



Bisogni delle famiglie, caregiver e servizi alla persona

CNA Emilia Romagna Bologna 7-8 ottobre

**Mutualità: contrattare il futuro
per vivere meglio**

Dott.ssa Grazia Labate

Ricercatrice in economia sanitaria

[L'attuale contesto]

- **La fase che il nostro paese sta affrontando è estremamente complessa.**
- **Una crisi economica e finanziaria lunga e dagli esiti incerti, con gravi conseguenze sociali è davanti a noi.**
- **Il pesante debito pubblico, una macchina burocratica spesso soffocante ed inefficace, l'economia in nero e l'evasione fiscale a oltre 120 miliardi di euro, 8 punti di PIL, l'illegalità, il divario Nord-Sud del paese sempre più accentuato, un'insopportabile e penalizzante disuguaglianza sociale, chiamano in causa la necessità di trovare il senso di una visione comune.**
- **Approdare, sia pur dentro la crisi, ad un moderno Welfare, capace di rendere agibili diritti costituzionalmente protetti e nel contempo, trasparenti i doveri e le responsabilità individuali e collettive, istituzionali e sociali, per ridisegnare il Welfare del futuro è una sfida da cogliere.**

Il quadro socioeconomico

- La Confindustria prevede crescita 0 e caduta dei consumi.
- L'OCSE indica la disoccupazione giovanile al 28%.
- L'ISTAT indica che nel 2011, 1 italiano su 4 è povero (24,7% della popolazione). Nel 2010 sono nati 15.000 bambini in meno rispetto al 2009.
- L'Unicef pone l'Italia agli ultimi posti nella graduatoria dei paesi OCSE per quanto riguarda gli interventi a favore dei minori e degli adolescenti.
- In Europa, l'Italia scende al 20mo posto nel rapporto PIL/spesa sociale con una netta prevalenza della spesa previdenziale a scapito delle politiche sociali per la famiglia, i giovani, gli anziani non autosufficienti.
- La maggior parte degli economisti italiani, denunciano un Welfare sempre più residuale e selettivo.

[La realtà e le cifre con cui fare i conti: le politiche sociali]

- Dal 2007 il Fondo nazionale per le politiche sociali ha un trend decrescente. La parte di fondo destinata alle regioni, (al netto della parte di finanziamento destinata ai diritti soggettivi),e quindi di conseguenza alle politiche sociali attuate a livello locale, passa dai 745 milioni di euro del 2007 ai 274 milioni di euro del 2011.
- Per il 2012 si prevede una dotazione di circa 69/70 milioni di euro.
- Per il 2013 una dotazione di circa 44/45 milioni di euro.
- Il Fondo per la non autosufficienza passa da 100 milioni di euro del 2007 ai 300 del 2008 ai 400 del 2009 e del 2010 fino ad azzerarsi nel 2011*.

*Fonte ministero del Welfare, RGS, MEF

[Peseranno sulle politiche sociali altri 2 aspetti]

- 1) Tagli strutturali dei bilanci delle autonomie locali. Già nel 2012 Regioni, Province e Comuni dovranno risparmiare 6 miliardi di euro, che incideranno principalmente sul trasporto pubblico e l'assistenza sociale e che diventeranno 6 miliardi e 400 milioni nel 2013 e nel 2014.
- 2) Per effetto del disegno di legge delega, in materia assistenziale e fiscale n°4656 già in discussione alla Commissione Finanze della Camera dei Deputati, il governo sarà delegato ad emanare provvedimenti tali da determinare effetti positivi, ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4 miliardi di euro per l'anno 2012 e per 20 miliardi di euro a decorrere dal 2013.

[La realtà e le cifre con cui fare i conti: la sanità (1)]

- **Dal 2007 la spesa sanitaria è passata da 103miliardi e 736 milioni di euro ai 113miliardi e 457milioni di euro a consuntivo per il 2010, con una incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL del 7,8% con forti variabilità regionali.**
- **Da un minimo di 1671 euro procapite della Sicilia, al massimo di Bolzano con 2170 euro, ai 2089 della Val D'aosta ai 2080 di Trento, Liguria e Molise.**
- **La spesa privata sanitaria delle famiglie è passata da 26miliardi e 248 milioni di euro del 2007 a 29miliardi e 564 milioni di euro del 2010, con una incidenza sul PIL del 2%.**

[La realtà e le cifre con cui fare i conti: la sanità (2)]

