

AUDIZIONE DEL 9 APRILE 2019

*Camera dei Deputati
XII Commissione Affari Sociali*

NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La **Confederazione Cooperative Italiane, Confcooperative**, è la principale organizzazione di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo e delle imprese sociali italiane per numero di imprese (19.000), persone occupate (528.000) e fatturato realizzato (66 miliardi di euro di fatturato). I soci rappresentati sono oltre 3.300.000.

In ragione della funzione sociale che la Costituzione italiana (art. 45) riconosce alla cooperazione, Confcooperative ne promuove lo sviluppo, la crescita e la diffusione.

Confcooperative Sanità è la Federazione Nazionale di Confcooperative di rappresentanza, tutela e promozione delle Cooperative di Medici, Farmacisti, delle altre cooperative operanti nell'ambito della sanità, delle società di mutuo soccorso e delle imprese sociali di settore.

Confcooperative Sanità associa 373 enti. I soci delle cooperative sono quasi 140mila. Nel complesso l'indotto occupazionale generato dalle imprese aderenti supera le 25.000 unità. Il giro d'affari aggregato, realizzato dalle imprese aderenti, ammonta a oltre 10,5 miliardi di Euro.

1. Lo scenario di riferimento

Il terreno di coltura in cui è germogliato ed è cresciuto il bisogno sociale di forme assistenziali “integrative” dell’offerta pubblica è quello del dibattito sulla garanzia della tutela universale e globale della salute divenuta missione istituzionale del Servizio sanitario nazionale. Un valore politico in sé che, dopo quaranta anni di vita, è solidamente incardinato nella coscienza sociale del Paese. Tutti vogliono un sistema sanitario universale ed equo, anche se il suo attuale impianto mostra da tempo evidenti segni di crisi di governo e di gestione che rischia di diventare crisi generale dei valori.

Il punto è come mantenerlo o, forse e a ben vedere, come conquistarlo visto che i valori dell’universalismo e dell’uguaglianza non sono mai stati veramente all’altezza delle attese.

Sta di fatto che il sistema **non è in grado di offrire tutele assistenziali all’altezza di una domanda che ed è in espansione e cambia nei contenuti**. Sospinti da potenti fattori demografici (crescente invecchiamento della popolazione¹), tecnologici (sviluppo di nuove frontiere della medicina), epidemiologici², economici (recessione, impoverimento e limitatezza delle risorse finanziarie) e socio-politici (modificazione della classi sociali, crisi della famiglia, crescita delle fragilità), i bisogni dei cittadini non trovano risposte adeguate nelle tutele messe in campo dal sistema pubblico.

Ma, non da meno, il problema sta anche nel fatto che in oltre quattro decenni di storia **il nostro SSN non ha mai realizzato l’assistenza nel territorio**, puntando invece sull’ospedalità e sulla cura delle acuzie, da cui non si è mai emancipato. Per anni ci siamo cullati in questo modello, nonostante le sue distorsioni fossero note. Ora è invece evidente che ci troviamo di fronte ad una crisi del SSN, che, sotto i colpi della cronicità dilagante e a situazioni di non autosufficienza e di disabilità diffuse, è fortemente a rischio. Si prenda a titolo esemplificativo il dato relativo all’assistenza domiciliare integrata, prestazione garantita sulla carta dai LEA: **a fronte di un fabbisogno stimato di 870.000 (6%**

¹ Gli italiani invecchiano “molto”; in termini di aspettativa di vita dopo i 65 anni sono tra i primi in Europa, ma con 20,6 anni di “non salute” finali. Va detto, infatti, che non invecchiano bene. Dopo i 65 sono poco meno di 8 gli anni vissuti in buona salute, tra gli ultimi nel continente, a fronte degli svedesi che, seppur con un’aspettativa di vita leggermente inferiore, si godono 16 anni di buona salute.

² Il 45% degli italiani ultrasessantacinquenni soffre, infatti, di una patologia cronica grave, ma la cronicità è un fenomeno pervasivo, che non si limita alle sole fasce anziane della popolazione. Tutt’altro, basti pensare che quasi il 18% degli over 15 italiani è afflitto da una cronicità grave

popolazione anziani), gli anziani assistiti in ADI nel nostro Paese sono 433 mila. Non basta, i casi trattati ricevono in media 17 ore di prestazione sanitaria (12 ore prestazioni infermieristiche, 3 ore di prestazioni riabilitative, 2 ore OSS).

Evidenziamo inoltre come le politiche nazionali e regionali in questo delicatissimo settore del welfare sono da tempo focalizzate sulla riduzione dell'impegno finanziario dello Stato³, **senza intervenire con la necessaria efficacia sulla vischiosità del suo impianto istituzionale, organizzativo e gestionale** e non sono in grado di contrastare il progressivo allargamento della forbice tra le attese dei cittadini e l'offerta dei servizi. Il problema quindi, ed i dati lo testimoniano, non è solo una questione di quantità, **piuttosto di qualità della spesa**. Su 26 miliardi di spesa sociale per la Long Term Care nel 2016, una quota irrisoria è andata in servizi, 588 milioni di spesa pubblica. Invece 23 miliardi di spesa pubblica è stata invece destinata a trasferimenti monetari. Si consideri poi che **11 miliardi è invece la spesa privata (ufficiale) per servizi di badantato**. Ma

Come noto, il sistema ha visto un decremento considerevole della forza lavoro negli ultimi anni (dal 2010 al 2014 -40.000 unità), che corre il rischio di diventare, nei prossimi anni, una vera e propria emorragia, considerata l'età media del personale (50,6 anni). **L'offerta di servizi ospedalieri si è poi ridotta drasticamente (10 milioni di giornate di degenza in meno) senza, e qui sta il nodo del problema, che a tale arretramento corrispondesse lo sviluppo di un a tale arretramento corrispondesse lo sviluppo di un sistema capillare ed integrato di assistenza nel territorio.**

Nel frattempo le liste di attesa crescono: 20-27 giorni in più nel giro di tre anni (2014-2017).

