

*Le società di mutuo soccorso di fronte alle sfide della sanità integrativa: APRIRSI per ritornare al futuro**

Orlando De Gregorio, Federico Razetti, Franca Maino

Introduzione: le SMS, ritorno al futuro?

Da anni il dibattito sulla sanità in Italia tende ad arenarsi e sovente non va oltre la denuncia delle debolezze del sistema pubblico e dei rischi della sanità integrativa. Nel nostro paese la presenza di forme organizzative e finanziarie diverse dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tende in effetti a essere guardata con sospetto, da una parte di studiosi e *policy maker*, quale minaccia ai principi universalistici e di eguaglianza di trattamento dei cittadini che – almeno sulla carta – dovrebbero ispirare il funzionamento del sistema sanitario pubblico istituito nel 1978.

Il dibattito rischia di avvitrarsi su se stesso perché tende rapidamente a polarizzarsi e a raggruppare sotto la generica voce “sanità privata” (contrapposta a quella pubblica) un insieme di schemi di finanziamento e ripartizione del rischio in realtà estremamente eterogeneo dal punto di vista della loro coerenza di fondo con l’impianto di un servizio sanitario: dalla spesa diretta a carico dei cittadini alle polizze assicurative individuali, dai piani sanitari collettivi di origine negoziale fino all’adesione volontaria a schemi di natura mutualistica.

* Si ringraziano Stefano Maggi e Mario Giaccone, a ottobre 2020 rispettivamente Presidente e Vicepresidente della Fondazione Cesare Pozzo per la mutualità, per gli utili suggerimenti e le preziose revisioni a una versione preliminare del testo. La responsabilità di quanto scritto è da attribuirsi unicamente agli autori del capitolo. In particolare, seppur frutto di un lavoro congiunto, l’Introduzione è da attribuirsi a Franca Maino, Federico Razetti e Orlando De Gregorio, il paragrafo 1 a Federico Razetti, i paragrafi 2 e 3 a Orlando De Gregorio, il paragrafo 4 a Orlando De Gregorio e a Franca Maino. Una prima versione di questo capitolo è stata pubblicata come *position paper* ad ottobre 2020 sul sito del Laboratorio Percorsi di secondo welfare (www.secondowelfare.it). Il lavoro di ricerca svolto ai fini del *position paper* e del presente capitolo è frutto della partnership tra Percorsi di secondo welfare e la Fondazione Cesare Pozzo.

Questo capitolo intende stimolare una riflessione sulle potenzialità di una di queste forme *non pubbliche* di protezione degli individui dal rischio “malattia” – la mutualità sanitaria integrativa – partendo da un’analisi dei punti di forza e dei problemi presenti oggi nel mondo della mutualità.

Le società di mutuo soccorso (SMS) si trovano oggi di fronte a tre sfide principali. Queste possono essere lette come tensioni tra esigenze apparentemente opposte e difficilmente conciliabili: quella di promuovere forme di solidarietà orizzontali senza però contribuire alla frammentazione delle (e possibilmente ricomporre le) tutele sociali che connotano un *welfare* pubblico fortemente sbilanciato a sfavore di giovani, famiglie, precari; quella di crescere dal punto di vista organizzativo ed economico senza tuttavia perdere la natura partecipativa e democratica e il radicamento sul territorio che storicamente le contraddistingue; quella, infine, di rispondere alla domanda di salute senza con ciò favorire comportamenti consumistici nei confronti dei servizi sanitari.

In questo capitolo proviamo ad indicare una strada per vincere queste sfide facendo leva sulla capacità del mutualismo di coniugare innovazione e fedeltà allo spirito originario. Un approccio che ci sembra possa interessare anche chi è preoccupato dei rischi della sanità integrativa ed è sensibile a possibili soluzioni che favoriscano un “incastro virtuoso” tra Terzo settore, *welfare* pubblico e mondo *profit*.

Questi temi appaiono peraltro particolarmente attuali nel quadro della crisi sanitaria globale in corso. Se da un lato l’emergenza Covid-19 ha reso oggi ancora più difficile affrontare con lucidità il dibattito relativo alla sanità integrativa e ai rischi dovuti all’indebolimento del SSN, dall’altro lato spinge a riflettere con ancora maggiore urgenza sulle opportunità di sviluppo che si presentano ora per attori, come le SMS, in grado di svolgere una funzione realmente integrativa rispetto al SSN e di dispiegare la propria azione in settori troppo a lungo considerati marginali come l’educazione alla salute, la prevenzione, la medicina e l’assistenza di territorio.

Su questo sfondo e con questi obiettivi, il capitolo si struttura in quattro paragrafi principali.

In un sistema sanitario caratterizzato da elementi di eccellenza, ma anche dal tendenziale sottofinanziamento dell’intervento pubblico e dalla scarsa diffusione di forme di intermediazione della spesa privata come quello italiano (paragrafo 1), la mutualità sanitaria può essere (ri)scoperta come modalità di intervento in grado di coniugare la natura *non pubbli-*

ca dello schema organizzativo e di finanziamento con la necessità di non erodere ulteriormente la tenuta finanziaria e simbolica del SSN. Tutto ciò a patto che, da un lato, la mutualità sanitaria sappia valorizzare le specificità che la distinguono – sul piano identitario e delle prassi – da altri soggetti che operano a pieno titolo nel mondo della sanità integrativa (paragrafo 2); dall’altro, a condizione che sappia attualizzare e ritematizzare i propri tratti identitari e le proprie prassi in funzione di un quadro culturale, sociale e demografico fortemente mutato (e in costante evoluzione) rispetto al contesto in cui a metà Ottocento le forme organizzate di mutualismo videro la luce anche in Italia (paragrafo 3).

In altre parole – argomentiamo (paragrafo 4) – ciò che è necessario perché le mutue giochino un ruolo riconoscibile nella sanità integrativa e nel *welfare* territoriale è un apparente paradosso: se le SMS desiderano conservare o recuperare le connessioni con “lo spirito delle origini”, devono infatti avere il coraggio di innovare e di cambiare, anche radicalmente. Per farlo, per una mutualità che non intenda disperdere il proprio connotato identitario rincorrendo altri concorrenti su un terreno che non le è proprio e che rischierebbe perciò di snaturarla, sarà utile che le mutue si aprano per includere chi oggi è escluso anche dalla sanità integrativa, rinnovino le proprie modalità di finanziamento e di azione progettuale, riannodino i legami tra mutualità di territorio e mutualità sanitaria, promuovano processi partecipativi e dal basso, interloquiscano con più efficacia con attori “esterni”, in una logica di rete e di prossimità.

Si tratta quindi di adottare una visione strategica che illustriamo nel paragrafo 4 e che abbiamo sintetizzato con l’acronimo APRIRSI (Ascoltare, Prevenire, Riannodare, Includere, Rinnovare, Sostenere, Innovare): un invito alle SMS e al mondo del mutualismo, ma anche alla società civile, alle organizzazioni del Terzo settore, al mondo delle imprese, ai *policy maker*. Valorizzare e rilanciare il ruolo delle SMS e la concezione di salute di cui possono farsi promotrici significa guardare al più ampio campo del *welfare* territoriale, allo spettro di bisogni sociali che appaiono oggi insoddisfatti, alla più generale domanda di salute e di qualità della vita, all’emersione di nuove forme di mutualismo e alla necessità di innovazione sociale che si riscontra nei territori.

Solo in questo modo la mutualità sanitaria – ci sembra – sarà messa nelle condizioni di leggere in modo contemporaneo ed efficace i bisogni di protezione (sociale e sanitaria) che emergono dalla società e che in molti casi non trovano adeguata risposta nell’intervento pubblico o in quello di altri soggetti non pubblici, legittimamente ispirati a universi

simbolici, interessi e modalità operative diversi da quelli che orientano (o dovrebbero orientare) la mutualità. Mettersi in ascolto dei territori per leggerne più precisamente i bisogni sarà una delle condizioni perché la mutualità riesca davvero a “ritornare al futuro”, interloquendo con una pluralità di attori su basi effettivamente inclusive e facendo proprio un approccio alla salute proattivo e capacitante.

1. La sanità in Italia: un quadro d’insieme

In numerose occasioni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è portato ad esempio di sistema sanitario di eccellenza. Raramente, però, si correda questa affermazione con indicatori ed evidenze che aiutino a corroborarne la fondatezza sul piano empirico. La questione si è peraltro fatta ancora più attuale durante la crisi innescata dalla diffusione del virus Sars-COV-2, che a partire dalla fine dell’inverno 2020 ha costituito un vero e proprio “stress test” per il servizio sanitario, mettendone a dura prova la capacità di risposta.

In questo paragrafo proveremo a leggere in prospettiva comparata alcune caratteristiche-chiave del sistema sanitario italiano¹, così da coglierne punti di forza e criticità rispetto ad altri sistemi sanitari occidentali e adottando, quando possibile, uno sguardo diacronico, capace cioè di delineare alcune delle trasformazioni che lo hanno attraversato nell’ultimo quindicennio. Un periodo, come noto, caratterizzato a livello globale e nazionale da numerose turbolenze innescate, in prima battuta, dalla crisi finanziaria iniziata nel 2007 e trasformatasi in vera e propria depressione – economica e sociale – a partire dal 2008.

Solo definendo le caratteristiche – principi ispiratori e funzionamento – del servizio sanitario pubblico (che in Italia assorbe tre quarti della spesa globalmente destinata alla sanità) diventa possibile interrogarsi sulla questione centrale oggetto di questo contributo, ovvero il potenziale ruolo della sanità integrativa e, al suo interno, delle società di mutuo soccorso. Un quadro di insieme di questa eterogenea galassia – fatta di polizze e piani individuali e collettivi, fondi bilaterali nazionali e territoriali, assicurazioni e società di mutuo soccorso – è fornito nella seconda sezione di questo paragrafo, che illustra ordini di grandezza e tendenze di un settore

1. Per una panoramica si rinvia a F. Maino e F. Razetti, *Italy*, in E.M. Immergut, K.M. Anderson, C. Devitt e T. Popić (eds.), *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford, Oxford University Press, in corso di pubblicazione.

destinato a diventare un ambito di *policy probabilmente* sempre più rilevante nei prossimi anni.

1.1. *Punti di forza e criticità del Servizio Sanitario: il disegno, gli esiti, il finanziamento*

1.1.1. Il disegno

Il SSN fondato nel 1978 si caratterizza innanzitutto per l'adozione di un impianto universalistico che – sul modello del sistema britannico ideato da Beveridge nel secondo dopoguerra – slega il diritto alla salute dalla condizione lavorativa dell'individuo e, finanziandosi attraverso la leva fiscale (e non contributiva), definisce la salute come un diritto del cittadino, in linea con l'articolo 32 della Costituzione.

Si tratta di un disegno organizzativo e finanziario che rompe con l'architettura bismarckiana che aveva caratterizzato il sistema sanitario italiano dagli anni '40 in avanti, allargando il perimetro della solidarietà da gruppi definiti su base corporativo-occupazionale (organizzati attraverso casse mutue obbligatorie e para pubbliche) all'intera comunità nazionale.

L'accesso alle prestazioni (di base e specialistiche) è assicurato gratuitamente o attraverso forme di compartecipazione alla spesa (*ticket*) che – in misura più o meno efficace – dovrebbero comunque essere modulate in funzione delle disponibilità economiche e delle condizioni di salute dell'assistito attraverso esenzioni stabilite su base regionale. All'universalità della copertura si accompagna l'ampia estensione dello spettro di prestazioni assicurate dal Servizio Sanitario, che include numerosissimi ambiti di intervento (specificati nei Livelli Essenziali di Assistenza a partire dal 2001): dalla prevenzione alla salute sui luoghi di lavoro, dalla medicina di base a quella ambulatoriale a quella ospedaliera. Resta tuttavia sostanzialmente escluso dal perimetro di azione del SSN l'importante ambito dell'odontoiatria, risultano solo parzialmente coperti anche molti interventi e ausili di natura paramedica e protesica, e l'assistenza alla non autosufficienza è gravemente carente.

All'universalità della copertura, alla tendenziale gratuità (o contenimento delle tariffe) delle prestazioni e all'ampiezza della gamma di servizi assicurati il SSN dovrebbe infine far corrispondere la garanzia del principio di uguaglianza di trattamento dei cittadini, che a parità di bisogno dovrebbero vedersi riconosciuta la stessa assistenza, indipendentemente

dalla loro condizione socioeconomica e dalla loro residenza. A questo proposito si può tuttavia anticipare che la differenziazione delle performance del Servizio Sanitario su base territoriale e la presenza di lunghe liste di attesa costituiscono ostacoli evidenti alla piena realizzazione di questo principio fondativo del SSN.

1.1.2. Gli esiti

1.1.2.1. L'efficacia dei sistemi sanitari: il modello bio-psico-sociale e l'approccio "*health in all policies*"

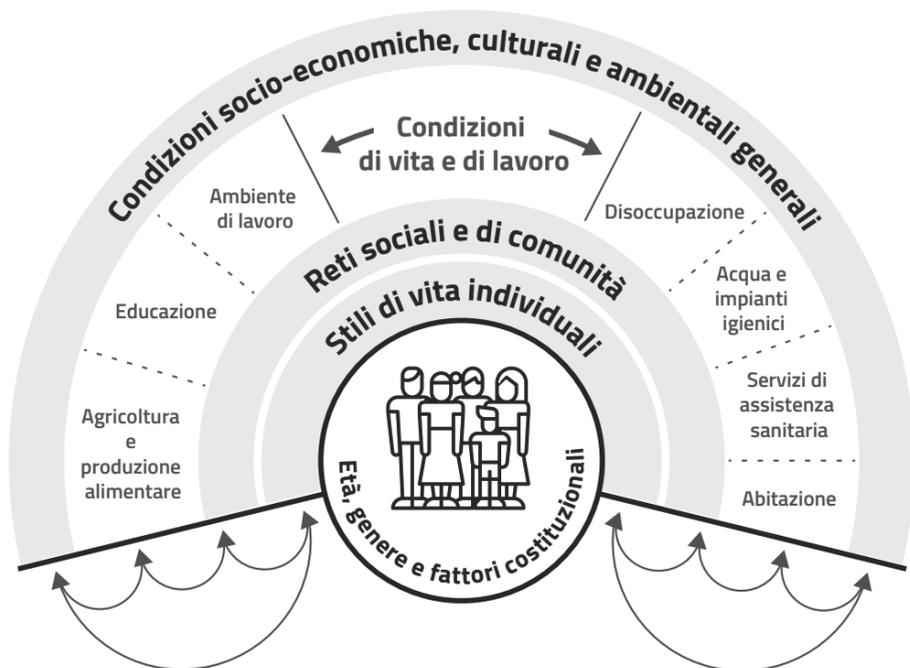
Passando dal disegno del sistema alla sua efficacia, è necessario precisare che valutarla è un esercizio estremamente complesso, che tende a scontrarsi con il fatto che i sistemi sanitari, per quanto importanti, sono solo una delle numerose variabili che incidono sullo stato di salute della popolazione: si pensi infatti all'influenza esercitata dai comportamenti individuali, dagli stili di vita, dalle abitudini alimentari, elementi a loro volta strettamente collegati ai livelli di istruzione e alle disponibilità economiche delle persone.

Proprio in considerazione della rilevanza dei cosiddetti "determinanti della salute" (figura 1), negli ultimi decenni le maggiori istituzioni internazionali, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si sono fatte promotrici dell'approccio *health in all policies* - *HiAP* ("la salute in tutte le politiche"), al fine di favorire una tematizzazione delle politiche sanitarie quali veri e propri "investimenti", trasversali a tutti gli ambiti di *policy* e capaci di attenuare le disuguaglianze sociali nella salute.

