

PROSPETTIVE DELLA MUTUALITÀ E ANALISI DEI FABBISOGNI SOCIO-SANITARI IN ALCUNE AREE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO E DEL CUNEESE (SAVIGLIANESE, SALUZZESE, FOSSANESE)

Ricerca a cura di “Percorsi di secondo welfare”
(ottobre 2016)

EXECUTIVE SUMMARY

La ricerca “**Prospettive della mutualità e analisi dei fabbisogni socio-sanitari in alcune aree della Città metropolitana di Torino e del Cuneese (Saviglianese, Saluzzese, Fossanese)**” è stata svolta dal Laboratorio “Percorsi di secondo welfare” del Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi e commissionata dalla Società Mutua Pinerolese (SMP), Società di mutuo soccorso sanitaria con sede a Pinerolo (TO).

La ricerca si pone l’obiettivo di rilevare e analizzare i **fabbisogni socio-sanitari** dei residenti di alcuni territori di riferimento per la Società Mutua Pinerolese: Città di Torino (ASL TO1 e TO2), area metropolitana centro, area metropolitana Sud, Pinerolese, Valli Susa e Sangone (ASL TO3), Chierese, Carmagnolese, Moncalieri/Nichelino (ASL TO5) e di alcune aree della Provincia di Cuneo (Saviglianese, Saluzzese, Fossanese, appartenenti all’ASL CN1).

L’analisi è stata svolta lungo tre direttrici: si è partiti dal **contesto nazionale**, analizzando indicatori demografici e sanitari ed il ruolo delle politiche sanitarie, delle politiche sociali e di una loro possibile integrazione. Il secondo affondo ha riguardato il **contesto regionale**, i bisogni di salute della popolazione piemontese, la pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie, il Piano socio-sanitario 2012-2015, i Peps e i Piani di prevenzione regionali, il Patto per il sociale 2015-2017 e il ruolo degli enti gestori della funzione socio-assistenziale in Piemonte. In questa seconda parte, si è anche fornito un inquadramento storico normativo della mutualità sanitaria, dei suoi principi e ambiti di attività e del ruolo delle società di mutuo soccorso nel panorama socio-sanitario del Piemonte. Il terzo affondo è stato frutto di una ricerca sul campo, in cui si sono analizzati i **singoli territori** oggetto d’indagine. Oltre all’analisi dei documenti programmatici (piani di zona, carta dei servizi, documenti di programma, bilanci previsionali...), sono stati coinvolti i principali *stakeholder* pubblici e privati (enti gestori della funzione socio-assistenziale, enti del terzo settore, centrali cooperative e centri servizi del volontariato) attraverso interviste e *survey online*.

In ultimo sono state elaborate le conclusioni e avanzate alcune **proposte di policy** da attuare nei territori di riferimento, relative al **ruolo che la mutualità può giocare** nell’offrire risposte ai bisogni identificati.

Al 31.12.2015, l'**Italia** presenta una situazione demografica in cui la popolazione residente è in riduzione, con una perdita di 140.000 unità (-179.000 residenti di cittadinanza italiana, +39.000 stranieri). Il tasso di mortalità, pari al 10,7 per mille, è il più alto tra quelli misurati dal secondo dopoguerra in poi. Il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna. Nel 2015 le nascite sono state 488 mila (8 per mille residenti), 15 mila in meno rispetto al 2014 e nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il processo di **invecchiamento** continua ad avanzare: gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 22% della popolazione totale. In diminuzione invece risultano sia la popolazione in età attiva (15-64 anni) sia quella fino a 14 anni di età. La prima scende al 64,3% del totale, la seconda al 13,7%. L'indice demografico di **dipendenza strutturale** è passato in un anno dal 55,1 al 55,5%.

Le necessità della popolazione sono dunque maggiormente tarate sui bisogni socio-sanitari tipici della **popolazione anziana** (residenzialità, domiciliarità, malattie croniche, demenze senili, sostegno al reddito, trasporti da/verso strutture sanitarie...). Da non sottovalutare poi i rischi correlati a **stili di vita insalubri** (fumo, obesità, alcol e sedentarietà). Inoltre, fattori legati alla crisi e all'insicurezza economica e lavorativa hanno portato a un netto **peggioramento del benessere psicologico e di salute mentale** degli italiani.