- **Una spesa sanitaria privata, che ci vede unici in Europa ad avere una spesa sanitaria privata out of pocket elevata, non intermediata da altri soggetti profit o non profit.**
- **Recenti studi indicano che circa l'82,4% è direttamente sostenuta dai cittadini, il 13,9% è coperto dai Fondi sanitari negoziali, casse e mutualità volontaria(SMS), il 3,7% da assicurazioni for profit, ramo malattia e ramo vita.***
- **Dunque una spesa sanitaria totale di 143miliardi e 021milioni di euro, con una incidenza totale sul PIL del 9,2%.**

* Fonte ns. elaborazione su dati Eurostat, BANCA D'ITALIA, ANIA, Fondi sanitari integrativi, CENSIS, SMS.

[Le due manovre prodotte nell'arco dell'estate: la sanità (3)]

- **Introduzione di pesanti tickets sulla specialistica per complessivi 814milioni di euro, che vanno ad aggiungersi a quelli già esistenti su farmaci, specialistica, analisi di laboratorio,ricoveri impropri di Pronto soccorso(codici bianchi e verdi).**
- **Tagli lineari per circa 8miliardi di euro al Fondo sanitario nazionale (2,5 miliardi nel 2012 e 5,45 nel 2013).**
- **Una manovra ter, che si profila all'orizzonte nell'autunno, poiché la crescita è asfittica. Attualmente allo 0,6, ha fatto rivedere al ribasso le stime di crescita per il paese, nella nota di aggiornamento al documento di economia e finanze, approvato dal Consiglio dei Ministri il 22 settembre u.s. che comporterà la necessità di reperire altri 10/15 miliardi di euro, per onorare gli impegni europei ed il patto di stabilità.**

Le Famiglie italiane si impoveriscono

- **La crisi economico finanziaria esplosa nel 2008 vede le famiglie italiane impoverirsi a causa del sostenimento di spese sanitarie e sociali soprattutto legate alla non autosufficienza.**
- **Circa il 6% delle famiglie italiane si impoverisce a causa di spese sanitarie e sociali, di cui il 4,1% sostiene le cosiddette spese catastrofiche, cioè quelle che superano il 40% della CAPACITY TO PAY.**
- **Farmaceutica, specialistica, cure odontoiatriche, disabilità e non autosufficienza sono le voci di maggior spesa.***

*Fonte: Rapporto Ceis, Spandonaro 2009, Censis, indagine sul nuovo welfare 2011.

Il de profundis del federalismo

- **Le manovre a tagli lineari e senza crescita, il patto per la salute concordato con le regioni reso nullo, tagli ai fondi di protezione sociale e tickets, i LEA rimasti quelli del 2001, i LIVEAS mai costruiti, regioni virtuose e quelle con piani di rientro messe sotto scacco dalla manovra; tutto ciò vanifica d'un sol colpo federalismo fiscale, sussidiarietà, perequazione di un paese a 2 velocità, costi standard e LEP, che risultano vaniloqui teorici all'affacciarsi di un neocentralismo da sopravvivenza.**

Che fare?

- **La crisi rimanda ad antichi nodi irrisolti, ma può essere occasione per costruire una moderna Riforma del Welfare, capace di rispondere all'evoluzione dell'odierna domanda sociale, fuori da ogni logica assistenzialistica, rompendo i corporativismi egoistici, dentro l'idea di un comune impegno ed esercizio di responsabilità condivise, tra tutti gli attori di un nuovo patto sociale.**

Gli attori sociali del nuovo patto (1)

- **Le istituzioni locali in primo luogo: soggetti rappresentativi e mediatori dei bisogni sociali, dell'inclusività nei propri territori, garanti dell'equa redistribuzione delle risorse e dei trasferimenti propri e da parte dello stato. Codecisi sulla base del rapporto risorse reali-bisogni della popolazione, dentro una visione certo di razionalizzazione ed ottimizzazione dell'esistente frammentato sistema di protezione sociale, ma anche definendo un progetto incrementale di sviluppo di medio lungo periodo per costruire una massa critica di partenza, sulla quale parametrare una nuova modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi. Un pubblico garante di standard, modelli operativi, qualità e controllo degli obiettivi e insieme capace di sviluppare un mercato sociale, in cui imprese sociali, cooperazione, mutualità di territorio, associazionismo, privato sociale e quello accreditato, accettino regole del gioco nuove, sia per concorrere nella definizione degli obiettivi e cogestire gli obiettivi da raggiungere, sottoponendosi a verifica, sia per ampliare la platea di una domanda sociale vasta che non può più essere lasciata alla solitudine delle famiglie o al massimo alla caccia della badante a basso costo.**

