

CAPITOLO 4. LA MUTUALITÀ DI TERRITORIO: LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO NELLA SANITÀ INTEGRATIVA

DI BARBARA PAYRA

1. INTRODUZIONE

Nell'attuale contesto nazionale, possiamo osservare come la domanda di prestazioni sanitarie sia in continuo aumento, a causa di recenti cambiamenti socio-culturali ed economici, quali l'allungamento della vita media, la diffusione di nuove patologie croniche, l'aumento di persone in stato di non autosufficienza, la trasformazione dei nuclei familiari, insieme a una maggiore consapevolezza della necessità di preservare la propria salute. Queste nuove esigenze dei cittadini italiani non trovano effettivo riscontro nell'offerta del Servizio sanitario nazionale, sia per assenza o carenza di prestazioni in alcune specialità mediche, sia per i lunghi tempi di attesa. Ad aggravare ulteriormente la situazione si aggiunge il perdurare della crisi economica, che ha contribuito all'impovertimento delle famiglie e all'aumento della «fascia grigia» di popolazione che non dispone di reddito sufficiente per poter accedere alla sanità privata. In questo scenario, risulta oltremodo necessario avviare una proficua collaborazione tra soggetti pubblici e privati (associazionismo, terzo settore, enti for profit...) nell'elaborazione e nella realizzazione di proposte di assistenza sanitaria integrativa tese a soddisfare i nuovi bisogni dei cittadini. Tra questi attori, di particolare importanza sono le Società di Mutuo Soccorso (Sms) che ricoprono un ruolo fondamentale nella costruzione del welfare sussidiario per il forte legame con il territorio e per la volontà di creare reti e collaborazioni a livello locale.

Obiettivo di questo capitolo è fornire una breve panoramica sulla *mutualità sanitaria*, inserendola nel contesto complessivo del sistema sanitario nazionale. La parte introduttiva (§§1-3) sarà dedicata all'inquadramento storico e normativo, con particolare riferimento alle maggiori evoluzioni legislative, e alla presentazione dei principi, dei valori e delle principali linee d'azione delle Sms. In questa parte si porrà inoltre debita attenzione alle principali mutue sanitarie attive sul territorio italiano, evidenziandone caratteristiche e peculiarità. Si passerà, quindi, a una sezione tematica (§§4-9), dedicata ad alcuni argomenti di grande attualità e di interesse per le Sms, come si può evincere dalla recente letteratura dedicata e dalle interviste ai rappresentanti delle mutue stesse¹. Si è deciso di focalizzare l'attenzione su:

¹ Le interviste finora realizzate, di tipo qualitativo, si sono svolte tra ottobre 2014 e settembre 2015 concentrandosi sulle principali mutue sanitarie aderenti al Consorzio Mu.Sa. La raccolta dati è tuttora in corso.

- il *contesto europeo*, in vista dello Statuto della Mutualità Europea, promosso dal Parlamento Europeo in un parere d'iniziativa del 14 marzo 2013;
- la *mutualità mediata*, prevista dalla nuova legislazione del 2012, con l'obiettivo di mantenere in vita le piccole società mediante la creazione di reti e collaborazioni con Sms di più grandi dimensioni;
- la *cooperazione sociale* e la collaborazione con il suo mondo, attraverso la creazione di fondi dedicati, progetti comuni e convenzioni con i centri medici e poliambulatori sociali;
- l'integrazione tra *Credito Cooperativo* e Mutuo Soccorso e la nascita di modelli in cui Banche di Credito Cooperativo realizzano progetti di sanità integrativa in collaborazione con le Sms;
- le *Fondazioni non profit* che svolgono progetti di mutualità territoriale dedicata, con particolare attenzione alla recente iniziativa promossa dalla Fondazione Welfare Ambrosiano;
- il *rapporto con istituzioni* ed enti pubblici regionali, in vista di un'offerta sanitaria davvero integrativa al Ssn che possa garantire le prestazioni extra Lea.

Per ogni sezione tematica, saranno forniti alcuni esempi di azioni intraprese dalle Sms in quel determinato campo. In conclusione di capitolo verrà svolta un'analisi sui punti di forza e le criticità della mutualità di territorio e saranno messe in luce le sfide aperte per questo importante settore del secondo welfare.

2. IL CONTESTO: IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Il *Servizio Sanitario Nazionale* (Ssn), istituito dalla legge n. 883 del 1978, di assoluta avanguardia e tuttora considerato tra i migliori servizi a livello europeo e internazionale, si trova oggi di fronte a sfide che stanno mettendo a dura prova la sua tenuta e il mantenimento dei suoi principi di base che mirano a garantire universalità di copertura, eguaglianza di trattamento e globalità delle prestazioni. A causa del protrarsi della crisi economico-finanziaria e della conseguente scarsità di risorse a disposizione degli enti pubblici, le Regioni, enti incaricati della programmazione e dell'organizzazione sanitaria, si sono trovate costrette a incrementare la quota di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (aumento del ticket) e ad allungare ulteriormente i tempi di attesa per l'accesso ai servizi. Inoltre, mentre il Ssn eroga prestazioni eccellenti in alcuni ambiti (pronto soccorso, grandi interventi chirurgici, cure oncologiche...), altre specialità risultano quasi esclusivamente coperte dalla sanità privata (odontoiatria, psicoterapia, ginecologia, logopedia...), con costi onerosi e spesso eccessivi per i cittadini. Il Ssn mette infatti, mediamente, a disposizione del cittadino soltanto il 78 per cento della spesa sanitaria totale, mentre il 22 per cento (circa 500 euro annui pro capite) rimane a carico del cittadino; di questa spesa solo il 18 per cento è spesa intermediata e rimborsata attraverso assicurazioni o mutue, mentre l'82 per cento viene pagata direttamente dal cittadino (Ambroset-

ti 2013). È chiaro che in un contesto di crisi economica come quello attuale questa spesa è particolarmente ingente per le famiglie, di cui una percentuale in costante aumento (dal 7 al 10 per cento a seconda delle regioni) dichiara di rinunciare a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci, in primo luogo a causa di problemi economici (cfr. Istat 2014).

In questo contesto, già di per sé critico, ci troviamo di fronte a un aumento della domanda di prestazioni sanitarie, strettamente legata ai recenti cambiamenti socio-culturali ed economici, quali l'allungamento della vita media, la diffusione di nuove patologie croniche, l'aumento di persone in stato di non autosufficienza, insieme a una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini della necessità di preservare la propria salute. L'esigenza di nuovi servizi è inoltre legata alla trasformazione dei nuclei familiari, la cui maggioranza è costituita da uno o due figli e nei quali le donne lavorano e non hanno il tempo sufficiente per prendersi direttamente cura dei familiari anziani e malati.

Per trovare una risposta a questi nuovi bisogni è quanto mai necessario che al sistema sanitario pubblico si affianchino altri soggetti del *welfare sussidiario*, per continuare a garantire prestazioni sanitarie di alta qualità atte a soddisfare le nuove richieste e a fornire servizi anche a quella «fascia grigia» di popolazione a rischio di non poter accedere alle cure sanitarie. Di particolare importanza, in questo ambito, sono le società di mutuo soccorso che ricoprono un ruolo fondamentale nella costruzione del welfare sussidiario o secondo welfare (cfr. Maino e Ferrera 2013; Maino 2014a) per il forte legame con il contesto territoriale e per la volontà di creare reti e collaborazioni con soggetti profit e non profit, pubblici e privati, che condividono il loro stesso obiettivo consistente nel rendere le prestazioni sanitarie accessibili al più alto numero di persone a un costo equo².

3. LA MUTUALITÀ SANITARIA: INQUADRAMENTO STORICO E NORMATIVO

Le Società di Mutuo Soccorso sono organismi storici che iniziarono a diffondersi in tutta Europa nel periodo della Rivoluzione Industriale, con lo scopo di garantire un sussidio ai soci e ai loro familiari, in caso di imminente necessità (morte, malattia, infortunio).

In Italia, nel 1886 fu promulgata la legge 3818 che riconosceva alle società di mutuo soccorso la possibilità di acquisire personalità giuridica e dettava le condizioni essenziali alle quali queste società avrebbero dovuto attenersi: il soccorso ai soci come finalità, il risparmio come mezzo, la mutualità come vincolo. Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, le società di mutuo soccorso si moltiplicarono e iniziarono a rivestire un ruolo di primaria importanza per la salute dei cittadini.

² Un'altra area di intervento nel campo dell'offerta di politiche sanitarie integrative su scala territoriale è costituita dalla bilateralità. Su questo tema si rimanda al Capitolo 3 di questo Rapporto.

Nel 1904 si contavano 6 535 società di mutuo soccorso, per un totale di 926 027 soci nell'intera penisola, con una maggiore concentrazione nelle regioni di Piemonte e Liguria (cfr. Cassola 2014).

Dopo questi anni di florida crescita e in seguito alla creazione delle prime Casse nazionali di assicurazione e tutela dei lavoratori³, le mutue iniziarono a ridimensionarsi, finché, già a partire dal periodo fascista e soprattutto dal 1978, quando la legge n. 883 istituì il Servizio Sanitario Nazionale, persero il loro ruolo fondamentale nella garanzia della salute dei cittadini e molte di esse si sciolsero o ridussero notevolmente le proprie attività.

Questa fase discendente perdurò fino agli anni Novanta, quando vennero emanate delle leggi che ristabilirono alcuni principi nelle attività di competenza delle società di mutuo soccorso: le mutue sono state riconosciute sia dal d.lgs. 502/1992 (la cosiddetta «riforma bis», che ha previsto la costituzione dei fondi sanitari integrativi) sia dal d.lgs. 229/1999 (noto come «riforma ter» o «riforma Bindi») come organismi autorizzati a istituire e gestire i fondi sanitari integrativi. In seguito, nel dicembre 2012⁴, è stato convertito in legge il d.l. 179 del 18 ottobre 2012 che, all'articolo 23 «Misure per le società cooperative e di mutuo soccorso», contiene aggiornamenti alla legge 3818 del 1886, tuttora in vigore. Il provvedimento prevede che le Sms siano iscritte nella sezione delle imprese sociali nel Registro delle Camere di Commercio e che siano automaticamente inserite in un'apposita sezione nell'Albo delle cooperative sociali. Si provvede altresì a ridefinire le attività di competenza delle Sms a favore dei propri soci e dei familiari conviventi: erogazioni di trattamenti e prestazioni socio-sanitari, sussidi, servizi di assistenza familiare, anche attraverso l'istituzione o la gestione di fondi sanitari integrativi, nonché la promozione di attività di carattere educativo e culturale per la diffusione dei valori mutualistici e di prevenzione sanitaria. L'articolo prevede inoltre nuovi istituti, richiesti dal movimento mutualistico, per consentire alle società di operare attraverso la «mutualità mediata» o indiretta, uno strumento atto ad aiutare le piccole società a svolgere le attività istituzionali, dando loro la possibilità di accogliere tra i soci sostenitori anche persone giuridiche e permettendo la devoluzione del patrimonio ad altre società di mutuo soccorso.

