

I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale

Stefano Neri

RPS

Basandosi anche su un'analisi di casi aziendali, il lavoro analizza le principali caratteristiche dei fondi pensionistici e sanitari integrativi. Nel complesso i fondi mostrano una diffusione crescente in entrambi i settori e, in particolare, in campo previdenziale dove è più forte il ruolo delle parti sociali. In prospettiva essi sembrano in grado di rappresentare il secondo pilastro del welfare previdenziale e sanitario, complementare al sistema pubblico, pur con alcune eccezioni come le prestazioni per la non autosufficienza. Tuttavia,

emerge un grado rilevante di frammentarietà e di eterogeneità delle condizioni contributive e delle prestazioni assicurate ai lavoratori, secondo linee di divisione di carattere settoriale e per livello di inquadramento. Se tali processi di differenziazione tenderanno ad approfondirsi, e non invece ad essere almeno in parte riassorbiti, si creeranno evidenti disparità tra i lavoratori e, più in generale, tra i cittadini, soprattutto in presenza di un ridimensionamento del welfare previdenziale e sanitario pubblico.

1. Lo sviluppo del secondo pilastro: un'introduzione

Negli ultimi due decenni i fondi previdenziali e sanitari acquistano un'importanza crescente nel sistema di welfare italiano; ad essi infatti viene attribuito il compito di integrare le prestazioni delle istituzioni pensionistiche e sanitarie pubbliche, reputate insufficienti.

Il compito di svolgere una funzione integrativa o complementare rispetto al sistema pubblico è stato evidenziato in primo luogo in riferimento alla previdenza. Accanto al primo pilastro pubblico, negli anni novanta nasce così o, in alcuni casi, viene ampiamente rilanciata la previdenza integrativa o complementare. Essa è costituita innanzitutto dai fondi di categoria «chiusi», il secondo pilastro della previdenza, nei quali l'adesione è riservata ai membri di una categoria produttiva o occupazionale. I fondi chiusi vengono inoltre affiancati dai piani pensionistici individuali, cui tutti i cittadini possono aderire mediante sottoscrizione di polizze assicurative e che rappresentano il terzo pila-

stro della previdenza, e dai fondi pensionistici «aperti», a metà tra il secondo e il terzo pilastro, cui possono egualmente iscriversi tutti i cittadini (per maggiori dettagli si vedano Jessoula, 2009; Marinelli, 2011). L'architettura della previdenza complementare viene costruita e si precisa attraverso una serie di interventi normativi che vanno dalle Riforme Amato (1992-93) e Dini (1995), agli interventi dei Governi Prodi (1997) e soprattutto D'Alema (2000), per giungere alle Riforme Maroni-Tremonti (2004), Damiano (2006-07) e infine Fornero (2011). Tra i diversi strumenti della previdenza complementare in questo lavoro hanno rilievo i fondi pensione chiusi, cui possono aderire i lavoratori delle aziende oggetto di caso studio nella ricerca da cui trae origine questo contributo. I fondi chiusi raggruppano su base volontaria i lavoratori appartenenti ad uno stesso settore economico, categoria professionale, gruppo industriale o azienda, oppure gli occupati in una determinata area territoriale. I fondi chiusi sono costituiti dalle parti sociali (sindacati e associazioni datoriali o gli stessi datori di lavoro) mediante la contrattazione collettiva. Le parti sociali giocano un ruolo significativo non solo nella fase istitutiva ma anche successivamente, adempiendo a compiti di indirizzo e controllo sull'attività dei fondi, solitamente attraverso la presenza diretta dei propri rappresentanti nei consigli di amministrazione o negli altri organi di indirizzo o di vigilanza dei fondi.

I fondi chiusi nascono negli anni novanta ma, come le altre forme di previdenza complementare, ricevono grande impulso dalle riforme degli anni duemila grazie al forte ampliamento dei margini di deducibilità fiscale dei contributi versati e alla possibilità, da parte dei lavoratori del settore privato, di conferire il Tfr ai fondi piuttosto che lasciarlo nella disponibilità dei datori di lavoro. Il Tfr dovrebbe fornire ai fondi le risorse tali da rappresentare effettivamente il secondo pilastro complementare alla previdenza pubblica.

I fondi sanitari integrativi rientrano nel campo delle forme assicurative di carattere privato, che includono anche, quale altra grande categoria di riferimento, le assicurazioni sanitarie commerciali. Queste si distinguono dai fondi sanitari per alcuni elementi di fondo. Innanzitutto, le assicurazioni operano con finalità di lucro, mentre i fondi forniscono prestazioni integrative rispetto al sistema pubblico secondo logiche non orientate al profitto. Inoltre «le assicurazioni operano sulla base di principi attuariali secondo i quali i premi sono fondati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri e viene posto in essere un meccanismo di perequazione dei risultati tra

un anno e l'altro» (Rebba e Marcomini, 2003, p. 128); i fondi invece si basano sulla solidarietà tra i gruppi aderenti (ad esempio gli appartenenti ad una categoria occupazionale o i dipendenti di un'azienda) e questo condiziona le modalità di finanziamento, la copertura garantita e l'erogazione delle prestazioni.