Elevate le **differenze di genere** (le donne hanno da sempre un vantaggio in termini di sopravvivenza rispetto agli uomini, dai quali si distinguono anche per una maggiore propensione alla prevenzione e agli stili di vita più salutari) e **di territorio** (il Mezzogiorno vede aumentare il proprio svantaggio nella speranza di vita e nella qualità della vita media nell'età anziana, nella mortalità infantile e nelle morti collegate agli stili di vita insalubri). Anche le **disuguaglianze sociali** negli stili di vita si mantengono marcate: le persone con elevato titolo di studio, a parità di età, godono di migliori condizioni sia di salute fisica che mentale e hanno generalmente comportamenti più salutari.

L'esigenza di nuovi servizi è legata alla **trasformazione dei nuclei familiari**: aumentano separazioni/divorzi, i nuclei monoparentali e le famiglie nelle quali le donne lavorano e non hanno il tempo sufficiente per prendersi direttamente cura di familiari anziani, malati, minori. Da qui la crescente esigenza di servizi a supporto della genitorialità, di pre e post-scuola, centri diurni. Fondamentale è inoltre trovare una risposta ai bisogni di **sostegno e assistenza alle persone con disabilità grave** dopo la morte dei parenti che li accudiscono, ma anche di percorsi di autonomia nel momento in cui i familiari sono ancora presenti (cfr. **Dopo e Durante Noi**).

La situazione nella **Regione Piemonte** ricalca a grandi linee quella nazionale, con alcune differenze più o meno marcate. Gli **indicatori demografici e sanitari della**

popolazione piemontese dipingono una situazione dominata da un saldo negativo tra nati e morti, un tasso di natalità insufficiente a garantire il ricambio generazionale, un tasso di vecchiaia molto elevato (193,67% contro una media nazionale pari a 157,7%). Unica nota demografica positiva è costituita dal rapporto immigrazione/emigrazione e da una percentuale in crescita di popolazione straniera (con età media decisamente inferiore a quella degli italiani: 32,6 contro 45,8 anni).

Questi dati medi regionali variano nei **diversi territori** oggetto della ricerca, con indicatori di sviluppo demografico, capacità produttive e situazioni di dipendenza decisamente peggiorativi nella Città di Torino, dove l'età media supera i 46 anni e l'indice di vecchiaia si attesta al 204,86%, valori che restano decisamente più alti della media regionale, nonostante la cospicua presenza di popolazione straniera (15,49% contro il 9,58% del Piemonte) e di minorenni stranieri residenti (23% contro il 13,21% regionale). Anche nei **territori montani** la situazione demografica presenta indici di vecchiaia, tassi di natalità e di morte decisamente peggiorativi rispetto alla media regionale con indici di vecchiaia che superano il 300% in alcuni paesi della Val Chisone e Germanasca (373,33 per Fenestrelle e 433,33 per Prali), mentre alcuni paesi montani turistici rappresentano un'eccezione, con tassi di nascita molto alti (Pragelato in particolare riporta un tasso di nascite quasi doppio rispetto alla media regionale, attestandosi intorno al 14%). Gli indicatori sono decisamente positivi anche in molte **aree immediatamente limitrofe alla città di Torino** (come l'area metropolitana Sud, corrispondente al Distretto sanitario di Orbassano, in cui età media (44,17 anni) e indice di vecchiaia (156,12%) sono decisamente al di sotto della media regionale. Tra i territori con popolazione più giovane vi sono Chierese, Carmagnolese, Moncalieri e Nichelino appartenenti all'**ASL TO5** (dove l'età media si attesta a 44,64 anni e l'indice di vecchiaia a 165,12%) ed il **Cuneese** (l'ASL CN1 mostra valori pari a 171,41 per l'indice di vecchiaia e pari a 44,79 per l'età media).