Accanto alla legislazione nazionale, numerose regioni italiane hanno promulgato ulteriori leggi per la tutela e la promozione del patrimonio storico, sociale e culturale delle società di mutuo soccorso. Le *leggi regionali* più antiche risalgono al 1990 e sono la legge regionale del Piemonte n. 24 del 9 aprile («Tutela e promozione del patrimonio e dei valori storici, sociali e culturali delle Società di Mutuo Soccorso»)

³ Nel 1883 nacque la Cassa nazionale di assicurazione contro gli infortuni nell'industria, nel 1898 fu istituita la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai, nel 1910 fu creata la Cassa nazionale di maternità per le operaie.

⁴ Legge 221 del 17 dicembre 2012 «Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese».

e la legge regionale della Puglia n. 32 del 14 maggio («Istituzione dell'Albo regionale delle società di mutuo soccorso»). A oggi sono quindici le Regioni a prevedere una legislazione regionale sul mutuo soccorso: oltre a Piemonte e Puglia, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sardegna e Sicilia.

Grazie a questi importanti passaggi legislativi e alla volontà di queste storiche società, alcune di esse si sono reinventate e riattivate nell'offerta di prodotti e servizi sanitari integrativi innovativi, sia sotto forma di pacchetti destinati a cittadini singoli sia di formule aziendali o interaziendali, per rispondere alle esigenze delle aziende e renderle in grado di ottemperare agli obblighi contrattuali. Assistiamo a un impegno da parte di queste società a occuparsi della sanità integrativa per cittadini non coperti da fondi sanitari contrattuali generosi (cfr. Capitolo 3), attraverso la possibilità di adesione a forme di assistenza individuale, dando in quasi tutti i casi la facoltà di includere il nucleo familiare (spesso non coperto dai fondi contrattuali) oppure costruendo fondi aziendali o pluriaziendali per imprese e lavoratori atipici o operanti in settori di scarsa redditività e con tutele e benefit molto limitati.

Attualmente in Italia sono attive circa 2 000 società di mutuo soccorso (cfr. Luciano 2012), la maggioranza delle quali svolge attività minori di tipo ludico-ricreativo e culturale. Le mutue sanitarie, secondo la Federazione Italiana Mutualità Integrativa Volontaria (Fimiv) sono ventiquattro⁵, di cui nove⁶ aderiscono al Consorzio Mu. Sa⁷, il quale rappresenta l'eccellenza delle mutue volontarie italiane che si occupano

⁵ Le Mutue sanitarie Fimiv sono: Campa (Bologna), Cesare Pozzo (Milano), Consorzio Mutue Novara (Novara), Fasco (Roma), Insieme Salute Lazio (Roma), Sanit.As (Cesena - FC), Mutua Nuova Sanità (Reggio Emilia), Camsai (Roma), Cassa Mutualistica Interaziendale (Milano), Air Ambulance (Milano), Solidea (Torino), Insieme Salute Romagna (Forlì), Insieme Salute Toscana (Firenze), Sma (Modena), Moa (Varese), Società Mutua Pinerolese (Pinerolo - TO), Mutualità Generale Parmense di Mutuo Soccorso (Parma), Civas (Roma), Contatto Società di Mutuo Soccorso (Casalecchio di Reno - BO), Ente Mutuo Milano (Milano), Sms Malnate (Malnate- VA), L'Assistenza (Livorno), Insieme Salute Lombardia (Milano), Sms Mutual Help Whg (Bolzano). Oltre alle mutue sanitarie Fimiv, la ricerca svolta nel 2012 da Lippi Bruni, Rago e Ugolini (2012) segnala tra le mutue che si occupano di assistenza socio-sanitaria: Società Romagnola di Mutuo Soccorso (Ravenna), Società di Mutuo Soccorso Navacchio (Cacina - PI), Società Generale M.S. Vicenza (Vicenza), Società di M.S. di Bistagno (Alessandria), Società di M.S. Figli del Mare (Taranto), Società di M.S. fra Carpentieri e Calafati (Venezia), Società di M.S. Isaia Levi (Bologna – riservata ai dipendenti della Casa editrice Zanichelli), Società degli Operai di M.S. Cagliari (Cagliari), Società Operaia di Santo Stefano di Camastra (Santo Stefano di Camastra - ME), Società Operaia di M.S. di Viggiù (Viggiù - VA).

⁶ Tra le 9 Mutue aderenti al Consorzio Mu.Sa, 4 fanno parte del gruppo Insieme Salute (Insieme Salute Lombardia, Insieme Salute Toscana, Insieme Salute Lazio, Insieme Salute Romagna).

⁷ Per le Mutue aderenti a questo consorzio i dati riportati in questo capitolo sono tratti dal sito internet del consorzio (www.consorziomusa.it) e delle singole mutue, nonché, dove possibile, da interviste con i rappresentanti delle società.

esclusivamente di assistenza sanitaria integrativa. Esse sono principalmente collocate nelle regioni settentrionali, e in particolare in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, e comprendono sia realtà di grandi dimensioni, che operano su gran parte del territorio nazionale, sia di più piccola entità, particolarmente radicate su territori circoscritti e attente ai loro bisogni.

Tra le mutue di maggiori dimensioni, la cui attività è particolarmente concentrata sull'offerta per adulti in età lavorativa e loro familiari e su piani e formule dedicate ad aziende, associazioni e cooperative, possiamo citare:

- La Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, un tempo denominata «Macchinisti e Fuochisti», costituita nel 1877 per iniziativa di macchinisti e fuochisti delle ferrovie dell'Alta Italia. Per i primi 100 anni rimase una Mutua di categoria, poi aperta all'adesione degli altri dipendenti delle Ferrovie dello Stato, e successivamente, dal 1980, agli altri lavoratori dei trasporti con contestuale ampliamento delle assistenze anche ai familiari dei soci; infine, da metà anni Novanta fu aperta a tutti i cittadini italiani e stranieri che risiedono e lavorano in Italia. A oggi è la più grande tra le associazioni italiane che operano nel campo della mutualità integrativa sanitaria ed è diffusa su tutto il territorio nazionale, raccogliendo l'adesione di 86 000 soci (che salgono a 250 000 persone se si contano i familiari dei soci coperti dal sodalizio mutualistico).
- Le Società di Mutuo Soccorso Insieme Salute (Insieme Salute Lombardia, Insieme Salute Lazio, Insieme Salute Toscana e Insieme Salute Emilia Romagna), costituite nel 1994 sotto la spinta della Fimiv e della Lega delle cooperative e delle mutue, con l'obiettivo di creare nuove realtà mutualistiche territoriali in alcune regioni italiane. Particolarmente rilevante è la realtà sviluppatasi in Lombardia, dove Insieme Salute conta oltre 15 000 soci. La Mutua predispone forme di assistenza elaborate per venire incontro alle esigenze specifiche di attori collettivi nazionali, quali, per esempio, l'Associazione Consulenti Terziario Avanzato, l'Associazione Italiana Traduttori e Interpreti, il Sindacato Traduttori Editoriali. La Mutua gestisce inoltre, insieme ad altre due Sms, la Cassa Mutualistica Interaziendale, associazione non riconosciuta al servizio di imprese che abbiano attivato o intendano attivare Casse o Fondi sanitari. Tra le iniziative gestite dalla Cassa si segnala la collaborazione con l'Ente Bilaterale Nazionale per il Lavoro Temporaneo – Ebitemp (cfr. tabella 1, Capitolo 3).
- La Cassa Nazionale Assistenza Malattie Professionisti Artisti e Lavoratori Autonomi, Campa, nata a Bologna nel 1958, per iniziativa di un gruppo di professionisti, allo scopo di fornire assistenza sanitaria alle categorie del lavoro autonomo, dei professionisti e degli artisti, che non avevano nessuna forma di copertura. A oggi conta circa 37 000 assistiti di cui 23 000 nel proprio Fondo Sanitario pluriaziendale, e garantisce copertura sanitaria per i dipendenti di numerose aziende, enti, banche e cooperative. Negli anni ha esteso

la sua sfera d'azione oltre il territorio romagnolo su gran parte del territorio nazionale, particolarmente in regioni quali la Lombardia, il Veneto, la Toscana, la Liguria e il Lazio.

Altri casi molto interessanti riguardano realtà di più piccole dimensioni, fortemente radicate nei rispettivi territori, che offrono svariate formule di assistenza socio-sanitaria per rispondere ai bisogni dei loro cittadini. Tra le aderenti al Consorzio Mu.Sa vi sono:

- Società Mutua Pinerolese, costituita a Pinerolo, in provincia di Torino, nel gennaio del 1996 con l'intento di rilanciare la mutualità volontaria, tipica delle Sms presenti nel territorio sin dall'Ottocento. È fortemente radicata nel Pinerolese e conta a oggi 2 500 soci privati e 750 lavoratori di aziende che hanno sottoscritto apposita convenzione per il fondo pluriaziendale realizzato dalla Mutua. Nella formulazione delle forme di assistenza ai privati e dei piani assistenziali aziendali, la Mutua cerca di realizzare un'assistenza che vada incontro alle esigenze dei soci e delle loro famiglie. La Mutua è inoltre molto attenta ai bisogni del territorio e ha creato una rete di convenzioni con strutture sanitarie attraverso il consorzio Mu.Sa e la rete Fimiv; inoltre svolge il ruolo di punto informativo sul territorio pinerolese di Banca Popolare Etica.
- La Mutua Ospedaliera Artigiani (Moa), nata nel 1949, con la volontà di assicurare assistenza medica, ospedaliera e specialistica agli imprenditori del Varesotto e ai loro familiari. La società di mutuo soccorso, molto attiva nel territorio lombardo, in particolare nella provincia di Varese dove ha sede, propone forme di assistenza ai privati e gestisce un fondo aziendale, il Fondo Sanitario Integrativo dei dipendenti di Confartigianato Varese.
- La Società Mutua Assistenza (Sma), fondata a Modena nel 1948 per iniziativa degli artigiani aderenti alla Cna – Confederazione Nazionale Artigianato. È una società che conta circa 2 200 soci diffusi in particolare nella provincia di Modena, ma anche nel resto dell'Emilia-Romagna e in Toscana. I suoi soci di riferimento sono ancora prevalentemente gli imprenditori, ma, allo stesso tempo, la Mutua ha allargato la propria operatività anche a favore dei dipendenti, in quanto gestisce fondi sanitari integrativi di importanti imprese, cooperative e associazioni e si è impegnata a fornire tutele rivolte ai lavoratori atipici.

Tabella 1. Le mutue del Consorzio Mu.Sa

Denominazione	Anno di costituzione	Sede	Iniziativa	Numero associati (ca.)
Cesare Pozzo	1877	Milano	Macchinisti e fuochisti delle ferrovie dell'Alta Italia.	86 000 soci (che salgono a 250 000 persone se si contano i familiari dei soci, coperti dal sodalizio mutualistico)
Campa	1958	Bologna	Lavoratori autonomi e professionisti.	37 000 assistiti di cui 23 000 aderenti al Fondo Sanitario pluriaziendale
Insieme Salute Lazio	1994	Roma	Fimiv e Legacoop e Mutue	1 400
Insieme Salute Romagna	1994	Forlì	Fimiv e Legacoop e Mutue	200
Insieme Salute Toscana	1994	Firenze	Fimiv e Legacoop e Mutue	2 200
Insieme Salute Lombardia	1994	Milano	Fimiv e Legacoop e Mutue	15 000 di cui 6 000 aderenti ai fondi
Società Mutua Pinerolese	1996	Pinerolo (TO)	Società di Mutuo Soccorso piemontese, tra cui la prima nata in Italia nel 1848 proprio a Pinerolo.	2 500 privati e 750 aderenti al Fondo sanitario pluriaziendale
Moa Mutua ospedaliera artigiani	1949	Varese	Artigiani del Varesotto	2 200
Sma società mutua assistenza	1948	Modena	Artigiani aderenti alla Cna Confederazione Nazionale Artigianato	2 200

Fonte: nostra rielaborazione dai siti web delle mutue, del Consorzio Mu.Sa. e interviste.