Il SSN lascia così ampi spazi di bisogno insoddisfatti, soprattutto rispetto a coloro che hanno necessità assistenziali prolungate nel tempo⁴.

Ciò spinge il cittadino a mettere mano alle proprie risorse per acquistare sul mercato le prestazioni ed i servizi che il sistema pubblico non riesce a soddisfare, pagandoli direttamente o affidandosi alla intermediazione di organizzazioni mutuo-assicurative alle

³ Possiamo riassumere in pochi dati il risultato delle politiche di contenimento della spesa del SSN. La spesa sanitaria complessiva (pubblica più privata) assorbe l'8,9 per cento del PIL (circa 140 miliardi di euro) posizionando l'Italia al poco lusinghiero 20° posto della graduatoria europea. Il finanziamento pubblico, pari al 6,6 per cento del PIL copre il 76 per cento della spesa sanitaria complessiva, il restante 24 per cento (stiamo parlando di oltre 30 miliardi) è spesa privata.

⁴ Ciò è testimoniato, a titolo esemplificativo, dai posti letto in residenze sanitario-assistenziali, che vede il dato italiano (19,2 PL ogni 1000 over 65) al di sotto degli altri Paesi comparabili, nonché della media OCSE (49,7 PL).

quali aderisce. Il tutto con buona pace dei principi dell'universalismo, della globalità e della solidarietà dell'assistenza, che pure rimangono scritti sulle tavole della legge e che si dichiara di voler garantire. Questo stato di crisi latente è reso oggi più acuto dalla recessione e più drammatico per le fasce più deboli della popolazione (anziani e disabili⁵). **Le previsioni ECOFIN ci dicono che entro il 2050 la copertura assistenziale pubblica dovrà progressivamente scendere dall'attuale 75% al 50% e che lascerà al finanziamento privato il restante 50%.**

Alla fine della storia, quindi, vivremo tutti cronici e scontenti? No, a patto di avere la volontà di "cambiare canale".

A nostro parere infatti, sono ormai maturi i tempi per un patto virtuoso tra operatori, politica, parti sociali e cittadini volto ad un ripensamento profondo del nostro modello di assistenza sanitaria. La cooperazione già silenziosamente e quotidianamente lavora nel territorio, cura nelle proprie case i paziente, offre servizi di qualità, e collabora, sussidiandolo, con il sistema pubblico. Parliamo di cooperative di medici, di farmacisti, di professionisti della salute attivi nell'assistenza sociosanitaria ad anziani, disabili, minori, pazienti psichiatrici, malati terminali.

2. Il tormentato cammino della trasformazione multi-polare del sistema

Per noi, anche alla luce dalle esperienze emergenti in vari paesi dell'Europa, la strategia dovrebbe puntare all'attualizzazione della "**sussidiarietà**", **intesa non come anti-statalismo, ma come affiancamento dell'azione pubblica, alla valorizzazione dell'iniziativa delle formazioni della società civile, alla garanzia della loro "autonomia"**, intesa come riconoscimento dell'autogoverno, delle organizzazioni associate all'affermazione della "**responsabilità**", intesa come capacità di tutti gli attori di rispondere del risultato.

Si propone in questo senso il passaggio dal circuito "cittadino che dipende e pretende" a quello del "cittadino che conosce-decide-controlla" (**empowerment del cittadino**).

⁵ Si consideri, per di più, che il 30% dei 4,5 milioni di disabili di cui parlano le statistiche vive solo, con punte di oltre il 42% tra i disabili over 75. A fronte di ciò, i posti letto per anziani non autosufficienti in strutture residenziali sono appena 250mila. Un fabbisogno inadeguato, la cui situazione è destinata a peggiorare nei prossimi anni, con un ritmo stimato di 8.000 nuovi posti letto necessari ogni anno.

Nonostante molte resistenze, alcune risposte sono andate affermandosi già dagli anni '90 con l'apertura del monopolio assistenziale pubblico ad un nuovo "mercato sociale" caratterizzato dal **pluralismo dei soggetti gestori dell'assistenza sanitaria**, dal **potere di scelta dei destinatari del servizio resi responsabili della propria salute**.

Il modello non ha indebolito la funzione ed i poteri della mano pubblica. Ma li ha avviati a rientrare nel ruolo proprio e insostituibile dello Stato regolatore, affiancandolo con l'autonomia sussidiaria del cittadino nelle sue forme organizzate.

Sostenuto solo dall'incentivo fiscale, il pluralismo assistenziale si è sviluppato spontaneamente attraverso forme associative categoriali "chiuse" – comunque apprezzabili per il portato di novità introdotto - promosse nel mondo del lavoro subordinato ed autonomo dalle organizzazioni sindacali e datoriali.