Nonostante le differenze tra i territori, la situazione generale mostra un quadro in cui l'invecchiamento assoluto e relativo non cessa di arretrare, in cui il tasso di natalità è in decrescita e in cui il numero di stranieri residenti presenta un trend in crescita. Questo quadro viene rispecchiato nei **bisogni** socio-assistenziali rilevati dagli enti gestori, che abbiamo potuto analizzare grazie alla lettura dei piani di zona e di altri documenti programmatici e grazie alle interviste con i responsabili degli enti preposti alla funzione socio-assistenziale dei territori.

Tra gli **anziani**, i bisogni riguardano prevalentemente residenzialità, supporto e assistenza presso il proprio domicilio, trasporti da/verso strutture ospedaliere, sostegno al reddito. Tra i bisogni emergenti nell'area **minori e famiglie** vi è una crescente necessità di sostegno alla genitorialità soprattutto per coppie separate o in fase di separazione, di supporto socio-educativo e di creazione di momenti di aggregazione nelle ore in cui i minori non sono scuola, di servizi di integrazione alla famiglia come centri diurni semi-residenziali. Per i **disabili**, oltre ai tipici bisogni di residenzialità e domiciliarità, si rileva la necessità di interventi specifici per facilitare l'integrazione sia nella scuola che sul lavoro e per portare i soggetti verso un'autonomia dalla famiglia di origine. Nell'area **adulti in difficoltà**, in espansione per effetto della perdurante crisi economica, è impellente la necessità di poter

accedere a un lavoro e a una casa a prezzi sostenibili.

Accanto a questi bisogni, vi sono poi quelli di una **popolazione straniera residente** in aumento (che arriva a sfiorare il 10% del totale della popolazione residente, con picchi che arrivano oltre il 15% nella Città di Torino, con il 22% di popolazione straniera minorenni). La necessità di integrazione di questa fascia di popolazione è una priorità assoluta e programmi speciali sono particolarmente necessari per etnie quali Rom, Sinti e Nomadi.

Per quel che riguarda gli **indicatori prettamente sanitari**, le fonti Istat rivelano che il Piemonte presenta condizioni migliori rispetto alla media nazionale. Vi è stata una riduzione della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (decisamente inferiore al resto d'Italia), mentre le neoplasie al polmone e alla mammella e le malattie dell'apparato respiratorio continuano a presentare valori più elevati rispetto alla media italiana. Il trend relativo agli infortuni sul lavoro e alle cause di morte correlate all'abuso di fumo e alcol è in progressiva diminuzione. Meno favorevoli sono invece gli indici di salute psicologica e mentale, significativamente collegati al disagio conseguente alla crisi economica da cui il Piemonte (e in particolare alcuni territori) non riesce ad uscire completamente.

Va evidenziato che gli indicatori sanitari sopra descritti mostrano **valori diversi a seconda dei territori analizzati**: le aree montane e periferiche presentano generalmente indicatori più sfavorevoli rispetto ai maggiori centri metropolitani. Anche la posizione sociale e il conseguente stile di vita provocano **disuguaglianze** nello stato di salute dei cittadini. Il fumo di sigaretta, l'abuso di sostanze alcoliche e l'eccesso ponderale sono fenomeni collegati a uno stile di vita di persone maggiormente deprivate sia economicamente che socialmente e con un livello di istruzione più basso.

I principali **ostacoli** che impediscono che questi bisogni vengano pienamente soddisfatti dai servizi pubblici presenti sui territori sono, a detta degli **enti gestori**, prevalentemente questioni imputabili a disponibilità limitata di fondi, alla scarsità di figure professionali adeguatamente formate per fronteggiare le nuove forme di vulnerabilità, utenza in aumento (prevalentemente a causa del perdurare della crisi economica) insieme ad una scarsa collaborazione tra gli enti preposti all'erogazione dei servizi.

