



UNA POLICY REGIONALE PER IL GOVERNO DELLA SPESA SOCIOSANITARIA PRIVATA, OUT OF POCKET ED INTERMEDIATA

Bozza Report finale¹

Prima parte

“Sebbene tutti sappiamo che le condizioni di vita degli uomini non migliorano di anno in anno imprevedibilmente, si aspetta fino a che le casse siano effettivamente vuote prima di vedersi costretti a delle limitazioni. Questo è il quasi inevitabile rovescio della legittimazione democratica, e allora ci si deve chiedere se la democrazia debba realmente significare che si può praticare la politica solo come tardivo adattamento alle conseguenze dello sviluppo economico e sociale.”

[N. Luhmann
Teoria politica nello stato del benessere
F. Angeli, Milano, 1983, pag. 173)

a cura di
Massimo Campedelli

Questo documento è scaricabile dal sito www.uscitadisicurezza.grosseto.it
Per commenti, osservazioni ed ulteriori richieste in merito a quanto qui presentato si può scrivere a
m.campedelli@uscitadisicurezza.grosseto.it

¹ Progettualità di analisi su fondi mutualistici e sistemi di assistenza integrativi, in ambito socio sanitario – RT, Dgr 1198/14..

Il progetto è stato realizzato insieme a:

Chianti Mutua, Monteriggioni (SI)
Cisl Toscana, Firenze
Confcooperative Toscana, Firenze
Coap – Cciaa, Grosseto
Coeso Sds, Grosseto
Co.ge.f.i.s., Prato
Confindustria Toscana Sud, Grosseto
Federsanità Anci Toscana, Firenze
Insieme Salute Toscana sms, Firenze
Legacoop Toscana, Firenze
Mutua per la Maremma, Grosseto
Sssup Sant'Anna, Istituto Dirpolis, Pisa
IrpetToscana, Firenze

e grazie al confronto con:

Cesvot Toscana, Firenze
Ires Cgil Toscana, Firenze
Misericordie e Anpas Toscana, Firenze

nonché al fattivo sostegno di:

Vinicio Biagi, Responsabile di settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Regione Toscana;

Marco Brintazzoli, Capo segreteria Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana;

Paolo Carrozza ed Emanuele Rossi, Ordinari di Diritto Pubblico e Costituzionale della Sssup Sant'Anna di Pisa, Istituto Dirpolis;

Enrico Desideri, Direttore generale Area Vasta Sud Est, Regione Toscana e Presidente Federsanità Anci Toscana;

Monica Piovi, Direttore generale Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana

Mauro Soli, Consulente Regione Toscana

Un ringraziamento particolare va a **Stefania Saccardi**, Vicepresidente e Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

INDICE

PRESENTAZIONE

prima parte

0 - PREMESSA

I - EXECUTIVE ABSTRACT

II - IL PARERE DEGLI STAKEHOLDERS

seconda parte

III - WELFARE SOCIO SANITARI REGIONALI A CONFRONTO: RESILIENZA, DIVERGENZA, CONVERGENZA

IV- SPESA PUBBLICA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TOSCANA

V - SPESA PRIVATA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TOSCANA, RISORSE PROPRIE O RISORSE GESTITE IN PROPRIO?

VI - IMPATTO DELLA CRISI: RINUNCE, IMPOVERIMENTO E SPESE CATASTROFICHE

VII - ATTIVITÀ INTRAMOENIA NEL SSR TOSCANO

VIII – SPESA LONG TERM CARE IN TOSCANA

terza parte

IX - LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA

X – IL WELFARE AZIENDALE

conclusioni

XI – LA PROPOSTA

PRESENTAZIONE

Coerentemente con quanto richiesto dal bando Dgr 1198/14 della Regione Toscana, la cooperativa sociale Uscita di Sicurezza di Grosseto, alla luce della propria esperienza di intervento e progettazione partecipata finalizzata all'individuazione di percorsi innovativi e sinergici per uno sviluppo locale integrale², ha inteso presentare una propria proposta avente i seguenti obiettivi:

- A) fornire evidenze, benchmark e indirizzi utili alla elaborazione di una proposta di policy regionale finalizzata al potenziamento della attuale copertura integrativa collettiva sociosanitaria, non sostitutiva dei LEA e dell'offerta pubblica in essere, ovvero alla sua integrazione con il sistema di welfare regionale toscano;
- B) realizzare una ricognizione delle caratteristiche dei principali attori del welfare integrativo regionale e della loro incidenza rispetto alla spesa privata di welfare sanitario e socio sanitario;
- C) condividere con i principali *stakeholders* (Regione ed Enti locali, Parti sociali, organismi del Terzo settore, Società di mutuo soccorso, ecc.) gli elementi basilari della proposta di policy regionale.

Grazie alla convinta disponibilità dei molti Stakeholders aderenti, nonché degli studiosi e dirigenti regionali e territoriali che a diverso titolo hanno contribuito alla realizzazione di questo progetto, mettiamo ora a disposizione dei decisori politici, nonché degli opinion leader impegnati nella discussione e implementazione delle politiche sociosanitarie della nostra Regione, i risultati raggiunti.

Con questo rapporto finale, curato da Massimo Campedelli da anni consulente della nostra cooperativa, si consegna quindi all'*Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria* della Regione Toscana il risultato di un lavoro collettivo che auspichiamo sia utile, nella sua particolarità, ad affrontare le sfide che il welfare toscano ha di fronte.

Luca Terrosi

Presidente Uscita di Sicurezza

Soc.coop.onlus, Grosseto

² In particolare preme qui ricordare il progetto di ricerca intervento *WELFARE LAVORO E SVILUPPO. Percorsi di ricerca cooperativa a Grosseto* (www.uscitadisicurezza.grosseto.it) del 2014, a cui hanno aderito 20 organizzazioni di rappresentanza dei diversi attori economici e sociali del territorio maremmano; uno dei punti qualificanti la proposta finale era quello di sperimentare forme di mutualismo territoriale per la spesa sanitaria e sociosanitaria *out of pocket*.

0 – PREMESSA

Al centro dei risultati del rapporto che qui viene consegnato vi è una ipotesi impegnativa che parte dalla necessità di superare *l'emianopsia*, patologia che riduce il campo visivo ovviamente usata in senso metaforico³, con cui in genere vengono rappresentate, affrontate, indicate le relative soluzioni delle problematiche oramai quarantennali che investono i sistemi di welfare nazionali e regionali⁴, in particolare per quanto riguarda il sociosanitario (qui circoscritto alla *long term care* con la quota di sanità anche indirettamente coinvolta).

Questa *patologia* si è manifestata sia attraverso una considerazione parziale delle problematiche oggetto del dibattito pubblico che nelle soluzioni poi agite.

Da una parte, infatti, si è dato per scontato che *l'altro welfare* – prodotto o comunque garantito dalle famiglie (al plurale) e sostenuto con ingenti quote di spesa *out of pocket* (pagata di tasca propria per acquisto o compartecipazione) o con trasferimenti assistenziali *cash* (di natura monetaria), o ancora con una parte della *taxexpenditure* (agevolazioni fiscali peraltro di difficile ricostruzione) – non rientrasse nelle strategie di riforma del *welfare state*⁵, ovvero fosse più o meno implicitamente da sostenere attraverso misure categoriali spesso implementate sulla base di logiche corporative⁶ e/o frammentate, e soprattutto non potesse andare in crisi pure esso⁷.

Dall'altra, i *driver* che hanno guidato le diverse riforme attuate – basti pensare alle tre riforme sanitarie succedutesi a partire dalla legge 833/78 ad oggi e alla legge 328/00 sul sistema integrato di servizi sociali, nonché le loro complesse e tutt'altro che lineari implementazioni nazionali regionali e locali – si sono posti soprattutto dal punto di vista di come rendere, a seconda dei cicli economici (sostenibilità), più appropriata, efficiente, efficace ed economica l'offerta pubblica o quella convenzionata, senza peraltro riuscire a scardinare le distorsioni⁸ correlate a quanto appena detto.

³ L'emianopsia è un'alterazione della vista caratterizzata dall'impossibilità di percepire una metà del campo visivo. Il disturbo può riguardare, in particolare, la metà del campo visivo destra o sinistra (emianopsia laterale o verticale) oppure quella superiore o inferiore (emianopsia altitudinale o orizzontale). L'emianopsia può essere, inoltre, eteronima (perdita delle due metà esterne del campo visivo, ossia bitemporali, oppure quelle interne, cioè binasali) oppure omonima (perdita delle due metà sinistre o destre del campo visivo).

⁴ M. Campedelli (2014), *IL WELFARE DELLA COSTITUZIONE*, Annale de Il Regno 2012-2013, Edizioni Dehoniane, Bologna.

⁵ conforta il fatto che mentre consegniamo questo rapporto, la stessa tesi sia sostenuta dall'Inps nella sua XV Relazione annuale, presentata il 7 luglio 2016 a Roma, e in particolare dal suo presidente Tito Boeri, www.inps.it.

⁶ Per un inquadramento M. Ferrera, a cura di, (2006), *LE POLITICHE SOCIALI*, Il Mulino, Bologna; U. Ascoli, a cura di, (2011), *IL WELFARE IN ITALIA*, Il Mulino, Bologna.

⁷ La vicenda della indennità di accompagnamento, unica misura universalistica in campo assistenziale presente nel nostro ordinamento, ne è un esempio; da ultimo Fondazione Easycare (2016) *LA DOTE E LA RETE. UNA POLICY E UN MODELLO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE*, in proprio, Reggio Emilia, www.fondazioneeasycare.it.

⁸ M. Ferrera, V. Fargion e M. Jessoula, (2012) *ALLE RADICI DEL WELFARE ALL'ITALIANA. ORIGINI E FUTURO DI UN MODELLO SOCIALE SQUILIBRATO*, Marsilio, Venezia.

Anche la discussione sulle forme di welfare integrativo, ovvero di sanità integrativa e di previdenza complementare⁹, è stata fortemente condizionata da una concezione complementare e compensativa di una temporanea o inevitabile – a seconda degli approcci e delle posizioni di riferimento – impossibilità di estendere, rispetto alle risorse disponibili, l'offerta garantita a bisogni e domande vecchie (cioè inevase o lasciate alle soluzioni *informali* delle famiglie) e nuove (ancor meno risolvibili se non dalle famiglie stesse). Paradossalmente, più che alternative, in campo sanitario queste forme spesso nei fatti sono diventate sostitutive dell'offerta pubblica¹⁰.

Altrettanto significativo è il ruolo sostanzialmente marginale, nelle varie discussioni sulle riforme dei sistemi di welfare, attribuito alle forme di patrocinio e tutela finalizzate alla individuazione delle corrispondenze tra bisogni e diritti esigibili e quindi alla personalizzazione degli stessi. I patronati dei lavoratori¹¹, enti sussidiari a valenza costituzionale, nonostante la normativa nazionale e regionale li riconosca come attori importanti del welfare locale, sono stati sostanzialmente derubricati a organismi di assistenza burocratica e non valorizzati, anche per le esperienze di innovazione che al loro interno si sono sviluppate, quali intermediatori e organizzatori di bisogni/domande altrimenti non riconosciuti/e, punti di accesso e veri e propri laboratori della effettività dei diritti sia nelle materie *core*, come la previdenza o gli infortuni, sia in altri campi come la regolarizzazione e gestione dell'assistenza familiare (*badantato*).

