

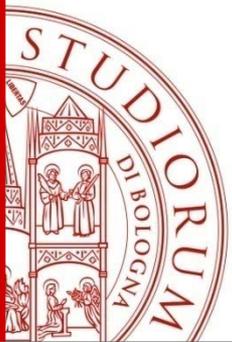
Condizioni economiche per il successo delle SMS in ambito sanitario

Il ruolo della mutualità integrativa in uno Stato Sociale che cambia

Matteo Lippi Bruni e Cristina Ugolini

*Dipartimento di Scienze Economiche
Università di Bologna*

Milano, 25 settembre 2013

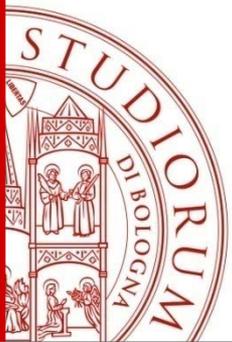


Lo Stato interviene ...

Nel tardo Ottocento l'introduzione di un imponente intervento pubblico (**Welfare State o Stato sociale**) assunse un ruolo complementare ai tradizionali meccanismi di solidarietà familiare ed ampliò massicciamente quegli interventi di solidarietà fino ad allora svolti da organizzazioni religiose o società mutualistiche.

La differenziazione tra i modelli adottati nei diversi paesi è precoce e segue tre direzioni:

1. un intervento di **assistenza pubblica residuale** in cui lo Stato interviene temporaneamente *ex-post* – con interventi minimali e senza riconoscere futuri diritti di esigibilità - (modello *liberale*);
2. un intervento **meritocratico-occupazionale** nel quale l'assicurazione verso particolari rischi si basa sull'appartenenza ad alcune categorie professionali (modello *corporativo*);
3. un intervento **istituzionale-redistributivo** che risponde a logiche universalistiche e riconosce il diritto dei cittadini al supporto pubblico sulla base del principio del bisogno (modello *socialdemocratico*)



Le ragioni dell'eterogeneità

La letteratura economica evidenzia almeno tre principali spiegazioni dell'eterogeneità dei sistemi di welfare occidentali:

1) il ruolo delle caratteristiche economiche

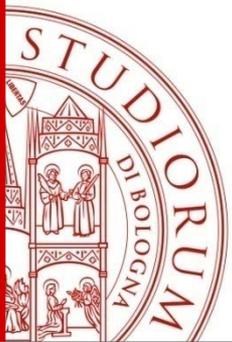
distribuzione, la varianza e la volatilità del reddito; il costo sociale del sistema fiscale; le aspettative di variazione del reddito futuro, ecc.

2) ruolo delle istituzioni politiche, dei sistemi elettorali e giudiziari

un sistema maggioritario il politico abbia l'interesse a soddisfare la propria constituency, invece in un sistema proporzionale ogni voto conta come un altro e quindi i politici tendono a promettere servizi pubblici in senso ampio, dando vita a programmi universali più ampi che favoriscono diversi gruppi sociali.

3) grado di credibilità delle istituzioni, fiducia nello Stato, senso di responsabilità dei cittadini

contributi recenti arrivano ad attribuire a questi fattori fino al 90% delle differenze nei livelli di spesa per la protezione sociale tra paesi (Alesina, Angeletos, 2005; Algan, Cahuc e Sangnier, 2011).



Lo Stato sociale entra in crisi ...

Mutamenti anagrafici e settoriali:

aumento speranza media di vita attesa e patologie croniche, diminuzione natalità, crescita costi tecnologici

trasformazione del nucleo familiare: bassi tassi di fertilità, crisi modello *male breadwinner*, maggiore instabilità dei nuclei

evoluzione dei rapporti di lavoro:

terziarizzazione, flessibilizzazione dei rapporti di lavoro, crescente frammentarietà

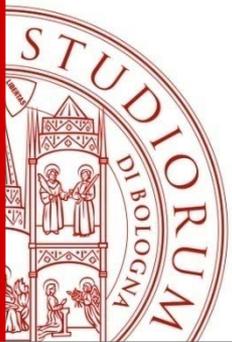
Globalizzazione: mobilità internazionale beni e fattori, riorganizzazione processi produttivi, minore autonomia fiscale stati nazionali.

La crisi dello stato sociale è ritenuta “entropica” (Bosi, 2010), strutturale e non congiunturale.

Draghi (2012): «Il vecchio modello sociale europeo è morto»

Le riforme attuate sono per lo più non strutturali, spesso aumentano la frammentazione dei sistemi di sicurezza sociale europei, trascurando nuove situazioni di rischio (non autosufficienza e povertà tra i minori).

Esigenza di un complessivo riadattamento dei sistemi di welfare, con una maggiore individualizzazione delle forme e delle responsabilità di protezione, a scapito delle misure di protezione collettiva.



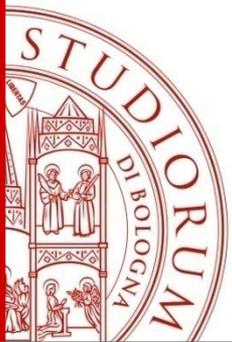
Diverse proposte ...

Approccio dell' « *investimento sociale* » (Giddens,1998): *ECONOMIA DELLA CONOSCENZA*:

lo Stato deve svolgere una funzione preventiva (politiche attive) e deve occuparsi di promuovere la formazione di capitale umano (ricerca, istruzione, formazione) e di capitale sociale (organizzazioni della società civile). L'approccio si basa sulla convinzione che l'intervento statale deve essere finalizzato a rimuovere le inefficienze del mercato e mirare a massimizzare il benessere collettivo, misurato attraverso la crescita del Pil.

L'approccio dello «sviluppo umano» (Sen, Nussbaum): il benessere degli individui non si misura solo attraverso le variabili economiche ma assume una connotazione più multidimensionale e qualitativa.

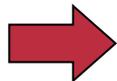
L'approccio delle capacità è convincente ma non ha ancora chiaramente delineato un elenco preciso di politiche pubbliche che siano in grado di attuare operativamente questa nuova visione dello Stato. Si rafforza l'esigenza di un nuovo approccio di regolamentazione ed intervento soprattutto nel campo dei servizi di cura (alla persona o servizi di qualità sociale), caratterizzati da importanti legami di relazionalità, dove lo Stato deve recuperare il ruolo dei soggetti in grado di aiutarlo ad accrescere il senso di responsabilità, fiducia e reciprocità.



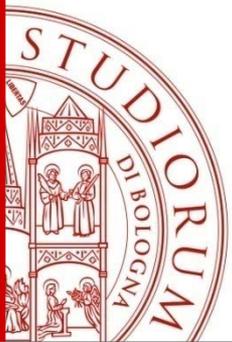
Creare responsabilità e fiducia ...

recuperando il legame tra il contesto economico in cui lo Stato sociale è chiamato ad operare e fattori sociali come la cultura, il senso di responsabilità e di reciprocità diffuso tra i cittadini, il grado di fiducia e di credibilità delle istituzioni pubbliche, in modo che **questo legame definisca il punto di partenza all'interno del quale possono rinnovarsi e differenziarsi i sistemi di protezione sociale.**

La **fiducia** gioca un ruolo importante nello spiegare la domanda di interventi qualificati, anche dopo aver controllato per tutti i fattori che la letteratura ha ritenuto finora importanti.



In molti paesi europei un incremento della spesa pubblica verso i principali programmi sociali non migliora necessariamente la loro qualità percepita se non sono accompagnati da un aumento della credibilità delle istituzioni che lo promuovono. Ne consegue che una priorità delle riforme politiche nei paesi dell'Europa continentale (Italia per prima) dovrebbe essere quella di aumentare il grado di fiducia complessiva dei cittadini e la trasparenza delle istituzioni piuttosto che trovare solo risorse per espandere i programmi sociali.



Verso un diverso welfare...

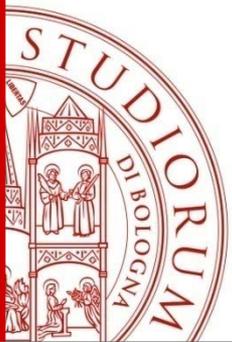
Dal 2007 i sistemi di welfare esistenti hanno contribuito a sostenere il reddito delle famiglie ma la loro capacità di tenuta di fronte al protrarsi della crisi economica è debole, soprattutto dove un'economia non robusta si coniuga con un welfare fragile o frammentario.

Le nuove proposte dell'investimento sociale e delle capacità chiedono di abbandonare un modello di intervento pubblico centralizzato (*welfare state*) per sperimentare forme diverse di:

WELFARE SOCIETY

Dopo aver costruito un imponente sistema di protezione sociale quasi esclusivamente a carattere pubblico, si inverte ora la direzione del processo avviato a fine Ottocento.

Viene superata l'univoca relazione tra sistema pubblico e stato sociale: oltre al pubblico, anche i privati (singoli individui, famiglie o altre organizzazioni formali come le Mutue) svolgono un ruolo importante a livello allocativo e redistributivo, integrando o sostituendosi all'intervento pubblico che può agevolarne e incentivarne lo sviluppo.



Due esempi di Welfare society

Welfare mix

Spostamento della produzione ed erogazione dei servizi pubblici verso il mercato privato, senza ridurre le responsabilità pubbliche ma potenziando l'attività di regolamentazione e di **committenza** da parte di Stato ed enti locali.

Gli enti pubblici conservano il monopolio della committenza, pur rinunciando, in tutto o in parte, al monopolio della gestione dei servizi.

Nella effettiva erogazione dei servizi si avvalgono della collaborazione e del concorso dei soggetti del Terzo settore, ma questi **devono intervenire ex post**, cioè nella fase della implementazione delle decisioni prese a livello politico.

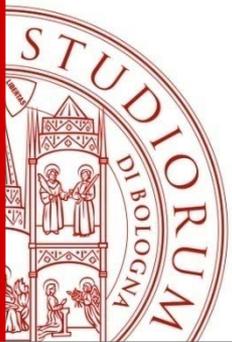
Welfare plurale

Verso un maggiore coinvolgimento della società civile

A questi soggetti lo Stato attribuisce un ruolo di collaboratori attivi anche nel processo di programmazione degli interventi e nella adozione delle conseguenti scelte strategiche.



Questo presuppone che la società civile si organizzi in maniera adeguata per trovare il modo di contribuire a definire l'offerta ma anche AD ORIENTARE LA DOMANDA



Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa

E' in particolare **DAL LATO DELLA DOMANDA** che il nuovo sistema sociale è chiamato a rinnovarsi con forza per fare in modo che la strutturazione dell'offerta avvenga a partire dall'espressione della domanda.

Nella costruzione di un welfare basato su **FORME PARTECIPATE DI INNOVAZIONE SOCIALE**, ovvero composta da relazioni sociali, forme di collaborazione, fiducia, coinvolgimento diretto dei beneficiari, le Mutue debbono responsabilizzare maggiormente gli stessi cittadini, favorendo l'aggregazione di una domanda consapevole ed informata rispetto alle problematiche in ambito sanitario e socio-sanitario.

Per raggiungere con efficacia i propri obiettivi necessitano:

- di un cambiamento culturale, a partire da un ripensamento dei concetti di innovazione, imprenditorialità, coesione sociale e sostenibilità per acquisire una maggiore consapevolezza del proprio ruolo
- di essere in grado di valorizzare il loro valore aggiunto, soprattutto in chiave **SOCIALE** **ISTITUZIONALE**

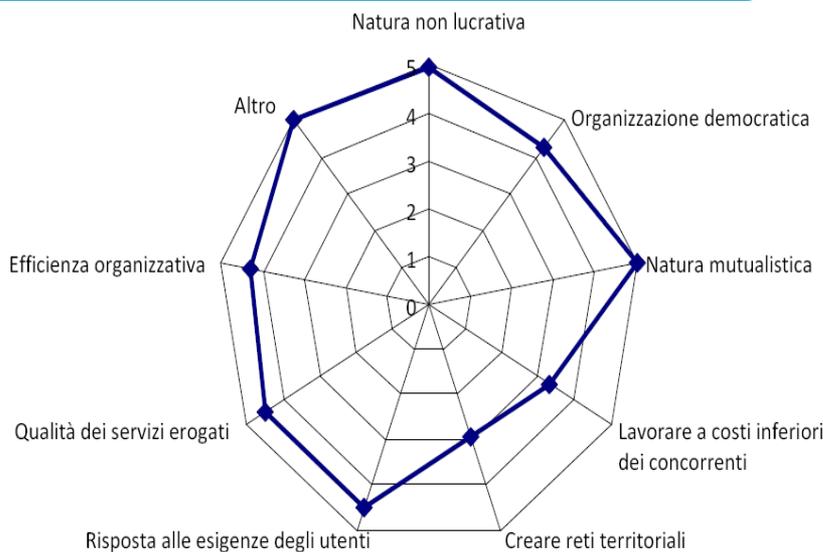
soprattutto nella prospettiva dei propri soci e dell'esterno.



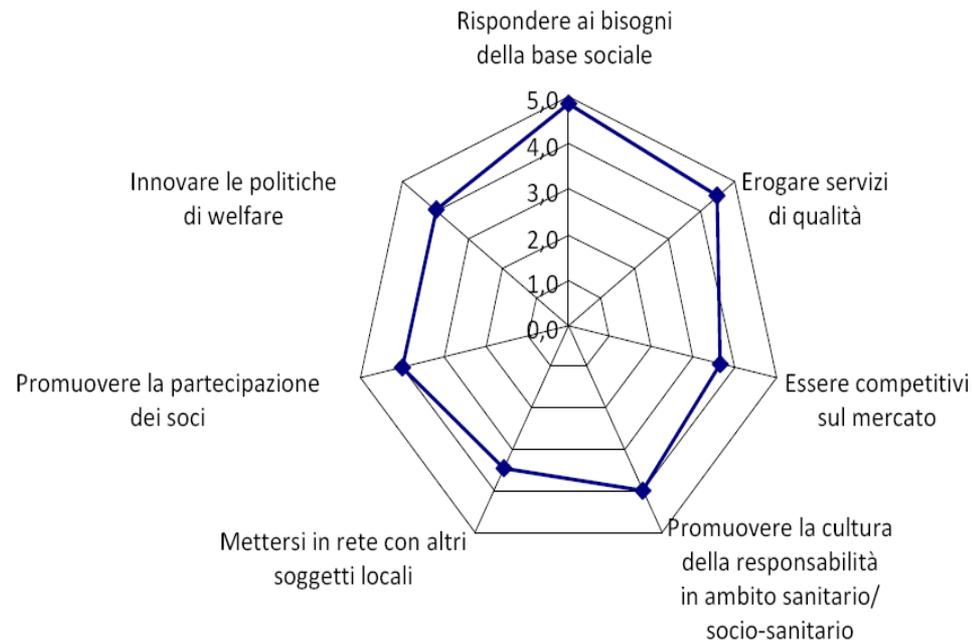
Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa: CULTURALE

diffusione dei **principi mutualistici** quale obiettivo strettamente connesso con *mission*, **origine** e **identità**.

Fattori identitari



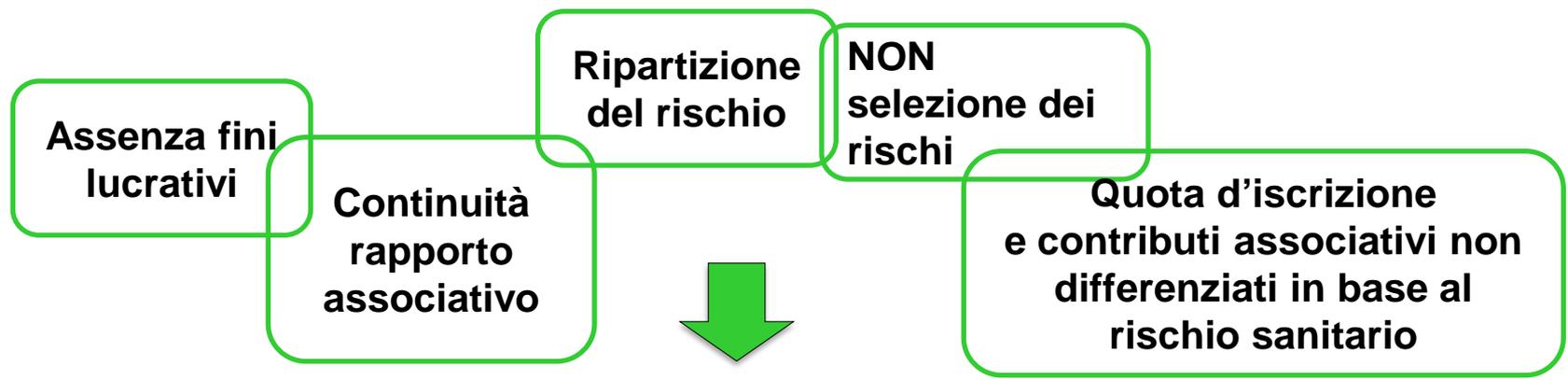
Fattori determinanti la *mission*





Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa: ECONOMICO

capacità di coniugare criteri di performance economica ed integrazione sociale, nello specifico derivante dall'azione dal lato della domanda di copertura sanitaria e sociosanitaria *out-of-pocket* (spesa privata).



capacità di generare
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
ma anche COMPORAMENTI RESPONSABILI



Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa: **SOCIALE**

apporto in termini di produzione di **beni relazionali**, misurato attraverso:

- a) grado di *democraticità e partecipazione*;
- b) grado di *relazionalità interna*.

a) **democraticità e partecipazione alla governance**

ancora basso il tasso medio di partecipazione all'assemblea dei soci

b) **Relazionalità interna: personale**

rilevanza della **componente femminile** impiego significativo di **volontari** (totalità del personale impiegato in 2 mutue, oltre l'80% in altre 6 soggetti)

il 40% delle mutue sanitarie integrative analizzate svolge un'*attività di formazione specifica su temi identitari*



Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa: ISTITUZIONALE

azione orientata alla realizzazione di servizi di **utilità pubblica** e svolta insieme alle altre istituzioni pubbliche (**sussidiarietà orizzontale**) o private che operano per tale fine → generazione di **INNOVAZIONE SOCIALE**

Relazionalità esterna (capacità di contattare ed interagire con gli *stakeholders*)

DA POTENZIARE

Relazionalità esterna.
Rapporti con il mondo cooperativo

Relazionalità esterna. Rapporti per progettazione con il Terzo settore

Con altre SMS	No	20%	Con fondazioni di origine bancaria	No	88%
	Saltuario	10%		Saltuario	13%
	Continuativo	70%		Continuativo	0%
	<i>Totale</i>	<i>100%</i>		<i>Totale</i>	<i>100%</i>
Con org.ni di rappresentanza e coordinamento	No	22%	Con altre fondazioni	No	75%
	Saltuario	0%		Saltuario	13%
	Continuativo	78%		Continuativo	13%
	<i>Totale</i>	<i>100%</i>		<i>Totale</i>	<i>100%</i>
Con ass.ni di volontariato	No	44%	Con cooperative sociali	No	22%
	Saltuario	44%		Saltuario	44%
	Continuativo	11%		Continuativo	33%
	<i>Totale</i>	<i>100%</i>		<i>Totale</i>	<i>100%</i>

- 2008 - protocollo d'intesa tra FIMIV e Legacoopsociali
- 2009 - avvio progetto comune Coop Liguria e Mutua "Cesare Pozzo" 2010 - nascono FederazioneSanità (Confcooperative) e Legacoop Salute (Legacoop)
- 2011 - progetto sperimentale "Salute Socio Coop" di Consorzio Mu.Sa. e Coop Italia
- " - sottoscrizione Coop. Soc. Itaca (PN) di un Fondo Sanitario Integrativo gestito da Mutua "Cesare Pozzo"
- " - rinnovo C.C.N.L. della cooperazione sociale → art. 86 "Obbligo assistenza sanitaria integrativa"
- 2012 - realizzazione *Sanicoop* (all'interno di Legacoop Salute)

Il valore aggiunto della Mutualità Sanitaria Integrativa

VALORE AGGIUNTO

**SALUTE COME BENE
RELAZIONALE**

Lo **stato sociale** si trova a dover gestire un'elevata **complessità sociale e istituzionale**.

In questo scenario, le Mutue devono impegnarsi attivamente, allargando i propri confini sia rispetto alle attività erogate che rispetto alla platea di soggetti coinvolti.

TERZO SETTORE
Mutue Sanitarie Integrative e
Cooperative Sociali + Cooperative

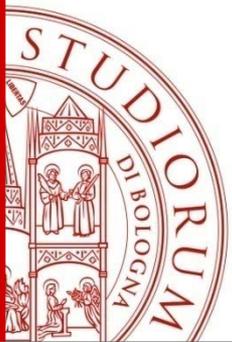
L'indagine ha evidenziato alcune criticità che sarà necessario superare ma ha anche messo in luce la forte carica identitaria che anima queste organizzazioni.

Ripartizione dei rischi che prescinde da fenomeni di selezione, dimensione relazionale al centro dell'azione sociale ed economica.

STATO
(Sistema Sanitario Nazionale, Enti locali)

**VALORE
DELLE
RELAZIONI**

MERCATO
(Assicurazioni for-profit ramo salute)



La mutualità integrativa oggi

L'obiettivo da perseguire è diventare con più forza **ORGANIZZATORE E COLLETTORE DELLA DOMANDA**, consentendo ad essa di strutturarsi e ad organizzarsi per acquisire maggiore forza e rispondere così ai crescenti bisogni di tutela della popolazione, in una logica multipilastro.

In questo si contribuisce al rinnovamento del sistema di protezione sociale nella direzione di un **welfare plurale** in cui il **terzo settore** svolge un **RUOLO ATTIVO NELLA CREAZIONE DI FIDUCIA**, senso di responsabilità e di reciprocità di cui oggi il nostro sistema paese ha più che mai bisogno.

Lo scopo ultimo è riaffermare con vigore un principio che muove la mutualità fin dalle sue origini:



PRODURRE “VALORI” e non semplicemente beni o servizi.

Contribuire a creare “FIDUCIA” in un sistema sociale che cambia