, periodo in cui vi è stato uno spiccato sviluppo dei Fondi, si era tornati a valori simili, dopo aver toccato il punto di caduta più basso nel 1998 con il 70% circa della spesa. Si tenga inoltre presente che nel periodo 2000-2009 la spesa pubblica pro-capite in sanità nel nostro Paese è cresciuta annualmente in media in termini reali del 2.4%.

Un'interpretazione più condivisa è che vi sia la volontà da parte di molti cittadini di impiegare in maniera più efficiente le risorse che spendono in sanità, vista la caratteristica italiana di avere una spesa privata fondamentalmente individuale e legata all'out-of-pocket. Da una rielaborazione effettuata da Pavolini, Cecconi, Fioretti e Neri<sup>5</sup> dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat per il 2007, emerge come siano circa un quarto le famiglie italiane che nel mese precedente all'intervista hanno effettuato spese per pagare prestazioni socio-sanitarie e sanitarie sotto forma di compartecipazione o di costo totale (mentre circa un altro 12% ha usufruito di cure completamente gratuite). Le famiglie che hanno dovuto spendere per uno o più dei propri familiari hanno sostenuto in media un costo di 3.350 euro (ed in mediana di 1.140). Inoltre vi è un gruppo non indifferente di fa-

<sup>3</sup> Pavolini E., Cecconi S., Fioretti I., Neri S., 2011, *I fondi sanitari e le trasformazioni del sistema di welfare italiano* - Paper presentato alla III Conferenza ESPANet Italia, Milano 29 settembre – 1 ottobre 2011.

miglie (circa il 6% del totale), che spende più della media italiana all'anno per cure familiari.

Altra interpretazione, forse quella a maggior valenza, è che gran parte dell'espansione dei Fondi sanitari in Italia è collegata ad attività di contrattazione a livello aziendale o categoriale. Anche se il fenomeno dei Fondi legati ad esperienze di impresa non è affatto nuovo, visto che, ad esempio, il 39% dei Fondi da noi considerati è stato istituito prima della legge Bindi del 1999, va tenuto comunque presente come quasi la metà di essi (46%) abbia origini molto più recenti, essendo nati o diventati operativi a partire dal 2005 (in particolare circa un quinto è stato creato dopo il 2008).

Come indicato anche da Elena Granaglia<sup>6</sup> in un suo recente lavoro, lo sviluppo dei Fondi porta almeno due tipi di vantaggi al welfare sanitario pubblico: equità ed efficienza. Una maggiore equità potrebbe essere raggiunta con lo sviluppo dei Fondi, visti i problemi di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico: *“I vincoli di bilancio pubblico appaiono indiscutibili ... in un Paese come l'Italia, caratterizzato da bassi trend di crescita, elevato indebitamento ed una pluralità di richieste inevase di intervento pubblico ... In questo contesto, nuove forme miste di finanziamento, pubblico e privato, permetterebbero di evitare tagli espliciti o impliciti delle prestazioni (sotto forma di code e diminuzione della qualità), così contribuendo alla soddisfazione di finalità collettive”*.

Il meccanismo con cui agirebbero sarebbe il seguente: i Fondi funzionano in base ad una contribuzione privata, sostenuta dallo Stato tramite agevolazioni fiscali. Pertanto il finanziamento della prestazione sanitaria sarebbe a carico del bilancio pubblico solo per la parte relativa all'agevolazione fiscale ed in parte sarebbe a carico del beneficiario degli interventi o di terzi, come ad esempio le imprese.

Una migliore efficienza sarebbe raggiunta grazie ad una serie di fattori. Il processo di socializzazione del rischio, che i Fondi portano con sé, permette, innanzitutto, di ripartire meglio i costi rispetto ad un modello di spesa sanitaria privata, quale quello prevalente oggi, che mette in carico ai singoli ed alle famiglie l'esborso per le prestazioni nel momento in cui si verificano. Inoltre un secondo ritorno in termini di ef-

<sup>6</sup> Granaglia E., 2010, *I fondi sanitari integrativi: alcuni rilievi critici* in [http://www.astrid-online.it/rassegna/Rassegna-I/09-02-2010/Granaglia\\_fondi-integrativi\\_rass.pdf](http://www.astrid-online.it/rassegna/Rassegna-I/09-02-2010/Granaglia_fondi-integrativi_rass.pdf)

ficienza potrebbe derivare dall'impiego di meccanismi concorrenziali di due tipi: fra Fondi, per assicurarsi iscritti, dato che agli individui o alle imprese vengono attribuiti gradi più o meno rilevanti di libertà di scelta del soggetto assicuratore; da parte dei gestori dei Fondi nel momento in cui scelgono e contrattano i pacchetti di prestazioni ed i relativi prezzi con gli erogatori di servizi sanitari.

La possibilità di mettere in competizione tra loro i Fondi o gli erogatori dovrebbe assicurare migliori rapporti fra qualità e prezzo. Accanto all'efficienza nel contenimento dei costi di produzione, non va dimenticato un possibile ritorno di efficienza ed equità anche sotto il profilo organizzativo - aziendale. In tutti quei casi in cui, come avviene largamente in Italia, i Fondi sanitari hanno origine da contrattazione aziendale o categoriale, si possono ottenere due ulteriori risultati. Da un lato, il costo di finanziamento del fondo per i privati viene in parte spostato dai cittadini alle imprese, che spesso contribuiscono economicamente per ogni loro lavoratore iscritto. Dall'altro, le aziende potrebbero avere ritorni in produttività se i Fondi assicurano prestazioni che, per la loro natura, migliorano la salute media dei lavoratori o dei loro familiari (dalle attività di prevenzione a quelle per la non autosufficienza e la disabilità, in quest'ultimo caso non tanto del lavoratore quanto dei suoi familiari, semplificando, quindi, i problemi di conciliazione fra cura e lavoro per il lavoratore).

Oltre alle ragioni legate alla storia dell'azienda o del settore (vi sono Fondi radicati in storie centenarie o decennali delle varie imprese) ed a quelle collegate ai vantaggi fiscali, vi sono ragioni più recenti e contingenti che sembrano spiegare il crescere di queste forme di welfare contrattuale, ragioni che concernono la natura delle relazioni industriali e le caratteristiche del sistema produttivo italiano.

La scelta di sviluppare un Fondo sanitario integrativo con un accordo bilaterale presenta la triplice caratteristica di essere meno costosa per le aziende (rispetto ad incrementi salariali netti), facile da implementare (nel nostro caso si tratta di trasferire risorse dell'impresa ad un fondo, attività molto più facile da gestire che altri tipi di servizi possibili) e ben accetta ai lavoratori.

A titolo di esempio si pensi che un aumento di un euro netto di salario significa per un'azienda spesso un costo complessivo superiore ai due euro (dovendo considerare anche la parte contributiva aggiuntiva): il versamento di una cifra pari ad un euro sotto forma di contributo ad un Fondo sanitario non comporta costi aggiuntivi ed è in parte recuperabile sotto forma di deducibilità fiscale.

Andando ad analizzare il funzionamento dei Fondi in Italia rispetto ai vantaggi ed ai potenziali rischi, alcuni dati di letteratura mostrano alcuni concetti di estrema importanza:

- a) vi è in media, una discreta / buona copertura delle spese sanitarie degli iscritti da parte dei Fondi per una certa parte delle prestazioni;
- b) esiste una forte eterogeneità nelle prestazioni offerte sia per settore che per qualifica professionale nel mercato del lavoro;
- c) vi è una limitata capacità di intervento rispetto alla non autosufficienza in termini soprattutto di diffusione di Fondi che offrono tali prestazioni.

Secondo un'elaborazione Censis su dati forniti da vari Fondi, gli interventi che i Fondi forniscono in relazione alle tipologie di prestazioni fruite sono:

- Degenza in strutture pubbliche e private accreditate, Visite specialistiche, Odontoiatria (garantite dal 75% dei Fondi analizzati)
- Ricoveri in strutture private, Diagnostica, Interventi chirurgici (garantiti dal 62,5% dei Fondi analizzati)
- Occhiali/Lenti, Assistenza infermieristica domiciliare, Riabilitazione e lungo degenza (garantiti dal 50% dei Fondi analizzati)
- Protesi, prestazioni chirurgiche (garantite dal 37,5% dei Fondi analizzati)
- Farmaci, Psicoterapie, Trasporto infermi Invalidità/ Ltc (Long Term Care)/Non autosufficienza, Ticket (garantiti dal 25% dei Fondi analizzati)
- Emodialisi (garantita dal 12,5% dei Fondi analizzati)

Tali dati però non possono permettere un'analisi completa poiché quello che realmente differenzia gli interventi dei Fondi sono le percentuali ed i massimali di rimborso per le singole prestazioni sanitarie fruite.

#### **4. I Fondi sanitari contrattuali esistenti**

Il welfare contrattuale in ambito sanitario negli ultimi 25 anni ha realizzato la costituzione di diversi Fondi ad oggi operanti che raccolgono una popolazione assistita superiore ai due milioni di persone con una proiezione per i prossimi anni di almeno 4 milioni di popolazione associata.

In uno schema didattico i Fondi si distinguono in Fondi<sup>7</sup>:

- Ad erogazione assistenziale in forma diretta
- Ad erogazione assistenziale delegata

---

<sup>7</sup> In questo lavoro vengono considerati solo i Fondi di natura contrattuale dell'area commercio turismo e servizi.

Quelli ad erogazione diretta gestiscono in proprio l'assistenza calibrando i rimborsi ai propri assistiti secondo un Nomenclatore Tariffario preparato da esperti e tenendo in conto le risorse economiche disponibili e le possibilità assistenziali contrattualmente stabilite secondo rigidi criteri attuariali. I Fondi che erogano l'assistenza in forma delegata agiscono appoggiandosi ad assicurazioni primarie con cui attuano accordi basati su premi predeterminati parametrati su nomenclatori basati su indici di rischio attuariali concordati contrattualmente.

A seconda del livello di contribuzione i Fondi si dividono in Fondi:

- A bassa contribuzione economica pro capite (<150 Euro/anno)
- A contribuzione economica pro capite sostenuta (>400 Euro/anno)

Normalmente i Fondi ad alta contribuzione riguardano categorie dirigenziali (Quadri, Dirigenti), mentre quelli a bassa contribuzione riguardano operai o maestranze operative.

Nella tabella successiva riportiamo i Fondi esistenti classificati a seconda della struttura gestionale, per cui abbiamo Fondi ad:

- Erogazione in forma diretta: Fasdac, Quas
- Erogazione in forma delegata: Est, Cadiprof, Fast, Cassa Colf, Cassa Portieri, Coopersalute, Aster, Fontur, Fasiv, Foncoop

Altri sono in formazione, come il Fondo per gli Artigiani, che dovrebbe raccogliere un ampio numero di assistiti.

Tutte le notizie sugli aspetti gestionali ed assistenziali dei vari Fondi possono essere reperite sui relativi siti web facilmente rintracciabili.

## **5. Uno sguardo al futuro**

Gettare uno sguardo al futuro dei Fondi Integrativi in Italia significa analizzare l'attuale situazione sanitaria del Paese. L'assunto da analizzare è: è il momento di cambiare la struttura portante della nostra Sanità?

I cambiamenti sono atti politici condizionati da assolute necessità. La legge 23 dicembre 1978, n. 833 fu condizionata dalla profonda differenza sociale generata dall'assistenza mutualistica e dal bisogno individuale di una copertura assistenziale maggiore che trovò ampio consenso non solo nei cardini culturali delle sinistre dell'epoca, ma anche e soprattutto nelle idee del mondo cattolico. Ma ad oggi esistono spinte al cambiamento?