Nella intenzione di superare tale *emianopsia*, la prospettiva con cui si è sviluppata la ricerca via via ha visto consolidarsi l'idea che si dovesse arrivare a:

tenere insieme i valori dell'universalismo e la dinamicità della società, ovvero i cambiamenti strutturali che la stanno attraversando;

esplicitare/“complementare” il perimetro dell'offerta pubblica e di quella integrativa attraverso una *governance* plurale, qui intesa come coalizione (dei rappresentanti) dei diversi interessi presenti nella società toscana;

aumentare la competitività del pubblico e del nonprofit in un mercato privato sociosanitario da regolare e da cui, di fatto, questi sono in gran parte esclusi;

condividere, in una logica di co-progettazione e co-produzione delle risposte, questo percorso con gli stakeholder toscani disponibili.

⁹M.Campedelli, a cura di, (2015), *SANITÀ INTEGRATIVA E PREVIDENZA COMPLEMENTARE*, Parole Chiave, Care, numero 4/2015, Il Pensiero scientifico, Roma.

¹⁰ Secondo la rielaborazione fatta da RBM Salute dei dati Ocse 2015, il 62,45% della attività svolta dai fondi sanitari integrativi italiani è di tipo sostitutivo delle prestazioni erogate dal Ssn, cfr M. Vecchiotti (2016), *IL SECONDO PILASTRO IN SANITÀ: SOSTENIBILITÀ DEL SSN, BENCHMARK EUROPEO E NAZIONALE PER ACCESSO ALLE PRESTAZIONI, MULTICANALITÀ ED ALLEANZA PUBBLICO-PRIVATO*, ppt presentato al Welfare day 2016, Roma, 8 giugno 2016, www.previmedical.it.

¹¹ M. Campedelli e P. Carrozza, a cura di, (2009) *INNOVAZIONI NEL WELFARE E NUOVO PATROCINIO. PROMUOVERE CITTADINANZA DOPO IL SECOLO BREVE*, Il Mulino, Bologna.

Detto altrimenti, questa ricerca parte dal presupposto, e intende presentare un approfondimento regionalmente definito e circoscritto al sociosanitario¹², di come sia possibile:

riconfigurare l'universalismo a partire da dove l'universalismo non è mai arrivato e da dove rischia di retrocedere (spesa privata extra lea e socio-sanitaria-assistenziale); per ampliare (estensione) le tutele e i tutelati; allargando (corresponsabilità plurale) la platea degli attori impegnati; assumendo le comunità di appartenenza (aggregazioni in cui i cittadini si riconoscono in un destino comune) come riferimento aperto all'interesse generale.

In particolare, attraverso una strategia capace di:

aggregare le ingenti risorse “disperse” nella spesa privata complessivamente intesa, ovvero in quella gestita direttamente dalle famiglie per i propri bisogni di salute e benessere;

organizzare la domanda di prestazioni sociosanitarie oggi “molecolare”, riducendo/compensando le relative asimmetrie informative rispetto ad una offerta altrettanto differenziata e disseminata in modalità plurime di erogazione (governo della domanda);

mutualizzare i rischi sociosanitari che portano, oggi più di ieri, a fenomeni di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche soprattutto per le fasce sociali meno abbienti sul lato della domanda, e di razionamento su quello dell'offerta;

sollecitare una organizzazione dell'offerta che faccia emergere l'ingente sommerso del lavoro di cura e di offerta sanitaria irregolare, al fine di renderla equa, sostenibile, legale¹³.

Il cammino fatto ha reso altresì consapevoli che, viste le caratteristiche del dibattito pubblico su queste tematiche, onde evitare possibili equivoci, sia necessario precisarne alcuni punti nodali.

In particolare, essa:

non intende intaccare i presupposti e gli elementi che hanno caratterizzato lo sviluppo del modello di welfare toscano così come si è venuto a configurare

¹² Per un inquadramento complessivo, a livello nazionale, relativo sia alle politiche sanitarie che sociosanitarie, si rinvia a M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico di *Politiche sanitarie*, anno 16, numero 1/2015, Il Pensiero scientifico, Roma.

¹³ Come auspica anche il Parlamento Europeo con la sua *RELAZIONE SULLE COLLABORATRICI DOMESTICHE E LE PRESTATRICI DI ASSISTENZA NELL'UE (2015/2094(INI))*, relatore on. KostandinkaKuneva, approvata lo scorso 5 aprile 2016.

almeno dalla istituzione delle regioni ad oggi¹⁴; un percorso virtuoso, che vede il suo Ssr come uno dei migliori a livello italiano (e quindi internazionale), primo nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, tra i più *attraenti* da altre regioni, e con un sistema tra i più *generosi* nel settore socioassistenziale¹⁵; *bensì intervenire per rafforzarli* lì dove essi danno segnali di criticità e dove questi segnali rischiano di destabilizzare il sistema nel suo insieme, come per l'appunto il campo della *long term care*, con configurazioni da sperimentare – cioè da verificare attraverso un impianto monitorabile, valutabile e temporalmente definito – capaci di considerare contemporaneamente le risorse pubbliche e quelle private (*cash e in kind*) e di finalizzarle dentro obiettivi di politiche pubbliche condivise ed improntate su una idea dinamica di *universalismo*¹⁶;

non intende riproporre forme particolaristico-clientelari, improntate su disparità di contribuzione e di trattamento, con una distribuzione delle coperture distorta a favore di settori e categorie forti, gestite in modo non equilibrato e inefficiente, condizionate da logiche clientelari e subalterne a forme di *patronage* politico, quali erano le mutue pubbliche antecedenti la prima riforma sanitaria del 1978, vere e proprie assicurazioni pubbliche nate sulle ceneri del sistema corporativo fascista¹⁷; *bensì valorizzare il potenziale di capitale sociale* insito nelle diverse forme¹⁸ in divenire di auto

¹⁴ M. Campedelli, P. Carrozza, E. Rossi, a cura di (2009), *IL NUOVO WELFARE TOSCANO: UN MODELLO? LA SANITÀ CHE CAMBIA E LE PROSPETTIVE FUTURE*, Il Mulino, Bologna.

¹⁵ G. Bertin, a cura di, (2012), *WELFARE REGIONALE IN ITALIA*, Edizioni Cà Foscari, Venezia; G. Bertin, a cura di, (2012), *GOVERNANCE ED INCLUSIONE SOCIALE. LE REGIONI A CONFRONTO*, Quaderni della ricerca sociale n.23, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali, Roma.

¹⁶ Il tema nel dibattito pubblico raramente risulta affrontato in chiave critica, ovvero che faccia i conti con gli ambiti di applicazione, il confronto tra le finalità dichiarate e le modalità concrete di realizzazione, i presupposti politico-morali e la corrispondenza o meno dei comportamenti degli attori impegnati a realizzarli, ecc. - per una introduzione della situazione dell'universalismo sanitario nel nostro Paese vedi AA.VV., (2014), *SISTEMI SANITARI NELLA CRISI: QUALE UNIVERSALISMO?*, Focus, Politiche sociali, I, n.3/2014, settembre-dicembre- Basti riscontrare che già nel solo sistema di welfare italiano sono presenti declinazioni diverse, a seconda dell'area interessata – sanità, educazione, assistenza/previdenza. In termini strettamente teorici, inoltre, per universalismo/i ritroviamo accezioni plurime, tra le quali:

assoluto ovvero a la Beveridge, in base al quale l'accesso alle prestazioni avviene sulla base del bisogno riconosciuto e legittimato come diritto, con l'eliminazione dell'ostacolo del prezzo e con l'intervento del programmatore che sostituisce la funzione di coordinamento svolta dal mercato; la sua sostenibilità è garantita dalla contribuzione sulla base del reddito – tassazione - e non del rischio;

selettivo ovvero a la 328.00 dove selettività significa selezione dei beneficiari sulla base di una prova dei mezzi; la prova dei mezzi, inoltre, dovrebbe avvenire su base familiare, in modo da evitare che dei trasferimenti si avvantaggino individui che non vivono in famiglie non povere; e dove con universalismo si intende accesso ai benefici sulla base solo dell'insufficienza di mezzi, indipendentemente da qualsiasi riferimento a variabili categoriali, quali le condizioni di lavoro, l'età, il genere e il luogo di residenza; i criteri di definizione della situazione economica dei soggetti dovrebbero ovviamente essere uniformi;

proporzionale a la Marmot, per il quale le disuguaglianze di salute sono il risultato di disuguaglianze sociali e la conseguente azione per superarle deve essere mirata sui determinanti di salute; leva fondamentale è l'intervenire fin dalle fasi iniziali della vita, con programmi di sostegno economico, sociale e sanitario; caratteristica di questo approccio è quella di non focalizzarsi sulle categorie più svantaggiate, ma effettuare interventi sull'insieme della popolazione, con una scala di intensità diversificata in proporzione ai diversi livelli e situazioni di svantaggio, affinché il beneficio di tali interventi coinvolga direttamente o indirettamente tutta la società; le disuguaglianze di salute, oltre ad essere incoerenti con i principi di uguaglianza e benessere degli ordinamenti democratici, comportano una riduzione delle capacità produttive, determinano la riduzione delle entrate fiscali e l'aumento della spesa sociale (invalidità, pensioni etc.) e sanitaria

¹⁷ F. Taroni, (2011), *POLITICHE SANITARIE IN ITALIA. IL FUTURO DEL SSN IN UNA PROSPETTIVA STORICA*, Il Pensiero scientifico, Roma, in particolare il cap. 3.

¹⁸ Esse riguardano il mondo del Terzo settore con ad esempio le imprese sociali di comunità, il mondo del lavoro con la costituzione degli enti bilaterali soprattutto per quei segmenti di questo mercato più critici come quello delle costruzioni o dell'agricoltura, il mondo del credito cooperativo con il mutualismo di prossimità, ecc.; cfr. AA.VV., (2006) *VOGLIA DI MUTUALISMO*, Communitas, numero 10/2006, Vita edizioni, Milano.

organizzazione, mutualità e solidarietà¹⁹, espressione della coesione sociale di un territorio²⁰ e della sua capacità di sviluppo economico e sociale ovvero di *perseguimento corale dell'interesse generale*²¹ attraverso la produzione e riproduzione di beni collettivi²² o meritori, come riconosce peraltro la stessa Regione Toscana con la legge n. 57/2014²³;

non intende subire la deriva, nel campo delle non autosufficienze, di un ruolo pubblico residuale o circoscritto principalmente alla erogazione di misure *cash*, soprattutto alla luce della pesante incidenza²⁴, almeno nel breve medio termine, che la loro gestione determinerà in una regione come quella Toscana (e ovviamente non solo); *bensì individuare soluzioni pubbliche e partecipate* che permettano di superare gli ostacoli presenti in strumenti quali la tassa di scopo o l'assicurazione obbligatoria, già ipotizzati ma risultati di difficile realizzazione²⁵, nella prospettiva di superare la dipendenza cognitiva della *pathdependency* che spesso attanaglia l'azione in questi campi;

non intende penalizzare ruoli, funzioni o aspettative dei diversi attori coinvolti, tantomeno di quelli pubblici, in particolare la Regione; *bensì*, al fianco delle competenze istituzionalmente stabilite (garanzia dei LEA, come

¹⁹ G.P. Barbetta e Rosangela Lodigiani, (2016) *IN OR OUT? LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO TRA TERZO SETTORE E WELFARE PLURALE*, Politiche Sociali, anno 3, n. 1/2016, Il Mulino, Bologna.