Sin dalla sua istituzione nel 1948, l'OMS ha definito la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente come l'assenza di malattie o infermità". Si tratta di una definizione che fa proprio il modello bio-psico-sociale di medicina, che si contrappone al cosiddetto "modello bio-medico"².

2. Secondo il modello bio-medico la malattia dipende esclusivamente da variabili biologiche (fisico-chimiche) che il medico ha il compito di identificare e correggere con interventi terapeutici mirati. Al contrario, il modello bio-psico-sociale si basa sull'adozione di un'interpretazione olistica, multidimensionale e sistemica della salute, che invita a valutare lo stato di benessere o malessere della persona prendendone in esame non solo le componenti fisiche, ma anche quelle legate alle condizioni mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori). Se il modello bio-medico intende la salute essenzialmente come assenza della malattia, quello bio-psico-sociale la concepisce invece come la risultante di un più complesso equilibrio tra benessere fisico, mentale, spirituale e sociale.

Fig. 1 – I principali determinanti della salute: il “modello arcobaleno”



Fonte: adattamento da Dahlgren e Whitehead (1993).

Una simile concezione di salute implica in primo luogo che a farsi carico del benessere delle persone non siano chiamati solo i rappresentanti della professione medica, ma un più ampio novero di soggetti: una pluralità di professionisti del settore medico, ma anche la cerchia familiare e la comunità più prossima alla persona; in secondo luogo, una concezione della salute di tipo multidimensionale richiama l'attenzione sull'importanza dell'approccio, richiamato poco sopra, dell'“*health in all policies*”³.

L'idea di fondo è che le condizioni di salute non sono un semplice prodotto delle attività realizzate dal settore sanitario, ma sono in larga misura determinate da altri fattori relativi a condizioni di vita, economiche e sociali che, come tali, sfuggono al sistema sanitario inteso in senso stretto. Ne consegue che la promozione della salute, intesa in sen-

3. Il principio, sancito nella Dichiarazione di Helsinki del 2013, sviluppa le riflessioni promosse dall'Agenzia delle Nazioni Unite già nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria e nel 1986 con la Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute.

so ampio e inclusivo, necessita dell'adozione di un approccio intersettoriale alle politiche capace di tenere in debita considerazione le conseguenze (positive e negative) che le singole *policy* possono produrre sulla salute e sulle sue determinanti sociali ed economiche. L'OMS, con la Dichiarazione di Helsinki del 2013, sollecita quindi i governi a fare della salute e dell'equità nella salute una priorità, tramite il rafforzamento della capacità dei Ministeri della Salute di coinvolgere nelle politiche sanitarie altri settori di governo; attraverso la raccolta di evidenze sulle determinanti e le disuguaglianze di salute, e sulle risposte più efficaci per ridurre l'impatto; per mezzo di una maggiore regolazione di possibili conflitti di interessi così da proteggere le politiche da pressioni e influenze indebite.

Infine, l'OMS invita le autorità dei singoli paesi a promuovere processi inclusivi nello sviluppo, implementazione e monitoraggio della "salute in tutte le politiche", coinvolgendo comunità, movimenti sociali e società civile e favorendo una maggiore alfabetizzazione sanitaria nella popolazione⁴.

1.1.2.2. Le performance del sistema sanitario italiano

Ciò premesso, alcuni indicatori rappresentano delle *proxy* che aiutano a cogliere le condizioni di salute della popolazione e, anche se indirettamente, l'efficacia di un sistema sanitario in un dato contesto socioeconomico. Al di là di quelli relativi alla longevità (come noto, l'Italia ha la quinta aspettativa di vita più alta al mondo dopo Hong Kong, Giappone, Svizzera e Spagna⁵), un indicatore che notoriamente costituisce una misura sintetica dello stato di salute della popolazione, cioè il tasso di mor-

4. Tale approccio alla salute e alla sua promozione appare peraltro coerente con quello sostenuto a livello più generale dall'Organizzazione delle Nazioni Unite tramite l'"Agenda 2030" e l'individuazione dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Per realizzare il terzo obiettivo – *Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età* – ASviS (l'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile) ha infatti elaborato un decalogo, il cui primo punto è esattamente l'attuazione del principio "Salute in tutte le politiche" (cfr. ASviS, *Decalogo ASviS sulla salute*, ASviS, Roma, 2018) cui seguono richiami sull'importanza della prevenzione, dell'attenzione per le fasce più deboli, della necessità di una corretta informazione ed educazione sanitaria, di un rafforzamento della medicina di territorio, di una valorizzazione dell'apporto che può venire dal privato sociale.

5. Cfr. database *Life expectancy at birth, total years* della World Bank (https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?most_recent_value_desc=true, ultimo accesso: 30 settembre 2020).

talità infantile⁶, segnala un'ottima performance dell'Italia, che si colloca oggi fra i paesi con i valori più bassi al mondo⁷. L'Italia mostra inoltre tassi di mortalità prevenibile⁸ tendenzialmente più bassi degli altri paesi UE e OMS: registra infatti percentuali ridotte di mortalità per cardiopatie ischemiche, tumore al polmone, incidenti, suicidi e malattie connesse al consumo di alcolici, in conseguenza di una diffusione più limitata dei fattori di rischio, la cui incidenza è inoltre andata calando negli ultimi decenni⁹.

A ciò vanno aggiunti i dati positivi relativi ai cosiddetti decessi per cause evitabili (o trattabili) che – come sottolineato anche nelle indagini comparative internazionali – segnalano l'efficacia dei trattamenti generalmente erogati dal sistema sanitario per patologie quali cardiopatie ischemiche, ictus e cancro colon-rettale (OMS 2019). Nonostante le falle emerse con evidenza durante la crisi da Coronavirus nel corso del 2020, i dati relativi alla bassa incidenza di ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche (come l'asma o il diabete) sono un indicatore indiretto del sostanziale buon funzionamento della rete delle cure primarie. Infine, i dati leggermente più elevati in Italia rispetto ad altri paesi UE sulla sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi dei pazienti oncologici suggeriscono la tendenziale tempestività ed efficacia delle cure erogate dal SSN per queste gravi patologie.

In un quadro complessivamente positivo sul piano degli *outcome* di salute, è tuttavia importante precisare che i dati appena evocati sono valori medi che, in molti casi, celano differenze – anche molto consistenti – su base territoriale. In altre parole, i principali indicatori relativi alle condizioni di salute della popolazione e ai servizi erogati dal SSN (loro appropriatezza e accessibilità) tendono a variare fra Regione e Regione, con quelle collocate nel Mezzogiorno in una posizione di sistematico svantaggio rispetto a quelle settentrionali. In linea con diversi altri lavori di *benchmarking*, l'ultima edizione del Rapporto curato

6. Su questo valore esercitano infatti un impatto la qualità dell'assistenza materno-infantile, oltre a fattori socioeconomici, culturali e ambientali.

7. Al dodicesimo posto nel 2019 con 2,7 morti entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi; cfr. database *World Development Indicators* della World Bank (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.IMRT.IN&country=>, ultimo accesso: 6 ottobre 2020).

8. Ovvero decessi che potrebbero perlopiù essere evitati grazie a interventi sanitari e di prevenzione primaria.

9. Cfr. OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, *Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE*, Parigi/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, OECD Publishing, Bruxelles, 2019.

annualmente da CREA Sanità¹⁰, adottando un approccio *multistakeholder* e multidimensionale (che guarda agli aspetti di equità, agli esiti di salute, all’appropriatezza nell’erogazione dell’assistenza, al grado di innovazione, all’equilibrio economico-finanziario), colloca ai primi posti per performance la Provincia autonoma di Trento, la Regione Toscana e la Provincia di Bolzano e agli ultimi posti Calabria, Campania e Sardegna.

A questi elementi di criticità si aggiungono le informazioni disponibili relative alla facilità di accesso a certe prestazioni e alla diffusione di alcuni fattori di rischio (destinati a produrre conseguenze negative sulla salute degli italiani nel medio-lungo periodo) cui, come anticipato, si accompagna l’assenza o la limitata presenza del SSN in aree di assistenza cruciali.

In merito all’effettivo accesso alle prestazioni, si fa qui in particolare riferimento da un lato alle barriere rappresentate per alcune prestazioni dai tempi delle liste di attesa, dall’altro all’incidenza della rinuncia alle cure fra gli strati più svantaggiati della popolazione. In assenza di una implementazione omogenea e tempestiva sul territorio nazionale delle disposizioni previste dal Piano Nazionale del Governo sulle Liste di Attesa (incluse quelle relative al loro monitoraggio¹¹), le fonti disponibili indicano che i lunghi tempi di attesa continuano a costituire una chiara “strettoia all’accesso alle cure” del Servizio Sanitario (in particolare, alla diagnostica e alle visite specialistiche), non sempre compatibile con le esigenze di assistenza della popolazione¹².

I dati Eurostat (EU-SILC) segnalano inoltre che in Italia – pur a fronte di una riduzione della frazione di cittadini che lamentano di essersi trovati costretti a rinunciare alle cure – permane un forte divario su base socio-economica nell’accesso alle cure, a evidenziare il netto svantaggio in cui si trovano le famiglie a più basso reddito: nel 2018 i cittadini italiani con almeno 16 anni che dichiaravano di non essere riusciti a soddisfare proprie esigenze mediche (per ragioni legate al costo delle prestazioni, alle liste di attesa o all’eccessiva distanza) erano il 4,8% nel quintile a più basso reddito contro lo 0,8% del quintile con maggiori disponibilità economiche.

10. CREA Sanità, *La misura della Performance dei SSR*, 7ª ed., Locorotondo editore, 2019.

11. Fondazione GIMBE, *Tempi di attesa: trasparenza di Regioni e Aziende sanitarie*, Bologna, maggio 2019.

12. Si vedano in proposito RBM-Censis, *VII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata*, Roma, 2017; Ermeneia, *Ospedali & Salute. Sedicesimo rapporto annuale 2018*, FrancoAngeli, Milano, 2019.

Al di là delle diverse stime in proposito, appare evidente che il fenomeno – che tende a concentrarsi nel campo delle visite specialistiche e delle cure dentarie – colpisce maggiormente le fasce più deboli della popolazione¹³.

Circa la crescente diffusione dei fattori di rischio fra la popolazione, fra i dati che destano maggiore preoccupazione vi sono quelli relativi alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità in età infantile, con un posizionamento negli ultimi anni dell'Italia stabilmente ai vertici delle graduatorie europee. L'eccesso ponderale fra i bambini riguarderebbe il 21,3% della popolazione di 8-9 anni cui va aggiunto il 9,3% in condizioni di obesità (compresi i coetanei gravemente obesi che da soli sono il 2,1%¹⁴). A riprova dell'importanza dei determinanti socioeconomici della salute, risulta inoltre evidente che l'Indice di Massa Corporea del bambino si associa allo stato ponderale dei genitori, al loro livello di istruzione e al reddito familiare¹⁵.

Da ultimo, l'assenza o l'inadeguatezza del Servizio Sanitario Nazionale è evidente in due macro-aree di intervento, relative, rispettivamente all'odontoiatria e alla *long term care* (LTC), cui si aggiungono le carenze osservabili in ambiti paramedici, quali l'assistenza infermieristica e fisioterapica, le protesi oculistiche e acustiche.

La prima è una storica debolezza del SSN italiano che – salvo circoscritte eccezioni a favore delle fasce più vulnerabili della popolazione – lascia ai singoli individui l'onere di finanziarsi eventuali interventi odontoiatrici. I dati Eurostat (EHIS) indicano che se nel 2018 in Italia a dichiarare bisogni odontoiatrici insoddisfatti è stato in totale il 2,8% della popolazione, la percentuale saliva al 5,7% tra chi contava su un reddito basso (primo quintile) a fronte dello 0,8% registrato tra i più ricchi (quinto quintile). Dati che richiamano ancora una volta l'attenzione sulle contraddizioni esistenti nel SSN rispetto all'impianto universalistico del sistema¹⁶.

13. MBS, *Rapporto sul bilancio di welfare delle famiglie italiane. Edizione 2019*, Roma, 2019.

14. P. Nardone, A. Spinelli, M. Buoncristiano, L. Lauria, D. Pierannunzio, D. Galeone (a cura di), *Il Sistema di sorveglianza OKKio alla SALUTE: risultati 2016*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2018 (https://www.iss.it/documents/20126/0/ONLINE_OKKIO_ALLA_SALUTE.pdf/b3ebd53c-7e4f-9da4-66ad-700629d9cf72?t=1582282171613, ultimo accesso: 20 settembre 2020).

15. *Ibidem*.

16. Nell'ambito dell'odontoiatria una risposta promettente e funzionante è venuta dallo strumento del convenzionamento che ha permesso di aggregare la domanda di prestazioni e di abbassare i costi permettendo un accesso agevolato (cfr. M. Cavazza, *Obiettivi e forme d'intervento per finanziare l'accesso alle prestazioni odontoiatriche in Italia*, in S. Maggi

Quanto al campo della non autosufficienza e della LTC, ciò che si osserva è la perdurante incapacità del SSN di operare in modo integrato con il sistema di assistenza sociale per offrire risposte tempestive e corrispondenti ai bisogni sanitari e sociosanitari che vanno manifestandosi con sempre maggiore frequenza nella popolazione italiana in conseguenza del progressivo invecchiamento che la caratterizza¹⁷.

Una delle stime più recenti – basata sull’incrocio dei dati Istat relativi alle condizioni di salute e di quelli Istat sugli ospiti dei presidi residenziali e relativa all’anno 2016 – attesta la popolazione anziana non autosufficiente in Italia ad oltre 2,9 milioni di persone¹⁸.

Le risposte offerte dal sistema pubblico a questa ampia platea di persone (cui vanno aggiunte le rispettive famiglie e *caregiver*) sono concordemente ritenute inadeguate dagli studi scientifici sul tema. A fronte di oltre 1,9 milioni di beneficiari della principale prestazione monetaria (l’Indennità di Accompagnamento, che assorbe circa il 46% dell’intera spesa pubblica per LTC), le altre prestazioni di carattere non sanitario (interventi socioassistenziali prevalentemente in natura, residenziale o semiresidenziale, erogati a livello locale) intercettano infatti frazioni esigue della popolazione in condizioni di non autosufficienza. Un incrocio fra le stime della platea di anziani non autosufficienti e dei servizi disponibili permette di concludere che il tasso di copertura pubblica si attesterebbe nel 2016 ad appena il 37% per i servizi sociosanitari (residenziali e domiciliari) e al 14,3% per quelli sociali, oltretutto con livelli di intensità assistenziale nel complesso molto bassi¹⁹.

e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive della mutualità nel sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna, 2015, pp. 202-215); uno strumento a cui sono ricorse anche le mutue sanitarie.

17. Nel 2019 la speranza di vita alla nascita era pari a 83 anni (85,3 per le donne e 81 per gli uomini). Nel 2018 la speranza di vita in buona salute alla nascita si fermava però a 58,5 anni, mentre l’aspettativa di vita senza limitazioni a 65 anni era pari a 9,5 anni (la media UE è 10,2, compresa fra i 15,7 anni misurati in Svezia e i 4,4 della Repubblica Slovacca). Si prevede inoltre che nel 2050 la quota delle persone con 65 anni o più sul totale della popolazione, attualmente al 22,8% (1° gennaio 2019), sfiorerà il 34% e quella degli over 85, oggi intorno al 3,5%, supererà la quota del 7%; l’indice demografico di dipendenza strutturale, oggi al 56,3% (2019), arriverà all’85%, mentre quello di dipendenza degli anziani, attualmente pari al 35,7%, crescerà fino al 63% (fonte: database Istat; GeoDemo Istat; Eurostat hlth hlye).

18. G. Fosti e E. Notarnicola (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*, 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano, 2019.