L'organizzazione Mondiale della Sanità promosse pochi anni fa il Sistema Sanitario Italiano ponendolo tra i primi al mondo, secondo solo a quello della Francia (vedi Tabella)

I MIGLIORI SISTEMI SANITARI	
Fonte: Oms (2007)	
1	Francia
2	Italia
3	San Marino
4	Andorra
5	Malta
6	Singapore
7	Spagna
8	Oman
9	Austria
10	Giappone
...	
18	Regno Unito
...	
25	Germania
...	
37	Stati Uniti

Sembrirebbe quindi folle cambiare questo sistema. Purtroppo la classificazione dell'Oms tenne conto di dati solo apparenti in una legislazione purtroppo non applicata, se pur di grande pregio. La dimostrazione fu data dalla contraddizione rilevata dallo stesso Ente che l'anno dopo poneva l'Italia all'ultimo posto per il gradimento dei cittadini verso la propria assistenza sanitaria.

122

Ma non è la sola ragione: in un momento di così grave crisi economica, al limite della recessione, l'intervento economico dello Stato appare eccessivo rispetto ai fabbisogni generali, anche di natura sociale. La tabella che segue mostra l'andamento della spesa sanitaria in Italia con dati, espressi in miliardi di euro, che giungono sino al 2006:



Ad oggi la spesa Sanitaria si aggira sui 150 miliardi di euro di cui almeno 30 sostenuti direttamente dai cittadini (out-of-pocket)

Non c'è più spazio per il "tutto a tutti" ed il tempo di cambiare si identifica non solo in un taglio secco di natura economica, ma nella necessità di razionalizzare gli interventi e di ripartire adeguatamente le risorse. Sarà quindi inevitabile un taglio al "welfare state" in ambito sanitario (diminuzione dei Lea, i Livelli Essenziali di Assistenza) e l'individuazione di finanziamenti alternativi, o privati o misti (welfare contrattuale).

Ma esistono le condizioni politiche per un cambiamento e, soprattutto, un interesse per il tema trattato? Rimarrà nel probabile cambiamento uno spazio di sviluppo dei Fondi Integrativi in Sanità?

Nel dibattito pubblico in Italia certamente fra destra e sinistra esistono differenze anche in materia di Fondi integrativi. Mentre a sinistra il ruolo dei Fondi rimane circoscritto rispetto a quello di un Servizio Sanitario Nazionale comunque da potenziare, per la destra, i Fondi rappresentano il fulcro di un nuovo *welfare* negoziale e meritocratico che dovrebbe rappresentare la grande riforma del futuro, come affermato in modo emblematico nel *Libro bianco sul futuro del modello sociale* del 2009.

Inoltre, mentre il decreto attuativo del 2008, ad opera del Ministro Turco, limitava all'odontoiatria ed all'assistenza socio-sanitaria ai non auto-sufficienti le prestazioni necessarie per la qualificazione di "fondo integrativo", il decreto del 2009 del Ministro Sacconi estende queste ultime alle cure riabilitative, incluse le cure termali (sempre oltre quanto previsto nei Lea).

Pur con diverse angolazioni nondimeno, appare innegabile la presenza, nel nostro Paese, di una convergenza complessiva sulla desiderabilità dei Fondi integrativi. Ma un'attenzione particolare allo sviluppo dei Fondi deve coincidere con una maggiore razionalizzazione di essi, con una omogeneizzazione dei Fondi esistenti e con una programmazione concertata con il Ssn per demarcare bene gli ambiti di intervento in cui interagire.

Il termine "integrativo" non riflette veramente la natura degli interventi oggi esercitati e se è pur vero che l'integrazione può essere interpretata come un aiuto a colmare le inefficienze di un sistema pubblico in difficoltà, è anche vero che ciò apre la strada a profonde ingiustizie sociali, ripercorrendo la strada, per fortuna abbandonata, dell'antica mutualità.

I Fondi Integrativi avranno certamente un grande sviluppo laddove

riescano veramente ad essere “subsidium” e non sovrapposizione. E questo concetto dovrebbe guidare nel mondo del lavoro le categorie sociali interessate al loro sviluppo.



# L'evoluzione di Quas

di Mario Porfiri

*Direttore Qu.A.S.*



### **Premessa**

La Quas – Cassa Assistenza Sanitaria per i Quadri del Terziario, Turismo e Servizi – da oltre venti anni ha proposto e realizzato un progetto di assistenza sanitaria attraverso la erogazione di prestazioni, in forma indiretta o diretta, mediante convenzioni con centri sanitari di alta specializzazione, che si basa su un nomenclatore tariffario di oltre 3.000 voci.

Gli interventi sanitari sono definiti con i medici curanti liberamente scelti dagli iscritti e, pertanto, trattasi di una particolare forma di Welfare contrattuale che tende a realizzare la massima personalizzazione della garanzia sanitaria.

La Quas ha raggiunto una apprezzabile distribuzione di intervento su tutto il territorio nazionale ed ha attratto una consistente platea di iscritti dei settori contrattuali di riferimento e dei settori affini, registrando, ad oggi, 72.896 Quadri iscritti, collegati a 18.284 aziende.

Una rappresentazione della sua consistenza, sia in termini di distribuzione territoriale che di erogazione delle prestazioni, è riscontrabile nei dati di gestione qui di seguito sinteticamente riportati.

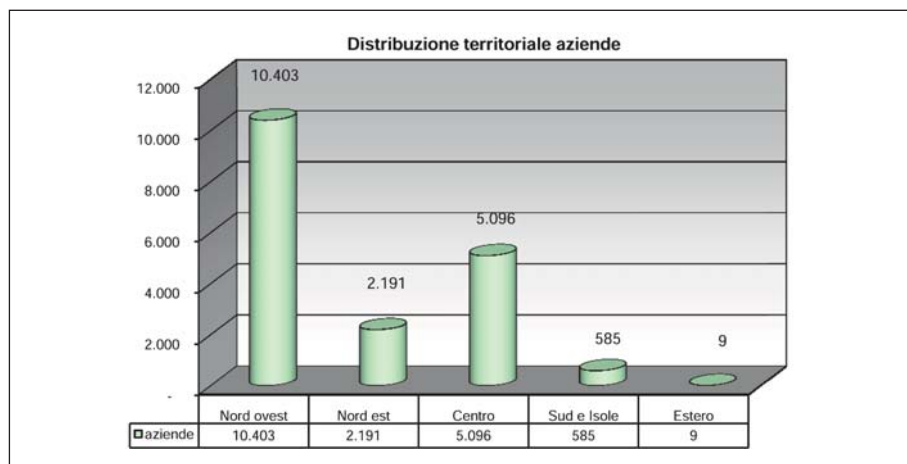
## Quadri ed aziende iscritte

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Aziende versanti</b>	9.247	10.056	10.806	10.894	11.713	12.785	13.081	14.975	15.753	17.223	17.568	18.284
<b>Incremento</b>	1.197	809	750	88	819	1.072	296	1894	778	1.470	345	716
<b>%</b>	14,8	8,74	7,45	0,81	7,51	9,15	2,32	14,48	5,20	9,33	2,00	4,08
<b>Quadri collegati</b>	35.148	42.487	43.482	44.242	47.050	51.816	53.047	63.444	67.659	68.131	69.708	72.896
<b>Incremento</b>	9.750	7.339	1.025	760	2.808	4.766	1.231	10.397	4.215	472	1.577	3.188
<b>%</b>	38,40	20,88	2,41	1,75	6,35	10,13	2,38	19,60	6,64	0,70	2,31	4,57

Le adesioni alla Quas, che sono progressivamente aumentate nell'arco di un decennio, costituiscono un obbligo contrattuale e sono correlate anche all'ampliamento della tutela sanitaria che negli anni ha dato consistenza al progetto di Welfare contrattuale.

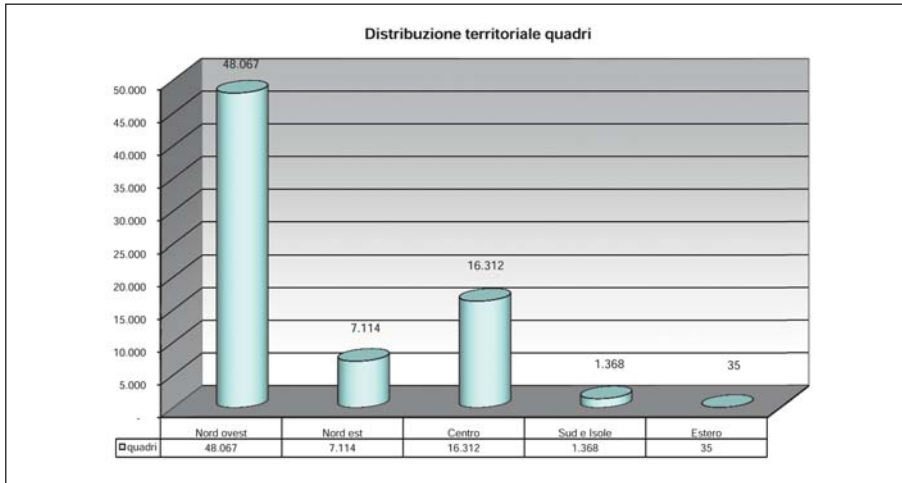
Va sottolineato anche l'effetto prodotto sulle iscrizioni dalla norma della obbligatorietà sancita dalla circ. n. 43 del 15/12/2010 del Ministero del Lavoro, recepita negli accordi intervenuti con la stesura del nuovo CCNL del Terziario, Turismo e Servizi di aprile 2011.

## Distribuzione territoriale delle aziende (Dicembre 2011)



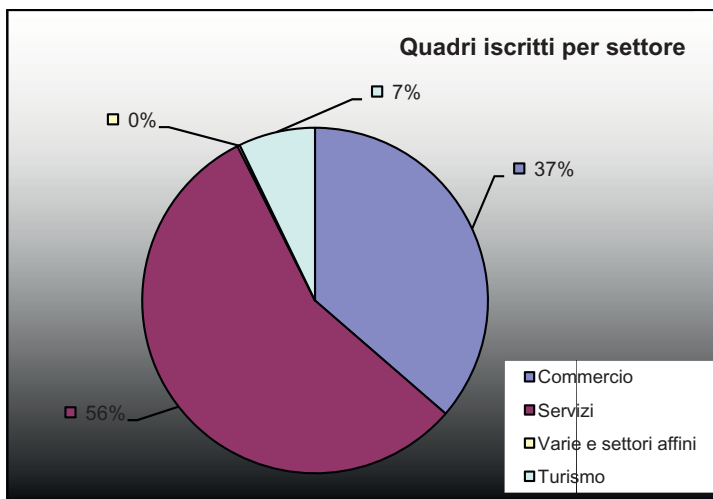
<b>Nord ovest</b>	<b>10.403</b>	<b>56,90 %</b>
<b>Nord Est</b>	<b>2.191</b>	<b>11,98 %</b>
<b>Centro</b>	<b>5.096</b>	<b>27,87</b>
<b>Sud e isole</b>	<b>585</b>	<b>3,20 %</b>
<b>Estero</b>	<b>9</b>	<b>0,05 %</b>
<b>TOTALI</b>	<b>18.284</b>	<b>100,00</b>

**Distribuzione territoriale dei quadri iscritti (dicembre 2011)**



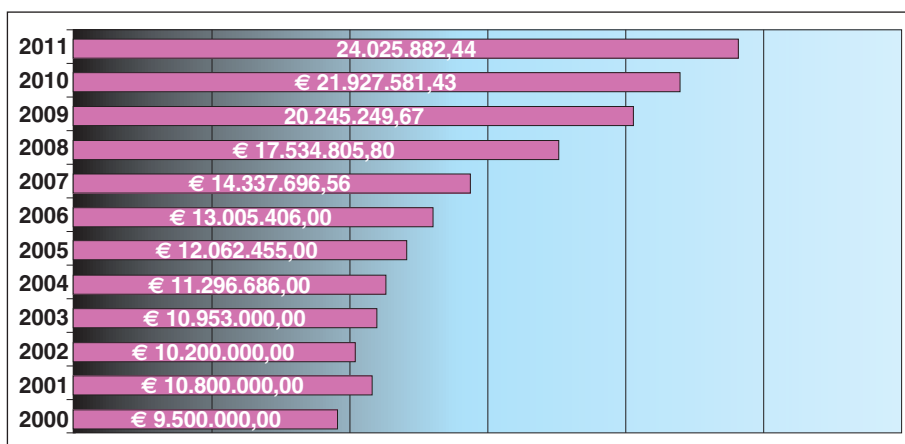
**Distribuzione per settore di attività (dicembre 2011)**