²⁰ Dal punto di vista storico, con riferimento alla realtà toscana, S. Cerrai e F. Ciavattone, (2012) *CENSIMENTO STORICO DELLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO IN TOSCANA. FIRENZE, PISA, LUCCA, LIVORNO*, Pacini Editore, Ospedaletto – Pisa; da quello analitico G. Venturini e P. Graziano, (2016), *MISURARE LA COESIONE SOCIALE: UNA COMPARAZIONE TRA LE REGIONI ITALIANE*, Social Cohesionpapers, 1/2016, Ocis – Osservatorio Internazionale per la Coesione e Inclusione sociale, Reggio Emilia, info@socialcohesiondays.com.

²¹ Si tratta di uno degli obiettivi della Riforma del Terzo settore recentemente approvata con la legge 6 giugno 2016, n.106; nelle Linee Guida del Governo che hanno attivato il percorso normativo durato due anni si legge: “Noi crediamo che profit e non profit possano oggi declinarsi in modo nuovo e complementare per rafforzare i diritti di cittadinanza attraverso la costruzione di reti solidali nelle quali lo Stato, le Regioni e i Comuni e le diverse associazioni e organizzazioni del terzo settore collaborino in modo sistematico per elevare i livelli di protezione sociale, combattere le vecchie e nuove forme di esclusione e consentire a tutti i cittadini di sviluppare le proprie potenzialità. Tra gli obiettivi principali vi è quello di costruire un nuovo Welfare partecipativo, fondato su una governance sociale allargata alla partecipazione dei singoli, dei corpi intermedi e del terzo settore al processo decisionale e attuativo delle politiche sociali, al fine di ammodernare le modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi del welfare, rimuovere le sperequazioni e ricomporre il rapporto tra Stato e cittadini, tra pubblico e privato, secondo principi di equità, efficienza e solidarietà sociale.” Governo Italiano (2014), *LINEE GUIDA PER UNA RIFORMA DEL TERZO SETTORE*, 13 maggio 2014, www.governo.it.

²² Assumendo la teoria dell'azione collettiva rielaborata da Elinor Ostrom, premio Nobel dell'economia nel 2009 per i suoi studi sui *commons*, come poi meglio vedremo, è possibile sostenere che la ricerca e la proposta che da essa scaturisce siano riconducibili ad una mobilitazione diffusa di attori singoli e collettivi i quali, attraverso la costruzione di istituzioni incrementali, attivano soluzioni che superano il paradigma assicurativo a cui l'attuale platea dei fondi integrativi operanti nel territorio regionale sono con intensità diverse riconducibili, per attuare soluzioni razionali solidaristiche (modelli di scelta razionale di seconda generazione) basate su fiducia-reputazione-reciprocità; cfr E. Ostrom, (2009 seconda edizione), *GOVERNARE I BENI COLLETTIVI*, Marsilio, Venezia.

²³ All'art. 1, comma 2 essa dichiara: “La Regione valorizza e promuove le società in Toscana, sostenendo in particolare: a) la diffusione della memoria storica che esse rappresentano per le comunità locali; b) la conservazione e l'utilizzo del patrimonio architettonico di proprietà delle società di mutuo soccorso in riferimento alle attività sociali che vi si svolgono; c) il concreto perseguimento della funzione di promozione sociale e di servizio da esse svolto; d) la diffusione dell'innovazione mutualistica secondo i bisogni dei soci, valorizzando il ruolo che le società possono svolgere nei campi dell'assistenza e della protezione sociale integrativa e favorendo, a tal fine, la collaborazione e l'integrazione tra le società, nonché la stipula di apposite convenzioni con le istituzioni pubbliche o private; e) la diffusione della cultura delle società in generale”.

²⁴ Simurg ricerche, a cura di, (2016) *PROFILO SOCIALE REGIONALE. ANNO 2015. ANALISI DELLA SITUAZIONE SOCIALE TOSCANA*, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Osservatorio Sociale Regionale, Firenze.

²⁵ “La previsione di un sistema di assicurazione pubblica, basata su versamenti obbligatori di contributi ha ... il vantaggio di socializzare il rischio e omogeneizzare il livello di tutela ottenibile. Il limite maggiore di questo canale di finanziamento è lo stesso che riguarda la soluzione dell'aumento del prelievo fiscale, perché, a meno di individuare una diversa platea di contribuenti, finisce per gravare ancora una volta sulla popolazione attiva. Tale sistema si scontra poi con il problema dell'equità generazionale, specialmente se organizzato sul modello a ripartizione, che prevede che le generazioni attive finanzino il bisogno degli inattivi.” S. Iommi e N. Sciclone, (2014), *LA SOSTENIBILITÀ DI UN MODELLO UNIVERSALE DI COPERTURA CONTRO IL RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA*, Irpet, Firenze, pag. 14.

esempio), far sì che essa rafforzi quella che tecnicamente viene chiamata la *public governance*²⁶, secondo la quale le pubbliche amministrazioni promuovono e gestiscono processi di coordinamento e di orientamento delle azioni tra gli attori operanti in settori più o meno circoscritti della società; ciò comporta che la cultura imprenditoriale propria che caratterizza la P.A.²⁷, nonché le competenze di gestione di processi negoziali aperti e stimolatori di auto-organizzazione e di interdipendenze virtuose – *brokeraggio sociale* – tra gli attori²⁸, siano messe a sistema in un’ottica di innovazione istituzionale.

VERSIONE 4.10.16

²⁶ “La diffusione del paradigma della *public governance* ha quindi favorito a livello internazionale e nel contesto italiano la creazione di reti pubbliche e miste, presenti in settori come sanità e politiche attive del lavoro, sviluppo ed economie locali, cultura, turismo e tempo libero e più recentemente il settore educativo. Queste reti sono spesso sorte per iniziativa di un “nodo” intelligente rappresentato dalla amministrazione locale (Comuni e Province) e dalle amministrazioni regionali.” M. Meneguzzo, *COMPETENZE MANAGERIALI ED IMPRENDITORIALITÀ SOCIALE PER IL GOVERNO DEI NETWORK PUBBLICI*, pag. 11, in M. Menguzzo e D. Cepiku (2008), *NETWORK PUBBLICI. STRATEGIA, STRUTTURA E GOVERNANCE*, McGraw-Hill, Milano.

²⁷ E. Borgonovi (2016), *DAL PASSATO AL FUTURO: LE CONOSCENZE CARATTERIZZANTI (BODY OF KNOWLEDGE) DEGLI STUDI AZIENDALI E DI MANAGEMENT E L’INNOVAZIONE DELLE TEORIE SUL SETTORE PUBBLICO*, lectio magistralis, Milano, Università Bocconi – 9 maggio 2016, http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/70e5296385f54bc5815e302c929dda2e/TESTO_Dal+passato+al+futuro+ultima+lezione.pdf?MOD=AJPERES.

²⁸ F. Longo, a cura di, (2016), *WELFARE FUTURO. SCENARI E STRATEGIE*, Egea, Milano, in particolare il cap. 6 scritto dallo stesso Longo.

I - EXECUTIVE ABSTRACT

Alla luce delle considerazioni appena riportate, al fine di rendere fruibile la lettura del rapporto alle diverse tipologie di interessati, vengono sinteticamente anticipate le conclusioni, rinviando al capitolo conclusivo per chi fosse interessato ad una analisi approfondita.

Dal punto di vista contenutistico esse sono strettamente interconnesse e reciprocamente inclusive, e possono dare vita, come poi vedremo, a percorsi diversificati.

La Figura 1 riassume graficamente le tre aree:

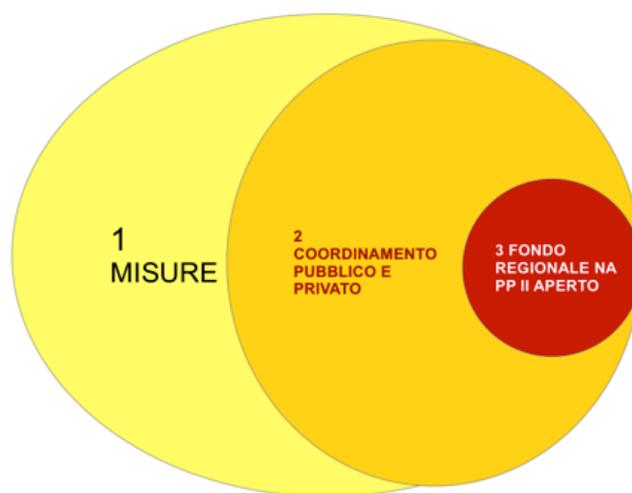


Figura 1

La proposta intende realizzare un programma:

- inseribile nella prossima stagione programmatoria regionale, a cominciare dalla sua coerenza con il Piano Regionale di Sviluppo recentemente approvato dalla Giunta Regionale²⁹, con particolare riferimento al prossimo Piano Integrato Regionale Sanitario e Sociale;

²⁹ Delibera di Giunta Regionale n. 567 del 14-06-2016, progetto regionale n. 20TUTELA DEI DIRITTI CIVILI E SOCIALI;abstract: “ 1. CONTESTO DI RIFERIMENTO In questo scenario interventi relativi alle forme di welfare integrativo (sanità integrativa e previdenza complementare) regolati da legislazione nazionale (in particolare Decreto 31 marzo 2008 e successive modificazioni) possono assumere la funzione di promuovere la “mutualizzazione” dei rischi più diffusi, rendendola effettivamente integrativa e non sostitutiva, finalizzata a politiche regionalizzate di governance pubblico/privata, valorizzandone la funzione e al contempo impegnando i soggetti del sistema al rispetto di regole in particolare di pubblicità e trasparenza.2. OBIETTIVI..... 6. Promuovere un approfondimento, inizialmente definito e circoscritto ad ambiti specifici, finalizzato a estendere le tutele, allargare la platea degli attori impegnati, assumere le comunità di appartenenza come riferimento, in una logica di coprogettazione e coproduzione delle risposte con gli stakeholder toscani.3. TIPOLOGIE DI INTERVENTO6. Promozione di welfare integrativo: - Aggregare le ingenti risorse “disperse” nella spesa privata complessiva; Organizzare la domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie nella direzione di ridurre /compensare le asimmetrie informative rispetto ad una offerta differenziata e plurale; Mutualizzare i rischi che portano a fenomeni di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche, soprattutto per le fasce sociali meno abbienti; Valorizzare il potenziale di capitale sociale insito nelle diverse forme di auto organizzazione, mutualità e solidarietà espressione della coesione del territorio; Costituire luoghi di partecipazione dei soggetti promotori delle innovazioni (Osservatori) e sperimentazione di modelli differenziati per aree geografiche..... 4. RISULTATI ATTESI E INDICATORI...Con riferimento all’obiettivo 6 Risultati attesi: Nell’ambito della spesa privata, ridurre l’incidenza della spesa out of pocket e aumentare quella dell’intermediata secondo logiche di mutualità e solidarietà, realizzandone la governabilità; Ridurre le asimmetrie informative e aumentare l’efficacia delle strategie di governo della domanda attraverso partnership pubblico privata con gli enti di intermediazione; Rendere più efficienti/efficaci gli enti di intermediazione; Indicatori: Numero di soggetti associativi e mutualistici (numero di cittadini affiliati) aderenti alla

- avente come priorità le non autosufficienze, e poi estendibile ad altre situazioni di bisogno e/o di prevenzione dei bisogni;
- di carattere regionale, da sviluppare con uno *step* intermedio attraverso una sperimentazione di area vasta;
- prototipale a livello nazionale, ovvero proponibile alla Conferenza delle Regioni e/o al Governo per una sperimentazione *anche per conto di* e/o per una successiva validazione e diffusione.