19. G. Fosti e E. Notarnicola (a cura di), *Il futuro del settore LTC...*, cit.

1.1.3. Il finanziamento

Critica appare infine la dimensione relativa ai dati di spesa. Prendendo in esame solo la spesa pubblica e misurandola in percentuale del prodotto interno lordo, l'Italia si colloca infatti tra gli ultimi posti nell'Unione Europea, con una spesa sanitaria pubblica che nel 2017 si attestava ad appena il 6,4% della ricchezza nazionale prodotta (database Eurostat): il terzo dato più basso fra i grandi paesi (dopo la Spagna: 6,1%, e la Polonia: 4,5%), piuttosto distante dalla media UE 28 (7,9%) e, soprattutto, dalla spesa registrata in Regno Unito, Francia e Germania, che nel 2017 hanno destinato alla sanità rispettivamente l'8,5%, il 9,1% e il 10% della propria ricchezza nazionale.

Inoltre, se negli ultimi due decenni nei paesi dell'Europa continentale e nordica si è assistito a una dinamica tendenzialmente espansiva della spesa sanitaria, dopo il primo decennio degli anni 2000 nei *welfare state* dell'Europa meridionale (Italia inclusa) si è realizzata una contrazione delle risorse pubbliche destinate alla tutela della salute in rapporto al PIL²⁰.

Un quadro d'insieme simile si ottiene se si considera la spesa sanitaria *pro capite* a parità di potere d'acquisto: se la Germania nel 2017 spendeva in media oltre 3.770 euro per ogni cittadino, la Francia 2.915 e il Regno Unito 2.587, il SSN italiano si limitava a destinarne la metà del sistema tedesco (appena 1.817 euro), dato in leggera risalita rispetto a quelli registrati nei cinque anni precedenti, ma comunque ancora inferiore a quello osservato nel 2008 (quasi 1.830 euro).

Quello che appare a tutti gli effetti come un sottofinanziamento del sistema sanitario – che probabilmente la crisi pandemica e il conseguente allentamento delle regole europee sui bilanci pubblici contribuiranno a contrastare – può essere letto come una delle manifestazioni di lungo periodo della cosiddetta “distorsione funzionale” che caratterizza storicamente il *welfare state* italiano: un sistema che ha privilegiato la protezione del rischio “vecchiaia” (inteso essenzialmente come perdita del reddito in età avanzata) a scapito di tutti gli altri ambiti di intervento sociale, determinando una vera e propria ipertrofia delle politiche previdenziali, che continuano a sottrarre risorse anche al settore sani-

20. In termini reali, infatti, tra il 2010 e il 2017 la spesa pubblica destinata alla sanità è cresciuta in media di appena lo 0,2% all'anno (cfr. OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, *Italia: Profilo della sanità 2019...*, cit.): trattandosi di un tasso di crescita ancora più modesto di quello conosciuto dal PIL nello stesso periodo, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica, che nel 2010 rappresentava il 7% della ricchezza nazionale, è andata riducendosi.

tario, soprattutto in una fase dominata almeno fino all'irrompere della pandemia da Coronavirus, dall'imperativo del contenimento della spesa pubblica²¹.

1.2. La sanità privata in Italia: le risorse, gli schemi e gli attori

Un sistema sanitario deve tuttavia essere esaminato nella sua interezza, considerando dunque anche la spesa privata che, in forma individuale o collettiva, diretta o intermediata, i cittadini, le imprese e altre organizzazioni destinano alla salute in aggiunta alle risorse pubbliche.

1.2.1. Le risorse

Il database OCSE segnala che in Italia alla ridotta crescita dell'impegno finanziario pubblico sul terreno della sanità nell'ultimo decennio è corrisposto un leggero, ma costante incremento della spesa sanitaria privata, che ha contribuito a mantenere l'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sostanzialmente stabile rispetto al PIL, ovvero intorno all'8,8% della ricchezza prodotta (database OCSE). Un dato che tuttavia colloca ancora una volta l'Italia dopo Francia, Germania e Regno Unito, ma anche dopo il sistema iberico, che – a differenza dell'Italia – conta su una quota maggiore di spesa privata. Ma a quanto ammonta la spesa sanitaria privata? Le stime disponibili per il 2018 indicano che la spesa sanitaria privata in Italia – intermediata e a carico diretto delle famiglie, che si aggiunge agli oltre 113 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale – si aggira intorno ai 40 miliardi di euro, per un esborso medio *pro capite* annuo pari a circa 660 euro²².

21. Sulle distorsioni del *welfare state* italiano si rinvia a M. Ferrera (a cura di), *Le politiche sociali*, 3ª ed., il Mulino, Bologna, 2019.

22. Per una disamina dei possibili parametri alternativi per misurare l'ammontare della spesa sanitaria privata in Italia si rimanda a M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea, Milano, 2019, pp. 221-274. Si aggiunga che nella spesa privata andrebbero inoltre conteggiate le risorse mobilitate dalle famiglie che – tramite pratiche di “*welfare* fai-da-te” – si trovano costrette a farsi (quasi) totalmente carico dell'onere organizzativo ed economico dell'assistenza alle persone non autosufficienti del proprio nucleo. Secondo una stima condotta da Itinerari Previdenziali la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie per la non autosufficienza ammonterebbe a circa 9 miliardi di euro, comprensivi anche dei premi versati per poliz-

Come sottolineato in numerose analisi che comparano il sistema sanitario italiano con quelli di altri paesi, ciò che più colpisce nella composizione della spesa destinata alla salute in Italia non è tanto la quota di spesa privata sul totale (circa il 26%), quanto l'incidenza sulla quota privata della spesa cosiddetta *out-of-pocket* (OOP), ovvero quella sostenuta direttamente sul mercato dagli individui e dalle famiglie, ricorrendo ai propri redditi e/o ai propri risparmi, senza alcuna forma di intermediazione come quella realizzata da un soggetto terzo quale un fondo, un'assicurazione o una società di mutuo soccorso. In Italia, infatti, il 90% della spesa sanitaria privata è *out-of-pocket*: nel 2018, dei 660 euro di spesa privata *pro capite*, 591 sono stati sostenuti direttamente dai pazienti, mentre soltanto 69 euro rappresentano la spesa intermediata da fondi e assicurazioni²³.

La quota di spesa diretta a carico delle famiglie può essere presa come buon indicatore del grado di equità di un sistema sanitario: tanto minore è questa quota, tanto più equo è il sistema, e viceversa. La spesa diretta per beni e servizi sanitari tende, infatti, a produrre effetti distributivi regressivi: in assenza di un meccanismo di intermediazione, questa spesa peserà di più su chi ritiene di avere maggiore bisogno di assistenza (presumibilmente, su chi è più malato) e su chi ha minori disponibilità economiche, che dovrà ricorrere al proprio reddito, ai propri risparmi o all'attivazione di un prestito. Preoccupa dunque che l'Italia si collochi, nel quadro europeo, in testa alla graduatoria dei paesi in cui l'incidenza di questa forma di spesa è più alta. Un ulteriore dato che si pone in netta contrapposizione con la vocazione universalistica del SSN.

Quanto alla destinazione, le analisi disponibili²⁴ convergono – anche se con stime dei valori assoluti piuttosto diverse – nel descrivere come prima voce della spesa privata – *out-of-pocket* e intermediata – l'acquisto

ze individuali dedicate alla LTC sotto forma di rendita (Ramo IV-Malattia) di consistenza, peraltro molto esigua (circa 90 milioni di euro nel 2017; cfr. Itinerari Previdenziali, *Quarto Rapporto su Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2015*, Roma, 2016). Stime più recenti quantificano invece la spesa delle famiglie per l'assistenza ad anziani (ma anche ad altri familiari bisognosi di aiuto) in 27,9 miliardi nel 2018, equivalente a una spesa media annua per famiglia utilizzatrice superiore a 13.300 euro (cfr. MBS, *Rapporto sul bilancio di welfare...*, cit.).

23. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità* in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.

24. Cfr. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.; RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata*, Roma, 2018.

di farmaci (la cui domanda tende a essere anelastica al reddito), seguita dalle cure dentarie (che invece si comportano come beni di lusso²⁵), dalle visite specialistiche e dalla diagnostica; appaiono invece marginali i servizi di assistenza ospedaliera, appannaggio principale della spesa pubblica.

1.2.2. Gli schemi e gli attori

Quali sono i soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata? E quali quote del mercato controllano?

In Italia la spesa sanitaria privata può essere intermediata da un lato da polizze assicurative individuali e collettive (che non godono di agevolazioni fiscali, tranne che per le coperture LTC), dall'altro da fondi sanitari integrativi (FSI) e società di mutuo soccorso (SMS), soggetti *non profit* cui invece la normativa riconosce un favore fiscale.

I contributi versati dagli iscritti ai fondi sanitari integrativi e dagli aderenti a enti, casse e SMS che abbiano esclusivo scopo assistenziale (“fondi chiusi”) sono infatti deducibili fino a 3.615,20 euro, a condizione che l’adesione avvenga per effetto di contratto o regolamento aziendale e che l’ente sia iscritto all’Anagrafe dei fondi (presso il Ministero della Salute); per iscriversi all’Anagrafe, l’ente deve garantire che almeno il 20% dell’ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti riguardi ambiti effettivamente integrativi del SSN (cosiddetti “ambiti extra LEA”): la non autosufficienza, le cure odontoiatriche e le prestazioni sociosanitarie assistenziali²⁶.

La tabella 1 schematizza alcune caratteristiche-chiave dei soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata in Italia (i cosiddetti “terzi paganti”). Va tuttavia aggiunto che esistono legami (sempre più) stretti tra fondi sanitari (*non profit*) e compagnie assicurative (*profit*): se nel 2013 quasi la metà dei FSI affidava attraverso convenzione la gestione a una o più compagnie di assicurazione *profit*, metà circa operava in au-

25. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.

26. Come definito prima dal cosiddetto “decreto Turco” (d.m. 31 marzo 2008), poi dal “decreto Sacconi” (d.m. 27 ottobre 2009). Secondo i dati riportati dal Ministero della Salute (2019) e relativi all’anno fiscale 2016, il rapporto tra le risorse erogate per tutte le prestazioni e quelle erogate per le sole prestazioni extra LEA è stato pari al 39% circa, quindi quasi doppio di quello imposto dalla legge.

togestione, e un numero esiguo ricorreva a una forma ibrida di autoassicurazione e polizza²⁷, nel 2017 quasi l'85% dei fondi risultava gestito da assicurazioni²⁸.

Tab. 1 – I soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata in Italia: caratteristiche-chiave

	<i>Polizze assicurative</i>	<i>Piani sanitari mutualistici</i>	<i>Fondi iscritti all'Anagrafe</i>
<i>Iscrizione</i>	Volontaria, su base individuale	Volontaria, su base individuale	Obbligatoria o volontaria, su base collettiva
<i>Selezione del rischio</i>	Ammessa	Non praticata	Non ammessa
<i>Finanziamento</i>	Calcolato in funzione del rischio dell'assicurato (premio)	Calcolato in funzione del rischio medio (quota associativa)	Calcolato in funzione del rischio medio (contributo)
<i>Scopo di lucro</i>	Sì	No	No
<i>Vincolo del 20% minimo di spesa in ambiti extra LEA</i>	No	No	Sì
<i>Agevolazioni fiscali</i>	Non prevista la detraibilità del premio, tranne che per le polizze LTC, cui è riconosciuta una detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro	La quota associativa è detraibile dalle imposte per il 19% fino a un massimo di 1.300 euro	La contribuzione è deducibile dalle imposte fino a un massimo di 3.615,20 euro annui, a condizione che l'adesione avvenga per effetto di contratto o regolamento aziendale

Fonte: elaborazione degli autori.

27. Cfr. ANIA, *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, Position Paper, maggio 2015 Roma (<http://129.35.116.157/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf>); ultimo accesso 20 novembre 2020) e I. Mastrobuono, *Lo stato attuale dei fondi sanitari integrativi: alcune precisazioni*, in "Quotidianosanità.it", 3 febbraio 2019 (https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=70598); ultimo accesso: 20 novembre 2020).

28. Cfr. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis...*, cit., p. 43.

Secondo i dati ufficiali diffusi dal Ministero della Salute²⁹, nel 2017 i fondi (enti, casse e SMS) iscritti all'Anagrafe erano in totale 322, in crescita rispetto ai 267 registrati nel 2010. Nello specifico il numero delle SMS incluse nell'Anagrafe è più che raddoppiato in questo arco temporale (da 20 a 42), pur continuando a costituire una frazione esigua del totale dei fondi (il 13%).

Parallelamente all'aumento del numero dei fondi, negli ultimi anni è andata crescendo la platea di aderenti: se nel 2014 era pari a 6,9 milioni, nel 2017 si aggirava intorno ai 10,6 milioni di persone³⁰. Se si considerano anche gli aderenti al fondo degli artigiani, a quello dei metalmeccanici e i dipendenti di molte istituzioni pubbliche che sono stati inseriti in contratti di assistenza integrativa oltreché quelli che godono della copertura di una polizza individuale, è plausibile stimare la popolazione attualmente coperta in circa 13 milioni di persone, ovvero poco più di un quinto della popolazione italiana³¹.

Di questi, soci e assistiti dalle SMS aderenti alla Federazione Italiana Mutualità Volontaria (FIMIV) sono 953.000, ovvero circa il 7,3% del totale³². Dei 5,8 miliardi di euro di spesa intermedia in Italia, le SMS ne intercettano 220 milioni, pari a circa il 3,8%³³.

Benché la quota di popolazione complessivamente raggiunta – da fondi e SMS – risulti nel complesso ancora modesta, i dati presentati segnalano una significativa dinamica di crescita, certamente incentivata dalle novità normative introdotte per favorire lo sviluppo del cosiddetto “*welfare aziendale*”, in parte colte anche dal mondo della mutualità.

Tali novità hanno inteso fungere da stimolo alla diffusione del *welfare* per via contrattuale o negoziale: rimuovendo il vincolo della unilateralità dell'intervento prima previsto quale condizione per il godimento dei vantaggi fiscali, le modifiche introdotte consentono infatti oggi di prevedere per via negoziale tutto il novero delle prestazioni di *welfare aziendale* individuate dalla legislazione di riferimento (il Testo unico delle imposte

29. Ministero della Salute, *Reporting System. Anagrafe Fondi Sanitari – Fondi attestati anno 2017*, Roma, 2019.

30. Ministero della Salute, *Reporting System...*, cit.

31. Cfr. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit. e I. Mastrobuono, *Lo stato attuale dei fondi...*, cit.

32. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana. Rapporto di missione*, Roma, 2019 (http://www.fimiv.it/wp-content/uploads/2018/07/report_fimiv_WEB-1.pdf, ultimo accesso 17 novembre 2020); RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit.

33. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia. Un modello di welfare generativo*, 2019 (<http://www.impresasociale.net/>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

sui redditi) e, in caso di negoziazione dell'intervento, fa venire meno i limiti di deducibilità altrimenti previsti per l'impresa³⁴.