<b>Nord ovest</b>	<b>48.067</b>	<b>65,93 %</b>
<b>Nord Est</b>	<b>7.114</b>	<b>9,76 %</b>
<b>Centro</b>	<b>16.312</b>	<b>22,38 %</b>
<b>Sud e isole</b>	<b>1.368</b>	<b>1,88 %</b>
<b>Estero</b>	<b>35</b>	<b>0,05 %</b>
<b>TOTALI</b>	<b>72.896</b>	<b>100,00 %</b>



	Aziende	Quadri
<b>Commercio</b>	<b>6.563</b>	<b>26.508</b>
<b>Servizi</b>	<b>9.954</b>	<b>40.986</b>
<b>Varie e sett. affini</b>	<b>92</b>	<b>169</b>
<b>Turismo</b>	<b>1.675</b>	<b>5.233</b>
<b>TOTALI</b>	<b>18.284</b>	<b>72.896</b>

### Rimborsi anno 2011 e trend ultimi anni



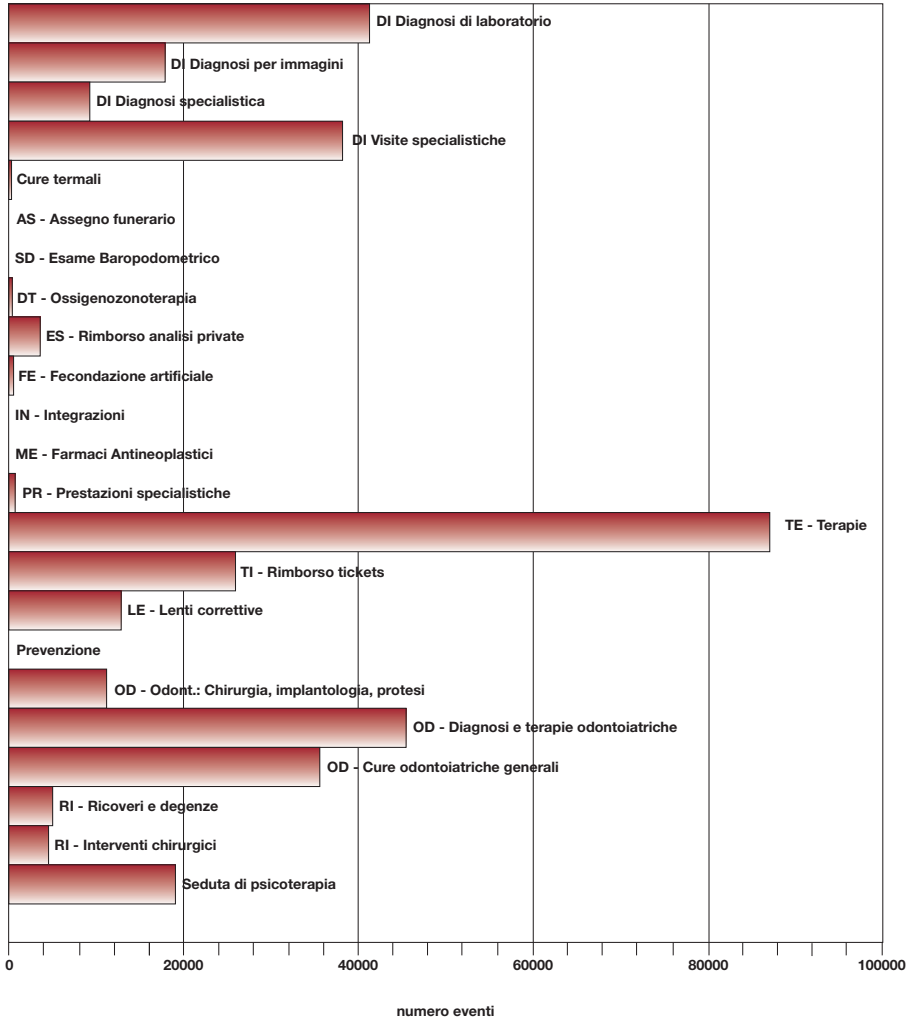
Il grafico riporta i dati di competenza relativi all'andamento dei rimborsi negli anni 2000-2011. L'incremento delle prestazioni è strettamente correlato alle adesioni alla Cassa e, in forte misura, al consistente nomenclatore tariffario delle prestazioni garantite dalla Cassa che si compone di oltre 3.000 voci.

## Analisi delle prestazioni erogate suddivise per famiglie di eventi

STAMPA FAMIGLIE DI PRESTAZIONI: Raggruppamenti per famiglie - QuAS					
Descrizione	Quantità	% su richieste	Valore	Richiesto	% su richieste
DI Diagnosi di laboratorio	41.370	11,50%	446.860,05	615.001,64	72,66%
DI Diagnosi per immagini	17.989	5,00%	1.349.764,79	1.622.580,68	83,19%
DI Diagnosi specialistica	9.170	2,55%	734.675,60	836.279,44	87,85%
DI Visite specialistiche	38.335	10,65%	2.720.076,35	3.797.451,94	71,63%
Cure termali	269	0,07%	184.061,56	287.817,61	63,95%
AS - Assegno funerario	23	0,01%	46.014,61	46.620,07	98,70%
SD - Esame Baropodometrico	24	0,01%	1.107,75	1.653,64	66,99%
DT - Ossigenozonoterapia	412	0,11%	19.193,23	22.042,50	87,07%
ES - Rimborso analisi private	3.543	0,98%	207.284,58	235.422,39	88,05%
FE - Fecondazione artificiale	391	0,11%	650.001,92	1.079.762,60	60,20%
IN - Integrazioni	63	0,02%	14.265,21	15.133,43	94,26%
ME - Farmaci Antineoplastici	21	0,01%	14.217,65	17.637,12	80,61%
PR - Prestazioni specialistiche	879	0,24%	91.376,79	179.207,33	50,99%
TE - Terapie	87.267	24,25%	1.339.731,05	1.862.041,94	71,95%
TI - Rimborso tickets	25.768	7,16%	919.483,16	920.284,59	99,91%
LE - Lenti correttive	12.817	3,58%	1.227.803,00	1.668.598,39	73,58%
Prevenzione	157	0,04%	38.116,94	41.231,83	92,45%
OD - Odont.: Chirurgia, implantologia, protesi	11.152	3,10%	2.799.434,32	4.872.507,66	57,45%
OD - Diagnosi e terapie odontoiatriche	45.678	12,69%	3.402.881,48	5.349.501,28	63,61%
OD - Cure odontoiatriche generali	35.631	9,90%	3.353.392,44	4.518.127,30	74,22%
RI - Ricoveri e degenze	5.040	1,40%	868.720,54	1.208.912,64	71,88%
RI - Interventi chirurgici	4.644	1,29%	2.073.170,01	3.414.684,70	60,71%
Seduta di psicoterapia	19.221	5,34%	679.802,24	1.222.769,89	55,60%
Resto del nomenclatore	8	0,00%	5.027,70	7.435,27	67,62%
<b>Totali:</b>	<b>359.872</b>		<b>23.186.462,88</b>	<b>33.842.705,88</b>	<b>68,51%</b>

Periodo analizzato: anno 2011 mesi da 1 a 12 indagine svolta su tutti i tipi di rimborso.  
L'importo medio rimborsato per prestazione risulta 64,43 euro.

## DISTRIBUZIONE PRESTAZIONI PER FAMIGLIE





**Note:**

Le prestazioni analiticamente misurate rappresentano **359.872 interventi**, rispetto alle pratiche liquidate nell'anno, che sono state 83.782, con una **media di n. 4,30** interventi per ciascuna pratica. Nell'anno 2010 gli interventi sono stati 334.452, rispetto a 73.181 pratiche liquidate, con una **media di n. 4,57** interventi per ciascuna pratica.

L'indagine è stata fatta in relazione al momento di liquidazione e quindi differisce leggermente con il "pagato" nell'anno; tuttavia il trend statistico appare sufficientemente chiaro.

**L'indice di copertura** complessivo, riferito al rapporto tra gli importi rimborsati e quelli richiesti, si attesta al **68,51%**.

Gli indici di copertura sono stati calcolati con riferimento alle singole "famiglie" di prestazioni e si pongono in maniera differenziata a seconda della rilevanza sanitaria della prestazione erogata.

**Le cure odontoiatriche** (n. 92.461) rappresentano **in termini numerici il 25,70%** delle prestazioni ed in relazione all'importo incidono nella misura del **41,21%**.

SESSO FEMMINILE – 2011 : numero eventi							
IDgrc	Descrizione	Meno di 40 anni	Tra 40 e 50	Tra 50 e 60	Tra 60 e 70 anni	Oltre 70 anni	Totali
1	DI - Diagnostica di laboratorio	10.398	7.158	3.557	741	-	<b>21.854</b>
2	DI - Diagnostica per immagini	3.901	4.401	2.024	503	24	<b>10.853</b>
3	DI - Diagnostica specialistica	1.648	1.973	863	265	15	<b>4.764</b>
4	DI - Visite specialistiche	8.206	8.016	3.189	956	40	<b>20.407</b>
6	Cure termali	11	32	37	28	-	<b>108</b>
18	AS - Assegno funerario	-	2	1	2	-	<b>5</b>
20	DS - Esame Baropodometrico	-	-	-	-	-	<b>-</b>
21	DT - Ossigenozonoterapia	17	76	19	21	-	<b>133</b>
22	ES - Rimborso analisi private	952	679	242	94	5	<b>1.972</b>
23	FE - Fecondazione artificiale	89	105	3	-	-	<b>197</b>
24	IN - Integrazioni	8	8	3	4	-	<b>23</b>
25	ME - Farmaci Antineoplastici	1	2	14	-	-	<b>17</b>
27	PR - Prestazioni specialistiche	127	200	78	18	-	<b>423</b>
29	TE - Terapie	6.766	13.933	8.138	2.608	110	<b>31.555</b>
30	TI - Rimborso tickets	4.664	4.890	2.066	846	30	<b>12.496</b>
32	LE - Lenti correttive	1.166	1.939	1.077	329	5	<b>4.516</b>
51	Prevenzione	27	51	11	4	-	<b>93</b>
55	OD - Odont.: Chirurgia, implantologia, protesi	533	1.139	1.046	306	25	<b>3.049</b>
56	OD - Diagnosi e terapie odontoiatriche	4.479	6.635	2.746	772	46	<b>14.678</b>
57	OD - Cure odontoiatriche generali	3.368	5.185	2.512	737	32	<b>11.834</b>
58	RI - Ricoveri e degenze	672	711	233	246	-	<b>1.862</b>
59	RI - Interventi chirurgici	621	1.118	436	155	-	<b>2.330</b>
60	Sedute di psicoterapia	3.855	4.843	1.265	286	2	<b>10.251</b>
	Resto del nomenclatore (*)	3	1	-	-	-	<b>4</b>
	<b>totali</b>	<b>51.512</b>	<b>63.097</b>	<b>29.560</b>	<b>8.921</b>	<b>334</b>	<b>153.424</b>