Dal punto di vista normativo la storia dei fondi sanitari si può dividere in due fasi. Nella prima la regolazione dei fondi è definita dal d.p.r. 917/1986, dal decreto legislativo 502/92 e, soprattutto, dal decreto legislativo 229/99, la «Riforma Bindi», che interviene compiutamente in una materia prima solo abbozzata. Su queste basi si innestano poi gli interventi normativi del 2007-09, con i quali la cornice normativa assume la sua forma attuale: la legge 244/2007 (la Legge finanziaria per il 2008), i decreti applicativi del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (ministro Turco) e del 27 settembre 2009 (ministro Sacconi). Tali interventi intendono fornire un impulso allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi, favorendone la diffusione e lo sviluppo fino a quel momento piuttosto limitati.

In base alla normativa i fondi sanitari si configurano come forme di mutualità volontaria di natura integrativa rispetto al Ssn: essi possono coprire prestazioni «aggiuntive» rispetto a quelle comprese nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e «comunque con queste integrate» erogate da professionisti e strutture accreditati; prestazioni comprese nei Lea «per la sola quota a carico dell'assistito» (art. 9, co. 4, d.lgs. 229/99), come i ticket, le prestazioni erogate in libera professione e i servizi alberghieri. A queste due indicazioni generali, contenute nel decreto 229/99, il Decreto Turco aggiunge indicazioni più specifiche che precisano e ampliano significativamente gli ambiti di intervento, facendo riferimento a prestazioni sociosanitarie in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare per la quota pagata dagli assistiti; cure termali non a carico del Ssn; medicina non convenzionale anche se erogata da non accreditati; assistenza odontoiatrica limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn; assistenza ai non autosufficienti; prestazioni odontoiatriche non comprese nei Lea per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche presso strutture autorizzate, anche se non accreditate.

Tra questo vasto campo di interventi, si specifica che i fondi debbano destinare alle prestazioni sociosanitarie non comprese nei Lea e a «quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente», nonché «alle prestazioni di assistenza odon-

RPS

Stefano Neri

toiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche» un ammontare di risorse «non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti» (art. 1, decreto Ministero della Salute 31 marzo 2008). Viene posto quindi ai fondi sanitari un obbligo di dedicare almeno un quinto delle proprie risorse all'erogazione di prestazioni tradizionalmente non comprese o assai trascurate al di fuori del Ssn: l'assistenza odontoiatrica e le cure per la non autosufficienza. Il Decreto Sacconi interverrà poi precisando ulteriormente quali siano le prestazioni rientranti in questi due ambiti ai fini del calcolo del 20% delle risorse dedicate.

In questo senso i fondi sanitari integrativi sembrano essere concepiti come il secondo pilastro dell'assistenza sanitaria, enfatizzando quindi il loro carattere di complementarità rispetto all'assistenza sanitaria pubblica (Pavolini e al., 2011).

I fondi integrativi possono avere diverse origini o, come si dice, avere una pluralità di fonti istitutive. Essi infatti possono essere costituiti da contratti e accordi collettivi tra le parti sociali, da accordi tra lavoratori autonomi, liberi professionisti o le loro associazioni, da Regioni, enti territoriali ed enti locali per via regolamentare, da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza sociosanitaria o dell'assistenza sanitaria, da società di mutuo soccorso riconosciute dallo Stato o 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» (art. 9, co. 3, lett. f, d.lgs. 229/99). Del resto, per esplicita previsione normativa tutti i fondi sono tenuti a non adottare politiche di selezione dei rischi. Come per i fondi pensione, i fondi sanitari integrativi quindi possono essere «chiusi», nel caso in cui l'iscrizione sia riservata agli appartenenti ad un settore produttivo, categoria professionale o azienda, o «aperti», se possono aderire tutti i cittadini. I contributi di assistenza sanitaria versati ai fondi o ad enti e casse aventi esclusivamente finalità assistenziale creati sulla base di accordi di categoria o aziendali sono fiscalmente deducibili fino ad un importo massimo di 3615,20 euro.

Ricostruita brevemente la cornice normativa dei fondi, per comprendere quali caratteristiche sta assumendo il secondo pilastro della previdenza e della sanità nel nostro sistema di welfare, i paragrafi che seguono saranno dedicati a descriverne e analizzarne i tratti prevalenti

emersi dagli studi di caso aziendali realizzati nel corso della ricerca Ires - Università Politecnica delle Marche¹.

2. I fondi previdenziali tra convergenza e divergenza

Nei casi presi in esame dalla ricerca i lavoratori aderiscono su base volontaria a fondi o piani pensionistici individuali cui possono conferire il Tfr e una parte variabile della retribuzione. Dovunque dominano i fondi chiusi di origine negoziale, istituiti per lo più negli anni novanta dalle parti sociali presenti in modo paritario negli organismi di governance interna. Nella maggior parte dei casi si tratta dei fondi cui possono aderire i lavoratori appartenenti ad un settore produttivo: ad esempio il Fondo Cometa per i metalmeccanici (caso Abb), Alifond per l'industria alimentare (San Benedetto), Cooperlavoro per i lavoratori soci e i dipendenti delle società cooperative di produzione e lavoro (Camst), Fonchim per il settore chimico e farmaceutico (Angelini), il Fondo Priamo per il trasporto pubblico (Atm) o Prevaer per i lavoratori dipendenti delle aziende di gestione dei servizi aeroportuali (Aeroporti di Puglia).