In questo nuovo contesto anche le SMS possono giocare un ruolo rilevante³⁵. Da un lato, infatti, le società di mutuo soccorso – riconosciute dalla legge come fonti istitutive e gestori di fondi sanitari integrativi – possono trovare nuove occasioni di crescita in campo strettamente sanitario. Dall'altro, come dimostrano le iniziative assunte dalla Mutua Cesare Pozzo (che ha costituito l'impresa sociale *Welf@reIN* per allargare la propria offerta a istruzione ed educazione, assistenza sociale, ricreazione, assistenza sanitaria o di culto, cura della famiglia, assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti) e da *Insieme Salute* di Milano (che ha dato vita a una Cassa mutualistica interaziendale alla quale partecipano anche la Società Mutua Assistenza di Modena e la Società Mutua Pinerolese),

34. Si vedano F. Maino e F. Razetti, *Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi*, Giappichelli, Torino, 2019; E. Barazzetta e V. Santoni, *Welfare aziendale e contrattazione: sfide e opportunità per le parti sociali*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2019*, Giappichelli, Torino, 2019, pp. 93-118; F. Razetti e V. Santoni, *Il mercato del welfare aziendale: l'intermediazione e il ruolo dei provider*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia...*, cit., pp. 119-152. Con l'espressione "welfare aziendale" si fa riferimento a diverse forme di protezione sociale di cui possono beneficiare gli individui in ragione della loro condizione lavorativa, grazie a interventi che l'impresa destina ai dipendenti, per migliorarne la vita lavorativa e privata, di propria iniziativa o tramite accordo con i sindacati. Le principali novità normative sono state introdotte con le Leggi di Stabilità 2016, 2017 e 2018. In particolare, la Legge di Stabilità 2016 ha esteso gli ambiti di *welfare* oggetto di agevolazioni fiscali, aggiungendo al comma 2 dell'art. 51 del Testo unico delle imposte sui redditi - TUIR (che fissa ciò che non concorre a formare reddito da lavoro dipendente) le nuove lettere *f-bis* (servizi per l'infanzia) e *f-ter* (servizi per familiari non autosufficienti anziani oppure con disabilità); ha aggiunto allo stesso articolo del TUIR il comma 3-*bis*, che prevede che l'erogazione di beni, prestazioni, opere e servizi da parte del datore di lavoro può avvenire mediante il sistema dei cosiddetti *voucher*. La Legge di Stabilità del 2017 ha poi introdotto la lettera *f-quater* per includere i contributi e i premi versati dal datore di lavoro per le polizze LTC (non autosufficienza) e *dread disease* (gravi malattie) attivate a favore dei dipendenti. Queste modifiche sono state accompagnate da quelle apportate dalla Legge di Stabilità 2016 all'articolo 100 del TUIR, che elenca le finalità socialmente utili, che non solo non concorrono a determinare il reddito del dipendente, ma sono parzialmente deducibili in capo al datore di lavoro. Ultimo tassello del disegno riformatore è stata la revisione della normativa che regola il premio di risultato (PdR) e la possibilità, per il lavoratore, di convertire una parte o la sua totalità del suo valore in un budget da spendere in beni e servizi di "welfare", godendo in tal modo delle agevolazioni fiscali previste dal TUIR. La principale novità della Legge di Bilancio del 2018 ha riguardato l'inclusione del trasporto pubblico. Infine, va ricordato che con il recente "decreto Agosto" (d.l. 14 agosto 2020, n. 104), il Governo ha stabilito la possibilità di raddoppiare il limite destinato ai *voucher welfare*, che possono essere spesi presso attività commerciali e fornitori di servizi convenzionati.

35. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

il *welfare* aziendale può essere un'occasione per allargare e rinnovare la gamma di servizi che le SMS mettono a disposizione, interloquendo anche con il mondo *profit*.

1.3. Luci e ombre della sanità integrativa

La letteratura sulla sanità integrativa ha messo in luce da tempo vantaggi e rischi che accompagnano lo sviluppo di schemi organizzativi e finanziari diversi da quello pubblico, all'interno di un dibattito che si è in parte rianimato in occasione degli interventi normativi appena richiamati³⁶.

Granaglia, ad esempio, illustra una serie di argomentazioni che – sia sul piano dell'equità sia su quello dell'efficienza del sistema – possono giustificare un sostegno allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi³⁷.

In merito all'equità i possibili vantaggi derivanti dai fondi integrativi riguarderebbero i seguenti aspetti:

- in un quadro di finanza pubblica caratterizzato da forti ristrettezze (come quello italiano), forme miste di finanziamento (pubblico e privato), permetterebbero di evitare tagli espliciti o impliciti delle prestazioni e di assicurare a molti cittadini l'accesso a servizi cui altrimenti dovrebbero rinunciare;
- il costo per lo Stato sarebbe quello dell'agevolazione fiscale, quindi più contenuto del costo pieno della prestazione;
- la non selezione del rischio imposta ai “fondi chiusi” dalla normativa (cfr. Tab. 1) consentirebbe inoltre di distribuire i vantaggi della copertura a favore dei soggetti più deboli;

36. Si vedano in particolare F. Pammolli e N.C. Salerno, *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*, Nota 3-2008, CERM; E. Pavolini, S. Neri, S. Cecconi, I. Fioretti, *L'esperienza dei fondi sanitari in Italia tra luci e ombre*, Paper per la Conferenza Espanet “Risposte alla crisi. Esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa”, Roma, 20-22 settembre 2012; E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici*, in “Astrid online”, 26 gennaio 2010 (disponibile in: http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/Gran/Granaglia_fondi-integrativi_26_01_10.pdf, ultimo accesso: 5 settembre 2020); E. Granaglia, *Il welfare aziendale e la sanità complementare: alcuni costi nascosti*, in “la Rivista delle Politiche Sociali – RPS”, n. 2, 2017, pp. 37-45; M. Arlotti, U. Ascoli e E. Pavolini, *Fondi sanitari e policy drift: una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?*, in “la Rivista delle Politiche Sociali – RPS”, n. 2, 2017, pp. 77-92.

37. Si veda in particolare E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi...*, cit; E. Granaglia, *Il welfare aziendale...*, cit.; cfr. anche F. Pammolli e N.C. Salerno, *Il pilastro complementare...*, cit.

- il (co)finanziamento della contribuzione da parte datoriale favorirebbe una responsabilizzazione delle imprese sul terreno della salute quale investimento che produce ritorni anche in termini di produttività;
- l'ampliamento della gamma di scelte possibili per il lavoratore nell'acquisto di prestazioni coerenti con la crescente esigenza di personalizzazione delle cure favorirebbe un processo di *empowerment* dei pazienti.

Sul piano dell'efficienza, ulteriori ragionamenti a supporto della sanità integrativa si collegano invece a questi elementi:

- come visto, intermediando la spesa e ripartendo e socializzando il rischio fra gli assicurati, i fondi sanitari permetterebbero di ridurre la spesa non intermediata;
- si innescherebbe inoltre una proficua competizione fra i fondi e fra i fornitori dei fondi, incentivati a migliorare il rapporto prezzo/qualità della propria offerta e quindi a soddisfare meglio la domanda degli utenti.

Allo stesso tempo, alcuni nodi critici richiamano l'attenzione su una serie di rischi legati allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi. Sul piano degli effetti equitativi Granaglia sottolinea in particolare³⁸:

- la necessità di un forte sostegno pubblico allo sviluppo dei FSI dovuto allo scarso incentivo per soggetti che operano sul mercato a offrire interventi sanitari – come l'odontoiatria e l'assistenza in caso di non autosufficienza – certi (si pensi all'igiene orale) e/o molto onerosi (la LTC), quindi difficilmente sostenibili sul piano finanziario in assenza di massimali alti, limiti anagrafici all'accesso degli aderenti o di obbligo assicurativo³⁹;
- la probabilità che il sostegno pubblico necessario si realizzi sotto forma di agevolazioni fiscali, ovvero di una *tax expenditure* a carico dell'intera collettività e a tutela di un numero ristretto di soggetti, per-

38. Si rinvia nuovamente a E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi...*, cit. ed E. Granaglia, *Il welfare aziendale...*, cit.

39. In effetti, a parere di molti sono necessari cambiamenti profondi nell'offerta pubblica di servizi di LTC affinché gli altri attori, come le SMS, possano offrire un contributo integrativo senza ridursi a essere stampella di un sistema carente e insufficiente (cfr. F. Longo, *Obiettivi e forme di intervento mutualistiche e assicurative in ambito di long term care*, in S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit., pp. 219-232).

lopiù relativamente già avvantaggiati dal punto di vista occupazionale (lavoratori dipendenti) e reddituale (dalle agevolazioni sono infatti esclusi gli incapienti);

- la creazione di pesanti disuguaglianze nelle forme di tutela sanitaria, collegando di fatto l'accesso alle cure all'accesso al mercato del lavoro, e spingendo in direzione dello sviluppo di un *welfare* sanitario pubblico selettivo (e povero) per i più svantaggiati;
- la crescita dei fondi a vantaggio di alcuni gruppi determinerebbe l'allontanamento di questi dall'adesione all'impianto valoriale universalistico del SSN, rischiando di minare – per le resistenze dei gruppi più tutelati – possibili politiche universalistiche in campi cruciali come la non autosufficienza.

Infine, possibili conseguenze non auspicabili potrebbero registrarsi anche sotto il profilo dell'efficienza:

- l'efficientamento scatenato dalla competizione rischierebbe infatti di scontrarsi con l'esistenza di forti "asimmetrie informative"⁴⁰, e da una effettiva ridotta libertà di scelta degli iscritti (nei fondi chiusi le scelte sono di fatto operate dalle parti e all'aumentare del passaggio tra fondi aumenta il rischio di non copertura); in particolare, la presenza in sanità di asimmetrie informative tra paziente e produttore, a vantaggio del secondo, suggerirebbero l'opportunità di preferire soggetti *non profit* a quelli *profit*⁴¹;
- la frammentazione dei fondi comporterebbe un aumento e non una riduzione dei costi amministrativi⁴².

40. Quando si considerano i consumi sanitari si tende a riconoscere l'importanza dell'asimmetria informativa che intercorre tra erogatori della prestazione sanitaria (i medici) e gli acquirenti (i pazienti): generalmente, infatti, il paziente non dispone della competenza tecnica per capire se il "bene sanità" che acquista su indicazione del medico e della struttura sanitaria a cui si è rivolto sia realmente utile. È questo uno dei motivi che porta gli osservatori più critici della sanità integrativa a mettere in guardia dai rischi di forme di consumismo sanitario "indotto".

41. Tenendo però conto che, come fatto notare da molti osservatori, la normativa attualmente vigente in Italia, offre di fatto gli stessi benefici fiscali ai fondi sanitari autogestiti e non ri-assicurati (che erogano quasi esclusivamente prestazioni integrative del SSN) e a quelli ri-assicurati e gestiti da compagnie assicurative (che erogano prevalentemente prestazioni sostitutive); cfr. Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, Bologna, gennaio 2019, www.gimbe.org/sanita-integrativa, ultimo accesso: 6 ottobre 2020).

42. Si veda anche Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, cit., in cui si arriva a stimare che, tra costi amministrativi, mantenimento del fondo di garanzia (o oneri di riassicurazione) ed eventuali utili delle compagnie assicurative, una percentuale compresa fra il 40 e il 50% dei premi versati non può tradursi in servizi per gli iscritti.

Relativamente al contesto italiano, una delle voci più critiche è quella della Fondazione GIMBE, secondo la quale la sanità integrativa sarebbe

progressivamente diventata sostitutiva, permettendo all'intermediazione finanziaria e assicurativa di utilizzare detrazioni fiscali per incrementare i profitti, aumentando iniquità e diseguaglianze, oltre che di alimentare il consumismo sanitario e la medicalizzazione della società incrementando i rischi per la salute delle persone⁴³.

In merito ai rischi di consumismo sanitario evocati in questa citazione, le critiche si indirizzano in particolare ai piani di diagnostica preventiva frequentemente offerti dai fondi: pacchetti che – utile strumento di *marketing* e fonte di *business* per il settore sanitario – rischierebbero in realtà di far emergere soprattutto malattie che non si sarebbero mai manifestate, generando a cascata accertamenti e interventi, spesso dannosi per la salute stessa, e tendenzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale⁴⁴. In altre parole, i fondi rischierebbero di agire quali induttori di prestazioni inappropriate, finendo così per aumentare la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento. Potendo utilizzare a proprio vantaggio l'asimmetria informativa medico-paziente, gli operatori della sanità privata tenderebbero a enfatizzare i benefici (per i pazienti) di interventi – come quelli inclusi dentro i pacchetti di diagnostica preventiva – che in realtà finirebbero per produrre benefici maggiori per chi eroga il servizio (spesso di costo contenuto, ma in grado di intercettare e fidelizzare masse potenzialmente ampie di clientela) che per chi lo riceve. In questo modo, l'effetto finale sarebbe una “medicalizzazione” della società, con conseguenze in termini di maggiori trattamenti e quindi maggiore spesa sanitaria, perlopiù a carico delle finanze pubbliche⁴⁵.

43. Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, cit., p. 2.

44. R. Satolli, *Dagli amici del SSN mi guardi Iddio*, in *www.scienzainrete.it*, 5 aprile 2018.

45. Uno dei meccanismi che consente questo spostamento – dal settore privato a quello pubblico – dei costi legati al consumismo sanitario è noto come “referaggio inverso”. Questo permette ai singoli cittadini di “aggirare” nei fatti la funzione di filtro che dovrebbe esercitare il medico di base rispetto all'accesso dei pazienti alle cure specialistiche. Se nel nostro Servizio Sanitario Nazionale il percorso standard prevede infatti che ci si rivolga allo specialista solo su indicazione del medico di base, non è raro che i pazienti – anche (ma non solo) grazie alle opportunità messe a loro disposizione dalla sanità integrativa – seguano il percorso in direzione opposta: in altre parole, prima consultano lo specialista o eseguono test di diagnostica, poi consultano il medico di base per farsi prescrivere quanto già consigliato dello specialista. Poiché non sempre queste prestazioni specialistiche sono incluse (o pienamente coperte) dalle formule di sanità integrativa, per il paziente risulta vantaggioso “rientrare” nel circuito pubblico del SSN, che finisce così per sostenerne i costi.

Quanto ai rischi di sostituzione o duplicazione della sanità pubblica da parte di quella privata (sussidiata tramite *tax expenditure*), alcuni osservatori evidenziano che – se l’obiettivo è quello dell’efficienza economica complessiva e in certa misura dell’equità del sistema – il disegno per far convivere sanità pubblica e privata dovrebbe riconoscere a quest’ultima una funzione essenzialmente complementare, cioè relativa alla fornitura di beni e servizi non contemplati nella copertura pubblica; in caso di duplicazione delle prestazioni, infatti, lo scenario più probabile sarebbe quello di un aumento dei consumi e della spesa sanitaria totale, privata e pubblica⁴⁶.

Ad oggi, i (pochi) dati diffusi dall’Anagrafe dei Fondi Sanitari segnalano che, nell’anno fiscale 2016, i fondi hanno destinato circa il 39% delle risorse erogate ai cosiddetti settori “extra LEA” (non autosufficienza, cure odontoiatriche e prestazioni sociosanitarie assistenziali). Se ciò significa che hanno garantito una quota quasi doppia rispetto a quella imposta come minima dalla normativa vigente (20%), va anche precisato che il dettaglio delle prestazioni collocate sotto queste macro-etichette non è accessibile: in altre parole, è probabile che nella categoria “cure odontoiatriche” ricadano prevalentemente interventi di prevenzione, e siano invece largamente escluse forme di cura e riabilitazione.

Queste considerazioni ci portano a sottolineare che la scarsa trasparenza che ha contraddistinto sino ad oggi lo sviluppo del settore della sanità integrativa in Italia impedisce di procedere a una valutazione complessiva dei *pro* e dei *contro*, dei nodi problematici individuati dagli studi scientifici in base a quanto osservato anche in altri contesti nazionali. L’assenza di un’authority di vigilanza incaricata di documentare con cadenza regolare l’evoluzione di questo settore del *welfare non pubblico* (a differenza di quanto avviene nel campo della previdenza complementare grazie all’attività della COVIP), unito alla non accessibilità dei dati contenuti nell’Anagrafe dei Fondi gestita dal Ministero della Salute, riducono gli elementi di conoscenza indispensabili per procedere in questo esercizio.