Tra gli **enti non profit** intervistati, il 75% ritiene che i bisogni della popolazione non vengano soddisfatti dai servizi pubblici e privati offerti dagli enti territoriali. Le principali ragioni di questa visione negativa sono da imputare a motivazioni di tipo economico: insufficienti risorse impiegate a fronte di un numero cospicuo di utenti (a causa della crescente disoccupazione, del manifestarsi di nuove povertà e dell'invecchiamento della popolazione). Molti enti non profit lamentano una disorganizzazione e inefficienza dei servizi e delle risorse investite. Si rileva, ad esempio, un'alta concentrazione di strutture socio-sanitarie in alcuni territori a fronte di una insufficiente presenza in altre zone, indipendentemente dalla manifestazione dei bisogni socio-sanitari, e una carenza di investimenti in servizi finalizzati all'inserimento lavorativo, al sostegno alle famiglie (in particolare con figli disabili e autistici), ad affrontare le problematiche legate alle dipendenze. Altri problemi sollevati dal privato sociale sono legati a un inadeguato coordinamento degli enti sul territorio (poche sinergie tra gli stakeholder e

sovrapposizione tra servizi) e della concorrenza sleale del lavoro nero, soprattutto nel campo delle assistenti familiari.

Necessità comune, rilevata in modo capillare sui vari territori, è quella di **creare maggiore sinergia tra gli interventi** e maggiore collaborazione e momenti di confronto tra gli enti incaricati alla gestione dei bisogni (Regione, Province, Città Metropolitana, Comuni, ASL ed enti gestori della funzione socio-assistenziale). Prioritario è promuovere una reale **integrazione tra le diverse politiche**: sanitarie, sociali, del lavoro, dell'abitazione. Il coinvolgimento dal basso degli *stakeholder* del privato sociale (associazioni, fondazioni, cooperative), ma anche di imprese, sindacati e associazioni datoriali ha una rilevanza strategica al fine di creare modelli innovativi e sostenibili in risposta alle varie sfere di bisogno.

Nell'intento di dare una **risposta** ai bisogni appena illustrati, gli enti pubblici preposti stanno cercando di agire in rete per costruire un sistema di governo delle politiche sociali e sanitarie più razionale ed efficiente che favorisca una reale integrazione socio-sanitaria, un'inclusione sociale e un contrasto alle diverse forme di povertà. Va in questa direzione il **processo di riorganizzazione del sistema sanitario della Regione Piemonte** (D.G.R. 26-1653 del 29 giugno 2015) in cui l'ente ha individuato fra le proprie strategie prioritarie "il rafforzamento e la riqualificazione della la rete territoriale, realizzando nel contempo la massima integrazione fra le funzioni sanitarie e quelle sociali destinate a garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona, a garanzia della continuità assistenziale". L'asse dell'integrazione socio-sanitaria (insieme all'asse dell'inclusione sociale e del contrasto alle diverse forme di povertà e a quello del sostegno alle responsabilità genitoriali e della prevenzione del disagio minorile) è perseguito anche nel **Patto per il Sociale 2015-2017**. In tale documento programmatico si prevede una **riforma dell'assetto di governo** e del profilo organizzativo del sistema di welfare che dovrà essere costruito su due perni: da un lato la **Regione**, con il compito del governo complessivo del sistema e di confronto regolare con ANCI, Coordinamento degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, Sindacati, Forum del volontariato e del Terzo Settore e Alleanza delle cooperative italiane; dall'altro i **Distretti Territoriali della Coesione Sociale** che devono coincidere, a livello di ambito territoriale, con i distretti sanitari, con l'incarico di prendere decisioni strategiche sia per gli interventi a carattere sociale e socio-sanitario, sia per le decisioni in ordine alle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie, sia infine per la gestione del confronto con le organizzazioni sindacali e con le realtà locali del volontariato e del Terzo Settore.

In ultimo, sottolineiamo l'importanza del progetto di **Piano Sociale Metropolitan della Città metropolitana di Torino**, che trova il suo riferimento nel Patto per il Sociale. All'interno di questo documento si legge l'esplicita volontà di coinvolgimento di una vasta gamma di soggetti, tra i quali "le associazioni di volontariato, le fondazioni bancarie e

filantropiche, le imprese, i sindacati associazioni di volontariato, fondazioni bancarie e altri enti filantropici, il sistema delle imprese e i sindacati, ecc.... al fine di integrare le sue lacune, stimolare la modernizzazione sperimentando nuovi modelli organizzativi, gestionali, finanziari e avventurandosi in sfere di bisogno ancora inesplorate dal pubblico”.

