

DICEMBRE 2016 ANNO XXVII – N. 3

INFORMAIRES
Semestrale dell'Istituto di Ricerche
Economiche e Sociali del Piemonte

n. 51, Dicembre 2016

Direttore responsabile
Maria Teresa Avato

Comitato di redazione
Luciano Abburrà (coordinatore)
Maria Teresa Avato, Carlo Alberto
Dondona, Vittorio Ferrero

Redazione e direzione editoriale
IRES – Istituto di Ricerche Economiche
e Sociali del Piemonte
via Nizza, 18 – 10125 Torino
Telefax 011.669.60.12

Ufficio editoriale IRES
Maria Teresa Avato
editoria@ires.piemonte.it

Autorizzazione del Tribunale di Torino
n. 4034 del 10/03/1989. Poste
Italiane, spedizione in abbonamento
postale 70%.
DCB Torino, n. 3 / anno XXVII

Progetto grafico
Massimo Battaglia

Stampa
...

Consiglio di amministrazione
Mario Viano, Presidente
Luca Angelantoni, Vicepresidente
Gianluca Aimaretti,
Antonio Amoroso, Lia Fubini

Comitato scientifico
Nerina Dirindin, Presidente
Gabiella Agnoletti, Andrea Barasolo
Luigi Bobbio, Sergio Conti,
Fabrizio Faggiano, Ludovico
Monforte

Collegio dei revisori
Maurizio Cortese, Presidente
Membri effettivi
Paola Dall'Oco e Sara Rolando
Membri supplenti
Annamaria Mangiapelo, Pierangelo
Reale

Direttore: Marco Sisti

IN RICORDO DI GIOVANNI RABINO:
LA RICERCA IN AZIONE 2

**FOCUS: LA CRISI DEL WELFARE.
RISPOSTE INNOVATIVE IN AMBITO SOCIO-SANITARIO
TRA MUTUALITÀ, CONTRATTAZIONE E BILATERALITÀ 6**

MUTUALISMO E ASSICURAZIONI:
DOMANDE PER UN PROGRAMMA DI RICERCA
SUL SECONDO WELFARE 8

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA E BILATERALITÀ TERRITORIALE:
UNO SGUARDO AL NORD ITALIA 12

LA MUTUALITÀ DI TERRITORIO:
IL RUOLO DELLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO
NELLA SANITÀ INTEGRATIVA 20

MUTUALITÀ DI TERRITORIO:
L'ESPERIENZA DELLA MUTUA PINEROLESE 26

IL FONDO SOLIDEO E LA SOCIETÀ
DI MUTUO SOCCORSO ED ISTRUZIONE
DEL SOCIALE SOLIDEA DI TORINO 30

WELFARE INTEGRATIVO
E SISTEMA DELLE IMPRESE ARTIGIANE 34

SINDACATO E SECONDO WELFARE,
TRA CONTRATTAZIONE E BILATERALITÀ 38

RICERCHE

I NUMERI DEL SISTEMA FORMATIVO PIEMONTESE 42

L'OFFERTA DI FORMAZIONE E ISTRUZIONE PER LE PERSONE ADULTE:
UN OBIETTIVO EUROPEO ANCORA LONTANO 48

PIEMONTE RURALE 2016 52

POSTFORDISMO
E TRASFORMAZIONE URBANA 58

RICHIEDENTI ASILO E INIZIATIVE
PER L'INSERIMENTO ECONOMICO 66

PUBBLICAZIONI 72

Le immagini che illustrano questo numero di "Informalres" sono tratte dalla mostra "TOULOUSE LAUTREC. La Belle Époque" in programma a Torino, Palazzo Chiablese, dal 22 ottobre 2016 al 5 marzo 2017.