Inoltre, un’analisi completa della questione dovrebbe prestare attenzione anche a ulteriori elementi, spesso poco considerati nel dibattito

46. A. Piperno, *La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*, giugno 2017 (https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editorice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC).

pubblico e accademico. Oltre ai benefici diretti prodotti per gli assicurati, infatti, andrebbe prestata attenzione anche ai benefici indiretti – le esternalità positive – derivanti dalla sanità integrativa, che potrebbe essere un terreno favorevole alla creazione di nuovo reddito e occupazione, anche grazie all’attivazione di canali di fornitura delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel mondo della cooperazione. È in altre parole possibile che i vantaggi in termini di nuovo gettito ed emersione del sommerso compensino le *tax expenditure* a carico della collettività. Infine, non va sottovalutato che la maggiore flessibilità organizzativa di cui può avvalersi la sanità integrativa potrebbe costituire la premessa per avviare sperimentazioni e innovazioni, ad esempio sul piano gestionale successivamente replicabili nel settore pubblico.

Si tratta di questioni centrali alla luce delle dinamiche di crescita in corso e rispetto alle quali anche il mondo del mutualismo non può farsi trovare impreparato; anzi per affrontarle dovrebbe fare leva su alcuni dei propri tratti distintivi, illustrati nella prossima sezione.

2. Le specificità delle SMS

Come evidenziato, negli ultimi decenni in Italia la domanda di prestazioni sanitarie è aumentata in modo continuativo, a causa dei cambiamenti socioculturali ed economici, quali l’allungamento dell’aspettativa di vita, 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 hanno sempre trovato 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 attesa⁴⁷. In questo quadro il tema del mutualismo è tornato di attualità.

47. M. Lippi Bruni, S. Rago, C. Ugolini, *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative. Le società di mutuo soccorso nella costruzione del nuovo welfare di comunità*, il Mulino, Bologna, 2013; B. Payra, *La mutualità di territorio: le società di mutuo soccorso nella sanità integrativa*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2015, pp. 111-140 (https://www.secondowelfare.it/edt/file/Versione_integrale_2R2W.pdf); S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit.

2.1. Dalle origini ad oggi

In Italia le società di mutuo soccorso (SMS) nascono a metà Ottocento quale risposta organizzata della classe operaia al verificarsi di situazioni di difficoltà dei singoli come malattia, incidenti, morte dei parenti⁴⁸. La mutualità volontaria è stata in Italia e in Europa una delle prime forme di associazione – anti-elitaria, libera da controlli statali, autogestita – delle classi lavoratrici italiane⁴⁹. Una legge promulgata nel 1886 (n. 3818 del 15 aprile 1886), e tuttora in vigore, attribuisce a queste organizzazioni una personalità giuridica e ne definisce gli ambiti di intervento.

L'età dell'oro del mutualismo è stata la seconda metà dell'Ottocento e i primi anni del Novecento; successivamente per molti decenni le SMS sono divenute marginali lasciando spazio alle grandi organizzazioni di massa (partiti, sindacati, Pubblica Amministrazione). Il “fiume carsico” del mutualismo è riemerso dopo un lungo periodo che va dalla repressione del Fascismo fino alla fine del trentennio di crescita economica e di ampliamento dello stato sociale che va dal 1945 al 1973, i cosiddetti “Trenta gloriosi”.

Dopo l'istituzione del SSN (1978), le SMS hanno infatti mantenuto la possibilità di continuare le proprie attività integrando l'offerta pubblica dei servizi prevista dalla legge n. 833/1978. Le varie forme di sanità integrativa, dunque, non scomparvero con l'avvento del SSN e nel 1988 un'indagine conoscitiva censì 200 tra mutue e fondi integrativi⁵⁰. Oggi il richiamo al mutualismo storico ricongiunge le storiche società di mutuo soccorso, le mutue – obbligatorie e para pubbliche – nate sotto il Fascismo e poi soppresse nel 1978 e le nuove forme di mutualismo.

Le mutue, in Italia e in Europa, sia che operino a pieno titolo nel sistema sanitario nazionale (è, ad esempio, il caso della Francia) o siano complementari, 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.

48. S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit.

49. A. Luciano, *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità: risposte alla crisi del welfare*, Euricse Working Paper, n. 032112, 2012 (https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2015/03/1334324057_n2047.pdf).

50. A. Luciano, *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità...*, cit.

Qui ci soffermiamo sul caso italiano e sul ruolo delle mutue rispetto al sistema sanitario nel nostro paese. Si sono dovuti aspettare 130 anni e numerosi tentativi senza successo perché si intervenisse per modificare e integrare gli ambiti di intervento delle SMS (definiti dalla legge n. 3818 del 1886, prima richiamata) con l'articolo 23 del decreto-legge del 18 ottobre del 2012, n. 179, convertito nella legge 221 del 17 dicembre 2012⁵¹.

Il decreto ha precisato alcuni tratti distintivi quali l'assenza di finalità di lucro e la sussidiarietà, ha aggiornato la categoria dei soci, stabilito la devoluzione del patrimonio in caso di liquidazione o perdita di natura di società di mutuo soccorso e ha anche disposto l'iscrizione al Registro delle Imprese nella sezione delle imprese sociali. Inoltre, il Codice del Terzo settore ha riconosciuto alle società di mutuo soccorso la qualifica di soggetti operanti nell'economia sociale.

Secondo la recente indagine Isnet⁵², in Italia le SMS attive sono 532, in crescita rispetto alla precedente indagine del 2016 (quando erano 509), raccolgono annualmente 220 milioni di versamenti da parte degli iscritti e ne restituiscono il 63% in servizi sociosanitari. Le SMS aderenti o collegate attraverso i coordinamenti territoriali a FIMIV, la Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria, sono 524 e hanno partecipato all'integrazione dell'assistenza sanitaria pubblica mediante prestazioni e sussidi erogati ai propri soci e assistiti per un valore complessivo di 95 milioni di euro, pari a ben il 78% dei contributi raccolti. Si tratta dunque della fotografia di un settore dinamico e in salute.

La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV) è stata costituita nel 1900 con il nome di Federazione Italiana delle Società di Mutuo Soccorso e il fine “di provvedere alla tutela degli interessi delle Società federate e contribuire a migliorare moralmente e materialmente la condizione delle classi lavoratrici a mezzo della previdenza”.

Ai nostri giorni, nel rispetto del dettato delle origini e in coerenza con l'evoluzione storica, economica e sociale del paese, la FIMIV è una associazione di rappresentanza, assistenza e tutela che

si propone di agire per la promozione, lo sviluppo e la difesa del movimento mu-

51. L. Vergassola (a cura di), *Cenni storici sulle società di mutuo soccorso*, in FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit., pp. 63-74 (http://www.fimiv.it/wp-content/uploads/2018/07/report_fimiv_WEB-1.pdf, ultimo accesso 17 novembre 2020).

52. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

tualistico volontario nel campo assistenziale, sanitario, previdenziale, culturale e ricreativo/sociale, per contribuire a migliorare le condizioni economiche e sociali della collettività, nell'ambito di un completo e moderno sistema di sicurezza sociale (art. 1 dello Statuto)⁵³.

Tra i limiti della diffusione del mutualismo, come evidenziano proprio i dati FIMIV, bisogna ricordare la concentrazione nel nord del paese: il 78% delle SMS si situa in Piemonte e Liguria, e il 53% degli iscritti risiede in 5 Regioni del nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli V.G., Trentino)⁵⁴.

Va inoltre ricordato che – come messo in luce nella parte precedente – la quota di spesa per la sanità intermediata dalle SMS è importante ma modesta sul totale della spesa intermediata: 220 milioni⁵⁵ su un totale di 5,8 miliardi che rappresentano la spesa totale intermediata secondo RBM-Censis⁵⁶. Evidenziare la specificità e il valore aggiunto delle SMS rappresenta, a nostro avviso, una delle strade per promuoverne lo sviluppo e la diffusione.

2.2. *L'identità delle SMS*

A tal proposito è bene chiarire meglio che cosa intendiamo per società di mutuo soccorso e su quali concentriamo l'attenzione in questo capitolo. Qui facciamo riferimento alle SMS che aderiscono al codice identitario di FIMIV presentato durante la Giornata Nazionale della Mutualità, svoltasi a Venezia il 18 aprile del 2015; questo codice rappresenta infatti la Carta dei valori e degli elementi distintivi delle società di mutuo soccorso.

Attraverso l'emanazione del documento, la Federazione ha inteso mettere in luce i principi distintivi, gli ambiti di attività, l'organizza-

53. FIMIV si relaziona con l'esperienza internazionale del mutualismo. L'Associazione Internazionale della Mutualità (AIM), attualmente, sta operando per affermare il riconoscimento giuridico dell'economia sociale e la sua corretta definizione a livello europeo, cioè quella di un insieme di attori coinvolti nella produzione e diffusione di servizi sociali di interesse generale, che la distingue dall'economia di mercato tradizionale. L'obiettivo che AIM si propone è di affermare l'identità del modello mutualistico e di rendere visibile e riconosciuto, a livello europeo, il ruolo delle mutue nell'economia sociale.

54. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

55. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

56. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit.

zione e la gestione mutualistica delle mutue «pure», che agiscono senza scopo lucro, con finalità socioassistenziali 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 SMS⁵⁷.

I principi distintivi delle società di mutuo soccorso sono:

- 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.

La natura non lucrativa e il principio della “porta aperta” sono strettamente legati. Al momento dell’adesione, le SMS non effettuano alcuna profilazione del rischio e non vi sono barriere all’ingresso sulla base del diverso rischio di ammalarsi, come nel caso delle assicurazioni che hanno, al contrario delle mutue, finalità lucrative.

Il principio della “porta aperta” è controbilanciato in alcuni casi da vincoli introdotti dalle SMS per evitare di incorrere nelle forme più evidenti di azzardo morale⁵⁸. Tra questi vincoli vi sono solitamente il divieto di iscriversi dopo una certa soglia anagrafica (in genere molto elevata, tra i 70 e i 75 anni) e quello di non accedere a rimborsi o prestazioni (almeno

57. B. Payra, *La mutualità di territorio...*, cit.

58. Nella teoria microeconomica, per “azzardo morale” (dall’inglese *moral hazard*) si intende il rischio che un individuo – quando messo al riparo (completamente o parzialmente) dalle conseguenze di propri comportamenti potenzialmente dannosi (per sé e/o per gli altri) – presti meno attenzione a evitare quei comportamenti, non dovendone subire per intero gli effetti negativi. Si tratta, in altre parole, di un comportamento opportunistico, tanto più probabile quanto minore è la possibilità per il “principale” di sottoporre a controllo il comportamento dell’individuo (il cosiddetto “agente”). Così, ad esempio, in campo sanitario il rischio è che una persona coperta da una forma di assicurazione sia meno attenta a evitare comportamenti a rischio per la propria salute, potendo comunque contare sull’accesso agevolato a terapie e trattamenti che si rendano eventualmente necessari.

per un certo periodo di tempo) relative a patologie pregresse rispetto al momento dell'iscrizione⁵⁹.

L'offerta delle SMS si declina in diversi modi: rimborsi di spese sostenute presso il SSN (*ticket*) o presso la sanità privata o accesso diretto a prestazioni presso strutture convenzionate (in particolare diagnostica, piccoli interventi chirurgici, assistenza domiciliare, ecc.).

Due sono le modalità principali per diventare soci di una SMS. La prima si definisce "adesione volontaria". Si tratta di persone che decidono di diventare socie di una SMS singolarmente o insieme alle proprie famiglie. La seconda modalità è quella di aderire a piani sanitari aziendali gestiti da SMS.

La gestione di fondi di sanità integrativa aziendali ha contribuito allo sviluppo delle SMS che si occupano prevalentemente di sanità integrativa consentendo di ampliare la base degli iscritti e di abbassare l'età media dei soci.

Le SMS costituiscono per le aziende l'opportunità di costituire un ponte tra mondo del lavoro e società civile⁶⁰; va evidenziato infatti che il rapporto tra SMS e lavoratore assistito può continuare oltre la cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda, ciò costituisce un ulteriore valore aggiunto importante che le SMS offrono in questo campo.

Una grande potenzialità è rappresentata dallo strumento della mutualità mediata introdotto dall'articolo 23 del decreto-legge del 18 ottobre del 2012, n. 179. Questo meccanismo consente il rapporto associativo tra SMS e fondi sanitari in favore degli iscritti a questi ultimi.

Lo strumento della mutualità mediata, ha permesso alle SMS di gestire fondi sanitari di derivazione contrattuale e alle piccole SMS territoriali di offrire nuovamente prestazioni sociosanitarie, associandosi alle SMS attive nell'ambito della sanità integrativa.

La norma consente infatti che talune persone giuridiche, quali le stesse SMS e i fondi sanitari integrativi, possano entrare nella categoria dei soci ordinari di una società di mutuo soccorso, in modo tale che le per-

59. Come sottolineato da Mario Giaccone, anche la dimensione sociale delle società di mutuo soccorso, tipicamente conviviale e ricreativa, soprattutto se di piccolo raggio, è stata interpretata (da autori che adottano modelli di *rational choice*) come una delle tecniche – alternative a quelle adottate dalle compagnie assicurative commerciali – per ridurre il rischio di azzardo morale da parte degli associati, grazie all'attivazione di forme di controllo sociale basate sulla reputazione (es. M.H.D. van Leeuwen, *Mutual Insurance 1550-2015. From Guild Welfare and Friendly Societies to Contemporary Micro-Insurers*, Palgrave Macmillan, London, 2016).

60. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

sone fisiche iscritte a tali enti, in qualità di assistiti, possano beneficiare, in forma mediata, delle prestazioni rese dalla SMS associante. Più in dettaglio, i soci delle SMS di minori dimensioni che attivano un rapporto di mutualità mediata con una mutua strutturata possono avvalersi delle sue prestazioni sanitarie senza necessariamente diventare soci di questa. Lo stesso vale per i fondi sanitari integrativi che si collegano ad una mutua: è il fondo che si iscrive come socio ordinario della mutua e gli assistiti del fondo possono ottenere le prestazioni contrattuali senza doversi iscrivere come soci della mutua.

Si può proporre un primo bilancio rispetto allo strumento della mutualità mediata, a otto anni dalla sua introduzione.

La diffusione della mutualità mediata come volano del settore non è stata pari alle attese: in particolare, le società storiche e territoriali non hanno ravvisato, perlopiù, la motivazione sufficiente per avviare l'erogazione di servizi ai propri soci da parte di un'altra società, nel timore di ridurre alla marginalità la propria funzione.

Molte società di minori dimensioni desiderano mantenere la titolarità delle attività prodotte, sforzandosi di attribuire ad esse una valenza assistenziale ai sensi dell'art. 1 della l. 3818, per esempio mediante l'erogazione di contributi e servizi nei casi di disagio economico oppure di trattamenti e prestazioni sociosanitarie oltre che di sussidi e rimborsi per spese sanitarie. FIMIV, nelle parole del Presidente Putzolu, riconosce la mutualità mediata come un valido strumento di collaborazione tra società, ma non può essere il solo: lo si adotta laddove sussistono le condizioni ambientali e progettuali favorevoli. FIMIV rileva la necessità, prima di affrontare la fase tecnica di attuazione del rapporto mediato, di stabilire nel tempo relazioni fiduciarie tra le società medesime e con le comunità nei territori, partendo dalla comprensione, valorizzazione e, quando possibile, potenziamento delle attività di *welfare* che le società minori già svolgono (per es. campagne di prevenzione, sostegno all'autosufficienza, cultura della mutualità...) ⁶¹.

Come anticipato, le SMS si avvalgono per la prestazione di erogazioni sanitarie e socioassistenziali di una rete nazionale di convenzioni che FIMIV ha realizzato con oltre 2.000 strutture sanitarie; da questo punto di

61. Una nuova direttrice strategica di sviluppo, suggerita dal Presidente Placido Putzolu, potrebbe essere la mutualità tra mutue intesa come volontà e capacità di unire operativamente le forze tra le società di mutuo soccorso di minori dimensioni in una forma organizzativa condivisa per una rigenerazione del mutuo soccorso sul territorio. Si ringrazia per questa sintesi esaustiva ed efficace Placido Putzolu, Presidente di FIMIV.

vista va ricordata l'azione del Consorzio MU.SA.⁶² che riunisce le principali mutue sanitarie.

Particolare attenzione è rivolta alle filiere locali di cooperative che operano nella sanità e nell'assistenza. Il mutualismo e la cooperazione sono infatti fortemente intrecciati per ragioni che attengono alla storia e alla missione di questi due mondi.

In sintesi, le SMS offrono un valore aggiunto dal punto di vista economico, culturale, sociale e istituzionale⁶³. Il valore aggiunto è economico: le SMS rappresentano un modello non lucrativo basato su modalità gestionali sostenibili⁶⁴. Il valore aggiunto è culturale: l'articolo 2 della legge 3818/1886 stabilisce la diffusione dei principi e dei valori mutualistici tra gli obiettivi che qualificano la missione e l'identità delle SMS. Il valore aggiunto è sociale e si esprime attraverso la partecipazione e la democrazia interne. Infine, è istituzionale perché le SMS si propongono di coniugare domanda di salute e sostenibilità.

Il valore aggiunto delle SMS non è però dato di per sé, ma va riaffermato e rinforzato nelle pratiche quotidiane delle SMS. Per questa ragione è importante essere consapevoli delle sfide che il mutualismo, e più specificatamente le SMS operanti nell'ambito della sanità integrativa, si trovano oggi di fronte.

62. Il Consorzio MU.SA., Consorzio Mutue Sanitarie, è costituito da dieci società di mutuo soccorso aderenti alla FIMIV che si occupano, su tutto il territorio nazionale, di assistenza sanitaria integrativa: Cesare Pozzo; CAMPA; SMA Società Mutua Assistenza; Insieme Salute, Milano; Insieme Salute Toscana; Insieme Salute Lazio; Società Mutua Piemonte; MOA Mutua Ospedaliera Artigiani, Faremutua; Medi. Il Consorzio si propone di rappresentare, promuovere e coordinare i programmi per le SMS associate, rafforzandone il ruolo e la capacità contrattuale. MU.SA. si candida pertanto a partecipare a trattative di rilievo nazionale (contratti collettivi nazionali) per competere con gli altri soggetti presenti sul mercato. Le gestioni delle coperture sanitarie integrative trattate dal Consorzio MU.SA. e affidate alle singole SMS associate intendono garantire la piena applicazione dei principi mutualistici descritti in questo capitolo.

63. Si veda S. Rago, *Identità ed organizzazione: il valore aggiunto della mutualità sanitaria integrativa*, in M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini, *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative...*, cit., pp. 189-238. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

64. Vanno inoltre evidenziate le caratteristiche del regime fiscale delle coperture sanitarie nel caso delle SMS, in parte già richiamato nella tabella 1 (cfr. § 1): il Codice del Terzo settore (d.lgs. n. 117/2017, art. 83) ha stabilito la *deducibilità fiscale* dei contributi associativi versati dai soci alle società di mutuo soccorso operanti ai sensi dell'art. 1 della legge 3818/1886; in caso di *fondi sanitari di origine contrattuale* rivolti a lavoratori dipendenti, i contributi di assistenza sanitaria versati sia dal datore di lavoro che dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente attività assistenziale, sono deducibili dal reddito imponibile (art. 51 del TUIR), a prescindere se a gestirli siano società di mutuo soccorso o compagnie assicurative; in caso di *coperture sanitarie integrative rivolte alle categorie di lavoratori autonomi o di professionisti*, solo quelle gestite da società di mutuo soccorso consentono all'assistito di detrarre dalle imposte i relativi contributi associativi.

3. Le tre sfide per le SMS, oggi

3.1. Il quadro di riferimento

Ai fini di questo capitolo sono state realizzate tra l'inverno e l'estate del 2020 dieci interviste: cinque a Segretari Generali e/o Direttori di SMS, cinque a studiosi ed esperti di mutualismo⁶⁵. Le interviste hanno avuto come obiettivo quello di mettere a fuoco le principali sfide relative alle società di mutuo soccorso e al loro specifico ruolo nel campo della sanità integrativa.

Da un lato, l'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha reso oggi ancora più difficile affrontare con lucidità il dibattito relativo alla sanità integrativa e ai rischi dovuti all'indebolimento del SSN; dall'altro, ci spinge a riflettere con ancora maggiore urgenza sulle opportunità di sviluppo che si presentano ora per attori come le SMS, in grado di svolgere una funzione realmente integrativa rispetto al SSN e che – in sintonia con gli attori pubblici del territorio e i principi ispiratori del Servizio Sanitario richiamati nel paragrafo 1 – possono giocare un ruolo importante nel rilanciare temi come la solidarietà, la prossimità e la prevenzione.

I contorni del dibattito relativo alla sanità integrativa sono stati tratteggiati nelle parti precedenti dove abbiamo evidenziato le specificità delle SMS all'interno della pluralità di attori che si muovono in questo campo. Qui ci interessa porre l'attenzione, sulla base delle informazioni raccolte e dei punti di vista ascoltati durante le interviste, sulle principali tensioni che – a nostro avviso – attraversano lo spazio d'azione delle SMS. Le presentiamo come *trade off*, ovvero situazioni in cui si rende necessario trovare un punto di equilibrio tra alcune opportunità e le contropartite che ad esse si associano:

1. Tra nuove solidarietà e nuove disuguaglianze. Da una parte l'opportunità: le SMS oggi, in sintonia con la storia e le origini del mutuali-

65. Sono state interpellate cinque tra le SMS più attive nel campo della sanità integrativa. Si tratta di SMS aderenti a FIMIV: Insieme Salute, Società Mutua Piemonte, Reciproca, Mutua Campa, Consorzio Mutue Novara. Tra i testimoni privilegiati abbiamo inoltre intervistato Mario Giaccone, Vice-Presidente della Fondazione Cesare Pozzo e professore in Relazioni industriali presso l'Università degli Studi di Torino; Stefano Neri, professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro dell'Università degli Studi di Milano ed esperto in sistemi sanitari; Marianna Cavazza, professoressa a contratto dell'Università Bocconi, esperta di consumi privati in sanità; l'avvocato Guido Bonfante, Presidente della Fondazione Mutuo Soccorso, già professore di Diritto commerciale all'Università degli Studi di Torino; e infine Placido Putzolu, Presidente di FIMIV. Ringraziamo tutti gli intervistati per gli spunti di riflessione che ci hanno offerto.

simo, propongono forme di solidarietà tra pari in tempi caratterizzati da disgregazione, frammentazione e atomizzazione. Dall'altra parte il rischio: in tempi in cui si fa sempre più difficile, specialmente per alcune fasce di popolazione, l'accesso alle cure, queste nuove forme di solidarietà rischiano di essere percepite come fonte di ulteriori disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario non più in grado di garantire i principi di universalismo che l'hanno ispirato.

2. Tra partecipazione e crescita organizzativa. Una delle cifre distintive del mutualismo, come confermato nel codice identitario delle SMS, è la partecipazione dei soci. Tuttavia, esistono spinte nella direzione di una crescita organizzativa e di una standardizzazione dei processi che non sempre si conciliano con un'effettiva partecipazione: nelle SMS più grandi la partecipazione si traduce nella presenza di una percentuale minima dei soci alle assemblee annuali. Le SMS più grandi, con migliaia di soci, sono in grado di offrire maggiori prestazioni e servizi. Tuttavia, proprio nelle SMS che contano più soci l'elemento della partecipazione e dell'ancoraggio al territorio rischia di divenire più sfumato, meno percepito dagli stessi associati.
3. Tra prevenzione e rischi di consumismo sanitario. Come abbiamo scritto, una delle accuse che si rivolgono alla sanità integrativa è quella di alimentare forme di "consumismo sanitario". Se si considera, sostengono i più critici, che tramite le agevolazioni fiscali parte delle risorse vengono sottratte alla spesa pubblica e dirottate verso la sanità integrativa, i rischi per la collettività sarebbero così maggiori delle opportunità. Appare sempre più difficile immaginare che il SSN possa rispondere da solo in modo esaustivo alla domanda di salute che proviene da una società sempre più diversificata e complessa. D'altra parte, proprio attori come le SMS sono chiamati a diffondere, in concerto con il SSN, una concezione della salute che non è solo assenza di malattia ma, in coerenza con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Salute, "*stato di benessere fisico, psichico e sociale*". Facendo propria questa visione, le SMS, in accordo con altri attori pubblici e privati, possono promuovere una concezione della prevenzione che è il contrario del consumismo e dell'eccessiva medicalizzazione: si tratta della prevenzione primaria (sensibilizzazione in materia di corretti stili di vita, attività fisica, dissuasione dal fumo, ecc.) che costituisce oggi una delle criticità in tema di salute pubblica.

Ci soffermiamo su queste tre principali tensioni nei paragrafi 3.2, 3.3 e 3.4, per poi concludere questa parte con una riflessione sulle risposte che le SMS possono mettere in campo per fronteggiare le sfide e i *trade off* che esse generano (3.5).

3.2. Tra nuove solidarietà e nuove disuguaglianze

La mutualità fin dalle sue origini ottocentesche si basa sul principio di solidarietà tra *pares* che è altro rispetto ai principi redistributivi dall'alto verso il basso del sistema sanitario universalistico, che nascerà diversi decenni dopo. Per questa ragione le SMS delle origini rappresentavano solidarietà di piccolo raggio su base territoriale o categoriale-professionale e spesso erano distinte in base al sesso (avendo le donne minori capacità di spesa).

Oggi le SMS offrono diversi piani sanitari, l'offerta di prestazioni e rimborsi è più ampia per chi sceglie piani sanitari più costosi. La solidarietà, garantita dal principio della "porta aperta", si realizza anche oggi tra pari, cioè tra persone che possono sostenere gli stessi costi ma senza che tra questi ci sia una distinzione in base al diverso grado di rischio per la salute, come avviene con le assicurazioni.

Secondo l'indagine Isnet il 36% dei soci delle SMS deriva da convenzioni aziendali, un dato riferito alla fine del 2017 e che ci aspettiamo essere in crescita⁶⁶. Come abbiamo già scritto, la gestione dei fondi aziendali rappresenta un'opportunità di crescita importante per le SMS che in questo modo non solo aumentano il numero dei propri soci, ma vedono anche abbassarsi l'età media. È infatti un dato incontrovertibile, per quanto riguarda l'adesione volontaria, che le persone percepiscono maggiori rischi per la propria salute quanto più si avvicina la terza età e solo oltre una certa età sono propensi a spendere una quota annuale per tutelarsi rispetto al rischio di affrontare spese sanitarie.

Tuttavia, i piani sanitari aziendali rischiano di creare nuove disuguaglianze, escludendo ampie fette di lavoratori (specialmente quelli occupati nelle piccole aziende e i precari). Come evidenziato dal Rapporto FIMIV (2019) e confermato nel corso delle nostre interviste, più di una criticità connota infatti il settore dei fondi sanitari di derivazione contrattuale. Innanzitutto, la gestione dei fondi è spesso appaltata a compagne

66. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

assicurative che perseguono una logica orientata al profitto. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla mancanza di informazione rispetto ai fondi aziendali, e dalla scarsa consapevolezza dei lavoratori delle possibilità offerte dall'adesione a fondi sanitari.

A questo riguardo le SMS potrebbero evidenziare sempre di più il valore aggiunto che le connota: promuovendo incontri e assemblee nei luoghi di lavoro mirate a diffondere consapevolezza e conoscenza sul funzionamento dei fondi sanitari. Ciò già avviene nei casi più virtuosi.

D'altronde i fondi sanitari aziendali gestiti dalle SMS sono oggi una riproposizione della solidarietà su base categoriale-professionale che ha caratterizzato le origini del mutualismo.

Occorre però riflettere su come coinvolgere i lavoratori meno garantiti (spesso si tratta delle nuove generazioni), nonostante questa sia stata una criticità del mutualismo fin dalle sue origini. Le SMS hanno infatti da sempre coinvolto in primo luogo lavoratori in grado di organizzarsi, con una continuità di reddito tale da sostenere mensilmente una spesa minima ma significativa per tutelarsi da rischi futuri.

Il mutualismo infatti non è filantropia, ma solidarietà tra pari, e spesso chi ha minori garanzie è meno propenso a organizzarsi in senso mutualistico. Tuttavia, la storia del mutualismo si è intrecciata con un'azione di *advocacy*⁶⁷ a favore di un ampliamento delle tutele; anche per questa ragione non si può eludere oggi la questione dei precari e dei lavoratori autonomi senza tutele. D'altronde nascono oggi dal basso nuove forme di mutualismo che riguardano queste categorie di esclusi e precari e che in alcuni casi hanno già iniziato a confrontarsi con il mondo del mutualismo storico.

3.3. Tra partecipazione e crescita organizzativa

Le SMS di grandi dimensioni, con un elevato numero di iscritti, possono proporre un'offerta più ampia ed essere anche maggiormente competitive nel mercato dei fondi sanitari. Tuttavia, man mano che l'organizzazione si fa più complessa e le procedure più standardizzate, come avviene

67. Che consiste in un «processo civile con cui una persona o un gruppo di persone cercano di dare appoggio ad una politica, che sia essa sociale, economica, legislativa, ecc., e di influenzare la relativa distribuzione delle risorse umane e monetarie», vocabolario on line Treccani (<https://www.treccani.it/vocabolario/advocacy/>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

nella storia di tutte le organizzazioni, l'elemento della partecipazione e del radicamento nel territorio può venire meno o farsi più sfumato.

Il coinvolgimento dei soci nelle SMS si esprime attraverso la condivisione del bilancio, la partecipazione all'assemblea annuale, e l'elezione degli organi direttivi. Va però riconosciuto che in SMS di grandi dimensioni, con migliaia di soci, partecipano alle assemblee solo una percentuale minima di essi, anche se numericamente non irrilevante.

Nel mercato si muovono *competitor* con dimensioni e capacità organizzative enormi e con meno vincoli rispetto alle SMS: si pensi ad esempio al fatto che assicurazioni e mutue spurie restituiscono agli iscritti, tramite le prestazioni erogate, percentuali del bilancio enormemente più basse rispetto a quanto fanno le vere SMS con i loro soci.

Come possono le SMS di oggi, in un mercato così articolato e agguerrito, riconnettersi allo spirito che animava le SMS di fine Ottocento e inizio Novecento, che organizzavano forme di solidarietà di piccolo raggio fortemente radicate nel territorio o nei luoghi di lavoro? Come difendere e mantenere questa specificità e allo stesso tempo rimanere "competitivi"?

A tal proposito, va ricordata nuovamente l'introduzione, nel 2012, della mutualità mediata. Sul fronte del rapporto tra mutue sanitarie e mutualismo storico, questo istituto intende perseguire un doppio intento. Il primo è quello di rilanciare quelle piccole SMS storiche che, quando sopravvissute, erano divenute a cavallo del millennio circoli ricreativi. Tramite il rapporto con le SMS più strutturate queste realtà possono tornare a offrire prestazioni sanitarie di tipo mutualistico. Il secondo intento è quello di rafforzare il rapporto con il territorio delle grandi mutue sanitarie, riannodando i legami con quell'arcipelago di piccole società nel quale affonda le radici la storia del mutualismo.