Oltre alla Mutue aderenti al Consorzio Mu.Sa, vi sono altre importanti realtà (comunque aderenti alla Fimiv), che operano nel campo dell'assistenza sanitaria integrativa. Tra queste, va menzionato il Consorzio Mutue Novara, nato nell'ottobre del 1947, per iniziativa della Federazione Provinciale delle Cooperative e Mutue e della Confederterra, il sindacato unitario che aveva riunito in un'unica struttura i tre sindacati dell'agricoltura – braccianti, salariati, impiegati e tecnici della terra – nonché l'associazione dei coltivatori diretti, affittuari, piccoli proprietari, enfiteuti e pastori. Queste erano categorie scarsamente garantite dal sistema pubblico e dunque volenterose di dotarsi di un'assistenza sanitaria. Attualmente il

Consorzio sta vivendo un nuovo periodo di espansione con l'acquisizione di nuovi soci e l'aggregazione e collaborazione con antiche società di mutuo soccorso presenti nell'Italia settentrionale, e conta 17 000 iscritti. Il Consorzio ha svolto inoltre un ruolo fondamentale come guida per le nuove realtà mutualistiche Insieme Salute e per la Mutua Pinerolese.

Negli ultimi anni stanno inoltre nascendo mutue che presentano caratteristiche peculiari rispetto alle tradizionali società di mutuo soccorso⁸. Alcune sono partner di grandi gruppi assicurativi e/o nascono dalla volontà di alcuni soggetti imprenditoriali di dotare i propri soci di un ente mutualistico di riferimento. Questo è il caso di Fare Mutua, costituita nel 2013 a Bologna da Coop Adriatica, Coop Nord Est, Coop Reno, LegaCoop Emilia Romagna e LegaCoop di tutte le province emiliano-romagnole, strettamente collegata all'assicurazione UniSalute, con la volontà di dotare i soci Coop di appositi piani sanitari e assistenziali. Sempre legata alla rete UniSalute è la Nuova Mutua Sanità, di più antica costituzione e aderente alla Fimiv, nata nel 1991 come società cooperativa e trasformata in società di mutuo soccorso nel 1996. Questa Sms associa circa 30 000 nuclei familiari, per un totale complessivo di 95 000 persone; ha sede a Reggio Emilia ma conta iscritti in diverse regioni italiane, in particolare, oltre all'Emilia-Romagna, in Lombardia, Veneto, Liguria, Marche, Toscana, Lazio e Piemonte.

Società particolarmente legata al mondo assicurativo è Mutualitas, con sede a Milano, che si avvale del broker assicurativo internazionale Marsh per la stipula di accordi con le principali compagnie assicuratrici nell'offerta di prodotti per i propri soci.

Altra realtà recentemente sviluppatasi a Torino è la Società Sanitaria di Mutuo Soccorso (Ssms) fondata nel 2013 per volontà dei gruppi Cidimu s.p.a. e Laboratorio Raffaello s.r.l., gestori di centri diagnostici e laboratori di analisi. Attraverso l'acquisto di una *Card*, i soci della Sms possono usufruire di tariffe agevolate presso gli istituti afferenti ai gruppi.

Nell'ambito del mutuo soccorso, sono inoltre attive le Banche di Credito Cooperativo (Bcc) che hanno messo in campo numerosi progetti di assistenza sanitaria per i propri soci. Le loro iniziative si sono sviluppate essenzialmente in due forme: il modello MAKE in cui le stesse Bcc creano una società di mutuo soccorso e la gestiscono in forma diretta e il modello Buy, in cui le Bcc sanciscono accordi di collaborazione con mutue già esistenti sul territorio. Un illustre esempio in questo campo è l'accordo tra Bcc Reggio Emilia e Campa di Bologna (che sarà approfondito nel §8).

⁸ Per queste realtà le informazioni sono tratte prevalentemente dai siti internet.

Collegata al mondo della cooperazione sociale, segnaliamo inoltre la Sms nazionale, Cooperazione Salute, nata nel 2014 per iniziativa di Confcooperative e in particolare dalla Cooperazione trentina, con l'obiettivo di fornire assistenza sanitaria integrativa ai operatori sociali, come previsto dall'ultimo Ccnl approvato (questa tematica sarà approfondita nel §6; cfr. anche §5 del Capitolo 3).

Nel complesso, secondo gli ultimi dati disponibili, in Italia sono circa 100 le società di mutuo soccorso che si occupano di socio-sanitario (che salgono a 150 se si contano anche le Mutue che svolgono attività esclusivamente in campo sociale) e circa un milione gli italiani che hanno una copertura integrativa grazie all'iscrizione a una società di mutuo soccorso (Maggi et al., 2015).

4. I PRINCIPI E GLI AMBITI DI ATTIVITÀ DELLE SMS

La mutualità volontaria si basa su 3 valori principali: *mutualità pura*, *partecipazione democratica*, *solidarietà*⁹. Innanzitutto le Sms sono enti non a scopo di lucro, in cui gli aderenti sono «soci e non clienti», per cui possono essere coinvolti nelle assemblee e nelle decisioni strategiche delle società stesse. Gli associati godono di assistenza per tutta la vita (generalmente le Sms stabiliscono limiti di età per l'iscrizione, ma non esercitano diritti di recesso sui già iscritti) e possono decidere di recedere dalle Sms quando vogliono, presentando una richiesta l'anno precedente, senza particolari vincoli di recesso. Principio basilare per le Sms è la solidarietà tra i soci; loro scopo è dare risposta ai bisogni sociali e sanitari.

Nella Giornata Nazionale della Mutualità, svoltasi a Venezia, il 18 aprile 2015, la Fimiv ha presentato il testo del *Codice Identitario per le Società di Mutuo Soccorso*¹⁰ (approvato dalla Direzione il 19 marzo 2015) che rappresenta la Carta dei valori e degli elementi distintivi delle società di mutuo soccorso. Attraverso l'emanazione del documento, la Federazione intende mettere in luce i principi distintivi, gli ambiti di attività, l'organizzazione e la gestione mutualistica delle mutue «pure», che agiscono senza scopo lucro, con finalità socio-assistenziali e a vantaggio di tutta la comunità. Scopo del Codice è inoltre il contrasto alla mutualità irregolare e alle cosiddette mutue «spurie», che non rispettano i principi mutualistici e solidaristici tipici delle Sms e sono state strumentalmente costituite da soggetti profit, al fine di avvalersi dei vantaggi fiscali riservati alle Sms. Nello specchio che segue sono riportati in sintesi principi e valori della mutualità volontaria presenti nel Codice.

⁹ Come riportato nel sito della Fimiv (www.fimiv.it).

¹⁰ Per approfondimenti Payra (2015)

Prospetto 1. I principi delle società di mutuo soccorso

- Natura non lucrativa
- Porta aperta
- Centralità del socio
- Recesso unilaterale a favore del socio – Assistenza per tutta la vita
- Mutuo aiuto e solidarietà
- Partecipazione democratica
- Controllo e trasparenza
- Responsabilità sociale

Nel rispetto di questi tradizionali principi della mutualità pura, le mutue che operano in Italia si muovono sostanzialmente su tre linee operative:

- *Forme di assistenza ai privati.* È la linea più tradizionale, in cui le mutue coprono variegati settori di intervento (ricoveri, diagnostica, specialistica ambulatoriale, odontoiatria, servizi socio-sanitari, indennità malattia, infortuni...). L'adesione comporta dei vantaggi fiscali poiché i contributi associativi sono detraibili dalle imposte al 19 per cento;
- *Fondi sanitari aziendali* per una o più imprese. Le Sms sono soggetti abilitati alla costituzione di Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (d.lgs. 502 del 30 dicembre 1992, art. 9). I fondi mutualistici sono generalmente iscritti all'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ssn. L'iscrizione garantisce tutti i benefici fiscali di cui all'ex art. 51, comma 2, lett. a del Tuir 917/1986. Le aziende aderiscono ai Fondi tramite la stipula di una specifica convenzione che può riguardare la totalità del personale o uno o più settori dell'azienda. Le quote possono essere totalmente a carico dell'azienda o in parte versate dai lavoratori. La particolarità dell'adesione ai fondi sanitari mutualistici risiede nel fatto che l'assistenza è per tutta la vita, poiché ogni dipendente, in quanto socio della Mutua, può rimanere iscritto anche al termine del rapporto di lavoro con quote a proprio carico. Il vantaggio fiscale dei fondi sanitari aziendali consiste nel fatto che i contributi sono deducibili per l'azienda e non costituiscono reddito per il lavoratore;
- *Accordi collettivi*, attraverso i quali aziende, associazioni e sindacati, anche senza intervenire economicamente, possono agevolare i propri dipendenti e associati. Infatti, mediante la semplice trattenuta a ruolo, l'iscritto ha la possibilità di versare i contributi associativi volontari con frequenza mensile.

5. IL CONTESTO EUROPEO: VERSO UN NUOVO STATUTO DELLA MUTUALITÀ EUROPEA

Le società di mutuo soccorso non si limitano ai confini della nostra penisola, ma si sono sviluppate anche negli altri paesi europei a partire dall'epoca della Rivoluzione

Industriale. In altri Stati, dove i sistemi sanitari non sono universalistici come in Italia, ma si fondano su assicurazioni sociali di malattia (Austria, Belgio, Germania, Francia...) le mutue ricoprono un ruolo ancor più fondamentale nella fornitura di assistenza sanitaria e sociale dei cittadini. Complessivamente, le mutue svolgono un ruolo importante nell'economia dell'Unione Europea, fornendo assistenza sanitaria, servizi sociali e servizi assicurativi a costi accessibili a oltre 160 milioni di cittadini europei; rappresentano oltre 180 miliardi di euro in premi assicurativi e danno lavoro a oltre 350 000 persone nell'Unione (Parlamento Europeo 2013).

Sulla base dei suddetti dati, si evince il valore fondamentale delle mutue nelle economie degli Stati membri, nonché il loro contributo al raggiungimento degli obiettivi europei sanciti nella Strategia «Europa 2020», volti a una crescita inclusiva, che garantisca a tutti l'accesso alle risorse di base e ai diritti e a servizi fondamentali – tra i quali un'assistenza socio-sanitaria e di lungo periodo adeguata – anche nell'ottica di far fronte alle esigenze di una popolazione che invecchia e che necessita di protezione sociale. Su queste premesse, il Parlamento Europeo, il 14 marzo 2013, ha votato all'unanimità il parere d'iniziativa sullo *Statuto della Mutualità*, con il quale si chiede alla Commissione Europea di procedere all'emanazione di un Regolamento sullo statuto¹¹. Il Parlamento sostiene la necessità di un intervento legislativo da parte dell'Unione per superare le difficoltà dovute all'assenza di un quadro giuridico di riferimento in alcuni Stati membri e per agevolare lo sviluppo delle attività transfrontaliere delle mutue, contribuendo così alla crescita del mercato interno e della coesione sociale dell'Europa. Nel documento viene riconosciuto alle mutue un ruolo di attori fondamentali nell'economia sociale internazionale, in quanto «organizzazioni solide e sostenibili che hanno resistito bene alla crisi finanziaria in tutte le economie e hanno contribuito a un mercato più resistente e diversificato, in particolare nel settore delle assicurazioni e della protezione sociale; che le mutue sono particolarmente attive nel campo dell'invecchiamento della popolazione e dei bisogni sociali» (Parlamento Europeo 2013).