In particolare:

- 1) *prevedendo e deliberando un pacchetto di misure a sostegno della mutualizzazione della spesa privata out of pocket, attraverso il coinvolgimento attivo delle realtà di intermediazione della domanda operanti in Toscana* (sms, fondi aziendali, fondi contrattuali territorializzati, fondi previdenziali, ecc.):
 - basato sulla *certificazione di qualità/riconoscimento formale delle stesse*,
 - finalizzato alla *condivisione delle priorità di policy sanitaria e sociosanitaria* (in primis non autosufficienza, ma in prospettiva aperto anche ad altri bisogni/domande “extra LEA”);
 - tali misure possono riguardare:
 - la predisposizione di una strategia informativa pubblica, rivolta alla popolazione interessata, sulle opportunità e sulle condizioni di garanzia relative alle forme di intermediazione della spesa privata;
 - il supporto tecnico agli intermediatori operanti in Toscana, quando liberamente richiesto, al fine di migliorare la propria efficienza/efficacia nell’espletamento delle loro funzioni (dalla definizione del nomenclatore delle prestazioni garantite secondo target/priorità, alla costruzione di costi standard delle prestazioni convenzionate, ecc.);
 - la ricerca e sviluppo di soluzioni aderenti all’evoluzione normativa e dei fenomeni interessati (ad esempio, vista la crescente attenzione nazionale, il tema del welfare aziendale);
 - *l’accountability* degli enti intermediatori aderenti, sia nei confronti dei loro associati che dell’opinione pubblica e delle istituzioni pubbliche e private con cui interagiscono;
 - la defiscalizzazione regionale delle adesioni per la popolazione interessata;

- l'introduzione di forme di *voucherizzazione* che favoriscano l'adesione delle fasce deboli (area della deprivazione sociale, precariato lavorativo, giovani in ingresso nel mercato del lavoro, ecc.)
- la definizione e attuazione di forme di committenza nei confronti del Ssr e degli enti accreditati/convenzionati, anche alla luce della riorganizzazione in corso del servizio di prenotazione CUP regionale³⁰.

Tecnicamente, ognuna di queste misure può essere:

- contemplata tra le azioni da realizzare nel nuovo piano sociosanitario regionale;
- ovvero inquadrata in una delibera quadro della Giunta Regionale;
- ovvero ancora deliberata singolarmente a seconda della produzione normativa in corso.

2) *istituendo una forma di coordinamento stabile pubblico-privato sulle policy qui considerate*³¹; si immagina un *luogo* in cui i diversi *Stakeholders*, oltre che concordare quanto indicato nella linea 1), definiscano e implementino le scelte di policy condivise finalizzate allo *sviluppo del secondo pilastro regionale sociosanitario*, stabilendo le misure più adeguate a tale fine; si ipotizza, di fatto, la costituzione di una sede di coordinamento formale, operativamente collocata presso la Regione Toscana ovvero uno stakeholder disponibile che sia:

- strumentale alla realizzazione delle misure sopra indicate, in particolare, rispetto alla concertazione delle priorità di policy e ai conseguenti protocolli operativi di intervento e alla valutazione dei risultati (strumento coalizionale);

³⁰ Questione di natura sia organizzativa ma, proprio per questo, anche culturale e se vogliamo strategica. Il sistema pubblico, tranne per le prestazioni che prevedo i ticket – circa 5 miliardi se si considerano anche gli enti accreditati e convenzionati – e quelle in intramoenia, è marginale nella copertura della domanda finanziata privatamente, in particolare oop. Lo scenario, riassunto da Francesco Longo del Cergas Bocconi alla recente Assemblea Fiaso del 6.7.16, è quello in cui “*anche in sanità, come per Google, Amazon o TripAdvisor, è iniziata la competizione tra chi riuscirà a proporre una piattaforma capace di ricomporre l'offerta di servizi a misura di famiglie e pazienti. Ci stanno già provando farmacie, assicurazioni, cooperative di medici, siti web e privati in genere. E in questa competizione il Ssn resta il principale attore per dimensioni, strutture e risorse. Ma per la sua debole cultura del servizio rischia di retrocedere al rango di semplice produttore di servizi, lasciando agli altri il 'packaging' dell'ultimo miglio*», <http://www.sanita24.ilsolare.com/art/aziende-e-regioni/2016-07-06/assemblea-fiaso-ripa-meana-ssn-sotto-stress-non-basta-l-efficiamento-bisogna-assumere-decisioni-politiche-governare-processo-171106.php?uid=ADhxVwo&cmpid=nlqf>

³¹ Recentemente la Regione Piemonte ha deliberato e sottoscritto un Protocollo d'intesa per il biennio 2016/2017 con La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV), in associazione con la Società Mutua Pinerolese di Pinerolo, con la Società di Mutuo Soccorso del sociale Solidea di Torino e con il Consorzio Mutue Novara di Novara, finalizzato a: promuovere e diffondere presso gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e le ASL la conoscenza del mutualismo soprattutto quale integrazione dell'assistenza domiciliare per quei cittadini/utenti che si trovano in situazioni di fragilità sanitaria e non sono completamente in carico a detti enti; promuovere e diffondere presso i cittadini della Regione Piemonte la possibilità di usufruire di prestazioni mutualistiche modulate sugli effettivi bisogni; favorire l'intervento delle mutue sanitarie, in primo luogo attraverso delle sperimentazioni operative, nell'integrazione all'assistenza domiciliare nelle situazioni in cui è perlopiù presente una rete parentale o una condizione economica sufficiente che possa rendere possibile un rapporto con la mutua e siano individuati dagli Enti Gestori o dall'ASL di riferimento dei caratteri di necessità “di supporto” assistenziale che rischiano di degenerare se non accolti in tempo; mettere a disposizione uno strumento che garantisca a tutti i cittadini l'accesso a servizi socio sanitari a costi contenuti, tramite le mutue in modo da poter intervenire in tempi brevi in situazioni sociosanitarie impreviste (Deliberazione della Giunta Regionale 9 dicembre 2015, n. 24-2561).

- partecipato da Regione e Stakeholders formalmente aderenti (sussidiarietà circolare);
- dotato di autonomia operativa (semplificazione gestionale);
- con durata definita (forte caratterizzazione della *mission* ed eventuale coincidenza temporale con nuovo Pssir),
- incubatore di ulteriori soluzioni che i partecipanti riterranno necessarie.

3) *sperimentando, con start up su base di area vasta, un fondo regionale integrativo e aperto per le n.a.*³²; la sua conformazione si prevede plurima, ovvero che permetta, per la parte relativa alle non autosufficienti, sia l'adesione dei fondi integrativi incidenti in Toscana (ri-assicurazione), che l'adesione dei dipendenti pubblici regionali e degli ee.ll. toscani attraverso accordi contrattuali da approfondire³³, nonché l'adesione libera, individuale o collettiva (associativa), della popolazione interessata; in esso trovano concretizzazione:

- le molteplici istanze della recente *policy* sociosanitaria regionale³⁴;

³² Per un approfondimento giuridico complessivo si rimanda al capitolo conclusivo, per ora è sufficiente segnalare che la normativa base di riferimento è data dal Decreto del Ministero della salute 31/03/2008 *Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali* – cd Decreto Turco – e dal Decreto del Ministero della salute 27/10/2009 *Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale* – cd Decreto Sacconi.

³³ Sulla base della normativa esistente, la situazione del pubblico impiego appare alquanto controversa;

- il Decreto Legge 78 del 2010 sembra vietare, nei fatti, la possibilità di attivare soluzioni di questa natura; al contempo però, in forma di assicurazione collettiva, e non di fondi integrativi, alcune categorie godono di polizze sanitarie: i 2.347 dipendenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri; i 55.412 dipendenti delle agenzie fiscali; i 31.752 dipendenti del corpo dei Vigili del Fuoco; i 320.304 dipendenti dei Corpi di Polizia; i 817.304 dipendenti delle Forze Armate; i 10.348 dipendenti della Magistratura; i 48.634 dipendenti di enti pubblici non economici; i 20.861 dipendenti degli enti di ricerca; i 105.571 dipendenti delle università pubbliche; i 490.115 dipendenti delle regioni e autonomie locali; i 1.741 dipendenti delle autorità indipendenti; insieme ad altri 10.952 dipendenti di altri enti; risulta in altri termini che 8 regioni ordinarie e quelle a statuto speciale nonché 12 comuni capoluogo abbiano sottoscritto polizze di sanità integrativa, cfr. G. Labate (2015) *RUOLO E SVILUPPO DEI FONDI INTEGRATIVI PER LA RISPOSTA AI BISOGNI SANITARI ED ASSISTENZIALI E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE*, Roma, 15 settembre 2015, Ministero della Salute.
- un esempio particolare è poi quello del Fondo Perseo Sirio, fondo pensione complementare previsto dal contratto di lavoro, destinato a tutti i lavoratori dipendenti dei ministeri, delle regioni, delle autonomie locali e Sanità, degli EPNE, dell'ENAC, del CNEL, delle università e dei Centri di Ricerca e Sperimentazione, delle agenzie fiscali, i dirigenti ricompresi nelle Aree I, II, III, IV, VI, VII e VIII, dell'ENAC, del CNEL e tutti coloro richiamati nell'Accordo Istitutivo. Perseo Sirio raccoglie contributi, gestisce le risorse ed eroga le prestazioni. Tra queste, vi sono quelle previste nei Piani sanitari definiti con RBM Salute/Previmedical. I Piani sanitari sono di due tipi: base, con adesione automatica contestuale all'adesione a Perseo Sirio; integrativi, ad attivazione volontaria individuale on line.
- inoltre, la Legge di stabilità 2016 (Legge 208/2015, art. 1, commi da 182-189) e la decretazione prevista (Decreto Ministeriale 25 Marzo 2016), stabiliscono che non costituiscono reddito e quindi siano esenti sia dalla contribuzione INPS a carico dell'azienda sia dalla tassazione fiscale a carico del lavoratore, le prestazioni erogate anche dagli enti pubblici economici (ma non delle amministrazioni pubbliche), alla generalità dei dipendenti o a particolari categorie di dipendenti ed ai loro familiari, tramite voucher o pagamento diretto da parte dell'azienda/ente; le tipologie di prestazioni previste riguardano servizi per l'educazione ed istruzione, assistenza agli anziani e soggetti non autosufficienti, viaggi ricreativi, attività sportive, attività culturali, buoni pasto, altri beni e servizi per un valore massimo di 258,23 €; il costo del servizio offerto ai dipendenti è interamente deducibile dal reddito d'impresa se risultato di accordo contrattuale collettivo, oppure è deducibile nel limite del 5 per mille del costo del lavoro se erogato in modo volontario (Agenzia per le Entrate (2016) *PREMI DI RISULTATO E WELFARE AZIENDALE – ART.1 COMMI 182-190 LEGGE 28 DICEMBRE 2015 N.208 – LEGGE DI STABILITÀ 2016*, Circolare 28/E, Roma 15.6.2016).
- altro dato è l'accordo in corso di sottoscrizione per il rinnovo del contratto dei dipendenti della Regione Trentino Alto Adige e delle Province autonome di Trento e Bolzano;
- infine, il 5 aprile scorso è stata firmata un'intesa tra Governo e OO.SS. per il nuovo contratto collettivo nazionale del Pubblico Impiego, ambito questo in cui la materia del welfare integrativo sembra poter assumere, al pari di tutti gli altri CCNL, un ruolo non secondario.