La netta prevalenza dei fondi negoziali chiusi di categoria, caratterizzati da meccanismi di funzionamento e di governo interno piuttosto simili, testimonia che si sono verificati processi di convergenza tra aziende appartenenti ai più diversi settori produttivi. Tali processi possono essere ricondotti a forme di isomorfismo coercitivo (Powell

¹ L'analisi è stata condotta nell'ambito della ricerca su «Welfare contrattuale e aziendale», realizzata dall'Ires in collaborazione con l'Università politecnica delle Marche nel biennio 2011-2012. Gli studi di caso aziendali e territoriali sono stati realizzati in: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Puglia. Le aziende selezionate come studi di caso sono: in Lombardia, il gruppo del settore metalmeccanico Abb Italia, il gruppo del trasporto pubblico locale Azienda Trasporti Milano (Atm) ed è stata poi effettuata un'analisi del welfare di categoria nel settore bancario, con un approfondimento dedicato ad Intesa Sanpaolo; in Veneto il gruppo Acqua Minerale San Benedetto e Luxottica, assieme ad un'analisi della Cassa Edile Artigiana Veneta; per l'Emilia-Romagna la cooperativa di ristorazione Camst, l'azienda metalmeccanica Gd e il gruppo agroindustriale Conserve Italia; per le Marche le Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco del settore chimico-farmaceutico, cui si è accompagnato lo studio dell'Ente bilaterale artigianato Marche (Ebam) posto a confronto con il corrispondente veneto Ebav; in Puglia la società Aeroporti di Puglia, la società di telecomunicazioni Network Contracts e la cooperativa sociale Spazi Nuovi, impegnata nel campo della salute mentale e del disagio psichico.

e DiMaggio, 1983) indotte dalla normativa, sulle quali possono essersi poi innestati fenomeni di isomorfismo normativo che hanno indotto imprenditori e dirigenti delle organizzazioni datoriali e sindacali, appartenenti a diversi settori produttivi ma affiliati alle medesime confederazioni, a intraprendere scelte molto simili. Un'ipotesi differente, ma non necessariamente in contrasto con la precedente, è che la normativa stessa abbia creato un sistema di convenienze per le parti sociali a investire sui fondi negoziali chiusi, e per gli imprenditori ad aderirvi, stimolando poi l'iscrizione dei lavoratori che potevano aderire alle altre forme di previdenza integrativa, come hanno fatto solo in parte minore.

Accanto a tali somiglianze vi sono però anche delle differenze tra le aziende e i settori produttivi, dovute principalmente alle diversità della storia, delle condizioni dell'impresa e delle relazioni industriali a livello categoriale, territoriale e aziendale. In alcuni casi il fondo di categoria viene affiancato dalla presenza, rilevante, di fondi negoziali di carattere territoriale.

Questi possono raggruppare, in una determinata area, i lavoratori appartenenti ad un settore, come Previlabor per le aziende metalmeccaniche del bolognese (caso Gd), oppure i lavoratori appartenenti a diversi settori produttivi, come accade nel caso del fondo Solidarietà Veneto (Luxottica e San Benedetto). Nel primo caso il fondo territoriale è addirittura dominante rispetto a quello di settore, mentre nel caso delle due aziende venete esso affianca i fondi dei settori produttivi.

Differenze tra i fondi, siano essi categoriali o territoriali, si riscontrano poi nei contributi a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori. Complessivamente la quota obbligatoria minima di versamento contributivo prevista dai contratti nazionali di settore si aggira solitamente intorno al 3-4% della retribuzione, ma con quote variabili tra i diversi contratti per datori di lavoro e lavoratori; inoltre, all'interno di ciascun contratto le quote contributive possono cambiare a seconda del livello di inquadramento. Ad esempio, nel fondo Fonchim (caso Angelini) la quota minima a carico dell'azienda è dell'1,65% e quella dei lavoratori è pari all'1,2% della retribuzione; nel fondo dei lavoratori di tessile, abbigliamento e moda Previmoda (Luxottica) le quote minime previste dal contratto nazionale sono del 2% sia per i datori di lavoro che per i lavoratori in entrambi i casi; il Fondo Prevaer prevede anch'esso quote paritarie per aziende e dipendenti, ma queste variano a seconda che si tratta di operai, impiegati o quadri, raggiungendo in questo ul-

timo caso la quota del 3% a carico di ciascuna delle due parti, con un ammontare complessivo del 6%.

Vi sono anche settori in cui la quota minima di contributo per la pensione integrativa è inferiore: nel fondo Cometa il contributo a carico dei lavoratori è pari all'1,2% e quello dell'azienda può andare dall'1,2% all'1,5% della retribuzione; nel fondo Cooperlavoro il contributo obbligatorio è pari allo 0,5% per entrambe le parti, per un totale che si ferma all'1% complessivo.