In questo quadro un ruolo importante è stato svolto dalla mutualità volontaria "aperta". Essa, garantita e promossa dalla Costituzione (articolo 45), è sopravvissuta nelle forme disciplinate dalla legge 3818 del 1886 all'avvento e al consolidamento del servizio sanitario nazionale (grazie all' articolo 46 della legge 833/1978) ed ha continuato a svolgere la propria funzione di nicchia, tendenzialmente integrativa, accanto ad una serie di ulteriori interventi previdenziali e socio assistenziali. E' stata più recentemente inoltre riordinata con le legge 221/2012 che ne ha focalizzato la missione sul versante dell'assistenza sociosanitaria.

Riteniamo che sebbene non possiamo ancora parlare di una riforma del sistema, cominciano comunque a delinearsi con sufficiente chiarezza gli ingredienti di base per un progetto di impianto di un **sistema bi-polare di assistenza sanitaria**, fondato sul pluralismo e sull'autonomia **non in logica di contrapposizione pubblico-privato, ma in quella della valorizzazione dell'apporto complementare/ supplementare del privato (e noi ribadiamo SOCIALE NON PROFIT) alle politiche di tutela della salute** espresse da una componente pubblica primaria ed essenziale.

Con il modello bi-polare non si distrugge l'universalismo.

Si profila un **riequilibrio tra le funzioni di copertura dei due pilastri** con un possibile travaso significativo dal primo al secondo. Travaso che potrebbe essere realizzato mediante la ridefinizione dei LEA in chiave selettiva e dovrebbe essere accompagnato da una

parallela rimodulazione dei flussi di finanziamento, incentivata adeguatamente sul versante fiscale. Le analogie con quanto avvenuto per la previdenza sono evidenti: per sostenere un buon livello di offerta complessiva di assistenza a fronte dell'arretramento della mano pubblica anche per la sanità si chiede il concorso finanziario spontaneo del privato, finalizzandolo al migliore soddisfacimento dei bisogni della popolazione.

Ma, stante l'incertezza determinata dalla persistente contrapposizione tra difensori del primato pubblico e sostenitori del pluralismo assistenziale, questo processo non può essere né facile né rapido ed è tutto fuorché compiuto, ma rappresenta una prospettiva con la quale è inevitabile confrontarsi.

Vero è che nell'andamento incerto della normativa le formule integrative sono proliferate ed hanno continuato a svolgere una funzione in parte integrativa e in parte sostitutiva del Ssn, muovendosi secondo logiche settoriali e spesso micro-corporative, ma pur sempre comunque surrogatorie dell'assistenza pubblica incuneandosi nei vuoti quantitativi e qualitativi dell'offerta istituzionale.

Fondi "doc" conformi o adeguati alla disciplina di cui all'art. 9 del d.lgs 299/1999, enti e casse del mondo del lavoro autonomo e dipendente, già costituiti o di nuova costituzione non omologati al modello "doc" beneficiano tutti del medesimo trattamento fiscale di favore ed erogano liberamente prestazioni integrative e sostitutive alla sola condizione che impieghino una quota non inferiore al 20% delle erogazioni nell'area del rimborso della compartecipazione alla spesa, delle prestazioni odontoiatriche e di quelle socio-sanitarie per i non autosufficienti.

Le Società di mutuo soccorso "aperte" e riformate istituiscono o gestiscono fondi sanitari associati.

Il mondo assicurativo profit avvolge questo sistema variegato offrendo polizze collettive.

Si affacciano sul mercato e crescono organizzazioni terze che intermediano la spesa gestita dei fondi offrendo coperture collettive, reti erogative e servizi.

Il sistema dei consumi e della spesa privata in sanità si va articolando e complessificando, sia sul versante degli attori (in cui entrano accanto agli enti gestori delle coperture, i professionisti, le strutture sanitarie fornitrici delle prestazioni e gli enti intermediari, ma anche le Aziende sanitarie pubbliche percettrici della compartecipazione alla spesa e fornitrici di prestazioni libero professionali intramurarie), sia su quello dei flussi di erogazione e di

finanziamento diretti e intermediati e dei relativi strumenti privatistici di regolazione, sia su quello del ruolo della leva fiscale e della vigilanza.

In assenza di dati ufficiali aggiornati, ci limitiamo a registrare che il secondo pilastro è cresciuto enormemente. Al 2013 il numero complessivo degli enti iscritti all'Anagrafe ministeriale copre solo una parte dei 400 censiti all'epoca della disciplina Turco e sfiora quota 300, di cui solo il 17 per cento formato da fondi conformi alla normativa Bindi e l'83 per cento da enti casse e società di mutuo soccorso non adeguati. Il numero dei beneficiari dovrebbe aggirarsi intorno ai 7 milioni di cui 5,3 iscritti principali e 1,7 familiari.

1.3. Il modello pluralista tra integrazione, sostituzione e complementarietà

Sulla nozione di integratività circolano concezioni per lo meno ambigue.

In letteratura i sistemi assistenziali a modello multipolari sono classificati come:

- a) *Sostitutivi* del sistema pubblico, se destinati alla copertura di gruppi di popolazione esclusi o che possono scegliere di essere esclusi dal sistema assistenziale pubblico. E' il caso degli Stati uniti, dell'Olanda dopo la riforma Dekker e delle forme differenziate previste dal testo originario del 1992;
- b) *Complementari* del sistema pubblico, quando vanno a coprire la spesa per servizi che la sanità pubblica dovrebbe offrire ma non riesce a fare;
- c) *Supplementari*, ossia aggiuntivi del sistema pubblico quando vanno a garantire tempi più rapidi di accesso alle prestazioni o una migliore qualità percepita dell'assistenza.

Questa classificazione, sulla quale si sono esercitati e divisi studiosi italiani il cui pensiero è però basato prevalentemente su ipotesi teoriche o esperienza estere, non è facilmente applicabile al caso italiano. Ciò che è certo è che, dove sono presenti servizi sanitari nazionali universali di tipo Beveridgeano, come è il nostro, non c'è spazio per forme sostitutive, ossia differenziate per gruppi o categorie di popolazione. L'ipotesi si è affacciata con la previsione di forme differenziate di assistenza, ma possiamo considerarla definitivamente accantonata. Nel sistema come attualmente configurato si può tutt'al più parlare di forme complementari, giustificate dalla presenza di aree prestazionali esplicitamente escluse dalla copertura universale – è il caso italiano dell'odontoiatria e delle compartecipazioni alle spese - ed insieme supplementari, destinate a colmare carenze e disfunzioni del servizio pubblico – è il caso italiano dei tempi eccessivi di attesa,

dell'assenza o della carenza di servizi contemplati dai livelli di assistenza (presa in carico continuativa, strutture territoriali residenziali ed intermedie per anziani e disabili, salute mentale, assistenza domiciliare integrata), dell'inadeguatezza dei livelli di qualità percepita. **Non si vede come queste forme, nonostante il disordine in cui operano, possano mettere in pericolo la tenuta del sistema e produrne lo sfaldamento più di quanto la mancanza di una strategia politica di governance chiara che metta mano ai suoi difetti strutturali.**

Ciò, tantomeno, da un punto di vista economico: non può essere infatti messo in discussione che **il modello misto di finanziamento pubblico-privato dei livelli di assistenza costituisca un vantaggio per il sistema pubblico** nella misura in cui indirettamente sostiene il contribuente agevolando fiscalmente attraverso la deducibilità dei contributi dal costo del lavoro. Al risparmio privato resta il pagamento del costo eccedente l'agevolazione fiscale riconosciuta.

Tale risparmio per il sistema pubblico consente al SSN di migliorare la propria offerta riducendosi tagli espliciti (es odontoiatria) o impliciti (tempi attesa) delle prestazioni che in tal modo vengono sostenute dalla sanità integrativa.

All'incremento di efficienza complessiva del sistema stimolata dalla complementarità tra i due pilastri si aggiunga l'incremento di efficienza della spesa privata, grazie al processo di socializzazione del rischio, ai meccanismi concorrenziali tra fondi, gestori dei fondi ed erogatori.

Nei sistemi in cui sono presenti contemporaneamente assistenza pubblica universale e fiscalizzata e assistenza privata su base contributivo-assicurativa senza una chiara linea di distinzione e di integrazione dei ruoli non mancano però alcuni rischi. Innanzi tutto quello del **ripiegamento dell'universalismo sanitario nel modello categoriale/occupazionale** che rischia di contraddistinguere l'intero nostro sistema di welfare. Inoltre non è dato escludere che gli enti gestori del secondo pilastro, stretti dai vincoli di sostenibilità delle spese, arretrino dalla copertura dei rischi a costi certi nel tempo (odontoiatria) o fortemente rilevanti sul piano economico e sociale (*dread disease* e non autosufficienza). L'effetto sarebbe quello della formazione di segmentazioni di mercato a seguito della concentrazione nell'area privata dei cittadini a reddito medio-alto e nell'area pubblica dei cittadini a reddito basso o a rischio più elevato.

1.4. Assistenza sanitaria integrativa per Confcooperative

L'assistenza sanitaria integrativa per Confcooperative, firmataria di diversi Contratti Collettivi Nazionali è una delle materie di matrice contrattuale di impegno prioritario per la tutela di soci-lavoratori e dipendenti, presidiate sulla base del legittimo presupposto di poter garantire il diritto contrattuale dei propri lavoratori, orientando parte degli aumenti salariali sulla sanità integrativa.

Più in particolare, nell'ambito del nostro modello negoziale riteniamo l'assistenza sanitaria integrativa una delle voci di welfare contrattuale principali e, allo stato, più diffuse all'interno delle norme di molti CCNL cooperativi.

Abbiamo ribadito la rilevanza di questo tema nel recente Accordo Interconfederale del 12 dicembre 2018 siglato con CGIL, CISL e UIL insieme a Legacoop e AGCI. In quel testo, tra le altre cose, abbiamo ribadito la significativa esperienza del sistema cooperativo anche come fornitore di attività e servizi in questo campo, con la possibilità per le parti di avviare e consolidare ulteriori strategie e convenzioni con soggetti propri del mondo cooperativo a carattere mutualistico.

Ribadire la funzione integrativa e non sostitutiva delle forme di assistenza sanitaria integrativa negoziali non significa per questo non aprire una riflessione su una riconfigurazione (quel "travaso" già citato) dei servizi essenziali, che devono essere garantiti dal primo pilastro e quelle prestazioni che possono/devono essere integrate/completate dal secondo.

L'aver contemplato nei nostri CCNL – con prime esperienze già a partire degli anni '90 e quindi in maniera antesignana rispetto alla storia recente – tutele integrative sul fronte sanitario, risponde ad una specifica scelta di politica contrattuale che qualifica il lavoro dentro l'impresa cooperativa, garantendo più alti livelli di salute ai nostri soci e lavoratori.

Siamo sempre partiti dal convincimento – e non siamo i soli a pensarlo – che lavoratori privi di una sanità integrativa negoziale, allo stato attuale, per come si è evoluto il SSN nel nostro Paese e per le sue carenze appena descritte, risultino lavoratori meno tutelati.

Oltre ad un ragionamento di convenienza e opportunità a tutela dei nostri soci-lavoratori e lavoratori, è bene evidenziare – come più volte affermato dal Ministero del Lavoro e dalla giurisprudenza - che le disposizioni contrattuali contenute nei diversi CCNL fanno maturare in capo a tutti i lavoratori un diritto contrattuale di natura retributiva, anche se la somma è erogata in forma indiretta.

Ciò significa che il versamento della relativa contribuzione da parte delle nostre imprese secondo quanto previsto dai CCNL, rappresenta un obbligo contrattuale da soddisfare ai fini

della loro corretta applicazione. E' per questo motivo che nel nostro Accordo Interconfederale già citato – al pari di analoghe considerazioni contenute in altri accordi interconfederali – abbiamo voluto ribadire questo concetto, sottolineando come nel trattamento economico complessivo da riconoscere a tutti i lavoratori debbano essere comprese le voci di welfare e in particolare le contribuzioni legate all'assistenza sanitaria integrativa.

Si è già sottolineato come la materia in oggetto – diversamente ad esempio dalla previdenza complementare – non ha visto il consolidarsi di un quadro normativo organico e cogente, lasciando sostanzialmente alle parti negoziali, fatte salve alcune indicazioni generali, il compito di disciplinare i relativi aspetti applicativi per cui, in questo senso ravvisiamo positivamente come tra le finalità dell'indagine conoscitiva vi sia anche quella di riflettere sulla necessità di fare ordine in un ambito, che rischia a volte di essere poco trasparente e poco rispondente alle vere finalità sottostanti la costituzione dei fondi sanitari integrativi.

Sotto questo punto di vista sarebbe necessario che, quantomeno per i fondi sanitari integrativi di derivazione negoziale, nuove eventuali regole di riferimento mettessero al centro il tema della (registrazione della) rappresentanza dei soggetti che li vanno a costituire, evitando quelle forme di patologia in termini di dumping contrattuale e proliferazione di CCNL pirata generate da organizzazioni sindacali/datoriali non affatto rappresentative.

Così come, sempre in termini di principi guida, andrebbe sempre più reso evidente il legittimo presupposto di poter garantire il diritto contrattuale di un lavoratore alla sanità integrativa, così come previsto dal suo CCNL, anche attraverso forme alternative rispetto ai fondi sanitari negoziali, purché sia garantita equipollenza nelle prestazioni, ricorrendo ad esempio a strumenti mutualistici.

I principali fondi sanitari nei nostri CCNL

Agricoltura, agroalimentare, forestali e pesca

FILCOOP SANITARIO

Consumo e distribuzione

FONDO SANITARIO COOPERSALUTE

Vigilanza e servizi fiduciari

FASIV

Edilizia

SANEDIL – in via di costituzione

Pulizie/multiservizi

FONDO ASIM

Servizi ambientali

FASDA – assenti dalla governance

Logistica trasporto merci e spedizione

SANILOG

Ristorazione collettiva

FONDO EST – assenti dalla governance

Inoltre, come noto, Confcooperative, attraverso la sua Federazione sanitaria associa inoltre tra i suoi aderenti anche Società di mutuo soccorso.

L'associazionismo mutualistico e, nello specifico, le società di mutuo soccorso sono probabilmente tra le forme più antiche di sostegno reciproco fra privati, con una storia che affonda le sue radici nello sviluppo del movimento operaio a cavallo tra '800 e '900. Le società di mutuo soccorso (SMS), in particolare, hanno goduto di un ordinamento giuridico che è rimasto praticamente invariato per oltre un secolo. Eppure anch'esso ha subito i contraccolpi dei mutamenti che hanno caratterizzato il welfare negli ultimi anni.

Si ritiene importante, pertanto, dar conto della revisione dell'ordinamento delle SMS prevista all'articolo 23 del Decreto Legge 179/2012 (cosiddetto "Decreto crescita-bis"), convertito con la Legge 221/2012, che ha modificato profondamente la disciplina delle società di mutuo soccorso contenuta nella Legge 3818 del 1886. In primo luogo essa prevede che le SMS acquisiscano la personalità giuridica mediante l'iscrizione nella sezione delle imprese sociali del registro delle imprese, rendendone così obbligatoria l'iscrizione nei pubblici registri. Dispone inoltre l'istituzione di un'apposita sezione nell'albo delle società cooperative, alla quale le SMS sono automaticamente iscritte, sottoponendole in questo modo alla vigilanza tipica delle imprese cooperative (si veda sotto).

In secondo luogo, come detto in premessa, la legge 221 (articolo 2) ha specificato e delimitato l'azione delle SMS rispetto alla norma originaria del 1886.

Questa conteneva infatti una formulazione assai più ampia e generica, che investiva le SMS del compito di assicurare un sussidio: *"ai soci nei casi di malattia, d'impotenza al lavoro o di vecchiaia"* di *"venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti"* nonché di cooperare *"all'educazione dei soci e delle loro famiglie; dare aiuto ai soci per l'acquisto degli attrezzi del loro mestiere, ed esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica."*

La riforma ha circoscritto l'azione delle società di mutuo soccorso allo svolgimento esclusivo a favore dei soci e dei loro familiari di una o più delle seguenti attività:

- erogazione di trattamenti e prestazioni sociosanitarie in caso di infortunio, malattia, invalidità, etc.
- erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci;
- erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;

- erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci in condizione di gravissimo disagio economico.

Le SMS non possono svolgere attività diverse da quelle poc'anzi richiamate, fatta eccezione per alcune attività collaterali (azioni di carattere educativo e culturale volte alla prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici).

In sintesi la nuova disciplina circoscrive le possibilità d'intervento delle mutue al settore sanitario/sociosanitario e dell'assistenza alla famiglia. Tra l'altro è esplicitamente previsto che le SMS possano svolgere le attività sanitarie e sociosanitarie anche attraverso l'istituzione o la gestione di fondi sanitari integrativi.

Come si è detto la legge 221/2012 **assoggetta le SMS alla vigilanza tipica delle società cooperative**, andando a modificare anche il D.Lgs. 220/2002. Le SMS sono pertanto sottoposte alla **vigilanza del Ministero dello Sviluppo Economico**, ovvero all'attività di revisione in capo alle Associazioni nazionali di rappresentanza del movimento cooperativo. Le sanzioni, in caso di non rispondenza dell'oggetto sociale o dell'azione della SMS a quanto prescritto dalla riforma, comporta la perdita dello status di società di mutuo soccorso e la conseguente devoluzione del patrimonio⁶. Per le SMS preesistenti alla riforma, la mancata rimodulazione dell'oggetto sociale e dello statuto comporta la perdita della qualificazione dell'ente come società di mutuo soccorso, della personalità giuridica, nonché della possibilità di avvalersi dei benefici fiscali. Ciò non implica altresì lo scioglimento dell'ente stesso né la devoluzione del patrimonio, qualora esse scelgano la via della trasformazione in associazione non riconosciuta a carattere mutualistico non soggetta ai limiti di attività.

I principi e i valori identitari, inquadrati nella specifica cornice normativa, determinano i caratteri distintivi delle Società di mutuo soccorso. In sintesi esse:

- **non hanno finalità di lucro**: i soci sono tenuti al versamento di un contributo annuo predeterminato in funzione delle prestazioni sottoscritte. La somma dei contributi di tutti costituisce il patrimonio di risorse da cui derivano le prestazioni destinate a sostenere il singolo socio in situazioni di bisogno, sulla base di regole condivise.

⁶ La legge 205/2017 (Legge di Bilancio 2018) ha introdotto (comma 936) una serie di norme che inaspriscono le sanzioni per gli enti cooperativi che si sottraggono alla vigilanza o che non rispettano le finalità mutualistiche. Tali previsioni si applicano anche alle SMS.

- **escludono la remunerazione del capitale**, perché non ci sono azionisti da compensare, ma soci da sussidiare in presenza di bisogni opportunamente regolamentati;
- **Sono aperte alla collettività** secondo le rispettive previsioni statutarie, non selezionano e non discriminano per condizioni soggettive e individuali; possono piuttosto adottare regole generali e astratte al fine di garantire la sostenibilità e disincentivare adesioni opportunistiche.
- **Garantiscono al socio l'assistenza a vita**, perché il rapporto associativo è volontario e non può essere interrotto unilateralmente da parte della società, né per sopraggiunti limiti di età, né per aggravamento del tasso di rischio quando, per ragioni di malattia anche cronica o di vecchiaia, il socio ricorra con maggiore frequenza alle prestazioni previste.
- **Promuovono la partecipazione alla vita associativa**, la conoscenza delle regole comuni e la trasparenza delle decisioni con l'educazione, l'informazione e la formazione. L'attività mutualistica, attraverso i suoi amministratori, deve garantire ai soci la correttezza e la trasparenza degli atti e delle forme di rendicontazione. Tutti i soci possono partecipare democraticamente agli organi societari e alla loro designazione, nonché alle scelte strategiche della società di mutuo soccorso a cui appartengono, mediante il voto.
- **Non svolgono attività di impresa commerciale né applicano il trasferimento del rischio**, ma operano nel principio solidaristico della ripartizione degli oneri. In altre parole, il rapporto mutualistico è un patto tra persone che si regola su vantaggi e obblighi reciproci.

A testimonianza di come le mutue siano uno strumento "antico" ma di grande attualità, si fa accenno alla consultazione pubblica avviata nel 2013 dalla Commissione Europea al fine di valutare la situazione attuale e le prospettive future delle società mutualistiche nei diversi Stati Membri. La consultazione in oggetto si fonda su uno studio realizzato dalla Commissione Europea sul fenomeno mutualistico in Europa. Esso mette in risalto alcune caratteristiche che accomunano tali enti nei diversi Stati membri, ma senza nascondere la complessità e la varietà del fenomeno, in termini di assetti giuridici, economici e di governance, nonché le difficoltà che le stesse incontrano nella realizzazione di attività transfrontaliere o nella costituzione di gruppi.

L'intero lavoro è finalizzato alla definizione di uno **statuto *ad hoc* per la Società Mutualistica Europea** e l'analisi dell'impatto di una possibile azione, da parte dell'Unione Europea, volto allo sviluppo delle mutue sul territorio continentale. Ciò anche sulla spinta di una **Raccomandazioni del Parlamento Europeo alla Commissione rivolta proprio in questa direzione**. Senza andare ad intaccare le diverse legislazioni nazionali, l'auspicio del Parlamento Europeo è quello di uno statuto che crei una nuova forma giuridica europea, la quale consenta alle mutue di sviluppare attività transnazionali e transfrontaliere, di rafforzare la cooperazione tra le stesse, di operare in diversi Stati penetrando anche in Paesi in cui queste non sono presenti. **Tutto ciò deve avvenire tenendo in debito conto i connotati tipici delle organizzazioni mutualistiche (principio di non discriminazione, partecipazione democratica, orientamento solidaristico, indivisibilità del capitale, etc.).**

Attualmente in Italia le società di mutuo soccorso hanno un ruolo limitato nell'ambito della sanità integrativa, in quanto coprono solo il 14% della spesa sanitaria privata, e quindi molto meno delle società omologhe operanti in altri paesi europei. **Sia che agiscano a pieno titolo nella gestione del Sistema sanitario nazionale, sia che svolgano un ruolo complementare, le mutue attive nel settore sanitario si distinguono dalle assicurazioni per il fatto di non procedere a valutazioni personalizzate dei rischi al momento dell'adesione e dunque non scartano le persone ad elevato rischio, né calcolano i premi in funzione del rischio specifico dell'assicurato. Dal punto di vista della teoria economica, dunque, queste organizzazioni presentano vantaggi nel gestire prestazioni sanitarie poiché superano la selezione avversa e l'azzardo morale. Non escludono le persone che presentano maggiori rischi assicurativi e si prestano meno a comportamenti opportunistici grazie ad alcune loro caratteristiche: la volontarietà dell'adesione e la partecipazione democratica alla gestione⁷.**

1.5 Il caso di Cooperazione Salute

La strategia della cooperazione sanitaria ha trovato fertile terreno di coltura nel progetto mutualistico nazionale di welfare plurale promosso da Confcooperative con l'obiettivo di costruire un network di soggetti gestori di forme di assistenza integrativa sanitaria, socio assistenziale, finanziaria, previdenziale e di tutela della persona e della famiglia dedicato ai soci ed ai lavoratori delle cooperative ed aperto all'adesione dei cittadini.

⁷Luciano A. (2012), Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità. Risposte alla crisi del welfare, Euricse Working Paper, N.032 | 12

Il progetto confederale posiziona la propria missione nella dimensione complementare/supplementare del nuovo soggetto mutualistico, aperta alla partecipazione non solo di quanti sono già “dentro” il sistema cooperativo (soci e lavoratori delle cooperative) ma anche di quanti vi potranno entrare passando dalla porta della mutualità volontaria (società di mutuo soccorso).

Il progetto di realizzazione di un sistema mutualistico nazionale incardinato su Cooperazione Salute è stato avviato nel 2014 e fin da subito ha evidenziato quali fossero gli obiettivi strategici da perseguire, ovvero la creazione di un vero e proprio Pilastro Mutualistico Cooperativo nell’ambito della Sanità integrativa obbligatoria e del Welfare volontario e di Conciliazione, il rafforzamento dell’appartenenza e dell’identità cooperativa, lo sviluppo e la valorizzazione delle Mutue Territoriali e la promozione di un’offerta cooperativa non profit. Dal 2014 a oggi sono state 235mila le persone assistite, vale a dire soci, lavoratori, collaboratori e familiari che accedono a prestazioni sanitarie oppure a offerte di sanità e welfare, mentre sono state garantite 366mila prestazioni previste dalle oltre 50 coperture sanitarie progettate seguendo fondamentali linee guida quali:

- Promozione dell’integrazione con il Sistema Sanitario Pubblico: tutte le coperture proposte presentano prestazioni negli ambiti più scoperti dal servizio sanitario nazionale, tra cui in particolare l’odontoiatria. Infine, tutte le coperture prevedono il rimborso dei ticket sanitari, ad esclusione dei codici bianchi in coerenza con la scelta del decisore pubblico di trovare un sistema per limitare l’abuso e il sovraccarico del servizio di pronto soccorso;
- Libertà di scelta per l’iscritto in riferimento alle strutture di offerta (differentemente da altri che impongono la struttura di offerta di cui avvalersi): fermo restando la presentazione della prescrizione del medico di base, dalla guardia medica o del pronto soccorso;
- Sostegno allo sviluppo dell’offerta socio sanitaria cooperativa: tramite la definizione di condizioni di maggior favore a vantaggio degli assistiti, nel limite del possibile vengono valorizzate le strutture di offerta sanitaria riconducibili al sistema cooperativo di Confcooperative perché coerenti per vision, mission e pratiche quotidiane di gestione al progetto mutualistico nazionale;
- Attenzione a questioni di genere e politiche di conciliazione: tutte le coperture sanitarie proposte prevedono la possibilità di estendere il piano al nucleo familiare e l’accesso ai tariffari agevolati del network di Cooperazione Salute.

Nello specifico, in questi ultimi anni, sul totale dei rimborsi erogati in forma diretta o indiretta da Cooperazione Salute mediamente il 30% riguarda il rimborso di ticket sanitari, il 27% visite specialistiche, il 22% prestazioni in ambito odontoiatrico e assistenza, il 15% alta diagnostica e il restante 6% per interventi, maternità e gravidanza, rimborso lenti e prevenzione. In sintesi, gli assistiti di Cooperazione Salute si recano ampiamente presso il servizio sanitario nazionale, ma quando le liste di attesa sono troppo lunghe hanno la possibilità di recarsi presso strutture convenzionate e/o private tout court con l'effetto di ridurre le liste di attesa dell'ambito pubblico

Una costante attenzione alla sostenibilità del processo e al contenimento dei costi di gestione complessivi sono stati fondamentali per i risultati raggiunti.

Il Progetto mutualistico nazionale e Cooperazione Salute hanno definito tre parametri di sostenibilità quali cardine della proposta nel suo complesso:

- Parametro di sostenibilità gestionale: a fronte di una contribuzione media inferiore ai 100 euro pro-capite, Cooperazione Salute si impegna ad avere costi di gestione complessivi non superiori al 25% dei contributi raccolti;
- Parametro di sostenibilità rimborsuale: conseguentemente al parametro di sostenibilità gestionale, il 75% dei contributi raccolti deve essere finalizzato all'attività rimborsuale, di oggi e di domani, della proposta mutualistica;
- Parametro di sostenibilità patrimoniale: a garanzia della solvibilità e sostenibilità del progetto mutualistico, il patrimonio di Cooperazione Salute deve essere pari almeno al 50% dei contributi raccolti annualmente. Il patrimonio diviene dunque anche la leva di sviluppo sostenibile del progetto mutualistico nazionale
- a seguito di una campagna di customer satisfaction ha ottenuto un voto medio di 8,4/10 dagli assistiti per servizi resi.

Le risorse sono gestite in maniera efficiente, in modo da destinarne il massimo alla copertura dei bisogni di salute degli iscritti, mentre l'eventuale residuo mutualistico di fine anno va totalmente a patrimonio per garantire la sostenibilità delle coperture nel tempo e per proporre prestazioni migliorative e/o aggiuntive agli iscritti, e campagne di promozione della cultura della salute.

Conclusioni e proposte

Il sistema sanitario (che già assorbe una fetta importante dei bilanci delle regioni italiane) necessita di una razionalizzazione sul versante dell'efficacia e dell'efficienza, che dovrebbe

essere accompagnata da un processo che “libera le energie” di chi opera in modo complementare sul mercato privato con finalità pubbliche.

Ma costruire politiche per “liberare le energie” degli operatori non significa consegnare i cittadini ad un mercato puramente privato e speculativo. Non crediamo né ai monopoli né ai duopoli, sia esso il monopolio pubblico, sia esso il duopolio pubblico-privato speculativo.

Noi sosteniamo pluralità e pluralismo, chiediamo spazi per disegnare risposte di welfare pubbliche, private ed anche del privato sociale. Abbiamo dimostrato, e vogliamo continuare a farlo, che si possono coniugare efficacia ed efficienza con accessibilità dei prezzi e delle prestazioni.

Tutti hanno il diritto ad essere curati l’universalismo delle prestazioni potrebbe essere declinato, con le dovute attenzioni e riflessioni, in termini selettivi e forse anche moderatamente progressivi: sosteniamo a tal fine l’associazionismo mutualistico tra individui per organizzare la domanda di protezione sociale quale via maestra per fondare una politica di welfare sussidiario, inclusivo, democratico e non profit.

A tal fine proponiamo:

- **Una regia unica nazionale, fondata sulla programmazione partecipata degli obiettivi di protezione sociale e delle linee generali di azione**, al cui interno lo Stato si faccia committente e garante dei livelli uniformi di assistenza, fissando regole certe, ruoli definiti, incentivi e disincentivi, responsabilità per i risultati, sia nei confronti della componente pubblica, che rispetto ai partner imprenditoriali e professionali;
- **Il ri-equilibrio tra le funzioni di copertura dei due pilastri con un travaso dal primo al secondo**. Travaso che potrebbe essere realizzato mediante la ridefinizione dei LEA in chiave selettiva e dovrebbe essere accompagnato da una parallela rimodulazione dei flussi di finanziamento, incentivata adeguatamente sul versante fiscale;
- **Politiche gestionali dei sistemi pubblici orientate al coordinamento**, con l’azione dei pilastri sussidiari nella distinzione tra committenza pubblica e produzione mista pubblico-privato no profit, anche nella forma di relazioni di partenariato concessorio con soggetti accreditati;
- **Sostegno al coinvolgimento e alla collaborazione tra gli attori della sanità pubblica (MMG e farmacie) e i fondi sanitari integrativi**, anche in una logica di adeguatezza prescrittiva e prevenzione, attraverso la diffusione di progetti e informazioni in ambiti quali la promozione di corretti stili di vita e la lotta alle dipendenze;

- La definizione per i fondi sanitari integrativi di derivazione negoziale, di nuove eventuali **regole che mettano al centro il tema della rappresentanza dei soggetti che li vanno a costituire**, evitando quelle forme di patologia in termini di dumping contrattuale e proliferazione di CCNL pirata;
- Rendere più evidente il legittimo presupposto di poter garantire il diritto contrattuale di un lavoratore alla sanità integrativa, così come previsto dal suo CCNL, anche attraverso **forme alternative** rispetto ai fondi sanitari negoziali, purché sia garantita equipollenza nelle prestazioni, **ricorrendo ad esempio a strumenti mutualistici**;
- **Sostegno al coinvolgimento e alla collaborazione tra gli attori della sanità pubblica (MMG e farmacie) e i fondi sanitari integrativi**, anche in una logica di adeguatezza prescrittiva e di prevenzione;
- **Sistemi di controllo dei risultati condivisi e focalizzati sugli out come di salute**, anche con riferimento alla soddisfazione dell'utenza. **Maggiore trasparenza nella rendicontazione da parte dei fondi affidati in gestione.**