³⁴ A titolo indicativo: gli obiettivi e le priorità del *Pissr 2012-2015* – organizzazione e intermediazione della domanda sociosanitaria, in parte considerevole oggi coperta dalla spesa privata delle famiglie (*out of pocket*) ovvero dal *caregiving* delle stesse (welfare informale); della *LRT 1.10.14 n.57 – Riconoscimento del ruolo sociale e culturale delle Società di mutuo soccorso e interventi a tutela del loro patrimonio* – artt: 1,c 2 lettera d, e art. 4,c1 lettere a,f,g;. la possibilità di sperimentare/implementare il *Pissr 2012 – 2015* per quanto riguarda il governo della domanda, con particolare riferimento a molteplici obiettivi generali, obiettivi specifici ed azioni, tra cui (riferimenti vari nel Pssir); quanto previsto dalla Lr 28 dicembre 2015, n. 84, *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005*, in particolare

- il crescente interesse, a livello istituzionale (regioni ed enti locali), di iniziativa privata non profit (parti sociali, fondi contrattuali, società di mutuo soccorso), ma anche dei *third party administrators* (i *service*, in genere collegati a compagnie di assicurazione, come possono essere Previmedical e Unisalute, dei fondi sanitari integrativi che non gestiscono direttamente la propria attività) di perseguire implementazioni territoriali/regionali delle forme integrative in campo sanitario e sociosanitario;
- gli orientamenti imprenditoriali³⁵ e sindacali³⁶ indicanti soluzioni territorializzate di sviluppo delle forme integrative;
- l'interesse dei fondi sanitari di cimentarsi sul/sui rischi legati alle non autosufficienze.

Questa ipotesi rappresenta una sfida importante e di assoluta attualità, che necessita di uno studio di fattibilità approfondito rispetto alle diverse variabili che intercorrono nella sua realizzazione:

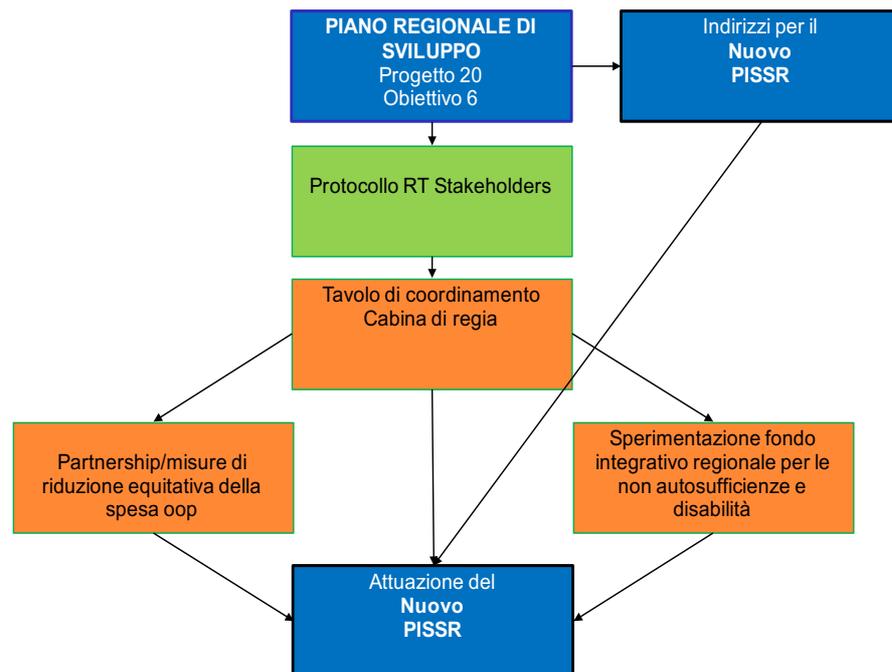
- da quelle relative alla capacità/possibilità dei fondi di riconfigurare, anche parzialmente, i propri piani assistenziali;
- all'incidenza dei costi di gestione;
- al tipo di prestazioni erogate (*cash* o *in kind*) e di servizi, anche complementari, da garantire; da evidenziare il *trade off* tra necessità di emersione del lavoro di cura irregolare e sostenibilità economica della sua regolarizzazione;
- al rapporto contrattuale con eventuali *third party administrators* e/o con i fornitori delle prestazioni garantite (in particolare la cooperazione sociale e/o assistenza familiare regolarizzata);
- alla composizione della platea degli aderenti e quindi del bilanciamento tra i diversi profili di rischio;
- nonché alla compresenza di adesioni a *capitalizzazione* e adesioni a *ripartizione*, ecc.

all'art. 32 (*Sperimentazioni gestionali con convenzione. Inserimento dell'articolo 34 bis nella L.r. 40/2005*); quanto stabilito dal PRS – Programma regionale di sviluppo 2016-2020 (*Schede progetto aggiornate il 15.3.2016-Punto 20*) in cui vengono indicate priorità rilevanti per il tema non autosufficienza; i risultati della sperimentazione nella area fiorentina del progetto Pronto Badante, nonché i primi dati della seconda sperimentazione a livello regionale dello stesso (*interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare su tutto il territorio regionale*) in particolare relativamente alla necessità di dare continuità a quanto positivamente messo a disposizione nella prima fase di assistenza.

³⁵ Dal punto di vista imprenditoriale il tema viene considerato da più punti di vista: a parte quello di un mercato che si apre per le aziende del settore, viene qui richiamato sul versante della *corporate social responsibility* (Osservatorio Socialis (2016), *L'IMPEGNO SOCIALE DELLE AZIENDE IN ITALIA. VII RAPPORTO DI INDAGINE 2016*, www.osservatoriosocialis.it/2016/06/22/vii-rapporto-csr-in-italia-numeri-da-record) e delle politiche del welfare aziendale (Welfare Index Pmi, (2016), *IL WELFARE AZIENDALE FA CRESCERE L'IMPRESA. RAPPORTO WELFARE INDEX PMI 2016*, www.welfareindexpmi.it).

³⁶ Da ultimo l'accordo nazionale CGIL, CISL, UIL del 14.1. 2016, dal titolo *UN MODERNO SISTEMA DI RELAZIONI INDUSTRIALI – PER UN MODELLO DI SVILUPPO FONDATA SULL'INNOVAZIONE E LA QUALITÀ DEL LAVORO*.

Le tre linee di intervento sopra indicate, come accennato, possono dare vita a soluzioni attuative diversificate. Da una parte possono essere considerate come fasi consequenziali qualora vengano assunte dentro un percorso temporale di medio periodo (vedi Figura 1); dall'altra come linee autonome/complementari, se affrontate contemporaneamente seppur in modo relativamente indipendente una dall'altra (Figura 2).



34

Figura 2

Sarà la Regione Toscana (e gli Stakeholder interessati) a definire quale di queste due opzioni si intenda privilegiare.

II - IL PARERE DEGLI STAKEHOLDERS (in collaborazione con Mauro Soli)

La ricerca, sia sul versante della impostazione che dell'analisi e della interpretazione dei risultati (vedi parti successive), nonché della definizione delle soluzioni da prospettare, si è avvalsa del confronto costante con gli *stakeholders* aderenti. Questo è avvenuto sostanzialmente attraverso quattro modalità:

- la messa a disposizione di materiale documentale via via prodotto,
- la discussione in tre seminari dei paper *work in progress*
- colloqui individuali per approfondimenti specifici relativi ad alcune esperienze di cui i singoli *stakeholders* sono portatori,
- un seminario di confronto con i ricercatori impegnati in progetti di ricerca risultati prossimi ai temi trattati in questa ricerca³⁷.

Le note che seguono possono essere considerate il resoconto di un intenso dialogo sviluppatosi in quasi 9 mesi di lavoro, nel quale sono confluiti anche i processi in atto all'interno delle singole organizzazioni rappresentate, direttamente o indirettamente coinvolte con le questioni qui trattate, in particolare su quella relativa alla territorializzazione/regionalizzazione delle forme di welfare integrativo.

Il welfare integrativo, vale la pena evidenziarlo, sta ottenendo una attenzione crescente al punto che rischia di assumere le caratteristiche di una vera e propria *retorica*. Anche per evitare di contribuire ad alimentare questo rischio, notevole è stato lo sforzo di confrontarsi con i dati disponibili, interrogandoli alla luce delle esperienze e inquadrandoli dentro un disegno che fosse coerente con le caratteristiche proprie del sistema regionale toscano di welfare e degli attori che lo agiscono e implementano con le loro scelte quotidiane³⁸.

La pluralità dei profili e dei punti di vista rappresentati nel gruppo degli *stakeholders* ha ovviamente caratterizzato le considerazioni che via via ognuno/a ha apportato.

Basti qui ricordare che erano presenti:

tre soggetti mutualistici (sms o associazione mutualistica) e un ente bilaterale territoriale, quali: Chianti Mutua, Monteriggioni (SI); Insieme Salute Toscana sms, Firenze; Mutua per la Maremma, Grosseto; Co.ge.f.i.s., Prato;

³⁷ Si può dire che *questa ricerca ha scoperto altre ricerche in corso*; da qui l'inizio di un tavolo di confronto con Irpet e Ires Cgil, con Cesvot, con la Scuola Sant'Anna di Pisa, con l'Osservatorio sociale regionale.

³⁸ Per un inquadramento sull'approccio, AA.VV. (2009), *L'INFORMAZIONE PRIMA DELL'INFORMAZIONE. CONOSCENZA E SCELTE PUBBLICHE*, La Rivista delle Politiche Sociali, numero 3, 2009, Ediesse, Roma, <http://www.ediesseonline.it/riviste/rps/l-informazione-prima-dell-informazione>.

due soggetti sindacali, uno dei lavoratori e uno delle imprese: Cisl Toscana, Firenze; Confindustria Toscana Sud, Grosseto;

due associazione di rappresentanza del mondo cooperativo e una degli enti locali: Confcooperative Toscana, Firenze; Legacoop Toscana, Firenze; Federsanità Anci Toscana, Firenze;

cinque centri di ricerca di diversa natura: Cesvot Toscana, Firenze; Iripet Toscana, Firenze; Ires Cgil Toscana, Firenze; Sssup Sant'Anna, Istituto Dirpolis, Pisa; Osservatorio sociale regionale, Firenze;

due enti strumentali, uno di natura camerale e uno espressione del ssr e degli enti locali territoriali: Coap-Cciaa, Grosseto; CoesoSds, Grosseto.

Di seguito riportiamo le schede sintetiche degli approfondimenti/interviste sviluppate con alcuni di essi.