Gli attori sociali del nuovo patto (2)

- **Il terzo settore, come soggetto fondativo del nuovo welfare, fuori da ogni logica istituzionale di supplenza a basso costo o di mercato protetto, ma dentro una concezione delle responsabilità pubbliche, ampia dell'agire sociale per l'esigibilità dei diritti di cittadinanza.**
- **Promozione e sviluppo di Caregiver di qualità, modulati sulle esigenze della famiglia di oggi, della non autosufficienza con il suo carico di cronicità, del bisogno di socialità della prima infanzia che non può vedere il baby seating volante, come forma di conciliazione tra maternità e lavoro o il nonno parking come rimedio fino ai tre anni.**
- **Auditing sociale, strutturata e riconosciuta, come soggetto di valutazione e controllo del grado di soddisfacimento della domanda sociale a garanzia dell'empowerment dei cittadini nei percorsi di accesso e fruizione dei servizi dedicati e per la crescita collettiva dei diritti e delle responsabilità verso il bene comune.**

[Gli attori sociali del nuovo patto (3): la mutualità]

- **Il recente rapporto Disegniamo il Welfare di domani, redatto in occasione dei primi 40 anni della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie, dall'IRS, con la collaborazione di giuristi, economisti e ricercatori sociali, avanza proposte condivisibili, ma a mio modo di vedere sottovaluta, proprio in questa difficile fase l'apporto, che potrebbe suscitare in termini di sviluppo, l'estendersi di un mercato sociale di servizi alla persona, intermediato da forme di mutualità, che hanno già una consistente tradizione ed innovatività nel ns. paese, dalle SMS alla intermedialità negoziale, conseguente ai Fondi sanitari integrativi, che ancorchè legati al lavoro dipendente o a categorie professionali, al titolare ed ai familiari a carico, vivono una stagione di dibattito e discussione rispetto a possibili evoluzioni in ordine al tema della LONG TERM CARE, alle possibilità di diritti di portabilità interaziendale, alla possibilità di connetterli alla Previdenza complementare, alla tutela dei nuovi lavori flessibili, che con CADIPROF vede per la prima volta costruire un fondo sanitario integrativo per i famosi CO.CO.PRO degli studi professionali.**

Gli attori sociali del nuovo patto (3) la mutualità

- **Non riflettere all'ingente massa di danaro che costituisce l'out of pocket da parte dei cittadini, intermediata solo per il 13,7% in campo sanitario dai Fondi integrativi senza mettere in campo strumenti di riorientamento di quello che c'è e di sviluppo verso forme collettive di socializzazione del rischio attraverso la mutualità aperta di territorio, mi appare quanto meno un esercizio di non ottimizzazione delle risorse disponibili, lasciate, nel campo dei servizi alla persona, alle più svariate soluzioni fai da te, non sempre foriere di legalità, trasparenza e soprattutto qualità.**

Ridisegnare un nuovo welfare, anche attraverso una rinnovata capacità di governo della Domanda

- Per troppi anni non si è affrontato nel ns, paese il disegno di dar vita a ciò che la Riforma ter della sanità del 1999 aveva previsto all'art. 9 e che la legge 328 di riforma dell'assistenza aveva previsto all'art. 26 e cioè la necessità di attivare un secondo pilastro di finanziamento della Sanità, attraverso i Fondi sanitari integrativi e la mutualità volontaria. Solo nel marzo 2008 e poi nel novembre 2009 si è dato corso con il Ministro Turco prima e con il Ministro Sacconi dopo al decreto attuativo dei fondi, agli ambiti di operatività, alla costruzione dell'Anagrafe nazionale dei fondi alla quale iscriversi obbligatoriamente se si vuole godere del beneficio fiscale di 3615,20 euro di deduzione fiscale, che la finanziaria 2007 aveva armonizzato sia per i fondi negoziali che per la mutualità.
- L'idea che ci ha guidato non è stata solo quella di dar corso alle leggi attuative, ma di riorientare da un lato i fondi esistenti verso l'obbligo di legge di fornire almeno il 20% di prestazioni in odontoiatria e non autosufficienza soprattutto per le prestazioni sociali e sanitarie, il cui non assolvimento non dà luogo al beneficio fiscale, di Monitorare attraverso l'anagrafe alla quale i fondi e le mutue sono obbligati ad iscriversi, bilanci preventivi e consuntivi, nomenclatori tariffari, numero degli aderenti e beneficiari, per verificare i trend di crescita delle modalità integrative.