Ancora nel **Patto per il Sociale** leggiamo che le **società di mutuo soccorso** vengono annoverate tra i soggetti del terzo settore che si qualificano per innovazione ed elevata capacità di sperimentazione nel campo delle **politiche per gli anziani non autosufficienti** (da qui, la nascita del **Protocollo sottoscritto dalla Regione Piemonte e dalla FIMIV** in associazione con SMP e Solidea volto a promuovere e diffondere tra i cittadini piemontesi la possibilità di usufruire di prestazioni mutualistiche e per lo sviluppo del welfare partecipato e comunitario). Dalla ricerca emerge che accanto a questo ambito c'è margine per un loro ulteriore sviluppo rispetto ad altre sfere di bisogno emerse come rilevanti sui territori, spostando sempre più l'area di intervento verso le nuove forme di vulnerabilità sociale.

Dalle interviste svolte con gli stakeholder pubblici e privati emergono significative **possibilità di espansione della mutualità sanitaria** ed in particolare della Società Mutua Pinerolese. La stragrande maggioranza dei soggetti intervistati si dichiara molto interessato ad ottenere maggiori informazioni sulla Mutua e possibilmente intraprendere con essa collaborazioni o partenariati, anche per quel che riguarda i bandi europei (oltre l'80% degli enti gestori e circa il 60% degli enti del terzo settore intervistati). Il raggio di azione in cui si possono muovere le società di mutuo soccorso è decisamente ampio: dall'offerta di formule di assistenza individuale per cittadini singoli e famiglie, alla possibilità di adesione a fondi aziendali e pluri-aziendali o fondi collettivi; dal contributo alle politiche per anziani non autosufficienti alle campagne di prevenzione contro le malattie principali causa di morte e/o contro stili di vita insalubri.

Alla luce di quanto emerso dalla rilevazione dei bisogni socio-sanitari sui territori analizzati avanziamo qui di seguito una serie di **proposte di policy e azioni** che potrebbero essere attuate nei territori di riferimento.

1. Promuovere e sostenere l'investimento in **politiche** innovative per gli **anziani non autosufficienti**, come indicato nel Protocollo FIMIV. Il settore socio-sanitario rivolto a questo tipo di utenza è un settore in cui l'intervento pubblico è largamente insufficiente e in cui è sempre più necessario un ricorso all'assistenza sanitaria integrativa, dato l'invecchiamento della popolazione e l'incremento di persone in stato di non autosufficienza, che necessitano di interventi misti in cui le prestazioni sanitarie si sommano ad azioni di natura socio-assistenziale. Seppure questi interventi andrebbero affrontati da aziende sanitarie ed enti locali, “le stime parlano però solo di un 33 per cento di anziani non autosufficienti aiutati attraverso programmi pubblici, con una compartecipazione privata *out-of-pocket* che arriva a

coprire il 50-60 per cento del costo mensile in struttura protetta, mentre il restante 66 per cento organizza autonomamente la propria assistenza, contando soprattutto su un mercato in parte sommerso di oltre 800 mila badanti” (Lippi Bruni *et al.* 2012).

La Società Mutua Pinerolese ha una consolidata esperienza nel campo dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti, attraverso l'erogazione di assistenza fornita da personale specializzato. Si può leggere anche all'interno dello Statuto della Mutua che tra gli scopi sociali vi sono proprio le “erogazioni di servizi di assistenza familiare”.