Tuttavia occorre ricordare che in più di un caso intervengono accordi aziendali che incrementano le risorse da destinare alla previdenza complementare: ad esempio nel caso del gruppo Abb, aderente al fondo Cometa, è stato previsto un ulteriore versamento annuale di 100 euro da parte del datore di lavoro.

Esiste poi un settore, quale quello creditizio, caratterizzato da un'elevata frammentazione nel campo della previdenza complementare, con differenze rilevanti tra le singole banche e anche tra i dipendenti di un singolo istituto. La frammentazione deriva da diversi fattori:

- ♦ la radice storica di alcune casse, nate negli anni cinquanta o anche prima come casse obbligatorie sostitutive e non integrative della previdenza Inps;
- ♦ la preminenza del contratto aziendale nella materia, per cui ogni banca o gruppo di banche d'abitudine possiede la propria cassa, con condizioni economiche e normative differenti, e di solito ha mantenuto tale cassa anche dopo il processo di fusione nei grandi gruppi attuali;
- ♦ la differenziazione nelle condizioni economico-retributive offerte agli aderenti, a seconda che fossero o meno dipendenti della banca all'inizio degli anni novanta.

Nel settore bancario l'adesione a un fondo di categoria assume solitamente carattere «residuale» rispetto ai fondi aziendali; di minore rilievo rispetto ai fondi negoziali aziendali, ma comunque presente, è anche l'adesione a fondi aperti o polizze previdenziali, che riguarda tipicamente piccole banche o società di gestione patrimoniale e di servizi finanziari.

Se prendiamo ad esempio il gruppo Intesa Sanpaolo, troviamo al suo interno una pluralità di fondi pensione e anche fondi aperti di previdenza complementare. I principali fondi pensione sono la Cassa di previdenza del personale della Cassa di risparmio di Padova e Rovigo (Cariparo); la Cassa di previdenza integrativa per il personale Sanpaolo; il Fondo di previdenza complementare per il personale del Ban-

co di Napoli; il Fondo pensione per il personale non dirigente del gruppo bancario Intesa-Sanpaolo-Fapa; il Fondo pensioni del gruppo Sanpaolo Imi; il Fondo pensione per il personale Cariplo.

I fondi e le casse presentano differenze, in certi casi anche rilevanti, sotto il profilo contributivo, così come sotto quello delle prestazioni monetarie corrispettive e delle linee di investimento e di gestione. Per ciascuno di questi fondi, esistono condizioni diverse e, talvolta, vere e proprie sezioni diverse dei fondi a seconda che il personale sia stato assunto prima dell'inizio degli anni novanta (1990, 1991 o 1993 a seconda dei casi) oppure dopo tale periodo. In molti casi i versamenti contributivi sono più cospicui che negli altri settori presi in esame, a testimonianza di un welfare «ricco» quale quello del settore bancario: ad esempio, il fondo Cariplo prevede un versamento pari al 4% della retribuzione per l'azienda e da un minimo dello 0,5% ad un massimo del 4% per i lavoratori; nella Cassa dei dipendenti Cariparo il datore di lavoro versa il 5% e i lavoratori possono versare da un minimo dello 0,61% ad un massimo del 14% della retribuzione.

3. I fondi sanitari tra sviluppo e frammentazione mutualistica

Il panorama dei fondi sanitari integrativi nelle aziende analizzate attraverso gli studi di caso è più variegato rispetto a quello dei fondi sanitari e appare in piena evoluzione. Anche in questo caso è possibile individuare alcune tendenze comuni: in tutte le imprese i lavoratori possono aderire a forme di assistenza sanitaria integrativa che prendono solitamente la forma di fondi e talvolta quella di polizze sanitarie fornite dalle compagnie di assicurazione (ad esempio nel gruppo San Benedetto). In uno dei casi esaminati, Intesa Sanpaolo, per i dipendenti di alcuni istituti che usufruivano di polizze sanitarie è stato promosso il passaggio al fondo sanitario unificato di tutto il gruppo bancario.

Le prestazioni coperte sono state solitamente ampliate negli ultimi anni. Tutti i fondi coprono almeno in parte le spese per visite specialistiche, prestazioni diagnostiche, ricoveri ospedalieri, prestazioni oculistiche e odontoiatriche e per i ticket, che stanno assumendo un'importanza crescente. Emerge invece una limitata copertura delle spese per la non autosufficienza: nonostante le indicazioni della normativa, la maggior parte dei fondi presi in considerazione non offre l'accesso o il rimborso a tale tipo di prestazioni, confermando un'indicazione emersa in un'indagine di carattere più generale (Pavolini e al., 2011).

Una tendenza emergente è l'orientamento delle aziende, in sede di contrattazione integrativa, a incrementare la quota di contribuzione ai fondi sanitari fissata dai contratti nazionali, in sostituzione almeno parziale degli incrementi salariali. Il versamento di contributi infatti presenta dei vantaggi fiscali per l'azienda e appare comunque meno costoso rispetto ad un aumento del salario. A quanto emerge nei casi analizzati, esso appare anche ben accetto dai lavoratori, spingendo i sindacati a superare iniziali perplessità. Nella ricerca spicca in questo senso l'esempio dell'impresa farmaceutica Angelini, dove per il 2011 l'accordo aziendale ha previsto una riduzione del premio di produttività rispetto al 2010 da 2070 euro a 1900 euro lordi, compensato dall'estensione ai familiari dei lavoratori della copertura sanitaria offerta dal fondo di categoria Faschim, totalmente a carico dell'azienda. Per i lavoratori non interessati all'estensione della copertura sanitaria ai familiari è stata fornita un'integrazione al fondo di previdenza integrativa Fonchim.