A sostegno di questa risoluzione, ha giocato un ruolo importante l'Associazione internazionale della Mutualità (Aim), un'organizzazione che unisce 62 mutue e fondi sanitari in 27 paesi europei ed extraeuropei. L'Aim fornisce copertura sanitaria a 230

¹¹ Risoluzione del Parlamento europeo del 14 marzo 2013 recante raccomandazioni alla Commissione concernenti lo statuto della mutua europea (2012/2039 - InI). Il progetto di statuto della mutua europea iniziò nel 1993, quando furono emesse le direttive europee in materia di assicurazioni. In quest'occasione le mutue chiesero che la loro specifica forma di *governance* di società di persone fosse riconosciuta in uno statuto europeo. La Commissione presentò un primo progetto di regolamento nel 2006. Poco tempo dopo, tale progetto venne ritirato dalla Commissione stessa. L'anno successivo l'Aim rilanciò l'idea progettuale e il Parlamento europeo adottò una dichiarazione scritta a favore dell'introduzione di statuti europei per le mutue e si impegnò nella redazione di una relazione sul ruolo delle società delle mutue europee che venne presentata nel 2011. Dal canto suo la Commissione produsse nel 2012 uno studio sulla situazione e le difficoltà delle mutue nel mercato e organizzò una consultazione pubblica sulle conclusioni di questo studio (Maggi *et al.*, 2015)

milioni di persone nel Mondo, 160 delle quali in Europa, mediante forme di assicurazione sanitaria obbligatoria o complementare e strutture per la gestione dei servizi sociali e sanitari. Nel contesto italiano, la Fimiv, aderente all'Aim, ha contribuito affinché la dichiarazione a favore del Regolamento sullo statuto della mutua europea fosse fatta propria anche dai parlamentari italiani.

A fare da precursori alla collaborazione transfrontaliera tra mutue, anche in assenza di un quadro giuridico di riferimento, troviamo alcuni accordi tra mutue italiane e francesi, quali quello tra Cesare Pozzo e Harmonie Mutuelle (uno dei principali enti mutualistici francesi che conta oltre 4,5 milioni di assistiti¹²) che nel 2010 hanno costituito una società cooperativa europea per la gestione dei fondi sanitari integrativi di origine negoziale denominata «Fondo Salute»¹³. Di natura meno formale, il gemellaggio tra la Mutua Pinerolese e Adrea Mutuelle, mutua francese che, oltre che con la mutua italiana, ha stipulato accordi con una mutua svizzera e una portoghese, con l'obiettivo di condividere buone pratiche e costruire modelli di assistenza condivisi.

6. LA MUTUALITÀ MEDIATA E LA RETE TRA MUTUE

Come anticipato, tra le principali novità introdotte dall'articolo 23 del d.l. 179 del 18 ottobre 2012 («Ulteriori misure per la crescita del paese»), poi convertito in legge il 13 dicembre 2012, troviamo un importante passaggio che riguarda la possibilità per le mutue di svolgere le attività istituzionali previste dall'articolo 1 della l. 3818/1886 attraverso «mutualità mediata» o indiretta.

Questa misura vuole essere di aiuto alle piccole Sms che non dispongono di condizioni finanziarie, patrimoniali e organizzative tali da garantire ed erogare le prestazioni attraverso una gestione diretta. Queste società, pur rimanendo autonome, possono avvalersi di una gestione mediata (parziale o totale) delle proprie attività: «La gestione mediata si fonda sull'instaurazione di un rapporto associativo tra la società ricevente (società associata) e un'altra società di mutuo soccorso più patrimonializzata e strutturata (società associante): in virtù del rapporto associativo tra le due società, i soci della società associata sono beneficiari delle prestazioni rese dalla società associante» (Fimiv 2015).

Una delle problematiche più sentite rispetto allo strumento della mutualità mediata è legata al timore delle società di piccole dimensioni di perdere la propria autonomia e il proprio potere decisionale. Proprio per ovviare a questa possibile dinamica, il Codice Identitario della Fimiv dedica una sessione alla mutualità mediata, auspicando che «venga prevista una compartecipazione della società associata

¹² Dato riferito al 2014, tratto da *Rapport de gestion 2014*, Harmonie Mutuelle

¹³ Rif. Regolamento (CE) n. 1435/2003 del Consiglio, del 22 luglio 2003, relativo allo statuto della Società cooperativa europea (Sce) (GU L 207 del 18.8.2003).

all'andamento tecnico della gestione mediata» (Fimiv, 2015) e a tutte le decisioni concernenti la gestione delle risorse destinate.

Nella pratica, alcune Sms offrono fruttuosi esempi di mutualità mediata: la Mutua Pinerolese, che è stata tra i promotori di questa misura, offre i propri servizi di assistenza socio-sanitaria alle piccole mutue locali di Vinovo e Bricherasio (piccoli centri della Provincia di Torino) e, per meglio coinvolgere i soci di queste società, svolge le assemblee direttamente nelle loro sedi; la Mutua ha inoltre un accordo di mutualità indiretta con il Fondo Solideo, nato nel 2011 per volontà di alcune cooperative sociali dell'area torinese, che conta ad oggi 27 aderenti, tra cooperative, consorzi e associazioni, per un totale di circa 1 200 beneficiari. Altro proficuo esempio di mutualità mediata è fornito dalla collaborazione tra Insieme Salute Lombardia e la Mutua di Mannate e dell'Insubria, una società locale, molto ben radicata sul territorio di origine, in cui conta circa 2 500 soci.

Al di là della mutualità mediata, alcune mutue di piccole dimensioni offrono interessanti esempi di collaborazione e di lavoro in rete. In Piemonte è attivo, a livello regionale, il Coordinamento delle società di mutuo soccorso piemontesi, che si dirama, a livello territoriale, in 11 consulte. Scopo del coordinamento, che ha origini negli anni Ottanta, è quello di riunire le società di mutuo soccorso della regione poiché possano conoscersi, interagire e condividere buone pratiche. Sono ricche e numerose le esperienze delle piccole mutue piemontesi, anche nel campo dell'assistenza sanitaria integrativa: dalla prevenzione (oftalmica, cardiovascolare...) a cura delle unità mobili attive a turnazione sui vari territori, agli ambulatori destinati a visite specialistiche, all'assistenza domiciliare. Questi servizi sono frutto di una rete virtuosa in cui le società di mutuo soccorso collaborano con il volontariato locale e dove l'antico spirito solidaristico è più che mai attuale poiché è chiaro a tutta la comunità locale che i servizi sono resi possibili grazie al contributo di tutti i soci e che chi ne approfittasse (intendendo un azzardo morale) sarebbe responsabile di aver spezzato il patto mutualistico, a danno degli altri soci¹⁴. Le attività e lo spirito dei sodalizi piemontesi sono sostenuti dalla Fondazione Centro per lo studio e la documentazione delle Società di mutuo soccorso, nata per volontà della Regione Piemonte, che contribuisce a mantenere vivi e a diffondere gli ideali di solidarietà e attenzione alla persona che avevano all'origine ispirato le società di mutuo soccorso, pur agendo ora in contesti profondamente mutati.

7. LA COLLABORAZIONE CON IL MONDO DELLA COOPERAZIONE

Società di mutuo soccorso e cooperative sono incentrate sui medesimi valori di mutualità e solidarietà, fondandosi su di un rapporto solidaristico di mutuo aiuto tra i

¹⁴ Su questa tematica è in fase di realizzazione un articolo di approfondimento per il sito www.secondowelfare.it.

soci. Esse mirano ad agire in un welfare sussidiario ponendosi in regime di complementarità – non in competizione – con l'ente pubblico, con l'obiettivo comune di proporre soluzioni concrete e innovative per i bisogni emergenti dei cittadini. Il movimento cooperativo è dunque considerato dalle Sms come «terreno privilegiato di relazioni e di progettualità intersettoriale, non solo per la matrice comune e il senso di appartenenza, ma per le affinità di intervento nel sociale e la naturale convergenza di politiche e di strategie» (Lippi Bruni *et al.* 2012¹⁵). A sigillo di questo sodalizio sociale è stato siglato, nel marzo del 2008, un protocollo d'intesa tra Fimiv e Legacoopsociali. Da questa collaborazione, a fine 2010, è scaturito il progetto Legacoop Salute, che ha l'obiettivo di promuovere un'azione integrata tra cooperazione sociale, cooperazione medica, società di mutuo soccorso e altri attori del privato sociale e dell'associazionismo nel campo dell'assistenza e della prevenzione sanitaria.

Numerosi e variegati sono gli esempi di collaborazione tra Sms e cooperative: dalla creazione di fondi integrativi dedicati alla realizzazione di progetti comuni, alla collaborazione e convenzione con centri medici e poliambulatori sociali. Le società di mutuo soccorso sono particolarmente attive nell'offerta di fondi sanitari, con contributo associativo poco oneroso (a partire da 60 euro all'anno per lavoratore), dedicati alle cooperative sociali, in particolare da quando l'articolo 87 del Ccnl cooperative sociali 2010\2012, ha reso obbligatoria, a decorrere dal Primo Maggio 2013, l'istituzione dell'assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori a tempo indeterminato delle cooperative sociali. In questo ambito, le società di mutuo soccorso locali trovano la collaborazione da parte di alcune centrali cooperative, come Legacoop e Confcooperative.

Gli accordi sulla sanità integrativa tra Sms e mondo della cooperazione prendono svariate forme e comprendono accordi di grande portata, come quello intercorso tra Cesare Pozzo e il Fondo nazionale Coopersalute, il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle imprese della distribuzione cooperativa, per la gestione del Piano sanitario relativo ai dipendenti di Coop Liguria o l'accordo con Cooperative Sociale Veneto, dedicato alle cooperative sociali aderenti a Federsolidarietà Veneto. Altro accordo di notevoli dimensioni è stato sottoscritto tra Sms Campa di Bologna e Confcooperative Emilia Romagna, alle cui associate sono riservate le coperture sanitarie Solcoop, composte da sette tipi di offerte. In queste proposte, i fornitori delle prestazioni socio-sanitarie sono gli stessi soci e dipendenti delle cooperative sociali e sanitarie, allo stesso tempo fruitori delle coperture sanitarie. Grazie a questi accordi, si è creato un «circolo virtuoso» in cui l'offerta di welfare aziendale sanitario viene coniugata allo sviluppo di opportunità lavorative per i operatori stessi, in un'ottica di investimento sociale nelle risorse umane.

¹⁵ Introduzione a cura di Placido Putzolu, Presidente Fimiv.