2. La lotta alla disoccupazione, al lavoro nero e alla creazione di posti lavoro, dedicati a fasce di lavoratori difficilmente collocabili. Proprio collegato al mondo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, è importante segnalare il ruolo che alcune SMS stanno giocando nell'elaborazione di strategie di lavoro sui territori e nel supporto all'incontro tra domanda e offerta nel **settore dell'assistenza familiare**. Sono infatti in crescita gli esempi di mutue che offrono servizi di assistenza ospedaliera e domiciliare, in forma diretta o attraverso una rete di cooperative e associazioni partner. La fornitura di questo tipo di prestazioni, oltre a soddisfare i bisogni delle persone non autosufficienti iscritte alle mutue, crea opportunità lavorative per una fascia di popolazione vulnerabile e collocata ai margini del mercato del lavoro, contribuendo alla lotta contro il lavoro irregolare. Come possiamo evincere dal rapporto *Multiwelfare* (Fieri 2013), tra i collaboratori familiari è molto forte la presenza di **donne**, molte delle quali **immigrate**, che offrono i propri servizi perlopiù attraverso canali informali. Queste pratiche possono far scaturire fenomeni criminosi, quali “richieste ricattatorie da parte delle famiglie datrici di lavoro, o il giogo del caporalato che infesta questo settore” (Fieri 2013). In questo ambito, vi è spazio per una proficua collaborazione tra SMS e altri soggetti del privato sociale con le istituzioni pubbliche (Centri per l'Impiego, Inps, enti locali) in un progetto congiunto che miri all'istituzionalizzazione dell'offerta e dunque all'elaborazione di strategie di regolarizzazione del lavoro di “badanza” e di percorsi di formazione riconosciuti (operatore socio-assistenziale e assistente familiare). In particolare le mutue e le cooperative rivestono un ruolo molto importante in questo campo poiché, nello svolgimento delle proprie attività, fungono da fulcro di incontro tra la domanda delle famiglie e l'offerta delle assistenti familiari. In ultimo, va inoltre ricordato che le stesse donne straniere, se inserite legalmente nel mondo del lavoro, potrebbero diventare esse stesse fruitrici dei servizi offerti dalle SMS. Come sottolineato dallo studio di Fieri, l'aumentare dell'età “dei collaboratori domestici stranieri fa pensare a persone, perlopiù donne, con famiglia e figli a carico e dunque a una popolazione che aumenterà tendenzialmente la domanda di servizi in diversi settori del welfare, in parallelo all'invecchiamento della popolazione italiana, che dunque aumenterà a sua volta le richieste di servizi di cura” (Fieri 2013).
3. Il contributo ai progetti del “**Dopo di noi**” e del “**Dopo e Durante Noi**” (la problematizzazione del corso di vita della persona con disabilità quando non avrà più una famiglia a cui fare riferimento, poiché i genitori sono deceduti o non più in

condizione di svolgere l'attività di cura). Si ritiene che il corso di vita del "dopo di noi" richieda una serie d'interventi che coprano bisogni multipli - educativi, giuridici, finanziari, relazionali - e che questi interventi vadano costruiti insieme alla famiglia e, se possibile, alla persona interessata, nel corso di vita precedente, il "durante noi". In Italia le problematiche inerenti il "durante e dopo di noi" hanno trovato riconoscimento giuridico attraverso la legge 22 giugno 2016, n. 112 "*Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*". Tra i punti principali della norma vi è Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare: il Fondo è istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per finanziare interventi di varia natura come percorsi e supporto alla domiciliarità, gruppi-appartamento, periodi residenziali temporanei fuori dalla famiglia d'origine, soluzioni alloggiative di tipo familiare o attraverso il *cohousing*.

Certamente le società di mutuo soccorso, ed in particolare la Mutua Pinerolese, con esperienza comprovata nel campo della domiciliarità e della cura di persone disabili attraverso il proprio servizio di assistenti familiari, potrebbe dare un valido contributo a questa misura governativa. Nella provincia di Cuneo, territorio di riferimento della Mutua, è ad esempio attivo il progetto per persone con disabilità "Vela - Verso l'Autonomia" promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo.

4. Un altro campo di azione delle mutue in risposta ai bisogni socio-sanitari dei cittadini sono le **politiche di prevenzione**. La Regione Piemonte ritiene molto importante investire nella prevenzione e a questo scopo sta mettendo in atto le azioni previste dal **Piano regionale della prevenzione 2014-2018**. In termini di **governance**, il Piano garantisce la trasversalità degli interventi. In Piemonte è stato adottato, fin dal 2009, un **modello di coordinamento basato sul coinvolgimento** dei responsabili degli interventi a livello locale (coordinatori dei Piani locali di prevenzione) e dei Servizi di supporto, nonché sulla ricerca dell'armonizzazione del PRP con le attività più o meno consolidate nei Servizi. Si è lavorato per ricercare coerenza tra i diversi strumenti di programmazione regionale e per ampliare la collaborazione con le **diverse "anime" della sanità**. Tra i sotto-programmi del piano sono presenti azioni di prevenzione da svolgersi nelle scuole e negli ambienti di lavoro e si prevedono screening della popolazione, prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, prevenzione degli infortuni sul lavoro e in ambienti pubblici.

La Mutua Pinerolese ha tra gli scopi sociali la possibilità di promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di **prevenzione sanitaria** e di diffusione dei valori mutualistici e tra le sue attività enumera interventi nelle scuole di carattere educativo e culturale.

5. La **collaborazione con il mondo dell'associazionismo e della cooperazione sociale**, attraverso la creazione di fondi dedicati, progetti comuni e convenzioni con i centri medici e poliambulatori sociali. Società di mutuo soccorso e cooperative sono incentrate sui medesimi valori di mutualità e solidarietà, fondandosi su di un rapporto solidaristico di mutuo aiuto tra i soci. Esse mirano ad agire in un welfare

sussidiario ponendosi in regime di complementarietà, e non in competizione, con l'ente pubblico, con l'obiettivo comune di proporre soluzioni concrete e innovative per i bisogni emergenti dei cittadini. Il movimento cooperativo è dunque considerato dalle SMS come "terreno privilegiato di relazioni e di progettualità intersettoriale, non solo per la matrice comune e il senso di appartenenza, ma per le affinità di intervento nel sociale e la naturale convergenza di politiche e di strategie" (Lippi Bruni *et al.* 2012).

Numerosi e diversificati sono gli esempi di collaborazione tra SMS e cooperative. Le società di mutuo soccorso sono particolarmente attive nell'offerta di fondi sanitari, con contributo associativo poco oneroso (a partire da 60 euro all'anno per lavoratore), dedicati alle cooperative sociali, in particolare da quando l'articolo 87 del **CCNL cooperative sociali 2010-2012** ha reso obbligatoria, a decorrere dal 1° maggio 2013, l'istituzione dell'assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori a tempo indeterminato delle cooperative sociali. Ne è un esempio proprio il fondo pluri-aziendale creato dalla Società Mutua Pinerolese.

Altre forme innovative di collaborazione sono riscontrabili all'interno di **centri medici e poliambulatori sociali**, il cui obiettivo è fornire servizi di alta qualità e professionalità a prezzi economicamente accessibili. Questi centri offrono tariffe calmierate a tutti gli utenti (all'incirca dal 30 al 50 per cento inferiori rispetto al normale prezzo di mercato) e riservano trattamenti economici particolarmente agevolati o gratuiti a persone bisognose, segnalate dalla rete associazionistica e cooperativistica con cui i centri medici collaborano. Attorno a queste strutture ruotano, infatti, numerosi soggetti del profit e del non-profit, attraverso collaborazioni e convenzioni. Tra le convenzioni possibili vi sono quelle con le società di mutuo soccorso. Tra i centri medici gestiti dalla cooperazione sociale vi è Polis (Gruppo Arco) che si è detto favorevole ad un incontro per approfondire possibili collaborazioni /convenzioni con la Società Mutua Pinerolese.

La più grande **criticità** riscontrata è imputabile ad una **scarsa conoscenza sia della mutualità sanitaria operante sul territorio, sia della Società Mutua Pinerolese**: oltre il 70% degli enti gestori intervistati e l'80% degli enti non profit dichiarano di non conoscere le mutue sanitarie presenti sul territorio e le loro potenzialità in ambito socio-sanitario. Tra gli enti gestori, solo il 46% dichiara di essere a conoscenza del Protocollo sottoscritto dalla Regione Piemonte e dalla FIMIV in associazione con Società Mutua Pinerolese e solo il 7% sa della collaborazione in atto tra SMP, Adrea Mutuelle e altre mutue a livello europeo. Tra gli enti del terzo settore, solo il 26% dichiara di avere collaborazioni e/o un protocollo in essere con mutue sanitarie (di cui la maggioranza con Cooperazione Salute, la mutua nazionale promossa da Confcooperative). La maggioranza degli altri enti è comunque interessato a ricevere maggiori informazioni e oltre il 33% sarebbe interessato ad iscrivere il proprio ente o i propri associati alla Società Mutua Pinerolese.