<b>SESSO MASCHILE – 2011 : numero eventi</b>							
IDgrc	Descrizione	Meno di 40 anni	Tra 40 e 50	Tra 50 e 60	Tra 60 e 70 anni	Oltre 70 anni	Totali
1	DI - Diagnostica di laboratorio	4.857	7.703	4.969	1.882	105	<b>19.516</b>
2	DI - Diagnostica per immagini	1.579	2.860	1.880	729	88	<b>7.136</b>
3	DI - Diagnostica specialistica	863	1.755	1.179	535	74	<b>4.406</b>
4	DI - Visite specialistiche	4.225	7.376	4.289	1.770	268	<b>17.928</b>
6	Cure termali	7	30	41	68	15	<b>161</b>
18	AS - Assegno funerario	1	5	5	5	2	<b>18</b>
20	DS - Esame Baropodometrico	24	-	-	-	-	<b>24</b>
21	DT - Ossigenozonoterapia	73	137	38	31	-	<b>279</b>
22	ES - Rimborso analisi private	367	579	359	248	18	<b>1.571</b>
23	FE - Fecondazione artificiale	78	110	6	-	-	<b>194</b>
24	IN - Integrazioni	6	20	10	4	-	<b>40</b>
25	ME - Farmaci Antineoplastici	4	-	-	-	-	<b>4</b>
27	PR - Prestazioni specialistiche	131	149	78	93	5	<b>456</b>
29	TE - Terapie	13.125	23.571	13.331	4.912	773	<b>55.712</b>
30	TI - Rimborso tickets	2.654	5.192	3.182	2.019	225	<b>13.272</b>
32	LE - Lenti correttive	1.706	3.359	2.370	798	68	<b>8.301</b>
51	Prevenzione	6	30	20	6	2	<b>64</b>
55	OD - Odont.: Chirurgia, implantologia, protesi	1.150	2.866	2.699	1.248	140	<b>8.103</b>
56	OD - Diagnosi e terapie odontoiatriche	8.344	13.969	6.658	1.805	224	<b>31.000</b>
57	OD - Cure odontoiatriche generali	5.527	10.884	5.651	1.601	134	<b>23.797</b>
58	RI - Ricoveri e degenze	967	867	778	552	14	<b>3.178</b>
59	RI - Interventi chirurgici	534	877	609	267	27	<b>2.314</b>
60	Sedute di psicoterapia	2.512	4.446	1.611	382	19	<b>8.970</b>
	Resto del nomenclatore (*)	2	1	1	-	-	<b>4</b>
	<b>totali</b>	<b>48.742</b>	<b>86.786</b>	<b>49.764</b>	<b>18.955</b>	<b>2.201</b>	<b>206.448</b>

TOTALE EVENTI ESAMINATI PER L'ANNO 2011							
IDgrc	Descrizione	Meno di 40 anni	Tra 40 e 50	Tra 50 e 60	Tra 60 e 70 anni	Oltre 70 anni	Totali
1	DI - Diagnostica di laboratorio	15.255	14.861	8.526	2.623	105	<b>41.370</b>
2	DI - Diagnostica per immagini	5.480	7.261	3.904	1.232	112	<b>17.989</b>
3	DI - Diagnostica specialistica	2.511	3.728	2.042	800	89	<b>9.170</b>
4	DI - Visite specialistiche	12.431	15.392	7.478	2.726	308	<b>38.335</b>
6	Cure termali	18	62	78	96	15	<b>269</b>
18	AS - Assegno funerario	1	7	6	7	2	<b>23</b>
20	DS - Esame Baropodometrico	24	-	-	-	-	<b>24</b>
21	DT - Ossigenozonoterapia	90	213	57	52	-	<b>412</b>
22	ES - Rimborso analisi private	1.319	1.258	601	342	23	<b>3.543</b>
23	FE - Fecondazione artificiale	167	215	9	-	-	<b>391</b>
24	IN - Integrazioni	14	28	13	8	-	<b>63</b>
25	ME - Farmaci Antineoplastici	5	2	14	-	-	<b>21</b>
27	PR - Prestazioni specialistiche	258	349	156	111	5	<b>879</b>
29	TE - Terapie	19.891	37.504	21.469	7.520	883	<b>87.267</b>
30	TI - Rimborso tickets	7.318	10.082	5.248	2.865	255	<b>25.768</b>
32	LE - Lenti correttive	2.872	5.298	3.447	1.127	73	<b>12.817</b>
51	Prevenzione	33	81	31	10	2	<b>157</b>
55	OD - Odont.: Chirurgia, implantologia, protesi	1.683	4.005	3.745	1.554	165	<b>11.152</b>
56	OD - Diagnosi e terapie odontoiatriche	12.823	20.604	9.404	2.577	270	<b>45.678</b>
57	OD - Cure odontoiatriche generali	8.895	16.069	8.163	2.338	166	<b>35.631</b>
58	RI - Ricoveri e degenze	1.639	1.578	1.011	798	14	<b>5.040</b>
59	RI - Interventi chirurgici	1.155	1.995	1.045	422	27	<b>4.644</b>
60	Sedute di psicoterapia	6.367	9.289	2.876	668	21	<b>19.221</b>
	Resto del nomenclatore (*)	5	2	1	-	-	<b>8</b>
	<b>totali</b>	<b>100.254</b>	<b>149.883</b>	<b>79.324</b>	<b>27.876</b>	<b>2.535</b>	<b>359.872</b>

Un'ulteriore rilevazione può essere fatta in relazione al grado di importanza degli eventi sanitari esaminati e rimborsati dalla Quas, nella duplice manifestazione di:

Numero di prestazioni che compongono l'evento

Fasce di spesa sanitaria rimborsata (da euro 1 a euro 1.000 e spese superiori per eventi più importanti)

**Il test statistico ha riguardato n. 48.865 pratiche liquidate in forma indiretta**, per le quali la spesa è stata anticipata dall'utente. Successivamente è avvenuto il rimborso da parte della Quas, nei limiti delle tariffe stabilite dal nomenclatore vigente.

**Dal punto di vista del numero degli eventi denunciati si evidenzia che il 75,31%** delle pratiche è costituito da **meno di quattro prestazioni**;

**Dal punto di vista della spesa media si evidenzia che il 60,47%** delle pratiche sono di **importo inferiore ad euro 600,00 ciascuna**.



# L'evoluzione del Fondo Est

di Paola De Mizio

*Responsabile Settore Prestazioni Fondo Est*





Il presente lavoro mira a fornire un quadro sintetico dell'evoluzione delle tutele garantite da Fondo Est ai propri iscritti, unitamente ad un inquadramento generale sugli ambiti di intervento del Fondo medesimo e ad un excursus storico sugli andamenti delle adesioni e della fruizione delle prestazioni.

### **Le adesioni**

Fondo Est nasce nel 2006 in attuazione del Contratto Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle aziende del Terziario e del Turismo, sottoscritto da Confcommercio, Fipe, Fiafet e dai sindacati dei lavoratori Filcams Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs Uil, con lo scopo di garantire assistenza sanitaria integrativa ai lavoratori dipendenti a tempo indeterminato ed agli apprendisti ai quali si applicano i Ccnl dei settori Terziario e Turismo (pubblici esercizi, mense ed agenzie di viaggio), del settore Ortofrutticolo e delle Aziende Farmaceutiche Speciali. Possono inoltre essere iscritti al Fondo i lavoratori con contratto a tempo determinato di durata superiore a 3 mesi (per il Ccnl Turismo) ed i lavoratori con contratto a tempo determinato di durata superiore a 5 mesi (per il Ccnl Ortofrutticolo).

L'andamento delle adesioni, sia con riferimento alle aziende che ai lavoratori, è stato da sempre caratterizzato da dinamiche di crescita costante.

La tabelle sotto riportate rappresentano numericamente e graficamente gli andamenti di crescita delle adesioni delle aziende e dei dipendenti da ottobre 2006 a settembre 2011.

## Andamento iscrizioni aziende (dati fino a settembre 2011)

Anno	Mese	Numero Aziende	Totale Aziende
2006	Ottobre	5.795	<b>5.795</b>
	Novembre	29.516	<b>35.311</b>
	Dicembre	17.386	<b>52.697</b>
2007	Gennaio	4.186	<b>56.883</b>
	Febbraio	2.987	<b>59.870</b>
	Marzo	2.315	<b>62.185</b>
	Aprile	1.656	<b>63.841</b>
	Maggio	1.718	<b>65.559</b>
	Giugno	2.220	<b>67.779</b>
	Luglio	1.321	<b>69.100</b>
	Agosto	593	<b>69.693</b>
	Settembre	682	<b>70.375</b>
	Ottobre	1.472	<b>71.847</b>
	Novembre	1.246	<b>73.093</b>
	Dicembre	669	<b>73.762</b>
2008	Gennaio	1.341	<b>75.103</b>
	Febbraio	1.282	<b>76.385</b>
	Marzo	762	<b>77.147</b>
	Aprile	1.370	<b>78.517</b>
	Maggio	709	<b>79.226</b>
	Giugno	660	<b>79.886</b>
	Luglio	1.259	<b>81.145</b>
	Agosto	713	<b>81.858</b>
	Settembre	1.453	<b>83.311</b>
	Ottobre	1.880	<b>85.191</b>
	Novembre	928	<b>86.119</b>
	Dicembre	569	<b>86.688</b>
2009	Gennaio	1.776	<b>88.464</b>
	Febbraio	1.589	<b>90.053</b>
	Marzo	1.002	<b>91.055</b>
	Aprile	1.571	<b>92.626</b>
	Maggio	846	<b>93.472</b>
	Giugno	660	<b>94.132</b>
	Luglio	1.050	<b>95.182</b>
	Agosto	377	<b>95.559</b>
	Settembre	648	<b>96.207</b>
	Ottobre	1.183	<b>97.390</b>
	Novembre	966	<b>98.356</b>
	Dicembre	815	<b>99.171</b>
2010	Gennaio	1.520	<b>100.691</b>
	Febbraio	1.538	<b>102.229</b>
	Marzo	2.415	<b>104.644</b>
	Aprile	4.055	<b>108.699</b>
	Maggio	2.195	<b>110.894</b>
	Giugno	1.289	<b>112.183</b>
	Luglio	1.365	<b>113.548</b>
	Agosto	504	<b>114.052</b>
	Settembre	1.148	<b>115.200</b>
	Ottobre	1.875	<b>117.075</b>
	Novembre	1.566	<b>118.641</b>
	Dicembre	1.084	<b>119.725</b>
2011	Gennaio	1.904	<b>121.629</b>
	Febbraio	5.841	<b>127.470</b>
	Marzo	6.116	<b>133.586</b>
	Aprile	12.969	<b>146.555</b>
	Maggio	10.663	<b>157.218</b>
	Giugno	7.786	<b>165.004</b>
	Luglio	4.928	<b>169.932</b>
Agosto	1.201	<b>171.133</b>	
Settembre	991	<b>172.124</b>	