VERSIONE 4.10.16

ANTONIO FUSI CHIANTI MUTUA	
QUADRO GENERALE	<p>Chianti Mutua è stata promossa e sostenuta da Chianti Banca, banca di credito cooperativo aderente a Confcooperative.</p> <p>Chianti Banca ha nella propria mission sia il compito di offrire prodotti bancari che quello di supportare i propri soci attraverso forme di mutualità. Tra le iniziative promosse vi è mutua, costituita come un'associazione riconosciuta dalla Regione Toscana.</p> <p>La mutua è pluricomparto, offre servizi sia di tipo sanitario che di tipo sociale (soprattutto nell'ambito del sostegno della famiglia). Chianti Mutua fa parte del Consorzio COMIPA. Sono circa 40 i soggetti mutualistici in Italia espressione di banche di credito cooperativo e coordinate dal consorzio nazionale. Il consorzio svolge la funzione di <i>service</i> per il supporto tecnico ed organizzativo. Mutua Salus a cui Chianti Mutua aderisce, fornisce le coperture sanitarie integrative.</p> <p>I soci di Chianti Mutua sono circa 7000 e con i familiari gli associati arrivano a circa 9000 persone.</p>
LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI- PRESTAZIONI OFFERTE	<p>A fronte di un contributo che va da 22 fino a 46 € annui agli associati vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi di emergenza (Carta mutua Salus) in Italia e all'estero • consulenza e servizio medico • diaria in caso di ricovero • rimborsi parziali per visite, diagnostica ed interventi di fisioterapia • servizi di sostegno per i nuovi nati, contributi per i libri scolastici, occhiali da vista ecc. <p>Perseguendo anche obbiettivi che attengono più in generale alla qualità della vita le prestazioni sanitarie vengono integrate con attività mirate alla prevenzione (ad esempio in campo dermatologico). Un'attenzione particolare viene posta alla comunicazione e ad organizzare servizi prossimali.</p>
ATTESE E PROSPETTIVE DENTRO UN SISTEMA PUBBLICO-PRIVATO DI TIPO INTEGRATO	<p>RISPETTO ALLA SPESA PRIVATA NON INTERMEDIATA COME VI STATE MUOVENDO?</p> <p>Attualmente Chianti Banca ha circa 65.000 clienti con quasi 16.000 soci. Sta per incorporare le BCC di Pistoia e di Prato e ciò comporterà un bacino di quasi 100.000 clienti di cui 20/25 mila potenziali soci. La prospettiva è quella di aumentare significativamente la platea degli aderenti.</p>
	<p>COSA DOVREBBE FARE LA REGIONE RISPETTO AD UNA STRATEGIA DI CARATTERE GENERALE?</p> <p>In un sistema multi attore come quello attuale la Regione dovrebbe assumere la funzione di coordinamento, comunicazione, controllo e regolazione del sistema stesso. Il ruolo prioritario potrebbe essere quello di promuovere e sostenere dal punto di vista informativo/promozionale il processo di allargamento della base sociale del sistema mutualistico, con una comunicazione sociale mirata. Altre ipotesi sono poco praticabili perché confusive e difficilmente sostenibili dal punto di vista economico.</p>
IPOTESI DI LAVORO POSSIBILI	<p>Le forme di collaborazione possibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'acquisto di prestazioni dal sistema pubblico • la possibilità di integrarsi con il sistema di prenotazioni CUP, attraverso modalità specifiche • la definizione di costi standard per alcune prestazioni • il supporto per l'analisi della domanda

GABRIELLA PAPPONI MORELLI MUTUA PER LA MAREMMA	
QUADRO GENERALE	<p>La Mutua per la Maremma è un'associazione mutualistica senza fini di lucro. Nata per volontà della Banca della Maremma nell'aprile 2014 per consolidare quei tradizionali principi ispiratori di mutualità e solidarietà che contraddistinguono l'azione delle banche di credito cooperativo.</p> <p>Dal 4 dicembre 2015 è iscritta al numero 194 del Registro Prefettizio delle Persone Giuridiche. Essendo relativamente giovane l'associazione attualmente conta solo 550 soci.</p> <p>La Mutua per la Maremma, è un'associazione plurisetto che si propone di operare a favore dei soci e dei loro familiari con specifica attenzione al settore sociale, sanitario, assistenziale, educativo e ricreativo. La gestione della Mutua per la Maremma è basata essenzialmente sul volontariato dei Consiglieri e dei soci disponibili e viene curata totalmente presso la propria sede con la collaborazione e il sostegno finanziario della Banca della Maremma. Tutte le decisioni e gli interventi operativi vengono stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, composto da undici membri più tre componenti il Collegio Sindacale, tutti durano in carica tre anni.</p> <p>Aderisce al COMIPA (Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza), che è un consorzio cooperativo con sede a Roma che raccoglie le mutue private su tutto il territorio nazionale aderenti a Confcooperative.</p> <p>Il COMIPA emette a favore dei soci delle proprie consorziate la CARTA MUTUASALUS® con la quale si può accedere ad una vasta gamma di servizi e prestazioni.</p>

LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI-PRESTAZIONI OFFERTE	<p>Attraverso la CARTA MUTUASALUS® è possibile usufruire dei servizi sanitari di base della rete mutualistica del COMIPA, comprendenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accesso alla rete di strutture sanitarie convenzionate del COMIPA; • servizi di pronto intervento medico; • sostegno in situazioni di emergenza; • servizio informazioni e prenotazioni; • consulenza telefonica medica e specialistica; • soggiorni convenzionati di turismo termale e turismo salute. 	
ATTESE E PROSPETTIVE DENTRO UN SISTEMA PUBBLICO-PRIVATO DI TIPO INTEGRATO	<p>COSA DOVREBBE FARE LA REGIONE RISPETTO AD UNA STRATEGIA DI CARATTERE GENERALE</p>	<p>Si concorda su un ruolo regionale di promozione e sostegno del sistema mutualistico. Un sostegno giocato sia sul versante informativo e sia su un ruolo di regolazione favorendo la trasparenza nell'azione di tutti i soggetti .</p>
CLAUDIA FIASCHI CONFCOOPERATIVE		
QUADRO GENERALE	<p>L'interesse da parte di Concooperative sul sistema mutualistico nasce a partire dall'esigenza di comprendere come gestire al meglio (dal punto di vista sociale ed associativo) tutto il potenziale inutilizzato dei fondi legati alla contrattazione collettiva. In particolare, si è iniziato a ragionare di sanità integrativa durante l'ultimo rinnovo del CCNL delle cooperative sociali 2010-2012. Essendo questo un settore ad alta intensità occupazionale, con un potenziale molto alto di accantonamento di risorse da parte dei lavoratori, ci è sembrato opportuno pensare a come smobilizzare queste risorse che altrimenti avrebbero prodotto ben poco in termini di vantaggio di salute per i lavoratori stessi.</p> <p>Partendo da questa esigenza ed appoggiandosi alla Mutua Trentina, già iscritta all'anagrafe dei Fondi sanitari e con una struttura operativa in grado di gestire un numero di posizioni rilevanti, si è fatto un accordo per trasformarla in uno strumento nazionale, rivedendone la governance, la capienza in termini patrimoniali e individuando un soggetto (Blue Assistance) che garantisse l'erogazione su tutto il territorio nazionale di prestazioni socio-sanitarie di un certo livello.</p> <p>Ciò ha consentito di prendere in carico, da subito, le posizioni delle cooperative sociali e procedere, via via, ad un allargamento anche ad altri fondi contrattuali (multiservizi; metalmeccanico cooperativo; logistica, trasporto, spedizioni; distribuzione cooperativa; commercio).</p> <p>Si tratta ancora solo di sanità integrativa, sia pure estesa anche ai familiari dei lavoratori.</p> <p>La fase 2 del progetto prevede una configurazione, su base regionale, della mutua nazionale che possa lavorare anche sulla contrattazione facoltativa e consentire di raggiungere livelli di copertura molto più alti con spese aggiuntive relativamente modeste rispetto alle quote base previste dalla copertura obbligatoria.</p> <p>In Toscana si può pensare di partire già da subito con la fase 2 del progetto (già attiva in Trentino e in Emilia).</p> <p>Questo disegno potrebbe intersecare il tema del riassetto della sanità regionale affiancando al SSR un pilastro di welfare mutualistico, se ci saranno le condizioni e le volontà politiche per realizzarlo insieme e se si comprenderà fino in fondo l'opportunità e la necessità di dar vita ad una proposta mutualistica che riguardi sia le adesioni collettive di origine contrattuale, sia e soprattutto le adesioni di natura volontaria, con particolare riferimento alla dimensione collettiva.</p>	
LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI-PRESTAZIONI OFFERTE	<p>Attualmente le prestazioni sono, prevalentemente, del tipo sanità integrativa che si estende anche ai familiari degli associati. I mutuiati a livello nazionale (cooperazione salute) sono circa 107.000 nazionale (oltre 7000 nella sola Toscana). I mutuiati delle BCC in Toscana sono circa 20.000</p>	
ATTESE E PROSPETTIVE DENTRO UN SISTEMA PUBBLICO-PRIVATO DI TIPO INTEGRATO	<p>RISPETTO ALLA SPESA PRIVATA NON INTERMEDIATA COME VI STATE MUOVENDO</p>	<p>Nella fase 2 del progetto, le prestazioni che si potranno erogare non saranno solo di tipo sanitario, anche sulla scorta dell'esperienza delle BCC che puntano molto alla fidelizzazione della propria base sociale. Si può infatti pensare di allargare il raggio di azione a prestazioni che si muovono anche sul versante della prevenzione, del tempo libero, del supporto allo studio, ecc. (vocazione più generalista).</p>
	<p>COSA DOVREBBE FARE LA REGIONE RISPETTO AD UNA STRATEGIA DI CARATTERE GENERALE</p>	<p>Il ruolo della Regione potrebbe essere quello di sostenere il processo di mutualizzazione dei cittadini toscani. Quest'azione potrebbe essere sostenuta, ad es., attraverso voucher (limitatamente alla fase di start up) che coprano in parte il costo annuale di associazione alla mutua. La Regione invece dovrebbe, a nostro parere, ritagliarsi un ruolo di governance negoziando la gamma di servizi offerti ai cittadini con l'importo messo a disposizione e il tipo di network di offerta socio-sanitaria a cui i cittadini accedono. "Vincolare il voucher verso mutue che accettino una governance pubblica dell'accreditamento dell'offerta socio sanitaria". Il voucher diventa non solo lo strumento per favorire la mutualizzazione dei cittadini toscani, ma anche lo strumento attraverso cui si può pensare di avviare processi di trasparenza e di governance dell'offerta mista pubblico/privata.</p>
IPOTESI DI LAVORO	<p>Un'ipotesi di lavoro potrebbe essere la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avviare una fase di start up con voucher per favorire l'estensione del sistema mutualistico su base regionale; - individuare gli interventi prioritari da garantire ai cittadini mutuiati; - prevedere un processo di accreditamento per individuare gli organismi (mutue) disponibili a garantire trasparenza e governance pubblica nei confronti dei soggetti erogatori di prestazioni. 	

**ELEONORA VANNI
LEGACOOP SOCIALI**

<p>QUADRO GENERALE</p>	<p>Il sistema mutualistico di Lega Coop è stato coinvolto in maniera importante nel momento in cui si è attivata la sanità integrativa per le cooperative sociali in occasione dell'ultimo rinnovo del CCNL. La mancata soluzione nell'ambito della trattativa nazionale, nella individuazione di un Fondo nazionale a cui fare riferimento, ha portato a scelte diverse nell'ambito delle diverse regioni. In Toscana ci si è rivolti a un soggetto già esistente la sms Insieme Salute Toscana che è iscritta all'Anagrafe nazionale dei fondi e quindi formalmente può anche assolvere alla funzione di fondo contrattuale. La natura di società di mutuo soccorso per finalità e mission si sposa perfettamente con le caratteristiche proprie della cooperazione sociali. Insieme Salute Toscana (IST) è una mutua ad adesione volontaria che può assolvere anche all'obbligo contrattuale e su cui si sono iniziate ad appoggiare via via varie realtà toscane a partire dalle realtà cooperative più "consistenti".</p> <p>Dunque il nostro panorama di riferimento è costituito dal rafforzamento di una mutua in grado di garantire anche le attività integrative sanitarie e socio sanitarie, di aggregare la domanda ad adesione volontaria e di condividere e promuovere progetti integrati di sistema.</p> <p>La strategia sul piano nazionale è quella di giungere ad un coordinamento tra i diversi soggetti mutualistici che pure hanno già strumenti di aggregazione.</p>	
<p>LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI- PRESTAZIONI OFFERTE</p>	<p>IST articola la propria attività in primo luogo sul versante sanitario con piani di salute individualizzati, in convenzione con una serie di soggetti presenti sul territorio.</p> <p>Con l'introduzione dell'obbligo delle prestazioni anche di tipo socio sanitario e odontoiatrico, i piani sono stati allargati anche su tali versanti.</p> <p>Le prestazioni di alta specializzazione sono state diminuite (anche perché il servizio pubblico toscano è in grado di offrire servizi di eccellenza) e, parallelamente, si è avuto un allargamento di prestazioni di sanità leggera. Inoltre sono state introdotte (più recentemente) una serie di prestazioni che prevedono anche la restituzione parziale della spesa per ticket soprattutto a beneficio delle fasce più deboli; questo a dimostrazione della volontà di integrazione con il sistema pubblico. Parallelamente si è aperto un confronto con le realtà cooperative per capire soprattutto sulla <i>long term care</i> quali prestazioni possono essere offerte e integrate nei piani.</p>	
<p>ATTESE E PROSPETTIVE DENTRO UN SISTEMA PUBBLICO-PRIVATO DI TIPO INTEGRATO</p>	<p>RISPETTO ALLA SPESA PRIVATA NON INTERMEDIATA CON QUALI STRATEGIE PENSATE DI INTERVENIRE</p>	<p>Analisi e verifica dei bisogni e organizzazione imprenditoriale per articolare risposte che siano compatibili con le strategie complessive.</p> <p>Nella consapevolezza che le singole imprese, sia pur di dimensioni medie grandi, non sono in grado di produrre soluzioni di carattere più generale, l'ipotesi è quella di un approccio di sistema.</p> <p>Dall'aggregare soggetti più simili (coop. sociali- mutue- coop. di MMG-abitare sociale) si è passati a valutare l'ipotesi di coinvolgere altri soggetti di Lega (consumatori), su progetti più specifici per aumentare la massa critica di risorse che si rendono necessarie per i progetti stessi.</p> <p>Parallelamente si intende effettuare un'analisi approfondita a livello regionale su quali possano essere le aree scoperte e le diverse necessità.</p>
	<p>COSA DOVREBBE FARE LA REGIONE RISPETTO AD UNA STRATEGIA DI CARATTERE GENERALE</p>	<p>Il primo livello è senz'altro quello della garanzia di un percorso partecipato ampio e trasparente, con una definizione di ambiti netti (togliere di mezzo l'idea della <i>conquista di nuove praterie</i>).</p> <p>Una cornice di contesto chiara (sul versante programmatico) è senz'altro il primo elemento che la Regione dovrebbe garantire.</p> <p>Il secondo elemento da tener presente è che rispetto alle fasce più vulnerabili e deboli il sistema mutualistico non sarà in grado di produrre risorse tali da garantire anche esse. Anche con l'apporto del volontariato, laddove questo sia possibile, le risorse risulteranno senz'altro inferiori ai fabbisogni.</p> <p>Il sistema pubblico dovrebbe porsi tale problematica: l'ottica di sistema integrato per il pubblico potrebbe rappresentare una scelta tale da consentire un intervento a sostegno delle fasce meno tutelate.</p>

<p>IPOTESI DI LAVORO</p>	<p>Soggetto unico o soggetto multi attore?</p> <p>Meglio sarebbe riconoscere la possibilità al sistema di essere popolato da soggetti diversi tutti con la stessa titolarità a patto della condivisione di strategie di fondo.</p> <p>Più che un soggetto unico, "l'ipotesi più praticabile" potrebbe essere quella di un sistema multi attore con una governance forte.</p> <p>In tale ottica le politiche che possono rafforzare i soggetti intermediatori, possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • governance di sistema con regia pubblica • leva fiscale; • incentivi in un quadro di sistema di accreditamento dei soggetti intermediatori; • trasparenza e costi standard • sistema sanitario regionale interfacciato e funzionale anche ai percorsi di prestazioni integrative • sistema integrato sul versante socio-sanitario (perché è lì che il settore no profit riesce ad avere le tariffe più vantaggiose) • sistema che riconosce e sostiene i soggetti più deboli (magari con un ISEE specifica) • definizione di priorità sulle prestazioni da garantire. <p>In sintesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorità rispetto alle prestazioni; • Selettività rispetto al sostegno; • Benchmark dei costi standard; • Trasparenza rispetto ai soci; • Campagna comunicativa. <p>Tener presente che il sistema tariffario delle prestazioni riconosciute al privato convenzionato tiene conto anche dei tempi di pagamento che vengono di fatto addebitati. Il costo del lavoro è relativamente più basso per un'offerta professionale meno rigida. Il non profit riesce a tenere tariffe più basse perché i margini di utile sono ridotti al minimo.</p>
--------------------------	--

<p>GENERALE</p>	<p>Siamo una società di mutuo soccorso sanitaria senza scopo di lucro. La nostra missione è quella di perseguire l'interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà attraverso l'erogazione di servizi socio-sanitari esclusivamente in favore dei Soci, dei loro familiari e dei dipendenti delle aziende, così come prevede la legge cui facciamo riferimento (n° 3818/1886 e successive modificazioni apportate con D.L. 179 art. 23 del 18/10/2012). Operiamo ispirandoci ai nostri valori fondanti, che sono la solidarietà, la mutualità, la partecipazione, la trasparenza. Fondamentale è per noi il rispetto della dignità della persona umana. Il Socio è sempre al centro della nostra politica societaria, poiché il Socio è la nostra maggiore ricchezza.</p> <p>Viviamo una stagione particolare in quanto non vi è nessun contratto collettivo che non parli di sistema integrativo, in Toscana però di vere mutue integrative ne esiste solo una che è la nostra.</p> <p>L'evoluzione del governo del sistema mutualistico porterà ad una riorganizzazione del sistema stesso a livello territoriale: molte mutue che oggi non sono sanitarie attraverso la "mutualità mediata" dovranno aggregarsi.</p> <p>Insieme salute Toscana svolge una funzione importante di regolazione della domanda (tetto delle prestazioni rimborsate, prevenzione ecc.)</p> <p>Gli iscritti di Insieme Salute al momento sono 12.471 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 860 Soci che hanno espresso volontariamente il rapporto associativo, • 4406 legati ad aziende e cooperative che non sono coop. sociali e • 7475 facenti riferimento alle cooperative sociali. <p>Gli uomini sono 5325, le donne 7416.</p> <p>Adesioni per fasce d'età :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-28 anni 1.265 - 29-38 anni 4.024 - 39-49 anni 5.183 - 50-65 anni 1.074 - over 66 anni 925 <p>Adesioni per province:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Firenze 4246 - Arezzo 539 - Siena 737 - Lucca 463 - Pisa 1913 - Pistoia 644 - Massa 138 - Prato 555 - Grosseto 918 - Livorno 1773 - Altro 545
<p>LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI-PRESTAZIONI OFFERTE</p>	<p>Il primo e più importante obiettivo che abbiamo raggiunto, ancora oggi prioritario, è quello di essere riusciti ad elevare il più possibile, giorno dopo giorno, il grado di soddisfazione degli associati, offrendo loro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni di qualità a costi contenuti, competitivi e convenienti; • puntuale pagamento dei rimborsi richiesti; • un importante centro di ascolto per recepire dagli stessi le loro esigenze e le loro aspettative, e renderle risposte concrete, efficaci e innovative. <p>Sul versante della sanità integrativa si garantiscono tre diverse modalità di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prima riguarda le coperture sanitarie rivolte alle singole persone ed ai loro familiari che esprimono il rapporto associativo come volontà individuale; • la seconda è quella che inerisce pacchetti di prestazioni e servizi rivolti a gruppi di lavoratori della stessa azienda o della stessa categoria professionale che esprimono il rapporto associativo come volontà collettiva non contrattualizzata; • la terza con prestazioni e servizi rivolti a tutti i dipendenti di un'azienda che esprimono il rapporto associativo come volontà mediata da una contrattazione aziendale interna o da un regolamento interno. In questo caso i contributi finalizzati a copertura economica di tipo sanitario vengono versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore direttamente alla Società di Mutuo Soccorso, che diventa soggetto istitutivo del fondo e gestore del fondo stesso. <p>Per rendere operativa la gestione di quanto sopra, Insieme Salute si è iscritta, secondo quanto disposto dalla normativa vigente, all'Anagrafe Nazionale dei Fondi Sanitari Integrativi presso il Ministero della Salute.</p>
<p>ATTESE E PROSPETTIVE DENTRO UN SISTEMA PUBBLICO-PRIVATO DI TIPO INTEGRATO</p>	<p>COSA DOVREBBE FARE LA REGIONE RISPETTO AD UNA STRATEGIA DI CARATTERE GENERALE</p> <p>L'alleanza tra intermediatori (mutue e fondi) e SSR potrebbe svilupparsi sull'idea che occorrerebbe ridurre i rischi di impoverimento di chi non ha nessuna forma di protezione derivata da intermediazione.</p> <p>Una possibile area di collegamento tra le prestazioni delle mutue e l'erogazione di servizi da parte del SSR, può riguardare soprattutto le aree sulle quali il sistema pubblico fa una certa fatica a garantire le prestazioni e che oggi costituiscono le maggiore criticità del sistema di welfare regionale, ovvero gli interventi per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni ospedaliere e/o per assicurare n sistema adeguato di assistenza domiciliare per la non autosufficienza.</p>
<p>CGIL CISL UIL</p>	

Provincia di Prato

Quali sono le opportunità di un potenziamento della attuale copertura integrativa collettiva sociosanitaria, finalizzato alla riduzione della spesa out of pocket e ai conseguenti rischi di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche della popolazione toscana?

Un potenziamento della copertura integrativa collettiva dovrebbe porsi i seguenti obiettivi di carattere generale:

Incremento, in termini di intermediazione, della spesa privata out of pocket da parte dei Fondi Integrativi. In specifico, i FSI, intermediano poco (circa il 10% dei quasi 35 miliardi di euro spesi dai cittadini di "tasca propria" per curarsi) e male (pagano in gran parte prestazioni sostitutive di quelle offerte dal sistema pubblico);

Copertura di prestazioni non garantite, costose o con lunghe liste di attesa: esempi sono la non autosufficienza e le cure odontoiatriche; Fondi collettivi integrativi ed inclusivi (in un sistema di welfare pubblico sostanzialmente di tipo occupazionale) potrebbero offrire vantaggi ai cittadini (oggi lasciati alla mercé dell'offerta) in termini di spesa e di risposta ai bisogni di salute.

Dal suo punto di vista, come considera l'ipotesi di una funzione regionale tesa a regolamentare e ad orientare il settore toscano della intermediazione ("accreditamento") in modo che sostenga la funzione universale del welfare socio sanitario pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure?

L'ipotesi di una funzione regionale di carattere regolativo dell'intermediazione, potrebbe rappresentare una soluzione interessante stante la possibilità di esercitare un ruolo di ricomposizione dell'esistente sistema di welfare integrativo (più volte sostitutivo di quello pubblico), proliferato negli ultimi anni, indirizzandolo verso una efficacia territoriale, e nello stesso tempo, in una logica di reale co-partecipazione e co-vigilanza pubblica, rappresentare l'ulteriore livello di salvaguardia delle risorse e qualità delle prestazioni offerte.

Come vede l'idea di attivare percorsi di committenza al SSR della spesa integrativa intermedia, (aumentare la competitività dell'offerta pubblica in un mercato privato da regolare)?

L'idea, in linea teorica, va nella direzione giusta e risulta condivisibile in quanto una tale ipotesi potrebbe determinare un'iniezione di risorse in un sistema pubblico che sta subendo da anni un definanziamento coatto, tuttavia immaginando una costruzione progettuale con un forte tratto innovativo, e pertanto necessariamente sperimentale, l'eventuale realizzazione e messa in opera richiederebbe un consenso ampio e reiterati momenti di verifica e valutazione tra i soggetti di rappresentanza e la componente pubblica .