IN RICORDO DI
GIOVANNI RABINO:
LA RICERCA IN AZIONE

FOCUS: LA CRISI DEL WELFARE.
RISPOSTE INNOVATIVE
IN AMBITO SOCIO-SANITARIO

MUTUALISMO E
ASSICURAZIONI:
DOMANDE PER UN
PROGRAMMA DI
RICERCA SUL SECONDO
WELFARE

ASSISTENZA SOCIO-
SANITARIA E BILATERALITÀ
TERRITORIALE:
UNO SGUARDO
AL NORD ITALIA

LA MUTUALITÀ DI
TERRITORIO:
IL RUOLO DELLE SOCIETÀ DI
MUTUO SOCCORSO NELLA
SANITÀ INTEGRATIVA

MUTUALITÀ DI TERRITORIO:
L'ESPERIENZA DELLA MUTUA
PINEROLESE

IL FONDO SOLIDEO E
LA SOCIETÀ DI MUTUO
SOCCORSO ED
ISTRUZIONE DEL SOCIALE
SOLIDEA DI TORINO

WELFARE INTEGRATIVO E
SISTEMA DELLE IMPRESE
ARTIGIANE

SINDACATO E
SECONDO WELFARE,
TRA CONTRATTAZIONE E
BILATERALITÀ

I NUMERI DEL
SISTEMA FORMATIVO
PIEMONTESE

L'OFFERTA DI FORMAZIONE
E ISTRUZIONE PER LE
PERSONE ADULTE:
UN OBIETTIVO EUROPEO
ANCORA LONTANO

PIEMONTE RURALE 2016

POSTFORDISMO E
TRASFORMAZIONE
URBANA

RICHIEDENTI ASILO
E INIZIATIVE PER
L'INSERIMENTO
ECONOMICO

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA E BILATERALITÀ TERRITORIALE: UNO SGUARDO AL NORD ITALIA

di Federico Razetti, Laboratorio "Percorsi di secondo welfare" (Centro Einaudi)

Bilateralità e welfare contrattuale

Gli organismi bilaterali sono organizzazioni che originano dalla libera contrattazione fra le parti sociali. Composti e gestiti pariteticamente dai soggetti che stipulano i contratti che li istituiscono, perseguono come finalità principale l'erogazione agli aderenti di servizi e prestazioni, definiti in sede contrattuale (ma talvolta anche dalla legge) e finanziati grazie ai contributi versati, in genere in misura diversa, da lavoratori e datori di lavoro. Quando la loro funzione consiste nella raccolta di contributi destinati al finanziamento di un insieme specifico di prestazioni, tali organismi possono assumere la fisionomia di fondi bilaterali (come un fondo sanitario integrativo), anch'essi caratterizzati da una natura paritetica.

Sempre più spesso organismi e fondi bilaterali sono strumenti cui le parti ricorrono al fine di mettere in campo interventi sociali a tutela dei lavoratori, realizzando così varie forme di "welfare contrattuale". In questo senso possono essere considerati soggetti rilevanti nella costruzione di interventi di "secondo welfare": iniziative a finanziamento non pubblico che – di fronte ai problemi di equità e sostenibilità del nostro sistema di protezione sociale, emersi con particolare evidenza negli anni della crisi – possono dimostrarsi capaci di affiancarsi al "primo welfare" e di integrarne carenze e difficoltà, grazie all'attivazione di un'ampia platea di attori economici e sociali con forte radicamento territoriale. Come approfondito da Barbara Payra in questo stesso numero della rivista, rientra in tale quadro la recente riscoperta di forme di solidarietà fino a pochi anni fa considerate residuali come le Società di Mutuo Soccorso. Anche il ricorso agli strumenti della bilateralità come forma di protezione sociale rappresenta la riscoperta di un istituto che affonda le proprie radici lontano