## Andamento iscrizioni dipendenti (dati fino a settembre 2011)

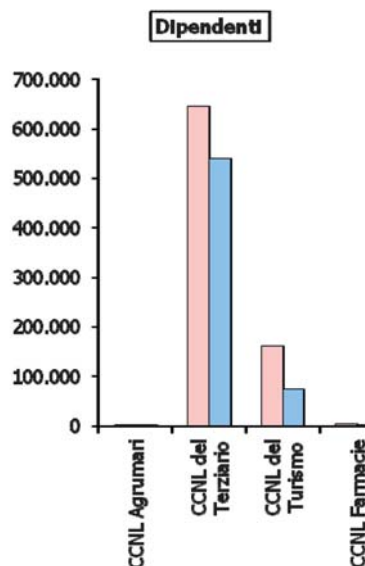
<b>Anno</b>	<b>Mese</b>	<b>Numero Dipendenti</b>	<b>Totale Dipendenti</b>
2006	Ottobre	17.981	<b>17.981</b>
	Novembre	125.879	<b>143.860</b>
	Dicembre	101.953	<b>245.813</b>
2007	Gennaio	28.575	<b>274.388</b>
	Febbraio	115.795	<b>390.183</b>
	Marzo	24.505	<b>414.688</b>
	Aprile	28.030	<b>442.718</b>
	Maggio	31.764	<b>474.482</b>
	Giugno	20.626	<b>495.108</b>
	Luglio	12.022	<b>507.130</b>
	Agosto	7.347	<b>514.477</b>
	Settembre	8.465	<b>522.942</b>
	Ottobre	14.144	<b>537.086</b>
	Novembre	13.451	<b>550.537</b>
	Dicembre	9.452	<b>559.989</b>
2008	Gennaio	13.185	<b>573.174</b>
	Febbraio	19.478	<b>592.652</b>
	Marzo	13.787	<b>606.439</b>
	Aprile	13.638	<b>620.077</b>
	Maggio	9.571	<b>629.648</b>
	Giugno	8.707	<b>638.355</b>
	Luglio	18.683	<b>657.038</b>
	Agosto	13.736	<b>670.774</b>
	Settembre	26.751	<b>697.525</b>
	Ottobre	25.160	<b>722.685</b>
	Novembre	10.862	<b>733.547</b>
	Dicembre	10.882	<b>744.429</b>
2009	Gennaio	15.467	<b>759.896</b>
	Febbraio	22.569	<b>782.465</b>
	Marzo	13.407	<b>795.872</b>
	Aprile	14.917	<b>810.789</b>
	Maggio	10.632	<b>821.421</b>
	Giugno	7.809	<b>829.230</b>
	Luglio	12.313	<b>841.543</b>
	Agosto	7.600	<b>849.143</b>
	Settembre	8.480	<b>857.623</b>
	Ottobre	14.707	<b>872.330</b>
	Novembre	15.166	<b>887.496</b>
	Dicembre	9.296	<b>896.792</b>
2010	Gennaio	13.175	<b>909.967</b>
	Febbraio	20.200	<b>930.167</b>
	Marzo	14.654	<b>944.821</b>
	Aprile	22.579	<b>967.400</b>
	Maggio	23.857	<b>991.257</b>
	Giugno	12.849	<b>1.004.106</b>
	Luglio	15.215	<b>1.019.321</b>
	Agosto	7.466	<b>1.026.787</b>
	Settembre	9.933	<b>1.036.720</b>
	Ottobre	19.511	<b>1.056.231</b>
	Novembre	13.288	<b>1.069.519</b>
	Dicembre	11.779	<b>1.081.298</b>
2011	Gennaio	8.831	<b>1.090.129</b>
	Febbraio	49.678	<b>1.139.807</b>
	Marzo	26.401	<b>1.166.208</b>
	Aprile	61.444	<b>1.227.652</b>
	Maggio	57.431	<b>1.285.083</b>
	Giugno	52.338	<b>1.337.421</b>
	Luglio	35.745	<b>1.373.166</b>
	Agosto	22.083	<b>1.395.249</b>
	Settembre	27.620	<b>1.422.869</b>

La tabella che segue fornisce dati di dettaglio relativamente alle aziende aderenti:

CCNL	Numero dipendenti	Percentuale	Numero Aziende	Percentuale	dipendenti/azienda
CCNL Agrumari	1.317	0,09 %	146	0,08 %	9,02
CCNL del Terziario	1.180.445	82,96 %	141.218	82,04 %	8,36
CCNL del Turismo	237.179	16,67 %	30.505	17,72 %	7,78
CCNL Farmacie	3.928	0,28 %	255	0,15 %	15,40
<b>Totale</b>	<b>1.422.869</b>	<b>100,00 %</b>	<b>172.124</b>	<b>100,00 %</b>	<b>8,27</b>

Di seguito le specifiche relative agli iscritti per tipologia di contratto e per sesso:

	Donne	Uomini	Totale per CCNL
CCNL Agrumari	698	676	1.374
CCNL del Terziario	644.018	539.730	1.183.748
CCNL del Turismo	159.874	74.062	233.936
CCNL Farmacie	2.865	946	3.811
<b>Totale per sesso</b>	<b>807.455</b>	<b>615.414</b>	<b>1.422.869</b>



L'attuale numero di iscritti, che è di oltre 1.400.000 lavoratori, fa sì che Fondo Est sia, ad oggi, il Fondo di assistenza sanitaria integrativa di derivazione contrattuale più grande nel panorama nazionale. Tale risultato, in termini di adesioni, è frutto di una sinergia di fattori. Innanzitutto gioca un ruolo primario la numerosità dei settori di riferimento, quanto a lavoratori occupati. Inoltre il Piano Sanitario del Fondo, così come strutturato in termini di offerta, rappresenta un'effettiva opportunità di salute per i lavoratori: la consistenza dei massimali d'intervento, la vastità delle prestazioni erogate, l'alta frequenza nella fruizione

delle medesime, rappresentano un fattore disincentivante l'evasione contributiva da parte delle aziende e sono percepiti dalle aziende medesime come un vantaggio concreto per i dipendenti, che ne stimola l'adesione.

Da ultimo, il Rinnovo del Ccnl Terziario, sottoscritto il 6 aprile 2011, recependo quanto esposto nella Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 43 del 15/12/2010, ha ribadito l'obbligatorietà delle forme di tutela garantite dagli strumenti della bilateralità ed ha rafforzato formalmente l'obbligo di iscrizione al Fondo, fornendo in tal modo un'ulteriore spinta all'adesione delle aziende del settore.

### **L'offerta sanitaria: evoluzione e logiche**

Attualmente il piano Sanitario di fondo Est copre una molteplicità di aree di intervento altamente significative: diagnostica, chirurgia, prevenzione, pacchetto maternità, rimborso ticket, odontoiatria, fisioterapia e presidi ortopedici. Ciascuna area ha i propri massimali d'intervento e le proprie regole operative.

Tuttavia, il vigente piano sanitario è frutto di una stratificazione nel tempo che risponde a logiche di approfondimento dei comportamenti sanitari e delle esigenze degli iscritti ed all'adeguamento ai mutati scenari normativi, relativi alla regolamentazione dei fondi sanitari.

Il primo Piano Sanitario del Fondo, ad erogazione mediata da compagnie d'assicurazione, nasce con una logica bidirezionale: da un lato sostenere gli iscritti nei comportamenti sanitari maggiormente diffusi attraverso il rimborso dei ticket, dall'altro prendere in carico gli eventi chirurgici ad alto impatto, i cd. "grandi interventi chirurgici" (soprattutto di carattere oncologico), attraverso la previsione di un massimale d'area molto consistente per l'area di chirurgia e della possibilità di effettuare gli interventi previsti nel Piano Sanitario presso strutture di primaria eccellenza, senza anticipazione di oneri. Oltre a ciò, data la numerosità della popolazione femminile iscritta a Fondo Est, sin dal primo Piano Sanitario è stato predisposto un "Pacchetto maternità", costituito da un plafond di spesa per le lavoratrici in gravidanza, da utilizzare per gli esami ematochimici, le ecografie e le visite ginecologiche.

Senza dimenticare la previsione di programmi di prestazioni diagnostiche preventive completamente gratuite, relative alla prevenzione di patologie ad alta incidenza (cardiologiche e oncologiche), con lo specifico intento di contribuire alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della prevenzione e di svolgere un significativo ruolo di indirizzo dei lavoratori verso scelte sanitarie responsabili.

Nel 2009, dopo l'analisi dei primi andamenti relativi alle prestazioni erogate ed a seguito di un intenso lavoro di approfondimento delle esigenze degli iscritti, si realizza la prima modifica del Piano Sanitario, con l'ampliamento delle prestazioni afferenti a ciascuna macroarea e con l'inserimento di nuovi interventi chirurgici: non più solo "grandi interventi", ma anche prestazioni chirurgiche più semplici, ma frequenti fra le categorie di dipendenti iscritte al Fondo (es. correzione chirurgica della sindrome del tunnel carpale, safenectomia della grande safena).

Il 2009 è anche l'anno che segna l'introduzione dell'area odontoiatrica tra le prestazioni offerte dal Fondo. In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27-10-2009, il Fondo interviene in area odontoiatrica inserendo prestazioni di prevenzione ed implantologia.

Dal 2010 il Piano Sanitario del Fondo arricchisce ulteriormente l'area odontoiatrica e, per la prima volta in forma diretta (cioè senza erogazione mediata da parte di compagnie d'assicurazione), inserisce le aree d'intervento della fisioterapia (a seguito di infortunio e per grandi patologie), dei presidi ortopedici e dell'agopuntura manu medica a fini antalgici.

Le metodologie di fruizione delle prestazioni garantite dal Fondo sono molteplici:

- l'accesso al Ssn dà diritto al rimborso dei ticket
- per tutte le aree di intervento le prestazioni sono fruibili presso una rete di strutture convenzionate diffusa capillarmente su tutto il territorio nazionale, generalmente senza anticipazione di oneri a carico degli iscritti
- per alcune aree inoltre, è previsto il rimborso per le prestazioni fruitive presso specialisti e strutture private non convenzionate.

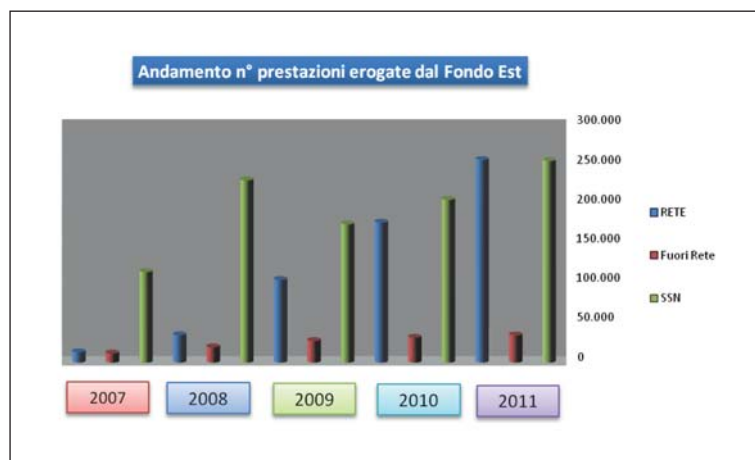
La tabella di seguito riportata rappresenta l'andamento numerico dei rimborsi, suddivisi per anno e per tipologia d'intervento.

## L'evoluzione del Fondo Est

	N° Prestazioni 2007 (nove mesi)			N° Prestazioni 2008			N° Prestazioni 2009			N° Prestazioni 2010			N° Prestazioni 2011		
	RETE	F.R.	SSN	RETE	F.R.	SSN	RETE	F.R.	SSN	RETE	F.R.	SSN	RETE	F.R.	SSN
Alta specializzazione (diagnostica e terapia)	1.974	712	9.231	4.424	2.607	16.968	19.832	7.500	32.151	31.591	6.572	37.222	43.119	7.211	33.092
Visite Specialistiche	4.603	135	24.945	11.254	195	50.004	26.272	116	37.002	41.674	131	39.739	55.681	125	44.619
Ticket Acc.d./ Pronto Socc.			72.612			152.258			95.355			117.472			168.802
Indennità sostitutiva per grande intervento		3	386			632			744		2	977		1	996
Ricovero per grande intervento	26	11	3	51	16	2	277	29	51	329	15	35	443	20	16
Neonati					1						12			6	
Pacchetto maternità	1.096	10.765	3.134	2.388	16.655	3.734	4.363	19.629	2.769	5.927	24.743	1.861	7.881	27.002	1.383
Indennità parto		5	4.555		10	7.348		14	5.707		17	6.968		3	6.618
Prevenzione donne cardio.	1.533			3.376			6.532			9.341			12.107		
Prevenzione donne onco. > 35 anni	2.397			5.008			6.043			7.715			10.857	1	
Prevenzione uomini cardio.	1.131			2.302			3.655			5.394			7.469		
Prevenzione uomini onco. > 45 anni	323			551			857			1.142			1.826		
3 o più Impianti (solo rete)							1.578			1.348			2.395		
1 Impianti (solo rete)										955			2.569		
2 Impianti (solo rete)										144			1.044		
Avulsione max 4 denti (solo rete)										3.277			8.357		
Prevenzione Odontoiatrica (solo rete)							21.726	1		56.262	3		92.589	5	
Prestazioni di radiologia odontoiatrica							1.535	107	1.624	5.127	98	2.070	9.294	130	111
Sindrome Metabolica							691			1.022			1.328		
Varie	129			5.471			11.501			6.302			1		

(i dati sopra riportati sono suscettibili di variazione causa sinistri tardivi)

13.212	11.631	114.866	34.825	19.484	230.946	104.862	27.396	175.403	177.550	31.593	206.344	256.960	34.504	255.637
RETE	Fuori rete	SSN	RETE	Fuori rete	SSN	RETE	Fuori rete	SSN	RETE	Fuori rete	SSN	RETE	Fuori rete	SSN
2007			2008			2009			2010			2011		



Come si può notare dai dati sopra riportati, il sistema di tutele assicurato da Fondo Est ai propri iscritti, seppure pensato in una logica di inquadramento integrativo, fornisce, di fatto, anche prestazioni sostitutive a quelle del Ssn.