Giudicherebbe utile un supporto tecnico (service) alle realtà di intermediazione della domanda (sms, fondi aziendali, fondi contrattuali territorializzati, ecc. operanti in Toscana) al fine di favorire la mutualizzazione della spesa privata out of pocket?

Più che utile parrebbe necessario, a condizione che in termini di governo e controllo del service (di carattere no profit) si possano replicare le migliori esperienze maturate sui Fondi Pensione Integrativi di emanazione contrattuale.

Come considera la proposta di un fondo integrativo regionale per la non autosufficienza rivolto ai dipendenti regionali e a quelli degli EE.LL. (un fondo aperto anche ad altre realtà che volessero aderire)?

La proposta così come enunciata non ci consente particolari valutazioni di merito, ma naturalmente si tratterebbe di approfondire per capire bene; il fondo andrebbe comunque pensato verificando ex ante la sostenibilità generale e le modalità di finanziamento, inoltre trattandosi di una sperimentazione nell'ambito di prestazioni integrative entro un perimetro strutturale regionale, come peraltro nel caso delle altre ipotesi già sopra formulate, dovrebbe avere un indirizzo generale chiaro rispetto agli obiettivi dati e sviluppare, in relazione al possibile campo d'applicazione e alla sua natura funzionale, azioni fortemente caratterizzate sul piano dell'inclusività e dell'universalità.

Rossella Bugiani Cisl Toscana

Quali sono le opportunità di un potenziamento della attuale copertura integrativa collettiva sociosanitaria, finalizzato alla riduzione della spesa out of pocket e ai conseguenti rischi di rinuncia, impoverimento e spese catastrofiche della popolazione toscana?

Il rilancio della bilateralità e del mutualismo, la ricerca di nuovi strumenti in grado di offrire risposte soddisfacenti a tutti, non solo può offrire delle opportunità, ma per la Cisl Toscana rappresenta un tema non più eludibile. Nella piattaforma presentata alla nuova Giunta della Regione Toscana nel 2015, la Cisl in merito ha ribadito la necessità di un nuovo orientamento della policy regionale che dall'attuale universalismo finanziato con la fiscalità generale e da una quota rilevante di out of pocket passi ad un universalismo finanziato e gestito in modo plurale, capace di ampliare la copertura dei bisogni e di trasformare la spesa privata in risorsa mutualistica, attraverso una diversa governance delle politiche per la salute. In questa direzione, è giunto il momento di cominciare ad ipotizzare l'istituzione di un fondo regionale, con la regia della Regione e con un coinvolgimento più fattivo degli attori espressione del mondo del lavoro e della società civile organizzata.

Dal suo punto di vista, come considera l'ipotesi di una funzione regionale tesa a regolamentare e ad orientare il settore toscano della intermediazione ("accreditamento") in modo che sostenga la funzione universale del welfare socio sanitario pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure?

Questa funzione è implicita nell'attribuzione di una regia alla Regione Toscana nell'ipotesi dell'istituzione di un fondo regionale. Per regolamentare e orientare è essenziale sviluppare una funzione regionale ad hoc. Tuttavia, è essenziale che la Regione non agisca da sola in questa direzione, ma che si preveda il coinvolgimento di altri soggetti, in particolare degli attori espressione del mondo del lavoro e della società civile organizzata, attraverso meccanismi e percorsi chiari e definiti.

Come vede l'idea di attivare percorsi di committenza al SSR della spesa integrativa intermediata, (aumentare la competitività dell'offerta pubblica in un mercato privato da regolare)?

Questo punto mi sembra un po' in contrasto con quanto stiamo sostenendo nelle nostre piattaforme con la Regione. La linea che abbiamo portato avanti negli ultimi tempi è quella di "convenzionare" alcuni servizi presso il privato e il privato sociale, perché sono spesso più competitivi rispetto ai costi del pubblico e vengono forniti in tempi più brevi, lasciando che l'offerta pubblica si specializzi sui servizi più complessi. In una realtà come quella Toscana, dove alcuni servizi offerti dal privato e dal privato sociale sono di alta qualità, forse non è necessario aumentare la competitività dell'offerta pubblica, ma occorre preservarne la qualità.

Giudicherebbe utile un supporto tecnico (service) alle realtà di intermediazione della domanda (sms, fondi aziendali, fondi contrattuali territorializzati, ecc. operanti in Toscana) al fine di favorire la mutualizzazione della spesa privata out of pocket?

Forse potrebbe risultare necessario.

Come considera la proposta di un fondo integrativo regionale per la non autosufficienza rivolto ai dipendenti regionali e a quelli degli EE.LL. (un fondo aperto anche ad altre realtà che volessero aderire)?

Difficile rispondere. Potrebbe essere una sperimentazione interessante, in linea con altre esperienze sperimentate altrove da enti pubblici. E potrebbe essere un laboratorio per valutare punti di forza e di debolezza di un possibile fondo aperto. Certo sarebbe indispensabile il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali dei pubblici dipendenti.

WORKSHOP PROGETTI DI RICERCA IN AMBITO REGIONALE REPORT WORKSHOP

Partecipanti: Campedelli e Rossi (Sant'Anna), Ghellini e Neri (Un Siena), Bemì (Cesvot), Lomi (RT);
Assenti per contemporaneità di altri impegni: Soli (RT), Sciclone (Irpel), Giovagnoli (Ires), Fisichella (Unisi).

Il workshop ha permesso di mettere in comune lo stato di avanzamento delle diverse attività di ricerca, individuando lì dove possibile e utile, alcune sinergie e scambi.

Oltre a quella qui presentata, l'indagine Irpet con il supporto di Ires Cgil sull'incidenza dei fondi contrattuali tra i lavoratori toscani e sulle relative coperture; lo studio promosso dal Cesvot sulla legislazione regionale in tema di società di mutuo soccorso; la ricerca socio-giuridica della Scuola Sant'Anna sulla spesa per le non autosufficienze e sulle forme di welfare integrativo in alcuni paesi comunitari; il progetto di ricerca sul mutualismo nella zona grossetana promosso dalla Fondazione Il Sole insieme a Coeso Sds.

Alla luce di questo confronto sono inoltre emerse quattro linee di confronto/sviluppo per il suo prosieguo, da approfondire e concordare con la stessa Regione Toscana:

- monitoraggio della spesa sanitaria e sociosanitaria privata regionale;
- costruzione di una anagrafe e stima dell'incidenza (coperture, economie, ecc.) delle forme integrative operanti in Toscana;
- approfondimento degli aspetti giuridici legati all'implementazione delle l.r 57/14 e più in generale alla stesura di un testo unico del Terzo settore regionale, conseguente alla riforma nazionale del Terzo settore;
- sperimentazione di un fondo regionale integrativo per le n.a. regionale.

Concludendo

Le schede riportate permettono di esplicitare sensibilità e posizioni di alcuni degli attori partecipanti al progetto o comunque incontrati durante la realizzazione dello stesso. Esse sono da considerare, alla luce del percorso di ascolto che ha caratterizzato fortemente lo stesso, un tassello aggiuntivo alle tappe già indicate, ovvero non hanno alcuna pretesa di rappresentatività e neppure di scientificità rispetto alla pluralità delle posizioni presenti. Ci aiutano, al contempo, a focalizzare alcuni punti di convergenza, divergenza e integrazione della ipotesi progettuale e pertanto vengono sintetizzate come promemoria per la lettura delle parti successive del rapporto, in particolare della parte conclusiva con la proposta progettuale.

A tal fine sintetizziamo attorno a quattro temi, oggetto delle interviste semistrutturate, quanto ci hanno detto (alcuni de) gli stakeholders coinvolti.

Condivisione della necessità di una policy regionale. Da punti di vista e preoccupazioni diverse, espressione ovviamente dei diversi interessi rappresentati, tutti i Nostri condividono la necessità di “regionalizzare” lo sviluppo della sanità (e sociosanitario) integrativa, ovvero di immaginare che il cosiddetto *secondo pilastro* possa trovare nell’attuale assetto di *governance* multilivello delle politiche di welfare una sua affettiva attuazione anche a livello regionale. Grande attenzione deve essere rivolta alla riduzione dei rischi di impoverimento di chi non ha, per le prestazioni extra LEA, coperture integrative. Così come alla ricomposizione virtuosa delle diverse risorse oggi presenti nella risposta a bisogni rilevanti di salute e benessere. Vista la novità di questo approccio, una policy regionale di questo tipo dovrebbe essere assunta come sperimentazione partecipata con gli attori del mondo del lavoro e della società civile organizzata di tutto il sistema regionale, ovvero di tutti gli attori che condividono tali esigenze e che si riconoscono nei principi dell’inclusione/coesione sociale e dell’universalismo.

Ruolo della Regione. La Regione dovrebbe assumere un ruolo promozionale e di garanzia che, a seconda del punto di vista degli intervistati, contempli tutte o in parte le seguenti funzioni:

- coordinamento, comunicazione, controllo e regolazione degli attori del sistema stesso attraverso modalità di partecipazione responsabile degli attori interessati;
- sostegno, dal punto di vista dell’informazione e della comunicazione, l’allargamento delle basi associative del sistema mutualistico, contrattuale o volontario;
- assicurazione della trasparenza, garanzia e qualità a tutela dei cittadini, sviluppando percorsi assimilabili a quelli dell’accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari;
- supporto dei cittadini, più bisognosi o meno consapevoli, ad aderire alle diverse forme di sistema mutualistico, anche attraverso forme di sostegno economico sia diretto (voucher) che indiretto (defiscalizzazione);
- integrazione da intendersi come corretta complementarietà tra coperture pubbliche e private, nel quadro della programmazione regionale specifica e generale e sulle cosiddette “aree a maggiore rischio di scopertura” della offerta pubblica;
- committenza specifica per alcune aree di prestazioni dei fondi integrativi presenti nei confronti del Ssr;
- sviluppo della offerta pluralistica convenzionata/accreditata non profit.

Linee di intervento. Le funzioni qui riassunte si declinano in molteplici linee di intervento:

- *governance* di sistema con regia pubblica;
- definizione di priorità sulle prestazioni da garantire;
- incentivi in un quadro di sistema di accreditamento dei soggetti;
- intermediatori; utilizzo leva fiscale; avviamento/start up utilizzo voucher per favorire l'estensione del sistema mutualistico su base regionale;
- definizione di costi standard nomenclatore prestazioni;
- trasparenza nella gestione; accreditamento organismi disponibili a garantire trasparenza e *governance* pubblica nei confronti dei soggetti erogatori di prestazioni;
- interfacciamento con il sistema sanitario regionale, funzionale anche ai percorsi di prestazioni integrative; acquisto di prestazioni dal sistema pubblico e possibilità di integrarsi con il sistema di prenotazioni CUP, attraverso modalità specifiche;
- integrazione sul versante socio-sanitario con i produttori non profit;
- riconoscimento e sostegno dei i soggetti più deboli.

Condizioni di implementazione. La realizzazione di tali linee di intervento si dovrebbe basare su tre presupposti metodologici:

- l'approccio sperimentale, ovvero con obiettivi definiti sulle conoscenze della situazione della popolazione, monitorabili e valutabili;
- la sostenibilità del modello, con particolare attenzione all'ottimizzazione dei costi di gestione e all'eliminazione di ogni forma di inefficienza;
- la valorizzazione delle esperienze positive già maturate in altri contesti o per altre finalità (previdenza complementare).