A otto anni dall'introduzione di questo istituto appare importante fare un bilancio sul suo effettivo utilizzo, sulle sue potenzialità e sui suoi limiti. Ci sono diversi esempi virtuosi sul ricorso alla mutualità mediata, che in alcuni casi è stata effettivamente usata in modo positivo riattivando e valorizzando esperienze basate su reti di prossimità, ma in altri ha incontrato diversi ostacoli alla sua applicazione.

Attraverso le interviste abbiamo infatti raccolto "evidenze aneddotiche" relative alle difficoltà riscontrate. Vi sono infatti resistenze da parte delle mutue sanitarie che spesso vedono come poco conveniente, se non addirittura non sostenibile, l'offerta economica delle piccole SMS; e vi sono inoltre resistenze da parte delle stesse piccole società territoriali che

spesso non hanno quella minima capacità organizzativa necessaria per attivare le diverse forme di mutualità mediata e rimangono timorose di perdere la propria autonomia.

In sintesi, è bene interrogarsi su quali siano le altre strade percorribili per rafforzare l'elemento partecipativo e di radicamento nel territorio, partendo dalle tante e varie esperienze già sperimentate e avviate da diverse SMS. Una delle strade percorribili potrebbe essere quella di privilegiare il dialogo con le realtà associative e mutualistiche del territorio, sia che esse siano state originate nel solco del mutualismo storico sia che rappresentino esperienze nuove e originali. Un'altra strada potrebbe essere quella di promuovere progettualità volte a favorire meccanismi di aiuto e sostegno reciproco tra le diverse mutue e tra gli stessi soci.

Il principio della “porta aperta” e la diversa gestione del budget rispetto alla logica *profit* dei concorrenti, assicurazioni e mutue spurie, sono aspetti che vanno certamente sottolineati attraverso campagne comunicative efficaci, ma ciò potrebbe non essere sufficiente per difendere la specificità e la missione del mutualismo. Esiste il rischio, evidenziato da alcune ricerche in altri paesi, che organizzazioni *non profit* attive nel campo della sanità finiscano per adottare nelle prassi logiche e modalità simili a quelle del mondo *profit*⁶⁸, di fatto snaturandosi, al fine di rimanere sul mercato.

Per queste ragioni, la crescita organizzativa delle SMS va accompagnata da soluzioni innovative capaci di riproporre e attualizzare temi come prossimità, condivisione e partecipazione se si vuole evitare il rischio che la specificità delle SMS sia meno percepita dagli stessi soci e dai cittadini e diventi dunque più sfumata, nonostante il codice identitario. Quest'ultimo, infatti, ci sembra vada inteso come un essenziale punto di partenza e non un approdo definitivo.

3.4. Tra prevenzione e rischi di “consumismo sanitario”

Una delle principali critiche alla sanità integrativa riguarda l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie offerte. Infatti, una delle principali accuse agli attori che operano nell'ambito della sanità integrativa è quella

68. Si pensi al caso statunitense M. Vella, *Terzo settore negli USA: analogie e disparità col mercato europeo*, in “Mondo sanitario”, n. 6, 2019, pp. 1-17. Il riferimento alla letteratura sul *non profit* nel sistema sanitario americano si deve al suggerimento di Stefano Neri (Università degli Studi di Milano).

di alimentare forme di “consumismo sanitario”, favorendo il ricorso da parte degli iscritti e degli assicurati ad accertamenti e interventi non necessari che producono a cascata effetti negativi anche sui costi della sanità pubblica. Eccessi di diagnosi spingerebbero infatti i potenziali pazienti a *iter* diagnostici che coinvolgono in seconda battuta anche prestazioni offerte dal SSN, spesso attraverso il meccanismo del cosiddetto “referaggio inverso”⁶⁹.

Non si può tacere che, in caso di prestazioni sostitutive, alla base del ricorso alla sanità privata c’è spesso l’esigenza di accorciare i tempi di attesa e quella di poter scegliere lo specialista a cui rivolgersi. Si tratta di ragioni che difficilmente possono essere negate o eluse. In questo contesto, molte spese mediche in assenza di fondi e/o piani sanitari rischiano di essere interamente a carico delle famiglie.

Appare improbabile che si riducano drasticamente i tempi delle liste di attesa in un prossimo futuro. Immaginare un mondo senza spesa privata per la sanità o lasciare che questa spesa sia sostenuta direttamente dalle famiglie, non è forse il modo migliore per contrastare il rischio di “consumismo sanitario”. Si può, in alternativa, dare maggiore riconoscimento e visibilità ad attori che nel campo della sanità integrativa prestano una particolare attenzione al tema dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della prevenzione primaria.

Va ricordato infatti che si può intendere la prevenzione in due modi diversi: il primo porta a promuovere il ricorso ad esami di diagnostica anche quando non strettamente necessario (anche senza prescrizione medica). Un esempio è rappresentato da quei piani sanitari che includono *check-up* gratuiti per tutti gli iscritti. Si tratta di un’offerta vantaggiosa per chi la propone (per l’alta standardizzazione dei processi e i costi contenuti) e spesso ritenuta attraente da chi riceve l’offerta; un approccio che – anche alla luce delle note asimmetrie informative che caratterizzano l’economia sanitaria – rischia però di andare nella direzione di alimentare il “consumismo sanitario”.

L’altro modo di intendere la prevenzione è quello di promuovere uno stile di vita sano sostenendo la diffusione di comportamenti che, riducendo i fattori di rischio richiamati nella prima parte di questo capitolo, abbassino la probabilità per le persone di andare incontro a molte patologie. Questa prospettiva è più difficile, necessita cambiamenti culturali non ancora consolidati nella nostra società, richiede una maggiore responsabi-

69. Per l’approfondimento di questi temi si rimanda al paragrafo 1.3 del presente capitolo.

lizzazione delle persone, implica tempi lunghi per produrre risultati apprezzabili, ma andrebbe percorsa perché più vantaggiosa per la collettività, in termini di costi ed effetti.

La promozione di progettualità di questo tipo potrebbe fare leva ancora una volta sul territorio e sulla prossimità. Da un lato, la dimensione sociale (tipicamente conviviale e ricreativa), storicamente presente nelle SMS più piccole, può essere letta come un contributo di rilievo alla salute globalmente intesa. Dall'altro, si tratta di dare luogo a progettualità, in parte già sperimentate, che tengano insieme l'esigenza di pensare alla salute in modo più ampio con quella di coinvolgere una vasta rete di attori presenti nel territorio. È peraltro un approccio pienamente coerente con i principi base della "salute in tutte le politiche" promossa dalle principali organizzazioni internazionali e con il perseguimento della riduzione delle disuguaglianze di natura socioeconomica nella salute. Le SMS non sono forse fra gli attori più indicati per farsi portavoce di un simile approccio nel campo della sanità integrativa?

Non si tratta di una novità per le SMS, ma di continuare sulla strada già intrapresa: infatti, secondo la recente indagine Isnet, nel 47,5% dei casi le SMS che si occupano di sanità integrativa svolgono anche attività culturali su più fronti⁷⁰. In particolare, si occupano proprio di educazione alla spesa sanitaria e di prevenzione. Anche per questa ragione l'ampliamento del raggio di azione delle SMS rappresenta l'unica alternativa alle logiche più marcatamente *profit* degli altri attori che occupano il campo della sanità integrativa.

3.5. Rispondere alle sfide

Le tre tensioni descritte nei paragrafi precedenti possono essere intese come tre sfide, che possiamo riassumere come segue:

1. Offrire maggiori tutele senza accrescere disuguaglianze e processi di esclusione, ma includendo sempre di più nuove categorie e invitando queste ultime ad organizzarsi in forma mutualistica.
2. Rispondere positivamente alla necessità di espandersi nel mercato rafforzando, e non indebolendo, radicamento sul territorio, partecipazione, forme di aggregazione.

70. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

3. Promuovere il ricorso alla sanità integrativa, non incentivando il consumismo sanitario, ma anzi indirizzando e orientando la domanda verso scelte consapevoli e responsabili, promuovendo collaborazioni e partnership sul territorio.

Per vincere le sfide di cui abbiamo scritto, occorre consolidare il valore economico, ma soprattutto rafforzare il valore culturale, sociale e istituzionale delle SMS. Cerchiamo di spiegare meglio cosa intendiamo.

Il valore economico è garantito dai principi mutualistici e dalla natura senza scopo di lucro delle SMS. Mutualismo significa tutelarsi rispetto al rischio di spese improvvise grazie alla solidarietà reciproca.

Il valore culturale si traduce nella conservazione, nel rilancio e nell'attualizzazione dei principi e della storia del mutualismo⁷¹.

Il valore sociale si esprime attraverso la partecipazione e la democrazia interne. Entrambi elementi che caratterizzano senza dubbio le SMS nei principi ispiratori e nelle procedure adottate ma che, come già notava Ugolini, non sempre si traducono in un dato di fatto: i tassi di partecipazione alle assemblee sono infatti ancora ridotti⁷². Di più si può fare sul piano della partecipazione.

Il valore culturale e il valore sociale sono fortemente correlati. Soffermandosi sul caso delle SMS che si occupano di sanità integrativa va evidenziato che le attività culturali spesso sono orientate a promuovere una spesa sanitaria responsabile e l'adozione di stili di vita sani. Tali attività si possono configurare anche come momenti a valore sociale aggiunto, promuovendo le interazioni tra soci e la loro partecipazione. Per queste ragioni, queste attività già in essere, come testimoniato dalla recente ricerca Isnet⁷³, rappresentano un ambito da perseguire con ancora maggiore convinzione.

71. Si pensi all'importanza di eventi in grado di raggiungere un pubblico più ampio di cittadini (come il Festival del mutualismo, le Giornate della mutualità, conferenze tematiche), all'attività meritoria di due Fondazioni (Fondazione Centro per lo studio e la documentazione delle società di mutuo soccorso del Piemonte e Fondazione Cesare Pozzo per la mutualità) e del Museo storico del mutuo soccorso con sede a Pinerolo (FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.), oltre al neocostituito Museo Virtuale del Mutuo Soccorso.

72. C. Ugolini, *Modelli per un welfare plurale: il contributo delle società di mutuo soccorso*, in S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit., pp. 87-104.

73. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

Il valore istituzionale si definisce come la capacità di essere “collettori di domanda”, quindi istituzioni in grado di orientare la propria base sociale verso un’offerta adeguata di servizi alla persona, di definire strategie di indirizzo della domanda di prestazioni verso il SSN. Le SMS in questa prospettiva possono fare ancora di più per promuovere scelte di consumo responsabili in termini di risorse finanziarie assorbite e appropriatezza⁷⁴, e farsi portavoce – insieme a una rete estesa di attori dell’economia civile – dei bisogni e delle richieste dei cittadini.

Tab. 2 – Le sfide principali per le SMS: uno schema

<i>Le 3 sfide principali per le SMS, oggi</i>	<i>Come affrontare la sfida?</i>	<i>Valore aggiunto su cui fare leva</i>	<i>Obiettivo finale</i>
<i>Nuove solidarietà vs. Nuove disuguaglianze</i>	Informare	Culturale	Organizzare nuove solidarietà orizzontali
	Fare <i>advocacy</i>		
<i>Partecipazione vs. Crescita organizzativa</i>	Includere i gruppi meno garantiti	Sociale	Promuovere nuove forme di partecipazione
	Sfruttare lo strumento della mutualità mediata	Sociale e istituzionale	
<i>Prevenzione vs. Consumismo sanitario</i>	Sperimentare nuove forme di dialogo con altre realtà associative e mutualistiche del territorio		Promuovere stili di vita sani
	Promuovere una corretta educazione alla spesa sanitaria	Culturale, sociale e istituzionale	
	Sostenere la prevenzione primaria		

Fonte: elaborazione degli autori.

Il rafforzamento del valore culturale, sociale e di quello istituzionale (a fianco al consolidamento di quello economico) rappresenta la strada maestra per ampliare le prospettive di sviluppo del mutualismo oggi (tabella 2).

74. C. Ugolini, *Modelli per un welfare plurale...*, cit., pp. 87-104.

Su questo piano si individuano maggiori margini di cambiamento e innovazione per le SMS e per gli attori che con esse collaborano e hanno stretti contatti (Terzo settore, mondo cooperativo, filantropia, ASL, scuole, mondo delle imprese, ecc.).

Le quattro dimensioni del valore aggiunto del mutualismo si iscrivono all'interno della stessa idea di salute, più volte richiamata in questo capitolo, quella di "benessere fisico, psichico e sociale".

Da questa prospettiva, appare chiaro come organizzare nuove solidarietà orizzontali, promuovere nuove forme di partecipazione (anche attraverso momenti di convivialità, informazione e formazione) e l'adozione di uno stile di vita sano sono tutte azioni che rispondono all'obiettivo di rafforzare il valore culturale, sociale e istituzionale delle SMS, oltre a consolidare il valore economico.

Di seguito, nella figura 2, vogliamo infine sintetizzare i principali risultati emersi dalla ricerca attraverso un'analisi SWOT⁷⁵ delle SMS nel campo della sanità integrativa. Questo tipo di analisi serve per richiamare i principali punti di forza e di debolezza interni alle SMS e le principali opportunità e le principali minacce che provengono dallo scenario nel quale agiscono le SMS.

In sintesi, i punti di forza riguardano in particolare le specificità del mutualismo (la logica *non profit*, il principio della "porta aperta", la forte identità culturale, l'adozione della salute intesa secondo la definizione olistica dell'OMS).

I punti di debolezza riguardano in alcuni casi l'effettiva partecipazione alla dimensione associativa delle SMS, la difficoltà di comunicare verso l'esterno, di intercettare precari e nuove generazioni. Le opportunità derivano dai cambiamenti legislativi favorevoli allo sviluppo delle SMS, dalla diffusione di bisogni sociali inascoltati e dalla necessità di innovazione sociale in diverse aree del *welfare* territoriale. Le minacce derivano dalla presenza sul mercato di *competitor* con una logica orientata al *business* e con maggiori dimensioni economiche, dalla diffusione di atteggiamenti individualistici e orientati al consumismo.

75. L'analisi SWOT (conosciuta anche come matrice SWOT) è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (in inglese *Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce (*Threats*) di un progetto, di un'impresa o di un'organizzazione. L'analisi riguarda l'ambiente interno (analizzando punti di forza e di debolezza) o esterno di un'organizzazione (analizzando minacce e opportunità).

Fig. 2 – Una fotografia delle SMS: punti di forza, punti di debolezza, minacce e opportunità

	<i>Fattori positivi</i>	<i>Fattori negativi</i>
<i>Fattori interni (controllabili)</i>	<i>S</i> (punti di forza)	<i>W</i> (punti di debolezza)
	Regole improntate alla partecipazione	Debolezza della vita associativa
	Logica <i>non profit</i> ; principio della “porta aperta” e altri principi mutualistici	Difficoltà a intercettare nuove generazioni
	Adesione alla nozione dell’OMS, fatta propria anche dal SSN, di salute come “benessere” bio-psico-sociale	Difficoltà di comunicare verso l’esterno la specificità delle SMS
	Comunicazione e trasparenza all’interno	Ancora da rafforzare il valore aggiunto sociale e istituzionale, da attualizzare il valore culturale
<i>Fattori esterni (non controllabili)</i>	<i>O</i> (opportunità)	<i>T</i> (minacce)
	I cambiamenti normativi relativi a mutualità mediata, <i>welfare</i> aziendale; Riforma del Terzo settore	Competizione da parte di attori con maggiore capacità economica ma logica <i>profit</i>
	Aumento di bisogni sociali a cui non riesce a rispondere il sistema pubblico	Diffusione di comportamenti improntati al consumismo sanitario
	Necessità di innovazione sociale e forme di mutualismo e auto-organizzazione	Comportamenti individualistici e scarso riconoscimento della specificità delle SMS

Fonte: elaborazione degli autori.