Ciò in coerenza con quanto accade alla maggior parte dei fondi sanitari di derivazione contrattuale, che non si contrappongono, ma si affiancano al Ssn nell'ambito di dinamiche sinergiche e suppletive.

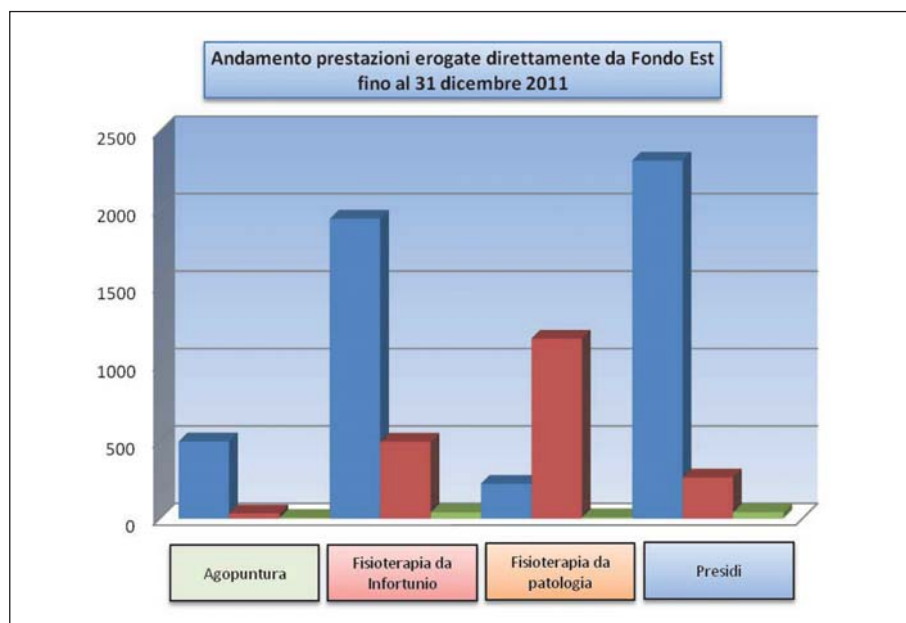
Essi, infatti, anche quando sostitutivi, hanno il pregio di contribuire ad alleggerire le strutture pubbliche dalle prestazioni di routine a bassa specializzazione, garantendo celerità ed uniformità sul territorio nella fruizione dei servizi sanitari essenziali.

L'utilizzo delle strutture convenzionate che, aumentando il livello di consapevolezza degli iscritti al Fondo, si è sempre più diffuso, garantisce la fruizione di prestazioni di diagnostica, talora connotate da carattere d'urgenza, in tempi celeri e senza liste d'attesa. Allo stesso modo l'utilizzo del Ssn, stante il rimborso dei ticket, è comunque incentivato e sostenuto.

Le aree della fisioterapia, dei presidi ortopedici e dell'agopuntura, di recente introduzione (maggio 2011) e gestite direttamente dal Fondo in ogni fase di lavorazione delle pratiche di rimborso, hanno avuto gli andamenti di seguito rappresentati:



TIPOLOGIA DI SINISTRO	STATO	NUMERO PRATICHE
AGOPUNTURA	IN LAVORAZIONE	2
	LIQUIDATA	498
	RESPINTA	34
	SOSPESA PER MANCANZA COPERTURA	3
FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO	IN LAVORAZIONE	6
	LIQUIDATA	1938
	RESPINTA	497
	SOSPESA PER CONSULTO MEDICO	2
	SOSPESA PER MANCANZA COPERTURA	13
	SOSPESA PER MANCANZA DOCUMENTI/IBAN	19
FISIOTERAPIA DA PATOLOGIA	LIQUIDATA	225
	RESPINTA	1162
	SOSPESA PER MANCANZA COPERTURA	3
	SOSPESA PER MANCANZA DOCUMENTI/IBAN	6
PRESIDI SANITARI	IN LAVORAZIONE	5
	LIQUIDATA	2313
	RESPINTA	266
	SOSPESA PER CONSULTO MEDICO	3
	SOSPESA PER MANCANZA COPERTURA	16
	SOSPESA PER MANCANZA DOCUMENTI/IBAN	18



Quanto sopra descritto espone, in sintesi, le dinamiche di evoluzione del Fondo nei suoi primi cinque anni di vita. Dinamiche caratterizzate da trend di crescita consistenti e costanti, da modifiche continue dell'offerta sanitaria, conseguenti alla presa in carico dei bisogni dell'utenza via via emergenti. Gli anni futuri, stante il consolidamento della

base di iscritti, saranno prevedibilmente caratterizzati da maggior stabilizzazione nell'offerta sanitaria, anche in virtù degli approfondimenti sui comportamenti sanitari degli iscritti ricavabili da una stratificazione di dati storici sui quali effettuare un'analisi del fabbisogno sanitario dell'utenza. Rimarrà costante l'impegno del Fondo ad un supporto adeguato alle necessità sanitarie degli iscritti, in coerenza con le proprie finalità istituzionali e col proprio ruolo sociale.

# L'esperienza del Fondo Fon.te.

di Fausto Moreno

*Consigliere Fondo Fon.te.*



Alla fine del mese di dicembre 2011 si è conclusa la mia esperienza di Direttore Generale e Responsabile del Fondo Fon.Te iniziata nel gennaio 2007. Sono stati cinque anni intensi di esperienze sociali e sindacali che mi hanno arricchito sotto il profilo personale e professionale, infatti ho potuto assistere da una posizione privilegiata al decollo della previdenza integrativa, ai suoi sviluppi impetuosi ed ai suoi rallentamenti.

Il fondo Fon.Te, costituito il 9 aprile 1998 per la volontà delle OO.SS. Fisascat-Cisl, Uiltucs-Uil e Filcams-Cgil da un lato e da Confcommercio, Federalberghi, Fipe, Fata e Fiavet dall'altra era, inizialmente, il fondo di riferimento degli addetti al Commercio ed al Turismo con una platea di potenziali aderenti calcolata in 1.300.000 lavoratori.

Ma per il difficile avvio della previdenza integrativa il fondo al 31.12.2006 aveva iscritti 25.579 lavoratori e 2.734 aziende ed amministrava un patrimonio destinato alle prestazioni di euro 174 milioni. Infatti la previdenza integrativa, nei primi anni, ha avuto difficoltà ad acquisire iscritti, essendo scarsamente conosciute le sue finalità.

Con l'adozione del decreto legislativo n. 252 del 5.12.2005 la riforma previdenziale ha subito un'accelerazione che si è manifestata, con tutta evidenza, a decorrere dal luglio 2007 con l'introduzione anche del silenzio-assenso. Infatti al 31.12.2007 i lavoratori iscritti erano diventati 131.294 e le aziende 14.372, mentre il patrimonio amministrato ammontava ad euro 286 milioni. L'impatto delle nuove adesioni è stato enorme per il fondo, che era strutturato sui venticinquemila iscritti, ma

Fon.Te ha retto ed ha affrontato i problemi che l'adesione simultanea di oltre centomila iscritti ha comportato.

La crescita nei successivi anni, sino al 2010, è stata costante ed al 31.12.2010 erano iscritti al fondo 175.165 lavoratori e 20.674 aziende, mentre il patrimonio amministrato ammontava a euro1 miliardo e 200 milioni.

Ma, la crescita non si è fermata, infatti il 2011 è stato molto importante per il fondo in quanto vi sono confluìti gli iscritti ed i patrimoni di altri tre fondi: Marco Polo (fondo di riferimento dei lavoratori e delle aziende del Commercio e del Turismo facenti capo a Confesercenti), Previprof (fondo di riferimento degli addetti agli studi professionali) ed Artifond (fondo di riferimento delle aziende artigiane); conseguentemente la platea di riferimento dei potenziali aderenti si è ulteriormente ampliata ed è stimata ora in circa 2,5 milioni di lavoratori.

Questi processi di confluenza si sono conclusi nell'arco di un anno senza problematiche per gli iscritti, nonostante la complessità dell'operazione, in quanto si è trattato di trasferire non solo le iscrizioni ed i montanti, ma anche le posizioni individuali degli iscritti, dando continuità alle stesse.

Alla fine di dicembre 2011 i lavoratori iscritti al fondo erano 194.123, le aziende 36.680 ed il patrimonio amministrato ammontava a euro un miliardo e 600 milioni, il che rende Fon.Te il secondo fondo negoziale per numero di iscritti ed il terzo per patrimonio amministrato.

Per raggiungere tali risultati il fondo ha dovuto adeguare la struttura operativa ed i relativi processi, in modo da rispondere alle esigenze sempre maggiori e variegate degli iscritti; gli obiettivi perseguiti sono stati quelli, da un lato, di ampliare gradualmente il numero degli addetti sino a raggiungere al termine del 2011 i tredici operatori, evitando di avere un organico sovradimensionato rispetto alle esigenze, e, dall'altro lato, quello di dotarsi di processi operativi caratterizzati da maggiore flessibilità, fermo restando il rispetto dei principi normativi e regolamentari e di quelli di imparzialità e trasparenza.

Pertanto è stata prestata la maggiore attenzione possibile nel mettere a disposizione degli iscritti il maggior numero disponibile di canali di comunicazione con il fondo: è stato approntato un contact center per le telefonate e le e-mail; sono state inviate newsletter trimestrali per comunicare gli aggiornamenti delle novità operative e normative; è stato implementato il sito istituzionale del fondo mediante la pubblicazione della normativa, dei regolamenti, della modulistica, delle informazioni necessarie per comprendere le finalità e l'operatività del fondo; è stato attivato un servizio di ascolto da parte degli addetti del fondo, articolato su numeri di

telefono ed indirizzi e-mail “specialistici” per diminuire i tempi di attesa.

In particolare il sito è stato costantemente implementato con servizi sempre più sofisticati sino a rendere operativa nei primi giorni del mese di gennaio 2012 una funzione che consente alle aziende ed agli iscritti di conoscere le rispettive posizioni in tempo reale. Si tratta di un servizio di cui si sentiva fortemente l'esigenza per affrontare con tempestività le problematiche dei cosiddetti “buchi contributivi” e cioè delle ritardate od omesse contribuzioni dovute alle più diverse cause, fornendo, contestualmente, l'informazione e le procedure per regolarizzare la contribuzione.

L'introduzione di questa funzione può essere considerata una prerogativa specifica del fondo Fon.Te dal momento che esso, nel panorama dei fondi negoziali e non, è stato il primo ad offrirla ai propri iscritti, fornendo così loro uno strumento oltremodo efficace per verificare la correttezza e la tempestività della contribuzione.

Particolare attenzione è stata prestata alla gestione finanziaria dei contributi, individuando una pluralità di gestori nei due comparti che gestiscono il 97% del patrimonio (bilanciato e garantito), diversificando gli investimenti e monitorando costantemente la politica di investimento dei gestori stessi.

Tale attività ha consentito di affrontare ben due crisi finanziarie verificatesi negli ultimi anni, contenendo le ripercussioni sugli investimenti in limiti più che accettabili, con rendimenti che nel medio periodo hanno consentito non solo di mantenere intatto il capitale (comparto garantito), ma anche di ottenere dalla sua attivazione ad oggi un rendimento positivo (comparto bilanciato).

Infine la gestione amministrativa è stata effettuata con un'oculatezza tale che ha permesso di ottenere una drastica riduzione dell'ammontare della quota associativa annua, il che ha consentito nel 2011 di passare da una quota calcolata percentualmente sulla contribuzione versata ad una quota predeterminata annualmente in cifra fissa pari a euro 22 per i lavoratori a tempo pieno.

L'oculatezza nella gestione amministrativa ha consentito di ottenere, nell'arco degli anni che vanno dal 2008 al 2011, notevoli avanzi di gestione che sono stati mandati ad investimento, con conseguente incremento delle singole posizioni degli iscritti, per un importo complessivo di euro 4 milioni e 600.000, oltre ad un risconto medio annuo per spese promozionali di euro 600.000 circa.

L'esperienza del fondo Fon.Te è dunque largamente positiva, dal momento che è stato comprovato che i fondi negoziali sono uno stru-

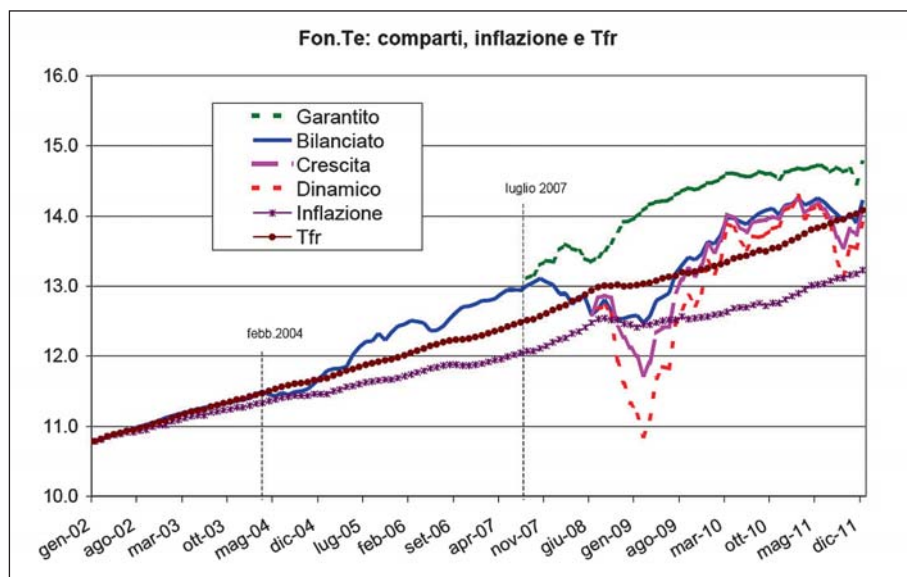
mento idoneo e funzionale ad affrontare la grande sfida della previdenza integrativa e cioè del secondo pilastro sul quale, necessariamente, il sistema previdenziale futuro dovrà appoggiarsi.

I lavoratori hanno a disposizione una forma pensionistica efficace, professionale, che compete sullo stesso piano con i gestori assicurativi e bancari; il raffronto dei costi – possibile mediante una specifica funzionalità presente sul sito – e dei rendimenti, verificabile sulle statistiche Covip, è positivo per il fondo negoziale; inoltre – come si è già sottolineato – lo strumento è stato collaudato da ben due crisi finanziarie mondiali nell'arco di pochi anni.

Resta però da fare ancora molto sulla comunicazione finalizzata all'adesione che, percentualmente, rispetto alle potenzialità delle platee di riferimento, non è soddisfacente. Occorrerà fare un grande sforzo per far comprendere l'utilità e la necessità di attivare il secondo pilastro a seguito del passaggio definitivo al sistema contributivo e questo sforzo potrà avere successo solo se sarà impostata un'azione coordinata delle Istituzioni e delle Parti Sociali.

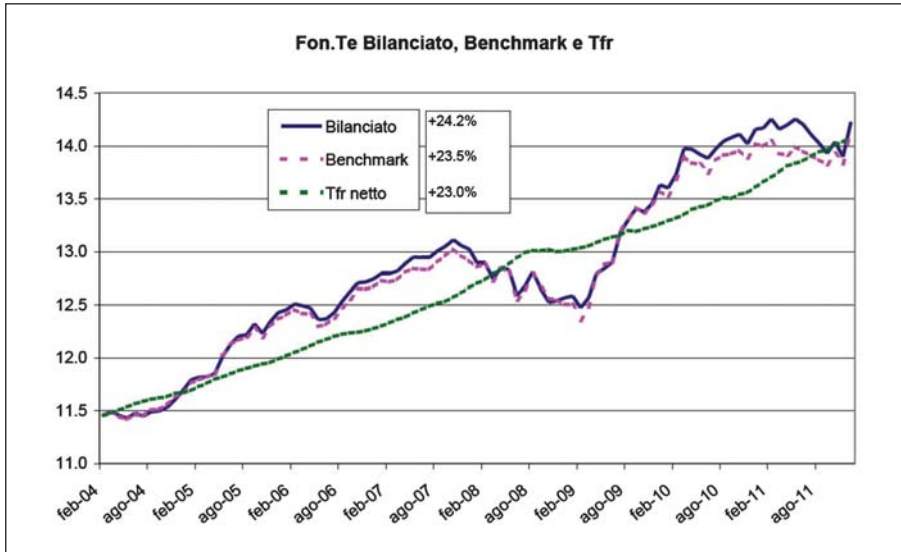
### L'andamento della gestione finanziaria di Fon.Te

Nei suoi 10 anni di storia, il fondo pensione Fon.Te ha saputo preservare il potere d'acquisto delle contribuzioni versate dagli aderenti e ha anche battuto il rendimento del Tfr, nonostante gli effetti delle crisi succedutesi, e in particolare dell'ultima ancora in corso.

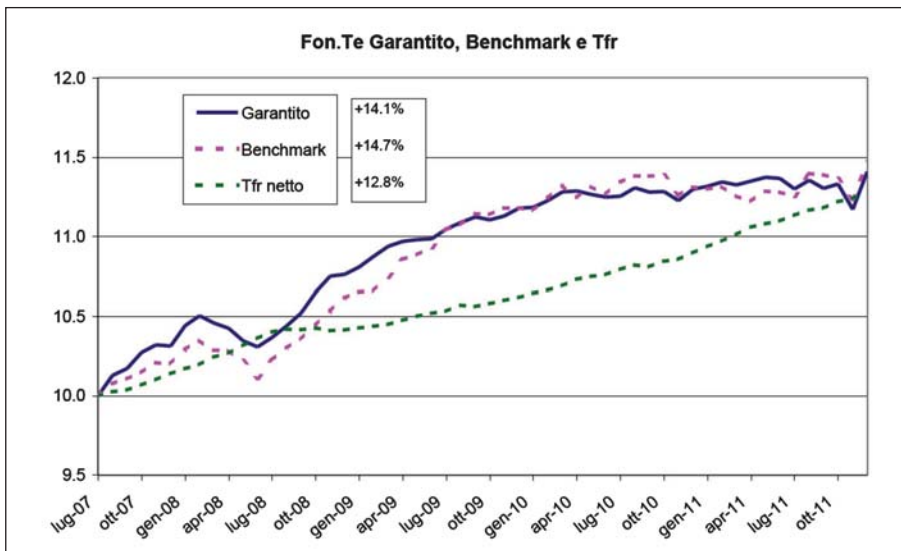




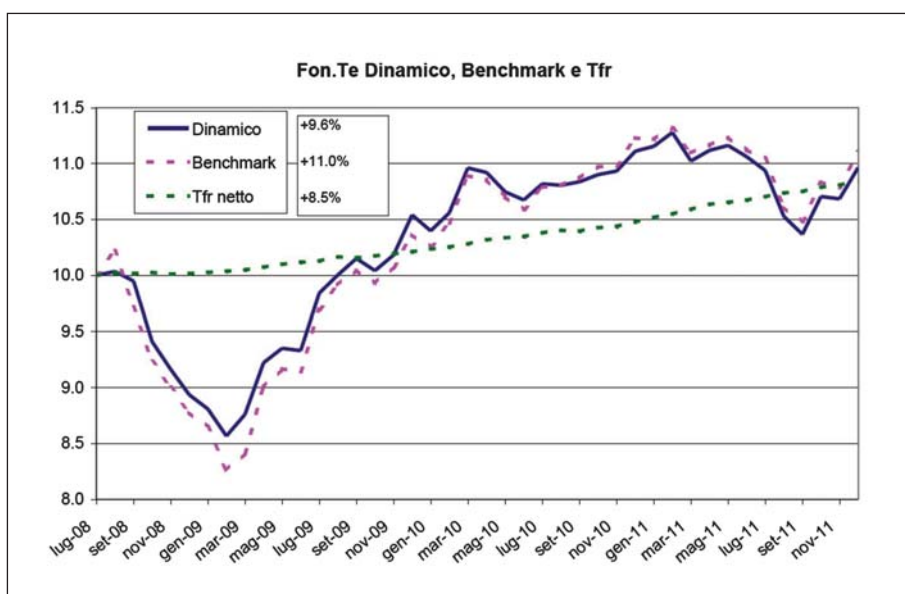
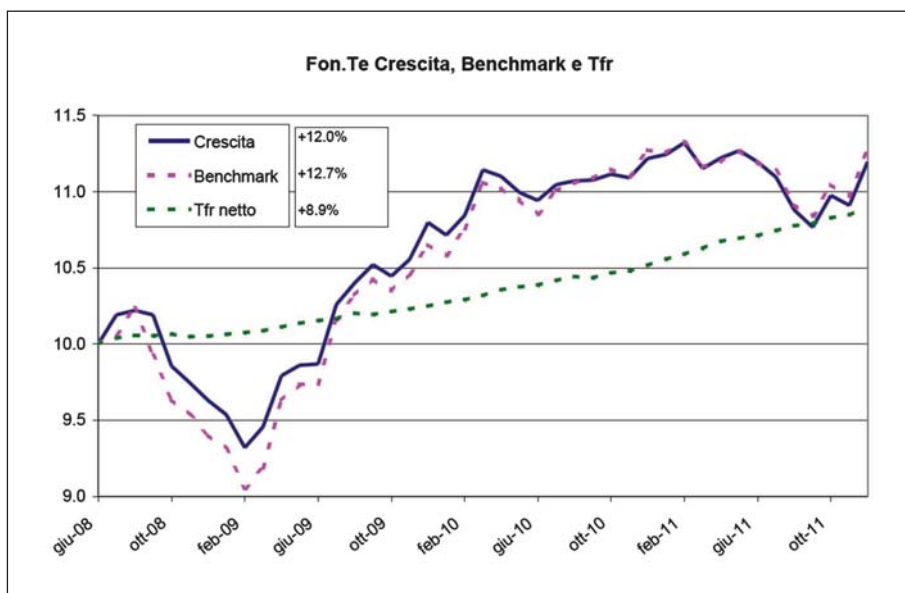
In particolare, considerando il periodo della gestione finanziaria vera e propria (da febbraio 2004 a dicembre 2011) il comparto Bilanciato ha fatto segnare un +24.2%, contro +23.5% del benchmark di riferimento (80% obbligazionario e 20% azionario) e il 23% del tasso Tfr netto.