Ridisegnare un nuovo welfare, anche attraverso una rinnovata capacità di governo della Domanda

- **Ad oggi si sono iscritti all'anagrafe circa trecento fondi e 55 società di mutuo soccorso con una platea di iscritti di circa 5milioni e 700mila e di circa 11milioni di beneficiari, Le operazioni di verifica sono ancora in corso e nel 2012 insieme alla agenzia delle entrate, il ministero della salute certificherà gli aventi diritto al beneficio fiscale. La cosa sorprendente è che tra il 2009 ed 2010 in piena crisi 50 rinnovi contrattuali hanno previsto l'istituzione di nuovi fondi sanitari integrativi rinunciando a pochi euro di aumento salariale lordo, in favore della costituzione dei fondi per se e per i propri familiari. Convogliare quote di risparmio contrattuale verso i bisogni sanitari e sociali delle famiglie si può, così come si può riorientare la massa enorme di risorse private verso forme di mutualità collettiva capace di socializzare rischi presenti e futuri derivanti da nuovi bisogni e dalla lunga fase di transizione epidemiologica che stiamo attraversando.**

The Role of Mutual Societies in the 21st century

- A luglio di quest'anno un interessantissimo rapporto, promosso dalla direzione generale per le politiche economiche e sociali della commissione europea, per il Parlamento, fornisce un quadro del ruolo e dello sviluppo della mutualità nel vecchio continente a 27 al fine di poter conseguire lo STATUTO della MUTUALITA' a livello europeo, visto l'enorme ruolo che essa gioca nella politica di coesione sociale e nello sviluppo di forme efficienti, che reggono sul piano finanziario, nonostante la crisi, data loro finalità in assenza di lucro, per rispondere alla complessità di una domanda sociale, che i regimi di protezione sociale e sanitaria dei diversi paesi, pur nella loro diversità di origine bismarkiana o beveridgeriana, non riescono pienamente a soddisfare. A livello europeo le mutue offrono servizi sociali e sanitari a 230.milioni di cittadini, rappresentano 180 miliardi di euro di quote associative con cui o direttamente o acquistando sul mercato offrono servizi e prestazioni ai propri soci e alle loro famiglie, danno lavoro a 350.000 persone.

La mutualità in Europa (1)

- In Europa sono diffuse 2 principali tipologie di mutue: le società di mutuo soccorso, mutual benefit, e le mutue assicuratrici, mutual insurance. Mentre queste ultime si occupano del servizio assicurativo, gestito secondo i criteri della mutualità e possono coprire tutti i rischi dalla proprietà alla vita, le prime forniscono coperture di Welfare complementare supplementare o integrativo del sistema di protezione sociale vigente nei diversi paesi. In alcuni casi gestiscono proprie strutture (ospedali, farmacie, case di cura per anziani, servizi di homecare, pacchetti servizi per le famiglie con anziani non autosufficienti a settimana, mese o annuali a seconda delle necessità di cura o postacuzie, o riabilitativa o di media o lunga durata.
- Quest'ultima modularità, offerta con qualità tecnico professionale, soprattutto per le persone anziane ha visto affermarsi in Inghilterra BENENDEN la più grande SMS con quote di partecipazione dei soci che vanno da 8 sterline a settimana a 35 sterline mensili a 420 sterline l'anno. I soci iscritti sono circa 1.200.000.

[La mutualità in Europa (2)]

- In Francia, Harmonie mutuelle è la più grande SMS con 4.000.000 di iscritti e fornisce essenzialmente copertura complementare alle assicurazioni obbligatorie per la salute, nonché servizi soprattutto per la terza età.
- In Germania le Sparkassen, antiche mutue dei lavoratori, hanno un ruolo integrativo del sistema obbligatorio assicurativo sociale e sanitario, nonché dell'assicurazione obbligatoria di long term care, che recentemente ha elevato il contributo a carico del lavoratore e dell'impresa dall'1,7% all'1,9%
- In Svezia la mutualità è molto diffusa a livello delle contee e gestisce servizi in proprio che vengono acquistati in nome e per conto dei soci iscritti attraverso società di Purchasing. E' molto consolidato l'istituto della cessione della nuda proprietà a favore delle case protette o delle RSA per anziani, che utilizzano tecniche di domotica intelligente collegate con servizi di telemedicina e telesoccorso con i pronto soccorso, i geriatri di distretto e gli ospedali d'eccellenza.
- Recentemente vanno diffondendosi anche esperienze di cash for care, che rendono meno appariscente il solco tra assistenza informale e formale, Sono schemi di assistenza informale retribuita, che per esempio in Olanda e Svezia sono stati introdotti accanto agli schemi tradizionali esistenti, al fine di rafforzare la libertà di scelta e l'empowerment del cittadino.

[La mutualità in Italia (1)]

- **FIMIV è l'organizzazione italiana che rappresenta a livello nazionale la mutualità volontaria. 2500 società di mutuo soccorso in tutta Italia con prevalenza nel centro nord del paese. Tradizione ultracentocinquantenaria nel paese, svolgono la loro attività in campo sociale, sanitario, culturale. Sviluppando la loro capacità di adesione e le modalità di gestione diretta o indiretta di offrire servizi e prestazioni.) 9 mutue sanitarie di grandi dimensioni sono impegnate nel Consorzio nazionale MUSA e garantiscono a circa 400.000 soci, il rimborso di una vasta gamma di prestazioni sanitarie, avvalendosi di un network nazionale di convenzioni con centri specialistici, laboratori d'analisi, case di cura, mettendo a disposizione di tutti gli associati e delle loro famiglie un nomenclatore di servizi e prestazioni di tutto rispetto con una quota di partecipazione media che va dai 150 ai 280 euro annui.**

La mutualità volontaria in Italia (2)

- **Nuove esperienze di mutualità si sono recentemente affermate: la nascita di MUTUA NUOVA SANITA' con 100.000 soci e 61 sezioni sul territorio, che opera con le strutture sanitarie e socioassistenziali di territorio, di cui gli associati usufruiscono attraverso la libera scelta di quelli più consoni alle loro esigenze. Una mutualità attiva che collabora con il sistema sanitario per offrire un qualificato servizio integrativo a lavoratori dipendenti, autonomi e pensionati, coprendo anche i costi di compartecipazione previsti dal SSN.**
- **Per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, Mutua nuovaSanità ha recentemente costituito assieme ad un gruppo di cooperative sociali la Fondazione Easy Care, che opera già in alcune Regioni del paese per l'assistenza domiciliare integrata, assicurando qualità umana e tecnica delle prestazioni in collaborazione con l'ANCOM che è una cooperativa nazionale di medici di medicina generale e di specialisti nonché di geriatri con forti motivazioni professionali verso le cure domiciliari.**
- **Infine la più recente esperienza di mutualità che si chiama PRONTO SERENITA' è un modello di erogazione di servizi, condotto, monitorato e sovrinteso dalla Fondazione Easy Care, che lo ha validato e concretizzato con la collaborazione del CERGAS della Bocconi di Milano, Coopselios, cooperativa sociale leader in Italia nell'erogazione dei servizi alla persona, che offre soluzioni alle famiglie, ai soggetti fragili, agli anziani soluzioni di sostegno, assistenza e cura.**

[Le esperienze più innovative]

- 16 settembre 2011 nasce in Trentino Alto Adige, il primo fondo sanitario integrativo regionale gestito dalle parti sociali, lavoratorie imprese, società di mutuo soccorso, per integrare i LEA soprattutto nel campo della non autosufficienza e dell'odontoiatria. Attraverso una Fondazione il fondo eviterà il costo della cessione in gestione a compagnie di assicurazioni private e potrà gestire sul territorio prestazioni e servizi richiesti dalle famiglie.

[Aprire con forza un dibattito pubblico sul Welfare che vogliamo]

- **Non mancano proposte, idee riformatrici, che non smarriscono l'universalità del sistema, ma che si sforzano di coniugare secondo un principio di coerenza, il ruolo delle istituzioni pubbliche, la sussidiarietà orizzontale e verticale, un vero federalismo e decentramento dei diritti di cittadinanza costituzionalmente protetti, il pilastro della fiscalità generale con pilastri collettivi di socializzazione dei rischi, per allargare l'esigibilità dei diritti e renderli aderenti alla domanda di un moderno welfare, in cui nascere ed invecchiare deve poter essere un binomio accompagnato da una migliore qualità della vita per tutti.**