4. Una visione strategica per ritornare al futuro: “APRIRSI”

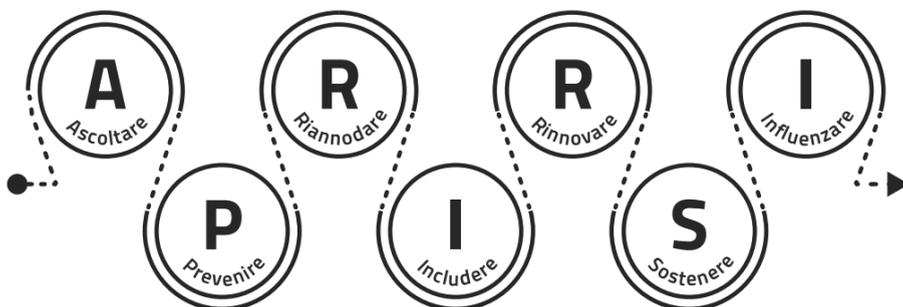
Può sembrare un paradosso, ma se le SMS vogliono oggi rafforzare le connessioni con “lo spirito delle origini” e rivendicare con ancora più forza la loro specificità dovranno avere il coraggio di innovare e di cambiare

sempre di più. Di fare, cioè, anche altro rispetto a ciò che tradizionalmente è stato ed è il mutualismo.

Per fare ciò, d'altra parte, la società civile, gli attori dell'economia sociale, gli enti locali, le istituzioni pubbliche e i *policy maker* sono chiamati a riconoscere il valore aggiunto del mutualismo e a contribuire al suo rafforzamento.

Nella figura 3 riportiamo 7 direttrici strategiche che bisognerebbe, a nostro avviso, perseguire per riconoscere, valorizzare, rafforzare il contributo delle SMS nella sanità integrativa e nel *welfare* territoriale oggi e in futuro. Si tratta di aspetti tra di loro interconnessi che afferiscono ad un'unica visione strategica che, in omaggio al principio della "porta aperta", abbiamo chiamato APRIRSI che è appunto l'acronimo di: Ascoltare, Prevenire, Riannodare, Includere, Rinnovare, Sostenere e Influenzare.

Fig. 3 – "APRIRSI": una visione strategica per le SMS



4.1. Ascoltare

Perché si realizzino dei cambiamenti positivi per la collettività è necessario che le SMS, in collaborazione con le organizzazioni *non profit*, le fondazioni filantropiche, le istituzioni pubbliche, le imprese, le associazioni di rappresentanza, i *policy maker* si mettano in ascolto dei soci, dei cittadini e dei territori per individuare i bisogni che non trovano risposta e per discutere delle possibili soluzioni.

Per esempio?

- Le società di mutuo soccorso potrebbero realizzare una *survey* rivolta ai soci e/o ai potenziali soci, proponendo poi di discuterne i risultati insieme ad una rete estesa di attori per individuare in modo condiviso possibili soluzioni a bisogni sociali che non trovano risposta adeguata.

- Potrebbero predisporre, insieme a questa rete, un documento condiviso riguardante le possibili progettualità da sviluppare per far fronte in modo adeguato ai bisogni rilevati.

4.2. *Prevenire*

L'alternativa alla prevenzione come “consumismo sanitario” è la prevenzione primaria, non medicalizzata, che passa attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e di una maggiore consapevolezza nel ricorso alle prestazioni sanitarie, anche attraverso momenti di socializzazione, informazione e formazione. Formare le persone circa i comportamenti corretti rispetto alla propria salute fisica e psichica, organizzare momenti di interazione, incentivare le relazioni e lo scambio sono modi interconnessi di promuovere il benessere fisico, psichico e sociale.

Per esempio?

- Si potrebbero organizzare, come già avviene in diversi casi, “giornate” di formazione, conoscenza, scambio ma anche occasioni di convivialità (come gite e gruppi sportivi o culturali tra soci di una stessa mutua) che perseguano lo scopo di promuovere comportamenti corretti e insieme rafforzino la dimensione relazionale.
- Si potrebbero coinvolgere scuole, università, aziende sanitarie locali, medici di base in progettualità atte a promuovere stili di vita sani e la prevenzione primaria (in questa fase pandemica si tratterebbe anche di promuovere modelli di comportamento per prevenire il rischio di contagio da Sars-COV-2).

4.3. *Riannodare*

Il mutualismo storico sopravvissuto fino ad oggi ha due facce: quella delle SMS sanitarie che spesso hanno dimensioni organizzative di un certo rilievo e quella delle SMS di territorio che in alcuni casi partecipano al *welfare* territoriale, e più spesso assomigliano a piccoli circoli ricreativi locali. Adottando la concezione ampia di salute, a cui abbiamo fatto riferimento in questo capitolo, possiamo dire che entrambe le anime del mutualismo si occupano ancora oggi di promuovere il benessere.

Ma è importante non incorrere nel rischio che tra questi due mondi si scavi un solco sempre più ampio. Per questo il legame tra la capacità di offrire tutele e prestazioni delle mutue sanitarie e la dimensione di prossimità di alcune società di mutuo soccorso va riannodato, mettendo al centro il territorio.

Per esempio?

- Si potrebbe fare un bilancio della mutualità mediata e impegnarsi a rimuovere gli ostacoli al pieno utilizzo di questo istituto; inoltre, si potrebbero promuovere nuove forme di collaborazione tra le mutue come la mutualità tra mutue, intesa come volontà e capacità di unire operativamente le forze tra le società di mutuo soccorso di minori dimensioni in una forma organizzativa condivisa per una rigenerazione del mutuo soccorso sul territorio.
- Si potrebbe sempre di più riconoscere e comunicare, da parte del Terzo settore, sindacati e imprese, il valore aggiunto nella gestione da parte delle SMS dei fondi sanitari di derivazione contrattuale e negoziale. Si tratta infatti della riproposizione di quella solidarietà categoriale che aveva caratterizzato il mutualismo delle origini, insieme alla mutualità basata sulla prossimità territoriale.

4.4. Includere

Il tema dell'inclusione delle nuove generazioni, dei lavoratori autonomi, delle giovani famiglie, degli stranieri è un tema molto difficile da affrontare. Come abbiamo scritto, è più probabile che siano persone di mezza età e/o anziani ad avere insieme la disponibilità economica e la percezione del rischio che le induca ad aderire ad una mutua. Ci sembra però essenziale trovare risposte ai bisogni di queste fasce di popolazione più giovani e/o fragili anche nell'ambito del mutualismo e della cooperazione.

Per esempio?

- Si potrebbero sviluppare idee progettuali che vedano collaborare mutue, cooperative, altri enti *non profit* ed enti locali al fine di ampliare l'offerta di nuove prestazioni e favorire l'intermediazione nell'ambito

dei servizi di cura (come *baby-sitting* e assistenza domiciliare agli anziani) rivolti alle giovani famiglie e ai nuclei con figli con disabilità. Il potenziale contributo del mutualismo in questo campo andrebbe riconosciuto dagli enti locali, dall'intero mondo del privato sociale e dal mondo delle imprese.

4.5. Rinnovare

Questo punto è legato a quello precedente. Per ampliare il raggio di azione del mutualismo bisogna rinnovare le modalità di intervento. Insieme agli enti del Terzo settore e al mondo dell'economia civile le SMS possono ricorrere a nuove forme di finanziamento (come il *crowdfunding* e la partecipazione a bandi di fondazioni e istituzioni nazionali, europee e internazionali). Enti filantropici e istituzioni pubbliche dovrebbero sempre di più riconoscere l'importanza di rilanciare i valori, la storia e le pratiche del mutualismo e della cooperazione, incoraggiandone lo sviluppo.

Per esempio?

- Si potrebbe investire su alcune “buone pratiche” e sperimentazioni: si tratta in alcuni casi di idee progettuali ancora da sviluppare, ma promettenti. Si pensi alla progettazione di interventi che vedono come protagoniste le mutue insieme a cooperative di comunità al fine di favorire il ripopolamento delle aree interne da parte di giovani generazioni e liberi professionisti. Si pensi all'esempio pinerolese in cui sono nati progetti di *social housing* e di ambulatorio sociale⁷⁶.
- Le risposte alla pandemia messe in campo da diverse mutue esemplificano in modo efficace la capacità di rinnovarsi del mutualismo, anche in situazioni di emergenza. Come mostra la tabella 3, le società di mutuo soccorso hanno agito tempestivamente mettendo in cam-

76. Si tratta di “*Casa Annalisa*”, progetto che ha previsto l'affidamento al Comune di un immobile di proprietà della società di mutuo soccorso di Pinerolo. L'immobile, acquistato oltre un secolo fa a scopo mutualistico e multigenerazionale, oggi accoglie persone in stato di disagio (<http://www.fimiv.it/pinerolo-apre-le-porte-social-housing-casa-annalisa>, ultimo accesso 17 novembre 2020). Un altro progetto merita poi una menzione, quello dell'ambulatorio sociale ospitato nella sede della stessa società di mutuo soccorso di Pinerolo, anch'esso rivolto alle fasce deboli della popolazione, che si avvale della collaborazione a titolo gratuito di una rete di medici e infermieri (<https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/mutualismo/a-pinerolo-nasce-lambulatorio-sociale.html>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

po per i propri soci una serie di misure per fronteggiare l'emergenza sanitaria e sociale (come ad esempio forme di sostegno al reddito in caso di ricovero, isolamento domiciliare e convalescenza; attività di prevenzione e rimborsi per visite specialistiche), ma si sono distinte anche per interventi sul fronte della responsabilità sociale d'impresa e per il sostegno al territorio (ad esempio per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale e per la distribuzione di beni di prima necessità).

Tab. 3 – Le iniziative messe in campo da alcune SMS durante la prima fase della pandemia

<i>SMS</i>	<i>Tipo di iniziativa</i>
SNMS Cesare Pozzo	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera per ricovero e isolamento domiciliare. - Misura di sostegno al reddito: finanziamento a tasso agevolato. - Iniziative di responsabilità sociale e sostegno economico a progetti di raccolta e distribuzione di beni di prima necessità.
SMS Insieme Salute	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga dei termini di prescrizione delle richieste di rimborso e posticipazione degli incassi dei contributi associativi (sia per i soci che per i lavoratori). - Diaria giornaliera in caso di ricovero. - Misura di sostegno al reddito: sussidio <i>una tantum</i> nel caso in cui uno o più membri della famiglia siano positivi al virus. - Rimborso delle spese per visite pneumologiche e video consulto specialistico. - Iniziative finalizzate alla prevenzione.
SMS Mutua Ligure	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera in caso di ricovero e di isolamento domiciliare.
SMS Reciproca	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera in caso di ricovero e di isolamento domiciliare. - Misura di sostegno al reddito: sussidio per la convalescenza. - Donazioni per progetti di acquisto di strumentazione sanitaria (a favore di Legacoop Toscana e Legacoop Emilia-Romagna).
SMS Solidea	<ul style="list-style-type: none"> - Sportello di ascolto per i soci colpiti dal Covid-19 (es. ricerca badante, recupero documenti per 104, certificazioni).
SMS L'Assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle esigenze dei volontari della Società Volontaria di Soccorso (SVS) per far fronte alla carenza di dispositivi di protezione o a necessità economiche.

4.6. Sostenere

Per attualizzare il mutualismo, è importante sostenere il nuovo mutualismo anche quando esso non appare legato alle forme del mutualismo storico, ma esprime principi e modalità che sono però coerenti con lo spirito del mutualismo delle origini e che rispondono a bisogni drammaticamente attuali. Si tratta di forme che sono nate in diversi territori in risposta alla crisi del *welfare* e dell'economia: con questo mondo non bisogna – a nostro avviso – mantenere le distanze, ma contaminarsi. Il fiorire di “fondi di mutuo soccorso cittadino” variamente denominati – promossi da diversi Comuni durante la pandemia per offrire protezione alle fasce più vulnerabili della popolazione raccogliendo contributi di singoli, imprese e associazioni – ci sembra testimonino tutta l'attualità e la forza dei valori mutualistici, anche quando declinati in modo diverso dal mutualismo inteso in senso più tradizionale⁷⁷. Questo mondo va valorizzato da SMS, Terzo settore, società civile e *policy maker*.

Per esempio?

- Una strada potrebbe essere quella di rivolgersi alle associazioni che promuovono forme di mutuo-aiuto organizzando soggetti esclusi dalle tutele⁷⁸, sostenere e partecipare a progettualità che mirino allo sviluppo di queste nuove forme di mutualismo. Sono diverse, infatti, le forme di mutuo-aiuto che si stanno diffondendo: forme di solidarietà tra giovani famiglie e/o anziani soli che vivono negli stessi condomini, banche del tempo di quartiere, *job club* per giovani disoccupati, portierato sociale⁷⁹.

77. Si pensi ai fondi istituiti a Milano (marzo 2020: <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/servizi-sociali/fondomutuosoccorso>) e a Bergamo (aprile 2020: <http://bergamoaiuta.it/dona/>).

78. Un esempio di questo tipo è costituito da Smart, organizzazione *non profit* nata a Bruxelles ma attiva anche in Italia. Smart, ovvero la Società Mutualistica per ARTisti, svolge una funzione di intermediazione nel rapporto tra committenti e liberi professionisti in modo da garantire a queste ultime continuità di reddito. Per quanto riguarda le modalità con cui il mondo delle mutue sanitarie e il mutualismo storico possono connettersi con queste nuove forme di mutuo soccorso segnaliamo che Insieme Salute e Mutua Piemonte (due SMS che aderiscono a FIMIV) hanno sottoscritto una convenzione con Smart, attraverso la quale i soci di Smart possono aderire a un piano agevolato di assistenza sanitaria integrativa.

79. Si pensi, per guardare all'esperienza internazionale, alla diffusione di *bread funds* in Olanda e nel Regno Unito: un *bread fund* è un gruppo tra le 25 e le 50 persone che contribuiscono ad un fondo con un versamento mensile allo scopo di tutelare chiunque tra i membri diventi inabile al lavoro per un certo periodo. Questi gruppi si basano sulla prossimità e la fiducia reciproca, non offrono soltanto sostegno finanziario ma anche pratico.

4.7. *Influenzare*

L'innovazione sociale va accompagnata da un'azione di *advocacy* al fianco dei cittadini che non vedono corrisposti i loro bisogni sociali e di assistenza. Si tratta di un'azione che va condivisa con una rete estesa di attori e organizzazioni *non profit* e dell'economia civile e che di fatto recupera una funzione che storicamente ha avuto il mutualismo e che viene attribuita al Terzo settore.

Per esempio?

- Le SMS, insieme ad attori del mondo della cooperazione e dell'economia civile, potrebbero farsi portavoce, con ancora maggiore forza, di istanze che non trovano riconoscimento, suggerendo interventi al sistema pubblico e ai *policy maker* affinché si garantisca un'adeguata attenzione alle fasce della popolazione che non trovano risposta ai loro bisogni (come giovani coppie con figli, anziani soli, famiglie con disabili e/o persone non autosufficienti).

Le sfide che la mutualità sanitaria ha di fronte sono complesse.

Per vincerle, è necessario che le prospettive di sviluppo della strategia "APRIRSI" siano fatte proprie certamente dalle mutue sanitarie e dal mutualismo nelle sue varie forme, ma che siano anche comprese da quella pluralità di attori come le altre organizzazioni *non profit*, le fondazioni filantropiche, le istituzioni pubbliche, le imprese, le associazioni di rappresentanza, i *policy maker* che potrebbero (e dovrebbero) interessarsi (maggiormente) allo sviluppo del mutualismo per contribuire a favorire un incastro virtuoso tra sanità pubblica e sanità integrativa, e lo sviluppo di soluzioni innovative.