Emergono poi alcune caratteristiche che denotano una situazione di forte eterogeneità tra le condizioni presenti nei settori e, all'interno di queste, tra le categorie professionali, con una tendenza alla frammentazione che ricorda in qualche modo alcuni caratteri del vecchio sistema mutualistico. L'eterogeneità riguarda innanzitutto la contribuzione: tanto per citare alcuni casi, nel gruppo metalmeccanico Abb il fondo sanitario Fai viene alimentato da versamenti pari a 33 euro annui da parte del datore di lavoro e allo 0,55% della retribuzione lorda per il lavoratore; per la polizza sanitaria del gruppo San Benedetto tali versamenti sono pari rispettivamente a 150 euro per l'azienda e a 33 euro annui da parte del lavoratore; nel fondo unificato del gruppo Intesa essi invece raggiungono i 900 euro e l'1% della retribuzione lorda, mentre nella nuova cassa sanitaria integrativa di Luxottica il contributo è totalmente a carico dell'azienda e va da un minimo di mezza mensilità a un'intera mensilità retributiva a seconda del livello di inquadramento.

Vi sono poi differenze rilevanti nei rimborsi assicurati per le prestazioni, anche se, al di là delle diversità contributive, l'entità dei rimborsi effettuati sulle singole prestazioni dipendono poi da specifiche scelte dei fondi. Ad esempio, per l'odontoiatria il fondo di Abb garantisce un massimale di spesa annuo fino a 1800 euro, superiore a quello del fondo di Intesa Sanpaolo (1500 euro), che gode di contribuzione più elevata, mentre una cassa ad alta contribuzione come quella di Luxottica arriva a 6000 euro. Faschim nel contratto nazionale riconosce in-

vece un rimborso fino al 30% delle spese sostenute con un massimale annuo di soli 250 euro; naturalmente la somma è integrabile a livello aziendale. Per i ricoveri ospedalieri, il fondo di Abb esclude tale categoria dalle spese rimborsabili, la cassa Luxottica include solo gli interventi chirurgici di un certo rilievo, mentre Faschim riconosce, per i ricoveri a pagamento all'interno del Ssn, una diaria di 50 euro a notte per un massimo di 180 giorni in un anno (quindi con un massimale annuo di 9000 euro). Il fondo di Intesa arriva invece fino a 150.000 euro complessivi, elevabili a 350.000 euro per grandi eventi.

All'interno di molte aziende i dirigenti hanno fondi o polizze sanitarie separate e più ricche rispetto al resto dei dipendenti: è il caso di Angelini (dove i dirigenti e anche i quadri aderiscono al fondo Fasi, il fondo intersettoriale per i livelli superiori), del gruppo San Benedetto e di Camst, dove i dirigenti possono usufruire di una polizza sanitaria integrativa definita su base aziendale. All'interno di Luxottica, i dirigenti e i quadri aziendali hanno una copertura più ricca degli altri dipendenti, con massimali più alti per i rimborsi delle prestazioni.

Un altro elemento di differenziazione è dato dai beneficiari delle prestazioni dei fondi o delle polizze. Oltre ai dipendenti delle aziende, infatti, la copertura non si estende sempre ai familiari, neanche se i lavoratori si fanno carico interamente di quote aggiuntive di contribuzione. Solo in pochi casi (e, in particolare, in Atm) la copertura riguarda anche i lavoratori pensionati e spesso non viene conservata da parte dei lavoratori precedentemente iscritti in caso di mobilità: ciò significa che i benefici dei fondi si perdono in momenti di particolare bisogno di prestazioni sanitarie o di debolezza sul mercato del lavoro.

Ove disponibili, i tassi di adesione sono generalmente elevati anche se assai diffusi: al fondo Abb aderiscono poco più del 40% dei dipendenti mentre nel caso di Atm tale quota sale all'85%; elevata è anche la quota di adesione in aziende come San Benedetto e Luxottica. Quest'ultimo caso presenta inoltre due fondi: la Cassa Solidarietà istituita nel 1995, che vede un meccanismo di compartecipazione contributiva da parte di azienda e lavoratori e la Cassa Sanitaria creata nel 2010, dove la contribuzione è totalmente a carico dell'azienda.

La nuova Cassa è più ricca della precedente e dovrebbe abbassare i costi di gestione e di funzionamento della sanità integrativa. Nonostante ciò, dall'analisi di caso risulta una certa difficoltà da parte dei lavoratori, in particolare degli operai, ad abbandonare la Cassa Solidarietà e a iscriversi alla nuova. Oltre alla necessità di maggiore informazione, tale fenomeno pare dovuto al fatto che il funzionamento con-

creto della vecchia cassa era in larga parte affidato a forme di autogestione da parte dei dipendenti interni, persone da tutti conosciute e stimate.