Per alcuni accordi di grandi dimensioni, troviamo l'intermediazione del consorzio Mu.Sa, che si propone di rappresentare, promuovere e coordinare i programmi per le Sms associate, rafforzandone il ruolo e la capacità contrattuale. È questo il caso dell'accordo sottoscritto con Coop Italia per i piani di assistenza sanitaria riservati ai soci di Novacoop Piemonte, Coop Estense e Coop Lombardia che spaziano dall'offerta della «Carta Coop Salute» (che offre l'accesso in forma privata alla rete sanitaria convenzionata e servizi di emergenza da centrale telefonica) a più ricchi piani di assistenza integrativa e odontoiatrica.

Vi sono poi altri accordi di più piccole dimensioni, ma non per questo meno virtuosi. A titolo esemplificativo, citiamo l'accordo tra Società Mutua Pinerolese e La Carabattola, una cooperativa sociale nata verso la fine degli anni Settanta dall'idea di un gruppo di capi scout della Agesci, che organizza attività per minori a rischio e disabili psicofisici e occupa dai 15 ai 20 lavoratori. Nonostante le piccole dimensioni, la Cooperativa riserva ai suoi soci e dipendenti un piano sanitario che prevede un ampio ventaglio di prestazioni, a fronte di una quota annuale di 200 euro (di oltre tre volte superiore al minimo previsto dal Ccnl).

In alcuni casi, sono le stesse federazioni e/o cooperative ad aver promosso la nascita di talune Sms. È questo il caso di Insieme Salute Lombardia, costituita nel 1994 sotto forma di cooperativa, per iniziativa di Legacoop e di alcune cooperative lombarde, e trasformata in Sms solo nel 2005/06; di Solidea, fondata a Torino nel 2011 da venti persone provenienti perlopiù da esperienze di cooperazione sociale, decise a riprendere lo spirito solidaristico delle società di mutuo soccorso dell'Ottocento, e a dare vita a un progetto rivolto a realizzare opportunità mutualistiche per i propri associati¹⁶; e della neonata Mutua Ligure, costituita nel 2013 sotto la spinta di Fimiv e di Legacoop Liguria (cfr. Maino 2013). Altro caso emblematico di intreccio tra mutue e cooperazione è la Sms Cramas, costituita nel 1979 come società cooperativa e trasformata in Sms nel 2009, sotto la spinta del credito cooperativo laziale¹⁷.

A livello nazionale, Confcooperative ha invece dato vita, seguendo il modello della Coooperazione Trentina, alla Società di Mutuo Soccorso Cooperazione salute. Attualmente la Mutua gestisce diversi piani sanitari per permettere alle cooperative di adempiere agli obblighi previsti dai vari contratti di lavoro nazionali (piani sanitari cooperative sociali, multiservizi, metalmeccanico cooperativo, commercio, logistica trasporto merci spedizione, Uneba, distribuzione cooperativa), nonché alcuni piani sanitari per il welfare aziendale (piano sanitario amministratori, piano sanitario amministratori plus). Il legame tra mutuo soccorso e cooperazione è particolarmente evidente se si guarda ai fornitori delle prestazioni socio-sanitarie che sono prevalentemente soggetti provenienti dal mondo cooperativo (cooperative sociali o sanitarie).

¹⁶ È la società che gestisce il Fondo Solideo, di cui si parla nel §5.

¹⁷ La storia della Cramas sarà approfondita nel §8.

Oltre alla variegata offerta di piani sanitari e assistenziali riservati al mondo della cooperazione, le Sms e le cooperative offrono esempi di collaborazione in progetti innovativi e di utilità sociale. A titolo esemplificativo, possiamo ricordare il progetto «A casa mia», un'iniziativa di assistenza domiciliare e ospedaliera, lanciata nel 2010 sul territorio di Varese e riservata ai soci delle Sms aderenti (Mutua Cesare Pozzo, Moa Varese, Soms Vigù e Sos Malnate), realizzata grazie alla collaborazione con la cooperativa Soleluna. Altro progetto di assistenza domiciliare e ospedaliera diurna e notturna è «Giorno e notte», realizzato su scala nazionale da Insieme Salute.

Altre forme innovative di collaborazione sono presenti all'interno di centri medici e poliambulatori sociali, il cui obiettivo è fornire servizi di alta qualità e professionalità a tariffe economicamente accessibili. Questi centri offrono tariffe calmierate a tutti gli utenti (all'incirca dal 30 al 50 per cento inferiori rispetto al normale prezzo di mercato) e riservano trattamenti economici particolarmente agevolati o gratuiti a persone bisognose, segnalate dalla rete associazionistica e cooperativistica con cui i centri medici collaborano. Attorno a queste strutture ruotano, infatti, numerosi soggetti del profit e del non profit, attraverso collaborazioni e convenzioni. La volontà di offrire tariffe eque agli utenti è sostenibile poiché l'obiettivo principale di detti poliambulatori non è quello di massimizzare il profitto, ma di rendere un servizio alla popolazione. Infatti, essi sono solitamente gestiti da enti non profit, cooperative sociali e\o sono frutto di scelte etiche di imprenditori responsabili. Alcuni di questi centri godono inoltre di contributi da parte di fondazioni e altri *donors*, in particolare a sostegno di iniziative a favore di soggetti fragili. Tra i collaboratori e i sostenitori di alcuni centri troviamo le Sms. È questo il caso del Poliambulatorio Jenner a Milano, aderente a Welfare Italia Servizi¹⁸, e gestito dal Consorzio Farsi Prossimo Salute del gruppo Caritas Ambrosiana. Come partner del progetto, troviamo Fondo Salute s.c.e., la società cooperativa europea costituita da Cesare Pozzo e Harmonie Mutuelle (cfr. §4), e la stessa Mutua Cesare Pozzo.

In campo internazionale, segnaliamo inoltre che proprio due Sms hanno dato vita alla precedentemente citata cooperativa europea di assistenza sanitaria Fondo Salute, una cooperativa europea che offre e gestisce fondi sanitari integrativi, a seguito di accordi collettivi o contrattuali con le imprese, per garantire assistenza sanitaria ai lavoratori e alle loro famiglie¹⁹.

¹⁸ Welfare Italia Servizi è una società costituita nel febbraio 2009 e partecipata dal consorzio Gino Mattarelli, composto da oltre 1 100 cooperative e con un fatturato annuo di 1 miliardo di euro. La società è inoltre partecipata da Intesa Sanpaolo, Banco Popolare ed è sostenuta da Confartigianato e Cisl Lombardia. La *mission* della società, ispirata dalla cooperazione sociale da cui trae origine, è di costruire un modello innovativo di welfare nell'ambito della «sanità leggera» (che non comprende la chirurgia). La proposta operativa di Welfare Italia è un modello avanzato di welfare sanitario in franchising, in cui la società agisce come affiliante (*franchising*), mettendo a disposizione le proprie competenze ad una rete di imprenditori (*franchisee*), in modo da poter offrire servizi di qualità a prezzi accessibili.

¹⁹ Rif. Sito Fondo Salute (<http://www.fondosalute.it/>).

8. L'INTEGRAZIONE TRA MUTUO SOCCORSO E CREDITO COOPERATIVO

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, la storia delle mutue si intreccia con quella della cooperazione, e di conseguenza con quella della cooperazione al credito. Nel periodo tra Ottocento e Novecento, si svilupparono infatti, parallelamente alle società di mutuo soccorso, principalmente rivolte alla tutela degli operai in zone urbane e con natura laica, le Casse Rurali, a servizio dei lavoratori delle campagne e con matrice cattolica. Se pur di diversa natura e dislocazione territoriale, le Mutue e le Casse Rurali – da cui trassero origine le Banche di Credito Cooperativo (Bcc) – condividevano lo stesso obiettivo di fornire assistenza sanitaria integrativa e sostegno al reddito delle fasce sociali più deboli. Seppur di portata minore rispetto alle Sms, le Casse Rurali conobbero un'ampia espansione a cavallo tra i due secoli, passando dalle 14 censite nel 1885 alle 1 334 unità del 1904 (cfr. Cassola, 2014).

Attualmente, sono numerose le iniziative di mutualità sanitaria integrativa promosse dalle Banche di Credito Cooperativo e dalle Casse Rurali. Le mutue Bcc possono prendere forma di società di mutuo soccorso o di «associazione mutualistica» e seguire due modelli operativi: «monosettore» nel caso in cui si occupino esclusivamente di assistenza sanitaria o «plurisettore» dove le attività sono molteplici (sociali, formative, ricreative, turistiche, di previdenza economica, oltre all'assistenza sanitaria integrativa). I progetti sviluppati dalle Bcc nell'ambito del mutuo soccorso seguono essenzialmente due modelli: il modello *Make*, in cui le Bcc costituiscono una mutua ex novo e la gestiscono direttamente a beneficio di soci e clienti; o il modello *Buy*, nel quale le Bcc sanciscono accordi di collaborazione con società di mutuo soccorso già esistenti e ben radicate sul territorio in cui si sviluppano le iniziative. Questa tipologia progettuale, seppur minoritaria rispetto al modello *MAKE*, è in espansione in alcune aree, quali l'Emilia Romagna – dove Emilbanca, Banca Centro Emilia e Banco Emiliano collaborano con la mutua Campa di Bologna e il Credito Cooperativo Reggiano lavora con la Mutua Nuova Sanità di Reggio Emilia – e il Lazio, dove alcune Bcc locali hanno stretto un accordo di collaborazione con la Sms Cramas, nata nel 1979 come società cooperativa e trasformatasi in Sms nel 2009, principalmente per volontà della Banca di Credito Cooperativo di Roma.

Dalla ricerca compiuta da Cassola (2014)²⁰, sono emersi 35 progetti di assistenza sanitaria integrativa promossi da circa 40 Bcc, di cui 29 realizzati secondo il modello *MAKE* e 6 in modello *BUY*, principalmente dislocati nelle regioni Veneto (in cui sono presenti 14 iniziative), Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Toscana. Tali progetti non trovano invece terreno fertile in Piemonte e Liguria, da sempre territori di forte radicamento delle Sms tradizionali. I progetti, di recente sviluppo, realizzatisi prevalentemente dal 2005 in poi, offrivano, alla fine del 2012, una copertura assistenziale per circa 200 000 persone, ampliando così il bacino di utenza per il mutuo soccorso.

²⁰ I dati sono riferiti a fine 2012.

9. PROGETTI DI MUTUALITÀ TERRITORIALE DEDICATA: COLLABORAZIONI CON FONDAZIONI NON PROFIT

Tra i tanti soggetti non profit con cui collaborano le Sms, un'attenzione particolare va riservata al rapporto con le Fondazioni, da cui possiamo desumere alcuni esempi di azioni sussidiarie rilevanti in campo sociale e che uniscono numerosi e importanti attori territoriali. Tra i progetti sociali recentemente realizzati, volti alla cura sanitaria di soggetti deboli, è di riferimento il fondo di mutualità territoriale promosso dalla Fondazione Welfare Ambrosiano (Fwa), uno dei progetti più innovativi che coniugano mutualismo, territorio con l'obiettivo di tutelare i soggetti più vulnerabili (cfr. Maino e Payra 2015). Si tratta di un Piano sanitario integrativo rivolto a famiglie, i cui membri non hanno accesso alla prevenzione sanitaria perché privi di reddito e risorse, per permettere loro di farsi carico di prestazioni odontoiatriche per i figli, dello screening oncologico per le donne e di assistenza domiciliare per gli anziani. Il progetto vede coinvolti ben 11 partner tra pubblico e privato: una rete ampia, destinata ad allargarsi ulteriormente a partire da un ormai certo coinvolgimento anche della Fondazione Cariplo. I soggetti che hanno dato vita a questo Piano sono la FWA con i suoi soci fondatori – Comune di Milano, Città metropolitana, Cgil, Cisl, Uil e Camera di Commercio; la Mutua Cesare Pozzo che gestisce il Piano nelle sue tre articolazioni; la Fondazione Atm; l'Istituto Medico Kiba; la Lega Italiana Lotta contro i Tumori (sezione di Milano); la Fondazione Bracco.