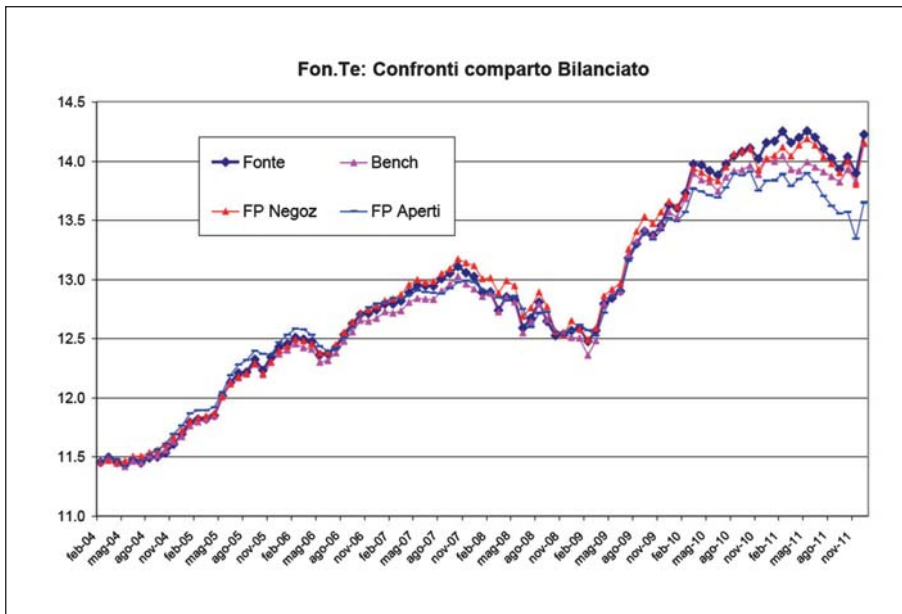
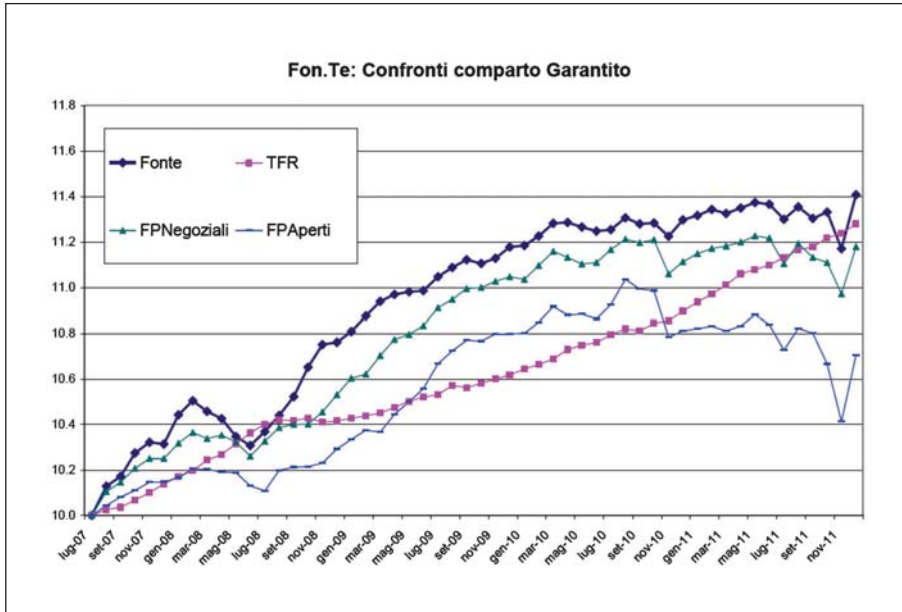
Positivo è risultato anche l'andamento del comparto Garantito (attivo da luglio 2007) con un +14.1% contro 12.8% del Tfr.

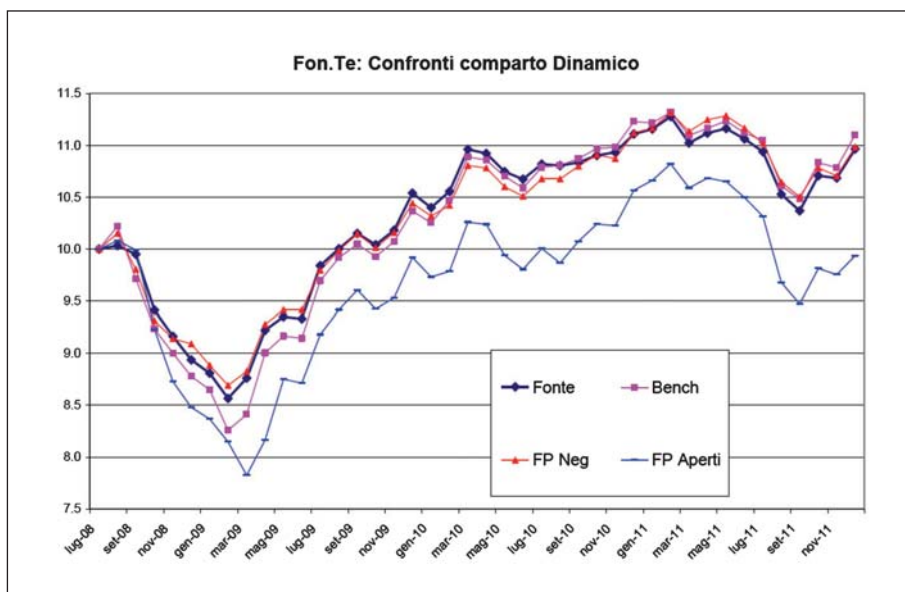
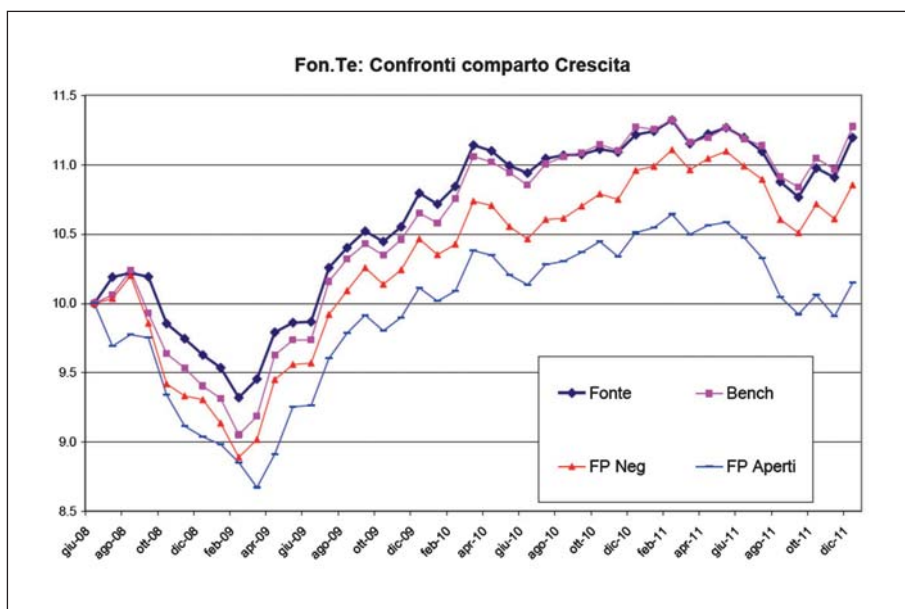


Ai due principali comparti si sono aggiunti, nell'estate 2008, i comparti Crescita e Dinamico (rispettivamente con 40% e 60% di componente azionaria nel benchmark), entrambi con redditività superiore al Tfr ma lievemente al di sotto del parametro di mercato.



Fon.Te si confronta positivamente anche con gli altri fondi pensione, sia di tipo Negoziale, sia di tipo Aperto.





Con riferimento all'ultimo biennio i risultati sono riassunti nella tabella seguente.

<b>TW</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Garantito	1.06%	0.98%
Bilanciato	3.86%	0.49%
Crescita	3.91%	-0.21%
Dinamico	5.43%	-1.31%
Tfr	2.62%	+3.53%

Va tuttavia sottolineato che le redditività considerate sopra (dette redditività time-weighted TW) non tengono conto dei versamenti periodici e del loro timing (rendimenti c.d. money-weighted MW) e in particolare dell'effetto prodotto dal contributo datoriale che si genera per l'aderente nel momento in cui questi partecipa al fondo non solo col Tfr ma anche con una propria contribuzione.

L'effetto del contributo datoriale può essere stimato, nel caso di un aderente "medio", e valutato in diversi punti percentuali annui. Il rendimento money-weighted (MW) è infatti quello che si trova "in tasca" l'aderente e da inizio attività risulta, per il comparto Bilanciato, del 6.38% annuo netto, che sale al 7.35% annuo netto dal 2004 e all'11.15% annuo netto dal 2007.

La maggiore incidenza su periodi più brevi deriva dal fatto che il contributo datoriale è parametrato alla retribuzione del lavoratore e quindi ha un'incidenza decrescente - ma pur sempre apprezzabile - al crescere del patrimonio accumulato.

<b>Bilanciato</b>	<b>Dal 2002</b>	<b>Dal 2004</b>	<b>Dal 2007</b>
TW	2.83%	2.80%	2.11%
MW	6.38%	7.35%	11.15%

Va infine ricordato che le recenti modifiche legislative hanno aumentato la convenienza fiscale dell'investimento previdenziale stante il mantenimento dell'aliquota di tassazione sui rendimenti all'11% contro l'innalzamento da inizio 2012 dal 12.5% al 20% per tutti gli investimenti finanziari ad eccezione dei titoli di Stato.

Tale vantaggio nella fase di accumulazione si affianca alla deducibilità dei contributi in fase di versamento e alla tassazione agevolata con aliquota tra il 9% e il 15% nella fase di pensionamento.

## Iscritti totali per contratto al 31/12/2011

<b>Contratto</b>	<b>Totale aderenti</b>	<b>% totale aderenti</b>
<b>ABBIGLIAMENTO - AZIENDE ARTIGIANE</b>	296	0,15
<b>ACCONCIATURA ED ESTETICA</b>	227	0,12
<b>ALIMENTARI - AZIENDE ARTIGIANE</b>	163	0,08
<b>EDILIZIA - AZIENDE ARTIGIANE</b>	7	0
<b>GRAFICA ED EDITORIA - AZIENDE ARTIGIANE</b>	211	0,11
<b>CALZATURE - AZIENDE ARTIGIANE</b>	175	0,09
<b>CERAMICA - AZIENDE ARTIGIANE</b>	67	0,03
<b>CHIMICA, GOMMA, VETRO - AZIENDE ARTIGIANE</b>	111	0,06
<b>TESSILI - AZIENDE ARTIGIANE</b>	276	0,14
<b>TESSILI/LAVORAZIONI A MANO - AZIENDE ARTIGIANE</b>	36	0,02
<b>LAPIDEI-AZIENDE ARTIGIANE</b>	49	0,03
<b>LAVANDERIE-AZIENDE ARTIGIANE</b>	73	0,04
<b>LEGNO E ARREDAMENTO-AZIENDE ARTIGIANE</b>	415	0,21
<b>METALMECCANICA-AZIENDE ARTIGIANE</b>	2.122	1,09
<b>OREFICERIA-AZIENDE ARTIGIANE</b>	17	0,01
<b>PANIFICAZIONE-AZIENDE ARTIGIANE</b>	92	0,05
<b>PELLIECUOIO-AZIENDE ARTIGIANE</b>	60	0,03
<b>SERVIZI DI PULIZIA-AZIENDE ARTIGIANE</b>	73	0,04
<b>DIPENDENTI DA AZIENDE DEL TERZIARIO</b>		
<b>DELLA DISTRIBUZIONE E DEI SERVIZI</b>	147.066	75,76
<b>SINDACATO</b>	12	0,01
<b>DIPENDENTI DA AZIENDE ESERCENTI IL COMMERCIO</b>		
<b>ALL'INGROSSO DI FIORI FRESCHI, VERDE E PIANTE</b>	174	0,09
<b>DIPENDENTI DA AZIENDE DEL SETTORE TURISMO</b>	25.329	13,05
<b>DIPENDENTI DEGLI IMPIANTI SPORTIVI</b>	138	0,07
<b>DIPENDENTI DEGLI ISTITUTI PER IL SOSTENTAMENTO</b>		
<b>DEL CLERO</b>	88	0,05
<b>DIPENDENTI DELLE AZIENDE ORTOFRUTTICOLE</b>		
<b>E AGRUMARIE</b>	143	0,07
<b>DIPENDENTI DI FARMACIE PRIVATE</b>	43	0,02
<b>DIPENDENTI DI PROPRIETARI DI FABBRICATI</b>	145	0,07
<b>DIPENDENTI DI STUDI PROFESSIONALI</b>	551	0,28
<b>PROFESSIONE AMMINISTRATIVA</b>	129	0,07
<b>PROFESSIONE GIURIDICA</b>	87	0,04
<b>PROFESSIONE SANITARIA</b>	132	0,07
<b>PROFESSIONE TECNICA</b>	92	0,05
<b>TURISMO</b>	939	0,48
<b>AZIENDE TERMALI</b>	36	0,02
<b>IMPRESE DI PULIZIA</b>	1.306	0,67
<b>VIGILANZA PRIVATA</b>	4.651	2,4
<b>ALTRI CONTRATTI</b>	8.592	4,43
<b>Totale</b>	<b>194.123</b>	<b>100,0</b>





**Ente Bilaterale Nazionale Terziario**