Questa osservazione ci porta a considerare in termini più generali una questione che si sta ponendo in diversi casi nell'evoluzione in corso nei fondi sanitari, vale a dire il passaggio da vecchie casse, gestite dall'azienda e, soprattutto, dai dipendenti in modo altamente informale, alle nuove casse governate dalle parti sociali, o dall'azienda e da rappresentanti sindacali, fondate su procedure burocratizzate applicate da personale professionale.

La transizione alle nuove entità è un portato della maggiore complessità amministrativa e gestionale derivante dall'espansione degli ambiti di intervento e delle risorse gestite dai fondi sanitari integrativi per effetto del loro sviluppo. Inoltre nel caso in cui siano in corso processi di aggregazione e fusione di aziende con casse o fondi preesistenti in grandi gruppi, questi promuovono la fusione di tali fondi per evitare di trovarsi a gestire, magari con un'amministrazione centralizzata, una pluralità di procedure con regole e meccanismi di funzionamento differenti, con elevati costi di gestione. Allo stesso modo, i sindacati possono essere interessati all'unificazione delle casse per assicurare omogeneità di trattamento ai dipendenti ed evitare disparità ingiustificate. I processi di aggregazione delle forme di assistenza sanitaria integrativa possono però trovarsi di fronte alle resistenze dei lavoratori. Ciò può essere dovuto al fatto che tali processi presentano il rischio, per i dipendenti di aziende con trattamenti migliori, di vedere un peggioramento delle proprie condizioni nelle nuove casse o di dovere condividere con altri risorse e patrimoni accumulati per decenni. Inoltre, spesso i dipendenti erano direttamente coinvolti nel governo e nel funzionamento concreto delle vecchie casse, con la diffusione di forme vicine all'autogestione.

Questo punto è ben illustrato dalle vicende del fondo sanitario del già menzionato gruppo Abb Italia appartenente al settore metalmeccanico, con una forte presenza in Lombardia ma stabilimenti su tutto il territorio nazionale.

Il Fondo di assistenza dei dipendenti di Abb Italia (Fai) è stato istituito alla fine del 2009, quale risultato dell'unificazione dei fondi sanitari preesistenti nei diversi stabilimenti, in applicazione di una disposizione contenuta nel contratto integrativo di gruppo e di uno specifico accordo di accompagnamento dedicato al fondo sanitario sottoscritti nel 2008. Il Fai è entrato in funzione il 1° aprile 2011; esso ri-

RPS

Stefano Neri

guarda tutti i dipendenti di Abb (operai, impiegati, quadri, con l'esclusione dei dirigenti) che aderiscono su base volontaria e i loro figli minorenni. Il Fai garantisce il rimborso parziale o totale per un ampio spettro di prestazioni sanitarie, secondo regole e limiti definiti nello Statuto e nel prontuario dei rimborsi.

Abb Italia è il risultato del processo di aggregazione di numerose aziende metalmeccaniche preesistenti e al momento dell'accordo sindacale del 2008 in tali aziende esisteva una pluralità di fondi, tutti confluiti nel Fai Abb. Alcuni erano gestiti interamente da un numero ristretto di dipendenti «volontari», avevano poche decine di iscritti e non prevedevano alcun coinvolgimento né economico né organizzativo dell'azienda. Altri invece, istituiti tra gli anni cinquanta e sessanta, avevano raggiunto dimensioni rilevanti sia dal punto di vista finanziario, con la compartecipazione dell'azienda, che per il numero di dipendenti coinvolti. Nessuno dei fondi vedeva il coinvolgimento nella gestione dei sindacati.

I due fondi principali erano il Fondo Cal delle sedi di Sesto S. Giovanni (Mi) e, in parte, di Vittuone (Mi) e Torino (750 iscritti), e il Fondo Mazzola-Galli di Dalmine-Bergamo e Frosinone (1000 iscritti); un altro fondo rilevante era il Fondo Fas di Vittuone (500 iscritti), che aveva una contribuzione molto ridotta (2-3 euro al mese), come i rimborsi assicurati dal fondo.

Con l'accordo del 2008 l'azienda perseguiva l'obiettivo di razionalizzare e semplificare la gestione dei versamenti dei contributi mediante prelievi in busta paga, che erano gestiti autonomamente da ogni sede, in modo molto frammentato e costoso. I sindacati invece volevano ottenere un'armonizzazione dei trattamenti tra le diverse sedi e un'estensione potenziale dei fondi sanitari a tutti i dipendenti di Abb Italia. Tuttavia i sindacati sono rimasti al di fuori della gestione dei fondi, anche se in qualche misura spingono per un maggiore coinvolgimento e ingresso nella gestione. In questo trovano però atteggiamenti contrastanti da parte dei dipendenti, che da un lato cercano il supporto sindacale in sede negoziale, dall'altro desiderano continuare a gestire direttamente il fondo, secondo forme di gestione congiunta con l'azienda, se non di autogestione.