Sempre la Mutua Cesare Pozzo collabora con la Fondazione Atm, che nel 2012 ha deciso di affidare la gestione amministrativa dello storico Fondo Sanitario Integrativo aziendale alla Mutua, riconoscendola come soggetto di provata esperienza radicato nel territorio lombardo e specializzato nel campo dei fondi sanitari dedicati ai lavoratori del settore trasporti.

10. IL RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI PUBBLICHE

Dal 1978, quando la legge n. 883 istituì il *Servizio Sanitario Nazionale*, che estese a tutti i cittadini il diritto a fruire delle prestazioni assistenziali sanitarie pubbliche ed inglobò il personale ed i beni degli enti mutualistici nel sistema sanitario pubblico, la mutualità volontaria iniziò a ricoprire un ruolo sempre più marginale nel panorama nazionale. L'art. 46 della legge stabiliva che i cittadini potessero ricorrere a forme di assistenza sanitaria integrativa privata esclusivamente su base volontaria (mantenendo comunque l'obbligo di finanziamento del Ssn) e sanciva il divieto per gli enti pubblici di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento delle associazioni mutualistiche. Fino ai primi anni Novanta, l'approccio delle istituzioni pubbliche nel settore sanità era fortemente a sostegno del modello universalistico e precludeva l'opportunità di collaborazione con altre forme complementari di assistenza.

A partire dagli anni Novanta, i legislatori realizzarono la necessità di regolamentare e promuovere coperture complementari di assistenza sanitaria integrativa a integrazione del Ssn, che da solo non riusciva a garantire l'universalità di copertura, l'eguaglianza di trattamento e la globalità delle prestazioni previste per tutti i cittadini italiani. In questo periodo, si coglieva dunque il bisogno di potenziare forme di assistenza privata, con natura solidaristica, per estendere il diritto alla salute al maggior numero di persone possibile. Nel 1992, fu emanata il d.lgs. 502 che introdusse la costituzione dei fondi sanitari integrativi, finalizzati all'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle della sanità pubblica. In seguito, il d.lgs. 229 del 1999, stabilisce, all'articolo 9, che «al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza». Tra i soggetti autorizzati a istituire e gestire i fondi sanitari integrativi, troviamo le società di mutuo soccorso che, grazie a queste innovazioni normative, riprendono un po' di legittimità e vigore. La normativa prevede inoltre che regioni, province autonome e enti locali possano partecipare alla gestione dei fondi integrativi, aprendo così la via a una possibile collaborazione tra società di mutuo soccorso e istituzioni pubbliche.

Negli anni Duemila si susseguono varie innovazioni normative che contribuiscono alla delimitazione della previdenza sanitaria e alla demarcazione tra sanità pubblica e integrativa. Un importante impatto sul Ssn è dato dalla legge costituzionale n. 3/2001 (riforma del Titolo V), che conferma il ruolo centrale delle Regioni nei campi della programmazione e dell'organizzazione sanitaria. La definizione dei *livelli essenziali di assistenza* (Lea) rimane invece di competenza statale. Il d.p.c.m. 29/11/2001 individua nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, le tre macroaree di competenza Lea e fornisce una lista di tutte le prestazioni parzialmente o totalmente escluse dai Lea, *in primis* le cure e le protesi odontoiatriche, la riabilitazione, la medicina alternativa e la chirurgia estetica²¹.

²¹ Le prestazioni totalmente escluse sono: a) chirurgia estetica (non conseguente a incidenti o malformazioni congenite) e circoncisione rituale maschile; b) medicine non convenzionali (agopuntura – fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche, fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia); certificazioni mediche non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste dalla legge (es. idoneità alla pratica sportiva, all'impiego, al servizio civile...); c) alcune prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa, ionoforesi, ecc.). Le prestazioni parzialmente escluse sono: a) assistenza odontoiatrica: solo per bambini e ragazzi fino all'età di 14 anni, persone con particolare vulnerabilità sanitaria e sociale, tutti i cittadini italiani per il trattamento delle urgenze (quali dolore acuto e infezioni acute) e la diagnosi precoce di patologie tumorali del cavo orale; b) densitometria ossea: solo nelle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica; c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle

Sono escluse dai Lea anche tutte le prestazioni di carattere sociale o socio-sanitario per condizioni di non-autosufficienza. Da questa lista, si possono evincere i campi di possibile azione dell'assistenza sanitaria integrativa, in modo da assumere carattere prettamente integrativo e non replicativo dell'offerta pubblica.

A dare un'ulteriore svolta al settore dell'assistenza sanitaria integrativa arrivano la legge Finanziaria 2008 e il successivo d.m. 31/03/2008, conosciuto come «Decreto Turco» che ampliano gli ambiti di competenza dei fondi integrativi al Ssn²², equiparano il tetto di deducibilità tra i fondi integrativi e i fondi di natura contrattuale e istituiscono l'Anagrafe dei fondi sanitari a cui i fondi devono essere iscritti per beneficiare dei vantaggi fiscali. I provvedimenti pongono come obbligo per la deducibilità fiscale ai fondi integrativi del Ssn di erogare una quota di prestazioni effettivamente integrative dei Lea e per i fondi sanitari aziendali, la destinazione di almeno il 20 per cento delle erogazioni per assistenza socio-sanitaria e/o odontoiatria. Con queste misure, il decreto intende allargare la sfera di azione dell'assistenza sanitaria integrativa, veicolandola in due principali ambiti: il primo riguarda i fondi sanitari integrativi al Ssn (differenziandoli in «fondi aperti» qualora siano istituiti da regioni, enti territoriali e locali, società di mutuo soccorso e altri organismi di natura non lucrativa, o «fondi chiusi» se istituiti tramite accordi collettivi); il secondo riguarda unicamente i «fondi chiusi» di origine contrattuale attivati da enti, casse e Sms con fine prettamente assistenziale.

La spinta verso una più ampia collaborazione tra istituzioni pubbliche e enti mutualistici è particolarmente evidente nella possibilità di istituzione di «fondi aperti» promossi da enti territoriali, quali regioni, province autonome e comuni, e gestiti in compartecipazione con organismi privati di comprovata esperienza nel settore socio-sanitario, quali le società di mutuo soccorso (cfr. anche il Capitolo 3). La realizzazione di questi tipi di fondi permetterebbe l'acquisizione di un numero elevato di aderenti e renderebbe possibile l'accesso all'assistenza sanitaria integrativa anche ai cittadini sprovvisti da copertura contrattuale, quali lavoratori

prestazioni è condizionata alla sussistenza di alcuni presupposti (età del paziente, certi quadri patologici ecc.) o a specifiche modalità di erogazione (durata minima della prestazione ecc.); d) chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri: solo per pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

²² Il d.m. 31 marzo 2008, art. 1, comma 2 prevede che gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo art. 9. e comprendano inoltre: a) prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'art. 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328 in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

autonomi, pensionati, studenti, casalinghe, disoccupati, che altrimenti sarebbero esclusi da qualsiasi forma di previdenza sanitaria complementare. Il carattere solidaristico di tale assistenza sarebbe inoltre maggiormente garantito dalla sorveglianza dell'ente pubblico istitutivo del fondo stesso. Purtroppo, al momento attuale, dobbiamo ancora parlare al condizionale delle opportunità che potrebbero fornire i fondi aperti, perché l'iter legislativo inerente questi fondi non si è ancora concluso, poiché mancano i decreti attuativi sul loro ordinamento e sulle modalità di affidamento in gestione.

Un caso rilevante di collaborazione tra soggetti pubblici ed enti mutualistici e cooperativistici è il caso di Mutua Ligure nata nel marzo del 2013 per iniziativa della Fimiv, Legacoop Liguria e Mutua Cesare Pozzo, con il riconoscimento e la partecipazione della Regione Liguria. L'obiettivo di questa mutua è di dotare tutti i cittadini (anche coloro che non sono coperti da fondi sanitari di natura contrattuale) di prestazioni sanitarie integrative dei Lea e di fornire assistenza socio-sanitaria ospedaliera e domiciliare anche alle persone anziane e non autosufficienti. L'iniziativa è figlia del «Progetto Salute di Legacoop» mirante alla creazione di una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari realizzati grazie alla collaborazione pubblico-privato non profit. Gestore tecnico del progetto è la Mutua Cesare Pozzo, che nella Regione Liguria ha sviluppato una consolidata esperienza nella gestione di fondi sanitari integrativi, quali il Fondo negoziale di Fincantieri. Il caso ligure è il secondo esempio in Italia di offerta mutualistica a livello regionale, dopo quello della Provincia Autonoma di Trento, che già nel 2012 aveva siglato un Protocollo d'Intesa con Cgil, Cisl, Uil, Confcommercio e Confindustria per la creazione di un fondo sanitario rivolto ai lavoratori, dipendenti o autonomi, sprovvisti di assistenza sanitaria integrativa fornita da fondi contrattuali. Obiettivo del fondo è di concentrarsi sui settori scoperti dai Lea, come l'odontoiatria, il rimborso del ticket e sui sussidi per la non-autosufficienza. L'idea di costituire un fondo territoriale è scaturita dall'esempio fornito dalla Cooperazione trentina, che già nel 2011 aveva creato un fondo sanitario dedicato alle prestazioni sanitarie per 18 000 lavoratori delle cooperative trentine. Da quest'esperienza locale si è poi sviluppata l'iniziativa nazionale di Confcooperative che ha dato i natali alla Sms Cooperazione Salute²³.

Altro interessante caso di welfare territoriale è rappresentato da IRENE, una società cooperativa abruzzese, «Polo di innovazione sociale e dell'economia civile», che unisce circa 240 cooperative sociali e imprese for profit (cfr. Marafioti 2015). Fin dal 2011, Irene, grazie ai finanziamenti della Regione Abruzzo attraverso i fondi Fesr 2007-2013, si è specializzata nell'offerta di servizi innovativi alle imprese e alla pubblica amministrazione allo scopo di favorire l'integrazione

²³ Articoli di approfondimento a cura di Franca Maino su www.secondowelfare.it

dei settori socio-sanitari. La mutua Cesare Pozzo è socia del Polo Irene, con il quale ha sottoscritto un accordo quadro per la gestione di fondi sanitari integrativi a favore dei lavoratori delle cooperative sociali aderenti. Oltre a erogare le tradizionali prestazioni socio-sanitarie, questa tipologia di fondi sanitari costituisce un modello di «welfare di comunità», nel quale i vari attori territoriali (privato sociale, istituzioni pubbliche, imprese for profit, centri sanitari privati e gli stessi cittadini) possono investire e concorrere alla realizzazione di politiche di welfare a favore di tutta la comunità. Polo Irene ha richiesto ai comuni e ad altri enti pubblici di progettare congiuntamente nuove strategie per rispondere ai bisogni della popolazione, in un periodo di scarsità di risorse. A questo fine, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa con l'assessorato al lavoro e alle politiche sociali della Regione Abruzzo con l'ampio obiettivo della costituzione di un welfare di comunità in tutta la regione. Da giugno 2015 si è iniziato a definire i bisogni di ciascun territorio al fine di realizzare una rete di servizi sanitari e assistenziali per la popolazione abruzzese.