nel tempo. Le prime forme organizzate di bilateralità nascono agli inizi del '900 a livello locale. Il fenomeno si concentra inizialmente in settori economici privi di alcune condizioni strutturali (concentrazione del lavoro, della produzione e della rappresentanza) rivelatesi essenziali per lo sviluppo degli ammortizzatori sociali nell'industria, dove infatti la bilateralità rimarrà a lungo un fenomeno circoscritto. Il settore in cui la pratica organizzata della bilateralità ha origine è quello delle costruzioni: la prima "Cassa Edile" nasce a Milano nel 1919. Nel tempo, agli organismi bilaterali sorti su base locale si sono aggiunti organismi di rango nazionale (che, in certi settori, sono anzi l'unico livello esistente), dando vita a "sistemi bilaterali" più o meno articolati. Il raggio d'azione della bilateralità si è poi allargato sia dal punto di vista settoriale (la maggior parte dei Contratti Collettivi prevede qualche strumento bilaterale), sia dal punto di vista del tipo di servizi messi a disposizione delle parti. Nelle pagine che seguono ci si interroga in particolare sul ruolo che gli strumenti bilaterali attivati a livello locale possono giocare nel campo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, uno dei settori di *policy* più sotto pressione, soprattutto negli anni della crisi economica.

Il contesto

Diverse ricerche empiriche convergono nel segnalare alcune linee di tendenza problematiche del sistema sanitario italiano:

- la crescente inadeguatezza, nella percezione dell'opinione pubblica, dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale: secondo una recente ricerca curata da Censis e Rbm-Salute, il 52% degli italiani considera inadeguato il proprio Servizio Sanitario Regionale;
- l'emergere del fenomeno della rinuncia alle cure da parte di fasce non marginali della popolazione, che non possono sostenere i costi di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) né, ancor più, quelli della sanità privata. Il Rapporto Istat 2015 ha stimato che nell'anno precedente l'intervista una quota di popolazione pari al 9,5% ha dovuto rinunciare, soprattutto per motivi economici, ad almeno una prestazione sanitaria, pur ritenendo di averne bisogno. Dati confermati dalla ricerca Censis-Rbm salute, che quantifica in 11 milioni le persone che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno (erano 9 milioni del 2012). Nel contesto della crisi economica iniziata nel 2008, il pagamento di *ticket* o di visite private interamente a carico dei pazienti diventa una delle spese per assistenza sociale o sanitaria maggiormente in grado di mettere in pericolo la tenuta dei bilanci familiari (come riporta il "Bilancio di sostenibilità del welfare italiano" curato nel 2015 dal Censis per il Forum Ania Consumatori);
- infine, il contestuale, più frequente ricorso alla spesa sanitaria privata. Se da un lato c'è chi deve rinunciare alle cure, dall'altro ci sono coloro che – soprattutto a causa di liste di attesa particolarmente lunghe nel SSN – ricorrono con maggiore frequenza che in passato ai servizi della sanità privata. Le spese private sono per l'82% *out of pocket*, cioè sostenute direttamente da chi usufruisce delle prestazioni, senza alcuna forma di intermediazione. Si tratta di un dato comparativamente elevato, se si prendono a riferimento gli altri paesi europei (nell'area Euro, la spesa media *out of pocket* è pari al 60,9% della spesa sanitaria privata).

Tutto ciò a fronte delle note dinamiche demografiche che caratterizzano da tempo il nostro Paese (l'indice di vecchiaia è cresciuto, solo negli ultimi dieci anni, di oltre 20 punti percentuali), con le conseguenti ricadute in termini di aumento dei malati cronici, delle persone non autosufficienti e dei soggetti bisognosi di assistenza di lungo periodo (LTC; in Piemonte si contano quasi 194 over-65 ogni 100 giovani 0-14 anni). Nel 2014 l'ISTAT stimava che a ricevere assistenza domiciliare pubblica fosse meno di un quinto delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali; anche considerando quelle che ricorrono a servizi privati a pagamento, la quota di famiglie in queste condizioni che possono contare su forme assistenza domiciliare non raggiunge il 30%.

Nel complesso, la perdurante crisi economica iniziata otto anni fa ha dunque acuito le condizioni di bisogno in cui si trovano larghe fasce della popolazione; ha irrigidito i vincoli di bilancio cui è sottoposta la finanza pubblica, per risanare la quale sono stati adottati diversi interventi restrittivi volti al contenimento della spesa, compresa quella sanitaria; ha infine evidenziato le difficoltà del pubblico a "ricallibrare" la propria offerta di prestazioni sanitarie in linea con i bisogni legati alle trasformazioni socio-demografiche in corso.

Tra cornice nazionale e iniziative locali: una prima ricognizione nelle regioni del Nord

Quali risposte possono venire dalla bilateralità? Come anticipato, alcuni "sistemi bilaterali" presentano una strutturazione multi-livello. L'analisi proposta si concentrerà sui settori che presentano il maggiore consolidamento delle proprie strutture bilaterali a li-

vello locale: *edilizia, agricoltura, artigianato, terziario, turismo, servizi*. Delineata la cornice nazionale di riferimento, si proverà a rispondere alla seguente domanda: qual è, oggi, il contributo dato nel campo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrativa dagli organismi bilaterali che operano a livello territoriale? La dimensione locale potrebbe rivelarsi la più adatta per sperimentare soluzioni nuove a problemi nuovi, oltretutto a "confezionare" risposte ritagliate sulle specifiche esigenze di chi necessita assistenza.

A livello nazionale, si registrano le iniziative messe in campo dai numerosi enti bilaterali esistenti, generalmente grazie alla creazione di un Fondo Bilaterale dedicato, che provvede, su richiesta dell'interessato, al rimborso parziale di una serie di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie: generosità dei rimborsi, gamma delle prestazioni e identificazione dei beneficiari variano in misura anche considerevole, a seconda dei contratti. Il settore edile, che ha dato origine a un sistema di bilateralità fortemente ancorato alla dimensione locale, è in realtà caratterizzato dall'assenza di un fondo sanitario integrativo nazionale. Nel 2002 è stata istituita dall'organismo bilaterale nazionale (la CNCE) la cosiddetta *Edilcard*, che prevede un rimborso per alcune spese sanitarie, prevalentemente dovute a ragioni professionali. Le prestazioni sanitarie più rilevanti rimangono quelle "extracontrattuali", definite cioè dai singoli contratti provinciali ed erogate dalle Casse. Nel settore agricolo, sin dal CCNL del 1987 diverse forme di assistenza sanitaria sono assicurate agli operai del settore agricolo-florovivaistico dal Fondo contrattuale nazionale (il FISLAF). L'ultimo CCNL per gli operai del settore ha tuttavia gettato le basi per la trasformazione delle Casse in veri e propri Enti Bilaterali, destinati a inglobare tra le

proprie funzioni non solo quelle legate all'integrazione malattie e infortuni, ma anche quelle riguardanti la formazione e l'organizzazione e gestione di «attività e/o servizi bilaterali in tema di welfare e di integrazione al reddito individuati dai contratti provinciali di lavoro o da appositi accordi stipulati dalle [...] parti». Il settore artigiano, storicamente strutturato su scala regionale, è stato a lungo privo di forme di assistenza sanitaria integrativa di livello nazionale. La situazione è mutata nel 2012, quando le parti sociali hanno dato vita al Fondo sanitario integrativo SAN.ARTI. Nei settori del terziario e del turismo esistono, sin dai primi anni 2000, diversi fondi contrattuali nazionali di assi-

stenza sanitaria integrativa, che assicurano diverse prestazioni ai lavoratori dipendenti del settore (EST, ASTER, FONTUR, FAST).

Consideriamo ora il ruolo effettivamente giocato dagli organismi bilaterali territoriali presenti nelle otto regioni del Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna) e attivi nei settori economici selezionati (dati aggiornati a settembre 2015).

La tabella 1 riporta quanti, fra gli enti censiti, prevedono l'erogazione ai lavoratori di *almeno una prestazione di natura sanitaria* (in senso stretto): in totale, poco più della metà. La previsione di erogazioni

Tabella 1 Strutture bilaterali attive nell'offerta di prestazioni di assistenza sanitaria: distribuzione territoriale e settoriale

Regione	Settore	Edi	Agri	Art	Ter	Tur	Ter-Tur	Ser	Totale
Valle d'Aosta	Si	1	0	0	0	0	0	0	1
	No	0	0	1	1	1	0	0	3
Piemonte	Si	8	1	0	3	3	0	0	15
	No	0	4	1	5	7	0	1	16
Liguria	Si	4	1	0	0	0	0	0	5
	No	0	0	1	4	6	1	0	12
Lombardia	Si	9	4	0	2	3	2	1	21
	No	0	5	1	8	9	4	0	27
Veneto	Si	8	3	1	3	2	4	1	22
	No	0	7	0	0	3	0	0	10
	nd	0	0	0	1	0	0	0	1
Friuli-Venezia Giulia	Si	4	0	0	0	0	3	0	7
	No	0	3	1	0	0	1	0	5
Veneto e Friuli-Venezia Giulia	Si	0	0	0	0	0	1	0	1
	No	0	0	0	0	0	0	0	0
Trentino-Alto Adige	Si	2	1	1	1	1	1	0	7
	No	0	0	1	1	1	1	0	4
	nd	0	1	0	0	0	0	0	1
Emilia-Romagna	Si	17	1	0	4	0	2	0	24
	No	0	8	1	8	2	1	1	21
Totale	Si	53	11	2	13	9	13	2	103
	No	0	27	7	27	29	8	2	100
	nd	0	1	0	1	0	0	0	2

Fonte: nostra elaborazione. Legenda; Edi = edilizia; Agri = agricoltura; Art = artigianato; Ter = terziario; Tur = Turismo; Ter-Tur = Terziario-Turismo (enti bilaterali unitari per il terziario e il turismo); Ser = Servizi. Sì = offerta di *almeno una prestazione sanitaria*; No = mancata offerta di prestazioni sanitarie; nd = non disponibile.

di tipo sanitario è relativamente più diffusa fra gli organismi di Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Trentino Alto Adige, molto meno in Liguria e Valle d'Aosta. Significative variazioni sono presenti anche fra settori. Le Casse Edili sono in prima posizione per proporzione di enti che erogano almeno una prestazione di questo tipo (100 per cento). Un dato non sorprendente se si considera la radicata tradizione nel campo del welfare sanitario delle Casse Edili e l'assenza di un fondo integrativo settoriale nazionale. La percentuale scende intorno al 36 per cento negli enti del terziario e del turismo, complessivamente considerati. Guardando più nel dettaglio, si osserva però che mentre gli enti legati, singolarmente, ai settori del terziario e del turismo – cioè quelli per lo più derivanti dall'asse contrattuale di Confcommercio – presentano dati più bassi (rispettivamente il 33 e il 34 per cento), gli enti unitari di terziario e turismo – solitamente afferenti all'asse di Confesercenti – sono caratterizzati da un'offerta molto più diffusa di prestazioni sanitarie (più del 60 per cento di questi enti è attivo su questo fronte). Il dato scende intorno al 30 per cento se si considerano le Casse agricole, dove il fenomeno appare ancora limitato anche se, come emerso da diverse interviste, in rapida crescita. Dei 9 enti regionali dell'artigianato censiti, solo 2 (quello veneto e quello trentino) risultano ancora impegnati nell'offerta di prestazioni sanitarie (altrimenti delegate all'ente nazionale), mentre dei 4 enti bilaterali di servizi, 2 prevedono una forma di assistenza nel campo della tutela della salute.

Quanto al tipo di prestazioni offerte, le più diffuse nel settore edile – che è anche quello in cui si registra il ventaglio più ampio di interventi – consistono nel rimborso delle spese sostenute dai lavoratori per l'ac-

quisto di diversi tipi di protesi (dentarie, oculistiche, ortopediche e acustiche) e per interventi legati alle cure odontoiatriche (tutte prestazioni erogate da più di otto Casse su dieci), oltre che per cure termali (in sei casi su dieci) e pagamento di *ticket* (in un terzo dei casi). Anche in agricoltura le prestazioni offerte con maggiore frequenza sono contributi per le spese sostenute dagli operai per l'acquisto di protesi (in particolare, dentarie e oculistiche). Tra gli enti del terziario, del turismo e quelli unitari (terziario-turismo), le prestazioni sanitarie più comuni sono, di nuovo, i rimborsi per l'acquisto di occhiali, apparecchi acustici e protesi ortopediche. Contributi per protesi dentarie sono previsti solo dagli enti unitari del terziario e turismo (in un caso su cinque). Nel settore artigiano l'ente veneto, oltre al rimborso dei diversi tipi di protesi, prevede anche un contributo per «spese sanitarie gravi e/o urgenti non previste dal SSN riguardanti il lavoratore, il suo coniuge o i figli minori a suo carico», mentre quello trentino offre un generico contributo pari al 10 per cento delle spese medico-sanitarie detraibili presentate dal lavoratore nella dichiarazione dei redditi.

Guardando ora agli strumenti utilizzati, si osserva che si tratta per lo più di erogazioni monetarie. Solo pochi enti hanno sperimentato strumenti alternativi. È il caso degli Enti Bilaterali del Terziario e del Turismo di Lodi, che per l'acquisto degli occhiali hanno previsto l'emissione di un "buono acquisto", spendibile presso un circuito di negozi convenzionati su tutto il territorio provinciale, mentre per le cure dentarie hanno avviato una convenzione con una catena di cliniche odontoiatriche; è inoltre attiva una convenzione con un centro medico polispecialistico, che dà diritto ai lavoratori iscritti a uno sconto del 15 per cento su

tutte le prestazioni. Anche la Cassa Edile di Savona, per assicurare ai propri iscritti tariffe vantaggiose per i trattamenti dentari, ha scelto la strada del convenzionamento con le strutture provinciali di una rete nazionale cooperativa di strutture odontoiatriche. A Torino, da giugno 2015, la Cassa Edile non provvede più al rimborso diretto delle spese sostenute dagli operai per i diversi tipi di protesi, ma si affida a un grande gruppo assicurativo nazionale.

Considerando infine le prestazioni socio-sanitarie (in particolare le forme di supporto per la cura di familiari non autosufficienti), si nota una forte variazione settoriale. Nel complesso, tali interventi sono predisposti da una struttura su cinque. Il dato più basso si registra nell'*agricoltura*, dove solo il 5 per cento delle Casse e Enti inclusi nell'analisi eroga una prestazione di questo genere. Nel settore *delle costruzioni*, un terzo delle Casse Edili interviene nel sostegno ai lavoratori che si prendano cura di un familiare a carico non autosufficiente. Nell'*artigianato*, quattro dei nove enti considerati prevedono un intervento di questo tipo. La percentuale di enti attivi su questo fronte sale significativamente nei settori *del terziario* e *del turismo*, dove, nell'insieme, più della metà degli enti censiti prevede qualche forma di sostegno ai lavoratori che accudiscano un familiare non autosufficiente. In tutti i settori la forma più comune di prestazione consiste nell'erogazione di un sussidio monetario. In qualche caso l'erogazione, anche se di tipo monetario, assume però la forma di un contributo vincolato all'instaurazione di un regolare contratto di lavoro con un/a assistente domiciliare: è quanto previsto dagli Enti Bilaterali del Terziario e del Turismo di Como o dall'Ente Bilaterale del Terziario di Bologna (il contratto può riguardare l'assistenza di

familiari non autosufficienti o genitori ultraottantenni); l'ente del Terziario di Ravenna prevede questo tipo di contributo, ma anche il rimborso delle spese sanitarie sostenute per la cura di un figlio con disabilità. La spiegazione più plausibile della concentrazione di tale offerta nei settori del terziario e del turismo è da ricercarsi nell'alta incidenza di forza lavoro femminile.

Bilateralità, territorio e secondo welfare socio-sanitario

I dati passati brevemente in rassegna permettono di sviluppare alcune considerazioni più generali su due dimensioni centrali, quando si guarda alla bilateralità da una prospettiva di secondo welfare: da un lato, il tipo di "incastro" osservabile fra le iniziative poste in essere dai diversi organismi bilaterali territoriali, le rispettive cornici nazionali e il Servizio Sanitario Nazionale; dall'altro, il livello di innovazione riscontrabile in queste iniziative.

Nel complesso, l'immagine che emerge è quella di un "doppio incastro". Se e quando si registra offerta sanitaria da parte degli organismi bilaterali, le risorse sono effettivamente convogliate a copertura di aree lasciate scoperte tanto dal sistema sanitario pubblico quanto dai fondi integrativi nazionali di categoria. Nel settore edile, in assenza di un fondo nazionale di categoria, il tema è essenzialmente quello dell'incastro rispetto al SSN. Le prestazioni più comuni (cure e protesi odontoiatriche, protesi oculistiche e acustiche) possono senza dubbio essere qualificate come integrative di quanto offerto dal Servizio Sanitario. I contributi per protesi ortopediche, cure termali e eventuali *ticket* si configurano invece come prestazioni complementari. Gli interventi messi in campo più frequentemente dalle Casse agricole (contributi

per protesi odontoiatriche e oculistiche) si rivelano integrativi tanto rispetto al fondo categoriale nazionale quanto rispetto al SSN. Discorso analogo vale per le prestazioni più comunemente erogate dagli Enti del terziario e del turismo (protesi oculistiche, acustiche e ortopediche) che non sono incluse nel pacchetto dei principali fondi nazionali di categoria. Nel caso dei servizi, solo due enti regionali, entrambi afferenti al settore Vigilanza Privata, erogano welfare sanitario: si tratta dell'ente veneto, che offre ai dipendenti un rimborso per l'acquisto degli occhiali (non coperti né dal SSN né dal fondo nazionale FASIV), e dell'ente lombardo, che eroga un contributo di solidarietà ai dipendenti colpiti da patologie gravi. Mentre la variabilità delle prestazioni fra settori può in larga parte essere ricondotta ai diversi pacchetti di prestazioni offerti dai rispettivi enti bilaterali nazionali (il livello locale sembra evitare sovrapposizioni con quello superiore) e alla composizione della forza lavoro, resta da indagare se la variabilità (per non dire la vera e propria frammentazione) territoriale sia effettivamente la conseguenza di una risposta "ritagliata" su domande locali differenziate.

Allo stesso tempo, sulla base dei dati raccolti nelle otto regioni esaminate, alla domanda se le azioni avviate nel campo della tutela della salute vengano realizzate attraverso l'adozione di strumenti nuovi e/o per dare risposta ai "nuovi rischi", non si può non

dare una risposta ancora in larga misura problematica. Lo strumento più diffuso consiste infatti nella semplice erogazione monetaria, mentre l'attivazione di collaborazioni con altri attori del territorio per la fornitura di un servizio rimane un'esperienza rara. Inoltre, i bisogni sanitari cui viene offerta una risposta sono quelli che ricadono negli ambiti dell'assistenza tradizionalmente poco tutelati dal nostro SSN (emblematico il caso delle cure odontoiatriche). Forse qualche elemento di innovazione più interessante emergerà in quei territori che hanno dato vita, negli ultimi anni, a veri e propri fondi bilaterali socio-sanitari territoriali. Un'esperienza particolarmente significativa nel settore artigiano: dal 2013 San.In.Veneto si è posto *in alternativa* al fondo nazionale di categoria, così come SIA3, il fondo categoriale concepito a Trento, in collaborazione con una mutua locale; infine, il più recente WILA, il fondo Welfare Integrativo Lombardo Artigiani, che, costituito nel 2015, si pone invece *a integrazione* del fondo integrativo nazionale, cercando di colmarne in parte le lacune come quelle relative all'assistenza odontoiatrica e al sostegno ai lavoratori che debbano sostenere il pagamento di rette per genitori ricoverati in Residenze Sanitarie Assistenziali.