Le trattative per l'unificazione dei fondi sono state complesse. Il Fondo Cal e il Fondo Mazzola-Galli avevano regole differenti, soprattutto per la contribuzione e i rappresentanti dei dipendenti gestori dei fondi avevano priorità assai diverse, privilegiando l'estensione delle prestazioni offerte o il mantenimento ed estensione della copertura ai fami-

liari. Le trattative sono state condotte da rappresentanti dell'azienda e dei dipendenti iscritti ai fondi, con l'esclusione dei sindacati anche se questi hanno supportato i dipendenti, per così dire «dall'esterno».

Rispetto al Fondo Cal e Mazzola-Galli, le condizioni definite per il Fondo sanitario Fai Abb hanno visto una sorta di compromesso; la trattenuta in busta paga è pari allo 0,55% della retribuzione, mentre nei due fondi preesistenti esse erano rispettivamente pari allo 0,70% e allo 0,35%. Il contributo dell'azienda è stato unificato a 33 euro annui, la quota prevista nel Fondo Cal, che era la più elevata tra i diversi fondi preesistenti. I beneficiari restano, come prima, i dipendenti a tempo indeterminato e i figli minorenni.

A parte i due fondi principali, il nuovo prelievo contributivo rappresenta invece un forte aumento di contribuzione per i dipendenti aderenti al Fondo di Vittuone e a quelli di altre sedi che godevano di piccoli fondi con basse contribuzioni. Questo ha spinto molti dipendenti di tali sedi a non aderire al nuovo fondo unificato e spiega perché il numero complessivo di iscritti al Fai sia lievemente inferiore a quello dei vecchi fondi, essendo risultato nel 2011 pari a 2300 aderenti, 370 in meno rispetto alla somma degli aderenti ai fondi preesistenti. Nel 2011 la percentuale di iscritti al Fai per Abb Italia risulta intorno al 41% del totale dei dipendenti, inferiore di poco meno di un punto percentuale rispetto alla somma degli iscritti a tutti i vecchi fondi a fine 2008.

Secondo quanto emerso dalle interviste, le difficoltà del Fai risultano anche dalla diffidenza incontrata dal nuovo fondo, percepito come un meccanismo più burocratizzato e formale rispetto ai più flessibili e assicuranti fondi preesistenti, gestiti in modo altamente informale dai dipendenti. Ciò vale sia per le sedi e i fondi principali che ancora di più per quelle minori, i cui dipendenti sono stati meno coinvolti nella creazione del Fai e lo considerano spesso un'entità estranea, di cui faticano a percepire i benefici.

4. Conclusioni

In conclusione, possiamo formulare alcune considerazioni di carattere generale a partire dalle tematiche illustrate nel corso della trattazione.

Una prima questione di fondo riguarda la capacità dei fondi pensionistici e sanitari integrativi di costituire il secondo pilastro della previdenza e della sanità, in grado di svolgere una funzione complementare

ai sistemi pubblici, soggetti ad un progressivo ridimensionamento, soprattutto in ambito pensionistico.

Sotto questo profilo il quadro emerso dagli studi di caso della ricerca appare nel complesso promettente, soprattutto sul versante previdenziale, pur in carenza di dati assai rilevanti, come quelli sulle adesioni ai fondi pensione, che consentono di formulare giudizi solo parziali su questo punto. Analizzando dati di carattere generale, altre ricerche hanno messo in luce un livello relativamente elevato e sostanzialmente crescente di adesioni, soprattutto in ambito previdenziale, almeno per i lavoratori dipendenti del settore privato delle medie e grandi imprese (Jessoula e Pavolini, 2012; Pavolini e al., 2011). Per i lavoratori delle piccole imprese e gli autonomi, la nostra ricerca ha fatto emergere in modo confortante il ruolo giocato dagli enti bilaterali, presi in esame in altri contributi di questa «Rivista», nel promuovere forme di assistenza di vario tipo, tra cui quella pensionistica e sanitaria.

In tale contesto, viene tuttavia in rilievo, quale criticità più rilevante, la frammentarietà e relativa eterogeneità delle condizioni contributive e delle prestazioni a diversi livelli: tra i lavoratori appartenenti a diversi settori produttivi; tra i dipendenti di diverse aziende all'interno dello stesso settore; all'interno di ogni azienda, tra i diversi gruppi professionali e livelli di inquadramento, con particolare riguardo alla demarcazione crescente tra quadri e dirigenti, da un lato, e operai e impiegati, dall'altro. A tali forme di differenziazione se ne aggiungono altre, che vedono riproporsi in qualche misura il tradizionale dualismo del mercato del lavoro, con la divisione tra lavoratori *permanent* delle grandi imprese e quelli con contratti non standard, che non risultano sempre beneficiari dell'assistenza pensionistica e sanitaria integrativa, nonché con i lavoratori autonomi e delle piccole imprese, nonostante, come si accennava, il ruolo crescente degli enti bilaterali. Infine, le prestazioni sanitarie non sono sempre estese ai familiari dei lavoratori, per quanto la contrattazione di primo e secondo livello stia allargando in questa direzione la platea dei beneficiari.

La differenziazione pare evidente soprattutto nel settore sanitario, riportando in primo piano alcune delle disparità tipiche dei sistemi mutualistici che sembravano superate, in teoria o in pratica, con l'avvento, nel 1978, di un sistema universalistico quale il Ssn. Se si accentuasse, la tendenza alla frammentazione rischia di far passare in secondo piano la discreta o buona copertura delle spese sanitarie fornita agli iscritti dai fondi sanitari per un ampio spettro di prestazioni. A ciò

fa eccezione, peraltro, l'assistenza per i non autosufficienti, nonostante il peso attribuito dalla più recente normativa a questo tipo di prestazioni; un dato particolarmente grave se si considera che, come è noto, l'assistenza per i non autosufficienti è assai carente nel Ssn e nel sistema sociosanitario italiano.

Un certo grado di eterogeneità e frammentazione di contributi e prestazioni è inevitabile in un sistema di assistenza integrativa legato alla condizione professionale e lavorativa; si tratterà di capire, nei prossimi anni, se il livello di differenziazione possa essere contenuto, magari stimolando un processo di convergenza verso l'alto delle prestazioni offerte, in senso tendenzialmente universalistico, come avvenuto storicamente nei sistemi mutualistici.

Un discorso simile sembra valere, almeno in parte, anche per i fondi pensione, dove la funzione di complementarità rispetto ad un sistema pubblico in contrazione pare più esplicita. A questo riguardo livelli contributivi molto bassi, come quello proprio del fondo di settore delle cooperative di produzione e lavoro, non sembrano essere adeguati ad assicurare un reddito sufficiente ai lavoratori pensionati, pur in combinazione con la pensione pubblica.

Infine, la previdenza e la sanità integrativa sembrano presentare differenze significative in relazione al ruolo giocato dalle parti sociali nella promozione e gestione dei fondi. Nel primo caso sindacati e organizzazioni imprenditoriali sembrano avere saldamente il controllo dell'implementazione della policy e questo si riflette nella dominanza dei fondi negoziali chiusi di categoria, definiti dalla contrattazione, rispetto ai fondi aperti e ai piani pensionistici individuali. Nella sanità il panorama appare più variegato, con la presenza consistente di polizze assicurative e, soprattutto, di fondi aziendali frutto dell'iniziativa unilaterale dell'azienda, all'interno dei quali giocano spesso un ruolo diretto i lavoratori senza la mediazione sindacale. Tali fondi si pongono spesso in concorrenza con quelli di categoria oppure con altri fondi aziendali, di solito di più recente istituzione, nei quali i sindacati hanno un peso più rilevante. Il passaggio a questo secondo tipo di fondi, più professionalizzati e burocratizzati, trova spesso resistenze da parte dei lavoratori, che si possono sommare alle convenienze relative di ciascun gruppo professionale nella transizione dalle vecchie alle nuove forme di assistenza integrativa.

Tali dinamiche creano situazioni di conflitto o comunque di divaricazione tra le politiche sindacali e gli orientamenti diffusi tra i lavoratori; su questo si possono innestare strategie aziendali di ricerca della col-

RPS

Stefano Neri

laborazione e del coinvolgimento diretto dei lavoratori negli obiettivi di impresa senza la mediazione e la rappresentanza del sindacato. Questa possibilità sembra meno presente nel caso della previdenza integrativa, nella quale la forte regolazione normativa e contrattuale ha lasciato minori spazi di azione unilaterale alle imprese.

Sotto questo profilo, i fondi previdenziali sembrano quindi essere entrati a pieno titolo nelle tematiche oggetto di contrattazione e nel dominio delle relazioni industriali; al contrario, i fondi sanitari appaiono ancora a metà tra il campo della negoziazione bilaterale e delle relazioni sindacali e quello delle prerogative manageriali e delle vere e proprie politiche di gestione delle risorse umane adottate dalle imprese.

Riferimenti bibliografici

- Ires - Università Politecnica delle Marche, 2012, *Welfare contrattuale e aziendale*, Rapporto di ricerca, mimeo, Roma.
- Jessoula M., 2009, *La politica pensionistica*, Il Mulino, Bologna.
- Jessoula M. e Pavolini E., 2012, *Annual National Report 2012. Pensions, Health Care and Long Term Care. Italy*, Asisp.
- Marinelli N., 2011, *I fondi pensione in Italia. Aspetti peculiari e confronti internazionali*, Franco Angeli, Milano.
- Pavolini E., Cecconi S., Fioretti I. e Neri S., 2011, *I fondi sanitari e le trasformazioni del welfare italiano*, IV Conferenza Annuale ESPAnet Italia «Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa», Milano, 29 settembre – 1° ottobre 2011, disponibile al sito internet: www.espanet-italia.net/.
- Powell W.W. e DiMaggio P.J., 1983, *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, «American Sociological Review», vol. 48, pp. 147-60; trad. it. 2000, *La gabbia di ferro rivista. Isomorfismo istituzionale e razionalità collettiva nei campi organizzativi*, in Powell W.W. e DiMaggio P.J. (a cura di), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Comunità, Torino, pp. 88-115.
- Rebba V. e Marcomini C., 2003, *L'assistenza sanitaria pubblica e la previdenza sanitaria integrativa in Italia. Un'analisi della situazione esistente*, in Nomisma (a cura di), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Franco Angeli, Milano, pp. 105-67.