Un altro tentativo in questa direzione è stato fatto dalla Regione Piemonte, che si è impegnata a strutturare un dialogo con le mutue del territorio che forniscono direttamente assistenza socio-sanitaria (Mutua Pinerolese, Consorzio Mutue Novara e Solidea), con l'obiettivo di estendere l'assistenza domiciliare agli abitanti del territorio a costo contenuto e con pacchetti mutualistici riservati agli ultra settantacinquenni.

Tabella 3. Normativa di riferimento per le società di mutuo soccorso

Legge 15 aprile 1886 n. 3818	Costituzione legale delle società di mutuo soccorso
D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla Legge 221 del 17 dicembre 2012	Art. 23 - Misure per le società cooperative e di mutuo soccorso
Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 6 marzo 2013	Iscrizione delle società di mutuo soccorso nella sezione del registro delle imprese relativa alle imprese sociali e nell'apposita sezione dell'albo delle società cooperative
Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 30 ottobre 2014	Disposizioni inerenti l'attività di vigilanza sulle società di mutuo soccorso e relativa modulistica
Decreto del Ministero Sviluppo Economico, 20 gennaio 2015	Contributo per attività di revisione

Tabella 4. Normativa di riferimento per i fondi sanitari integrativi

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sostituito dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, art. 9	Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale
Art. 1, comma 198, Legge 24 dicembre 2007, n. 244	Legge Finanziaria 2008
Decreto del Ministro Salute (Decreto Turco), 31 marzo 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
Decreto del Ministro del Lavoro e della Salute (Decreto Sacconi), 27 ottobre 2009	Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale»
Tuir-Dpr 22 dicembre 1986, n. 917:	art. 51, comma 2, lettera a (Determinazione del reddito di lavoro dipendente) e art. 10, comma 1, lettera e-ter (Oneri deducibili) ²⁴

11. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

A conclusione di quest'analisi, appare evidente come – seppur le società di mutuo soccorso ricoprono ancora un ruolo marginale nell'assistenza sanitaria integrativa italiana²⁵ – vi siano crescenti spazi di intervento che la sanità pubblica non riesce più a coprire in forma autonoma. Innanzitutto, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, sarebbe necessario promuovere fondi territoriali aperti in cui enti pubblici e privati non profit collaborino allo scopo di raggiungere alti livelli di copertura sanitaria, estesa anche ai cittadini che non dispongono di contratti di lavoro prevedenti assistenza sanitaria integrativa attraverso gli strumenti della bilateralità (cfr. Capitolo 3). Le risorse raccolte attraverso il fondo territoriale potrebbe andare a copertura

²⁴ L'art. 10 del Tuir stabilisce che dal reddito complessivo sono deducibili, fino ad un massimo di 3 615,20 euro, i contributi versati ai fondi sanitari integrativi istituiti dall'art. 9 del d.Lgs 502/1992 (nota 3), che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto ministeriale. L'art. 51 del Tuir stabilisce che non concorrono a formare il reddito – quindi non sono tassati – contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti dal ministro della Salute, per un importo non superiore complessivamente a 3 615,20 euro.

²⁵ Allo stato attuale non esistono rilevazioni complete riguardo gli aderenti alle Mutue che erogano servizi e prodotti socio-sanitari. Secondo i dati riportati nella ricerca di Lippi Bruni *et al.* (2012) le 18 mutue prese in esame arrivano a raccogliere complessivamente circa 360 000 fra soci e familiari aventi diritto. In una ricerca successiva, Maggi e De Pietro (2015) riportano di circa un milione di italiani con una copertura integrativa dovuta all'iscrizione a una società di mutuo soccorso.

di prestazioni extra Lea, in particolar modo per le cure odontoiatriche, andando così a colmare un settore in cui l'intervento del Ssn è stato da sempre carente²⁶ e scarsamente coperto da polizze sanitarie di base²⁷.

Altro settore in cui l'intervento pubblico è largamente insufficiente e in cui è sempre più necessario un ricorso all'assistenza sanitaria integrativa è il campo dell'assistenza socio-sanitaria, dato l'invecchiamento della popolazione e l'incremento di persone in stato di non autosufficienza, che necessitano di interventi misti in cui le prestazioni sanitarie si sommano ad azioni di protezione sociale. Benché questi interventi andrebbero affrontati da aziende sanitarie ed enti locali, «le stime parlano però solo di un 33 per cento di anziani non autosufficienti aiutati attraverso programmi pubblici, con una compartecipazione privata *out-of-pocket* che arriva a coprire il 50-60 per cento del costo mensile in struttura protetta, mentre il restante 66 per cento organizza autonomamente la propria assistenza, contando soprattutto su un mercato in parte sommerso di oltre 800 mila badanti» (Lippi Bruni *et al.* 2012).

Su quest'ultimo punto, è importante segnalare il ruolo che alcune Sms stanno giocando nell'elaborazione di strategie di lavoro sui territori e nel supporto all'incontro tra domanda e offerta nel settore dell'assistenza familiare. Sono infatti in crescita gli esempi di mutue che offrono servizi di assistenza ospedaliera e domiciliare, in forma diretta o attraverso una rete di cooperative e associazioni partner. La fornitura di questo tipo di prestazioni, oltre a soddisfare i bisogni delle persone non autosufficienti iscritte alle mutue, crea opportunità lavorative per una fascia di popolazione vulnerabile e collocata ai margini del mercato del lavoro, contribuendo alla lotta contro il lavoro irregolare. Come possiamo evincere dal rapporto *Multi-welfare* (Fieri 2013), tra i collaboratori familiari è molto forte la presenza di donne, molte delle quali *immigrate*, che offrono i propri servizi perlopiù attraverso canali informali. Queste pratiche possono far scaturire fenomeni criminosi, quali «ricieste ricattatorie da parte delle famiglie datrici di lavoro, o il giogo del caporalato che infesta questo settore» (Fieri 2013). In questo ambito, vi è spazio per una proficua collaborazione tra Sms e altri soggetti del privato sociale con le istituzioni pubbliche (Centri per l'Impiego, Inps, enti locali) in un progetto congiunto che miri all'istituzionalizzazione dell'offerta e dunque all'elaborazione di strategie di regolarizzazione del lavoro di «badanza» e di percorsi di formazione riconosciuti (operatore socio-assistenziale e assistente familiare). In particolare le mutue e le cooperative rivestono

²⁶ La spesa odontoiatrica in Italia si aggira intorno agli 11-12 miliardi di euro annui ed è di tipo *out-of-pocket* per il 95 per cento (Lippi Bruni *et al.* 2012).

²⁷ «Le assicurazioni private considerano l'odontoiatria come un settore in perdita [...] le polizze sanitarie che comprendono prestazioni odontoiatriche sono poche, con una gamma di offerta estremamente ridotta, e tendono a prevedere allo stesso tempo franchigie elevate e massimali contenuti» (Lippi Bruni *et al.* 2012).

un ruolo molto importante in questo campo poiché, nello svolgimento delle proprie attività, fungono da fulcro di incontro tra la domanda delle famiglie e l'offerta delle assistenti familiari. In ultimo, va ricordato che le stesse donne straniere, se inserite legalmente nel mondo del lavoro, potrebbero diventare esse stesse fruitrici dei servizi offerti dalle Sms. Come sottolineato dallo studio di Fieri, l'aumentare dell'età «dei collaboratori domestici stranieri fa pensare a persone, perlopiù donne, con famiglia e figli a carico e dunque a una popolazione che aumenterà tendenzialmente la domanda di servizi in diversi settori del welfare, in parallelo all'invecchiamento della popolazione italiana, che dunque aumenterà a sua volta le richieste di servizi di cura» (Fieri 2013).

Nonostante questi spazi emergenti e nuove prospettive che paiono delinearsi per il mondo dell'assistenza sanitaria integrativa, vi è pur sempre il problema della *sostenibilità finanziaria* di tali operazioni e l'improbabilità che le sole società di mutuo soccorso possano coprire i bisogni di cure odontoiatriche e di non autosufficienza dei cittadini italiani, in special modo di coloro che non sono coperti da assistenza integrativa di tipo contrattuale. Per riuscire in questo intento, occorrerebbe l'intervento *congiunto* del sistema pubblico e del privato integrativo e un cambiamento dalla visione meramente universalistica del Ssn.

Per favorire l'espansione della mutualità integrativa sarebbe dunque necessario un grande mutamento di prospettiva e una presa di posizione da parte dello Stato nella promozione di un'assistenza integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema pubblico, che ne condivida la missione di tipo solidaristico. A oggi, uno dei limiti delle società di mutuo soccorso è il loro *limitato bacino di utenza* che non supera il milione persone tra soci e familiari iscritti (Maggi *et al.* 2015). Lo sviluppo di queste Società risulta così limitato, anche a causa di una carenza di personale dedicato e di una scarsa pubblicizzazione dei prodotti, la cui diffusione è basata essenzialmente sul passaparola. Non potendo contare su una pubblicità massiccia, le Mutue trovano difficoltà a rinnovare il proprio pubblico e a inserire nuovi aderenti, rimanendo «frequentate da una popolazione di età mediamente superiore ai cinquant'anni» (Luciano 2012).

Oltre a questa debolezza interna, vi è una minaccia proveniente dal contesto esterno alle Mutue, rappresentata dal rapido sviluppo che nuovi soggetti stanno avendo nel panorama dell'assistenza sanitaria integrativa, tradizionalmente costituito, da un lato, da *società di mutuo soccorso, enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali* – soggetti di natura mutualistica e solidaristica abilitati alla costituzione di Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (d.lgs. 502 del 30 dicembre 1992, art. 9) iscritti all'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi e beneficiari di tutti i vantaggi fiscali – di cui all'ex art. 51, comma 2, lett. a del Tuir 917\198 – e, dall'altro, dalle *compagnie di assicurazione* – soggetti for profit con alti volumi d'affari, sottostanti a precise norme e regimi fiscali e vigilati da un'autorità di controllo (Ivass). Questi soggetti emergenti, definiti come «mutue spurie» godono degli incentivi fiscali degli enti non profit non condividendo però le finalità mutualistiche e soli-

daristiche. La loro ampia e rapida diffusione ha fatto subito scattare l'allarme nelle società di mutuo soccorso «pure», che si sono riunite in difesa dei principi e valori della mutualità volontaria nella realizzazione del «Codice identitario delle società di mutuo soccorso» (vedi §3) e nel «contrasto alle mutue irregolari o spurie ovvero a quelle mutue che, strumentalmente costituite al fine di avvalersi dei meri vantaggi fiscali e di cogliere così le opportunità offerte da un mercato in rapida espansione, non rispecchiano le caratteristiche normative e i valori distintivi e identitari specifici delle società di mutuo soccorso» (Fimiv, 2015). Analogamente, le compagnie di assicurazione, attraverso l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (Ania), hanno denunciato la questione in un *position paper* datato maggio 2015, in cui richiedono un riordino normativo dei fondi sanitari. Secondo l'Ania²⁸, la situazione attuale in cui vi è un proliferare di questi soggetti ibridi, è dovuta a una mancanza di chiarezza nella legislazione afferente ai fondi sanitari integrativi e all'assenza di controlli sugli enti mutualistici. Nel *paper*, Ania rimarca la differenza esistente nelle regole di condotta in vigore su chi offre al pubblico prestazioni sanitarie integrative: mentre la distribuzione dei prodotti assicurativi è gestita da una rete professionale di venditori che, per esercitare la propria attività, devono sottostare a un esame d'ingresso presso l'Ivass e all'obbligo di analizzare le esigenze del cliente per verificare il rispetto della regola dell'adeguatezza dei contratti offerti, la distribuzione dei pacchetti di prestazioni sanitarie da parte di mutue «spurie» fa invece capo a una rete non professionale di venditori (promotori mutualistici), esenti da alcuna forma di vigilanza. L'Ania evidenzia come queste società, camuffate da soggetti mutualistici, aggrediscano il mercato in modo tipicamente for profit, affidandosi ad ampie reti di procacciatori d'affari e partecipando a diverse gare per l'aggiudicazione di servizi sanitari ponendosi in regime di concorrenza sleale con le imprese assicurative. Ania denuncia che una situazione del genere «non solo è obiettivamente fonte di fenomeni di squilibrio concorrenziale ai danni del settore assicurativo ma rischia di determinare con tutta evidenza anche una pesante riduzione della tutela dei lavoratori, poiché i piani sanitari integrativi possono essere affidati a soggetti che non dispongono dei medesimi presidi previsti in materia di patrimonializzazione, solvibilità e controllo dal Codice delle assicurazioni private» (Ania 2015). A causa di quest'ultima problematica, il Forum Consumatori Ania si dice particolarmente preoccupato per la tutela dei consumatori ai quali giungono informazioni non trasparenti e che corrono il rischio di perdere le tutele che dovrebbero esser loro garantite. Pur nelle loro differenze²⁹, mutue e assicurazioni si

²⁸ Si riportano informazioni tratte da Ania (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino* (position paper), in www.ania.it, maggio 2015 e da interviste svolte con rappresentanti dell'Ania.

²⁹ Nel *position paper*, Ania richiede un «testo unico» della sanità integrativa che, in analogia al d.lgs.252/2005 per la previdenza complementare, regoli gli ambiti di interesse delle forme sanitarie integrative, quali il finanziamento, il regime delle prestazioni, i modelli gestionali, la *governance*, la vigi-

trovano d'accordo nel richiedere l'immediata attivazione di un'*autorità di vigilanza* sulle società di mutuo soccorso, al fine di combattere la mutualità irregolare.

Nonostante queste criticità e le numerose sfide aperte, dall'analisi svolta risulta che le Sms dimostrano un'evidente volontà di fornire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie effettivamente integrative a quanto attualmente offerto dal Ssn e/o dai grandi fondi contrattuali nazionali e di offrire proposte per estendere la copertura sanitaria anche alle fasce di popolazione tuttora non coperte da fondi contrattuali o escluse per limiti di età. Altro punto di forza delle mutue è il forte *legame con il territorio* e la loro capacità di lavorare su progetti comuni di utilità sociale con altri soggetti del mondo pubblico e del privato sociale, come le cooperative, le fondazioni, le Bcc e le istituzioni regionali e locali. Come abbiamo potuto vedere nei paragrafi precedenti, le iniziative messe in campo, seppur ancora a livello embrionale, stanno dando prova di forte innovazione sociale e potenzialità di crescita futura.

Al fine di svolgere un'analisi maggiormente approfondita sul ruolo delle società di mutuo soccorso nel sistema socio-sanitario italiano, abbiamo intenzione di avviare una ricerca sistematica, raccogliendo sia dati qualitativi che quantitativi riguardanti le mutue. Il prossimo obiettivo è quello di concentrarsi sull'analisi delle prestazioni erogate, sulla loro posizione rispetto al Ssn (prestazioni integrative, complementari o sostitutive), sul numero di interventi, sulla spesa per le erogazioni sanitarie e sulla sua variazione (incremento/decremento) negli anni. La ricerca, finora concentrata principalmente sulle mutue aderenti al Consorzio Mu.Sa e limitata prevalentemente ai territori di Piemonte e Lombardia, vorrebbe estendersi, in un primo tempo, a tutte le mutue sanitarie aderenti a Fimiv, e in un secondo tempo, all'analisi delle nuove realtà che si stanno affacciando nel panorama mutualistico. Un'attenzione particolare sarà riservata anche alle mutue di piccole dimensioni che sviluppano servizi di assistenza socio-sanitaria a livello locale. Le loro iniziative sono ritenute di fondamentale importanza per rispondere ai bisogni delle piccole comunità, dove si concentrano rilevanti fasce di popolazione anziana, particolarmente a rischio di essere escluse dai servizi sanitari, data la lontananza dai presidi ospedalieri ad alta intensità di cura e dalle strutture convenzionate. Scopo finale è quello di poter disporre di una serie di informazioni e dati organici sulla realtà mutualistica, in modo da poter inferire delle conclusioni maggiormente articolate sulle sfide e prospettive per questi soggetti, anche rispetto a pratiche di nuova sperimentazione in risposta ai bisogni

lanza, i mezzi patrimoniali e organizzativi da detenere e la fiscalità, con principi di equiparazione delle forme ed eliminazione di disparità. Nel Codice Identitario, Fimiv, invece, sostiene che il contrasto alla mutualità irregolare o spuria impone di affermare con forza che il vantaggio fiscale è una premialità riconosciuta alle società di mutuo soccorso per il loro comportamento virtuoso e fedele al dettato valoriale e normativo che è loro proprio, mediante il quale esse contribuiscono ad accrescere tra i cittadini la coesione, l'autodeterminazione, la responsabilità sociale, la qualità della vita.

di welfare dovuti a nuovi fenomeni sociali quali l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei flussi migratori, la trasformazione del mercato del lavoro e le nuove strutture dei nuclei familiari.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Allio, R. (1980) *Società di mutuo soccorso in Piemonte. 1850-1880. Attività economica - Gestione amministrativa - Ambiente sociale*, Deputazione Subalpina di Storia Patria, Torino.
- Ambrosetti (2013), *Meridiano sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2013*, The European House - Ambrosetti
- Ania (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino* (position paper), in www.ania.it, maggio 2015, disponibile online all'indirizzo <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf>
- Cassola, B. (2014), *Il welfare di comunità. La mutualità sanitaria delle Bcs*; Ecra, Roma
- Commissione Europea, *Documento di Consultazione, Le Mutue nell'Europa allargata*, 3 ottobre 2003, disponibile online all'indirizzo http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/mutuals/mutuals-consult-doc_it.pdf
- Drisaldi, L. (2002), *Società di Mutuo Soccorso: una realtà attuale - il Consorzio Mutue di Novara*, Tesi di laurea, Università Bocconi, Milano
- Fieri (2013), *Multiwelfare: le trasformazioni dei welfare territoriali nella società*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino
- Fimiv (2015), *Codice identitario delle società di mutuo soccorso*, approvato dalla Direzione Fimiv del 19 marzo 2015, disponibile online all'indirizzo http://www.secondowelfare.it/edt/file/CODICE_DISTINTIVITA___Sms_Testo_approvato_Direzione_Fimiv_19_3_15.pdf
- Fimiv e Coordinamento regionale delle società di mutuo soccorso e cooperative del Piemonte (2015), *Questionario 2014 sulle attività mutualistiche delle società di mutuo soccorso del Piemonte. Presentazione risultati*
- Harmonie Mutuelle, *Rapport de gestion 2014*, disponibile online all'indirizzo <https://www.harmonie-mutuelle.fr/web/harmonie-mutuelle/rapports-annuel-2014-les-chiffres>
- Istat (2013), *Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013*, disponibile online all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/128176>
- (2014), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Roma
- Lippi Bruni, M., Rago, S., Ugolini, C. (a cura di) (2012), *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative*, il Mulino, Bologna
- Luciano, A. (2012), *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità. Risposte alla crisi del welfare*, Euricse Working Paper, n. 32/12, disponibile online all'indirizzo: http://euricse.eu/sites/euricse.eu/files/db_uploads/documents/1334324057_n2047.pdf
- Maggi, S., De Pietro, C. (a cura di) (2015), *Le prospettive del mutuo soccorso nel sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna

- Maino, F. (2014a), *Mutualismo e secondo welfare: quali i nessi possibili?*, <http://www.secondowelfare.it/mutualismo/mutualismo-e-secondo-welfare-qual-nesso.html>
- (2014b), *Accordo CISL Lombardia e Welfare Italia sui servizi sanitari*, <http://www.secondowelfare.it/welfare-contrattuale/accordo-cisl-lombardia-e-welfare-italia-sui-servizi-sanitari.html>
- (2012), *Trento, firmato il Protocollo d'intesa per l'assistenza sanitaria integrativa, Verso un Fondo integrativo gestito in modo bilaterale*, <http://www.secondowelfare.it/parti-sociali/entibilaterali/trento-protocollo-assistenza-sanitaria-integrativa.html>
- (2013), *Un Fondo sanitario integrativo per tutti a livello regionale: «Mutua Liguria»*, <http://www.mutualigure.it/index.php/piano-sanitario-fondo-coop-sociali>
- Maino, F., Ferrera, M. (a cura di) (2013), *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- Maino F., Payra B. (2015), *Secondo welfare e mutualità tra territorio e nuove forme di vulnerabilità sanitaria*, Quaderni di Economia Sociale n. 1/2015, pp. 11-16
- Marafioti, A. (a cura di) (2015), *La società del mutuo aiuto. La «Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzani»*, Altreconomia edizioni, Milano
- Parlamento europeo, *Risoluzione del Parlamento europeo del 14 marzo 2013 recante raccomandazioni alla Commissione concernenti lo statuto della mutua europea (2012/2039(INL))*, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2013-0094+0+DOC+XML+V0//IT>
- Payra, B. (2015a), *2015: l'anno del Codice Identitario delle Società di Mutuo Soccorso, La Carta dei valori delle Mutue aderenti alla Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria*, <http://www.secondowelfare.it/terzo-settore/mutualismo/2015-anno-del-codice-identitario-delle-societa-di-mutuo-soccorso-.html>
- (2015b), *Attività di carattere educativo e culturale: alcune proposte dalle società di mutuo soccorso*, in www.secondowelfare.it, 7 settembre 2015, <http://www.secondowelfare.it/mutualismo/attivita-di-carattere-educativo-e-culturale-alcune-proposte-dalle-societa-di-mutuo-soccorso.html>
- Rbm Salute-Censis (2013), *Il ruolo della sanità integrativa nel servizio sanitario nazionale*, Roma
- Toth, F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino