

«Privatizzazione»

Claudio De Vincenti

Nell'articolo vengono presentate e discusse tre accezioni del termine «privatizzazione» riferito al sistema di welfare: sul versante dei meccanismi di finanziamento, sul versante del ruolo dei corpi intermedi, sul versante della erogazione delle prestazioni. La prima opzione – sostituzione in misura più o meno ampia degli attuali sistemi di assicurazione pubblica con sistemi di assicurazione privata – in realtà peggiora la sostenibilità macroeconomica della spesa e ha implicazioni negative rispetto agli obiettivi del welfare.

La seconda accezione – una Big society basata sul trasferimento dallo Stato ai corpi intermedi della titolarità degli interventi di politica sociale – prefigura una idea pre-moderna di cittadinanza, frammentata in funzione delle appartenenze di gruppo o categoria. L'articolo si conclude presentando la terza accezione e collocandola nel quadro di un intervento pubblico di governo del sistema che valorizza il ruolo del mercato e dell'iniziativa privata nel campo dell'erogazione dei servizi, per migliorarne l'efficienza e l'aderenza ai bisogni.

RPS

parola chiave

1. Premessa

Ragionare intorno alla parola privatizzazione e alle sue possibili accezioni, nella fase che si sta profilando per i sistemi di welfare europei dopo la crisi del 2008-09, è un compito delicato e insieme necessario. Le politiche economiche che hanno permesso di contenere, anche se non di evitare, l'impatto negativo della crisi su Pil, occupazione e consumi, hanno determinato uno scalino verso l'alto del deficit di bilancio e del debito pubblico nei principali paesi europei e pongono per i prossimi anni un difficile problema di rientro, lungo un sentiero stretto tra fibrillazioni dei mercati finanziari e impulsi recessivi che dalla riduzione dei deficit possono derivare. Naturalmente non è questo il luogo per discutere delle politiche macroeconomiche da impostare e del ruolo che al riguardo l'Unione europea dovrebbe giocare per evitare che il consolidamento delle finanze pubbliche dei paesi membri si risolva in una prolungata glaciazione depressiva. Sta di fatto

comunque che, al momento, siamo di fronte al rischio che quel consolidamento passi per una compressione delle prestazioni che caratterizzano i sistemi di welfare europei, tanto più in paesi come l'Italia gravati da un pesante debito pubblico accumulato già prima della crisi. E sta di fatto che, in questo contesto, assistiamo a prese di posizione che prefigurano come inevitabile il ridimensionamento del pilastro pubblico del welfare a favore di un ampio ricorso a pilastri di tipo privato declinati in varie forme.

Ragionare in modo utile intorno alla parola privatizzazione implica allora saper distinguere tra le affermazioni che servono strumentalmente a dare copertura retorica ai tagli di spesa e prestazioni che vengono attuati e le questioni di fondo che ineriscono al rapporto tra intervento pubblico, mercato e società civile nella configurazione di un sistema di welfare all'altezza delle istanze di una società avanzata. In questo senso, come accennato all'inizio, si ha a che fare con un compito delicato e insieme quanto mai necessario. La discussione che si cercherà di sviluppare in questa nota punta a chiarire alcune delle questioni di prospettiva, con la speranza che ciò possa risultare utile anche per affrontare i nodi che nel prossimo futuro giungeranno al pettine.

2. Una scorciatoia illusoria

Una prima accezione in cui viene intesa e proposta la privatizzazione nel campo del welfare è sul versante dei meccanismi di finanziamento del sistema: riduzione della copertura pubblica della popolazione, per esempio nei settori della previdenza e della sanità, sostituendo in misura consistente gli attuali sistemi di assicurazione pubblica con sistemi di assicurazione privata¹. È questa una strada che viene presentata come obbligata sulla base del confronto tra le proiezioni di spesa connesse al processo di invecchiamento della popolazione europea e le richiamate necessità di rientro dei debiti pubblici. Ad almeno parziale consolazione, vengono spesso enfatizzati alcuni pregi che una simile prospettiva porterebbe con sé: un maggior spazio per la libera scelta di ognuno circa le forme di copertura assicurativa di cui dotarsi; una riduzione del costo del lavoro grazie alla riduzione della contribu-

¹ Da ultimo, risente di una impostazione di questo genere anche il *Libro bianco* del Ministero del Welfare e forse in modo ancor più chiaro il *Libro verde* che lo preparava (cfr. Ministero del Welfare, 2009).

zione obbligatoria o di altre forme di imposizione che in modo più o meno diretto ricadono sul lavoro.

Si tratta in realtà di una scorciatoia che si considera per un verso illusoria dal punto di vista della sostenibilità macroeconomica della spesa sociale e, per altro verso, gravida di implicazioni negative sul versante degli obiettivi di welfare che dovrebbero essere propri di una società avanzata.

Cominciando dalla questione della sostenibilità, l'argomentazione a favore del finanziamento privato soffre di quella che William Baumol chiamerebbe una «illusione fiscale» (Baumol, 1993, p. 23): dal punto di vista della sostenibilità macroeconomica ciò che conta non è il rapporto tra spesa sociale pubblica e Pil, ma è il rapporto tra spesa sociale complessiva – pubblica e privata – e Pil. In altri termini, prescindendo qui dalle retroazioni positive che una ampia copertura dai rischi connessi a vecchiaia e malattia può avere sulla produttività dei lavoratori² e limitandoci a considerare spesa previdenziale e sanitaria come mera sottrazione di risorse ad altri possibili usi, tale sottrazione è tanto più pesante quanto maggiore è l'incidenza della spesa complessiva sul Pil, indipendentemente dalla sua natura pubblica o privata. L'illusione fiscale ora evidenziata merita di essere declinata con riferimento distinto a previdenza e sanità.

Per quanto riguarda la prima, la riduzione del pilastro pubblico a ripartizione e la sua sostituzione con fondi pensione privati non è in grado di modificare a regime l'incidenza della spesa pensionistica: una volta che si sia stabilito qual è il livello di prestazioni medio pro-capite che una collettività giudica socialmente adeguato in età di vecchiaia, la sua sostenibilità passa essenzialmente per lunghezza della vita lavorativa e rapporto tra occupati e pensionati, indipendentemente dall'alternativa tra meccanismi a ripartizione e meccanismi a capitalizzazione. Piuttosto, nel corso della transizione – riduzione dei contributi obbligatori e costituzione dei fondi a capitalizzazione – il passaggio implicherebbe un ampliarsi del disavanzo pubblico cui comunque occorrerebbe porre rimedio con altre forme di entrata, ossia implicherebbe un aumento e non una riduzione delle risorse complessivamente dedicate alla copertura previdenziale della popolazione e della loro incidenza sul Pil.

Per quanto riguarda a sua volta il sistema sanitario, i confronti inter-

² Più in generale, sulla relazione tra politiche di welfare e crescita economica, si veda l'ampia rassegna proposta da Grazzini e Petretto (2005).

nazionali mostrano come i sistemi a più ampia copertura pubblica siano quelli che meglio assicurano la sostenibilità macroeconomica del sistema, ossia che meglio contengono l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata. Questo risultato emerge con chiarezza sia in termini di livelli della spesa che di sua dinamica nel tempo, quest'ultima crescente per i noti motivi inerenti il settore sanitario (invecchiamento della popolazione, costi dell'innovazione nelle tecnologie sanitarie): secondo i dati Ocse, la spesa sanitaria complessiva si è attestata nel 2007 a più del 15% del Pil negli Stati Uniti (sistema a prevalente copertura privata) contro una incidenza intorno al 10% nei principali paesi europei (meno del 9% in Italia e Regno Unito, intorno al 10,5% in Francia e Germania); tra il 1960 e il 2007, l'incidenza è triplicata negli Stati Uniti mentre è poco più che raddoppiata nei paesi europei. Questo risultato macroeconomico è la spia delle diffuse «*market failure*» che caratterizzano in questo settore il sistema assicurativo privato: peggiore ripartizione dei rischi, difficoltà a governare fenomeni di *adverse selection* e *moral hazard*. Ridurre la copertura pubblica riduce (forse) la spesa pubblica³, ma aumenta la spesa complessiva e quindi la quota di risorse assorbita dal sistema sanitario, peggiorando la sua sostenibilità macroeconomica. E anche in questo caso, la fase di transizione implicherebbe un immediato peggioramento del disavanzo pubblico e quindi la necessità di ricorrere ad altre fonti di entrata, dato che comunque andrebbero finanziate le prestazioni sanitarie correnti dell'attuale popolazione anziana.

Circa la riduzione del costo del lavoro che dovrebbe derivare dal dimagrimento del pilastro assicurativo pubblico, l'argomentazione poggia sulla contrapposizione tra contribuzione obbligatoria, equiparabile a tassazione, e contribuzione a piani di investimento privati come scelta volontaria di risparmio. Si tratta di una tesi discutibile per due ordini di ragioni. La prima fa riferimento al caso in cui i lavoratori non siano temporalmente «miopi»: in tal caso, i contributi obbligatori versati nell'ambito di un sistema pensionistico pubblico basato, come quello italiano, sull'equivalenza attuariale tra contributi e prestazioni equivalgono, nel condizionare i comportamenti contrattuali, ai contributi volontari che in loro sostituzione sarebbero versati a fondi pensionistici a capitalizzazione; in altri termini, lavoratori che vogliono

³ Rileva peraltro notare come negli Usa, dove pure l'impegno di risorse pubbliche è concentrato solo sulle fasce deboli della popolazione, la spesa sanitaria pubblica ammonta comunque al 7% del Pil.

conseguire trattamenti pensionistici equivalenti a quelli oggi forniti dal sistema pubblico traslerebbero sui salari contrattati i contributi ai fondi privati in misura analoga a quanto oggi traslano i contributi obbligatori; e non è da escludere che, data la maggior rischiosità dei fondi privati, cercherebbero di versare e traslare un ammontare di contributi maggiore. Stesso discorso vale per la sostituzione della copertura sanitaria pubblica con copertura assicurativa privata, con l'aggravante che i fenomeni di fallimento del mercato sopra richiamati implicano un onere assicurativo, e quindi un carico sul costo del lavoro, ancora più elevato.

Se poi consideriamo il caso di lavoratori temporalmente «miopi», la minor accumulazione di contributi correnti determinerebbe in prospettiva trattamenti pensionistici e sanitari inadeguati, minando la sostenibilità sociale del sistema: le finanze pubbliche dovrebbero comunque accollarsi l'onere di maggiori prestazioni assistenziali future, con effetti negativi in termini di sostenibilità finanziaria prospettica.

Ma anche l'altro pregio che viene attribuito alla sostituzione del pilastro pubblico obbligatorio con il pilastro assicurativo privato – il maggior spazio per la libera scelta di ognuno – è in realtà ingannevole: c'è ben poca libertà di scelta per chi resta tagliato fuori da una copertura assicurativa adeguata e non gode di un reddito sufficiente a fronteggiare in proprio le spese di salute e di vecchiaia. Piuttosto è vero il contrario: la copertura pubblica universale è condizione necessaria proprio per garantire ai cittadini la possibilità di esprimere una adeguata libertà di scelta circa i propri piani di vita individuali.

Quanto appena rilevato ci porta subito alla questione delle implicazioni socialmente negative che deriverebbero dalla sostituzione della copertura assicurativa pubblica con quella privata. Si tratta della sua valenza anacronistica rispetto agli obiettivi che dovrebbero essere propri di un sistema di welfare all'altezza dei problemi di una società avanzata. Il fatto è che una simile sostituzione contraddirebbe, sia nel campo della sanità che in quello della previdenza, la realizzazione di un sistema di tutele universalistico e la promozione dell'uguaglianza delle opportunità per i cittadini. In primo luogo, perché la differente capacità di assicurarsi propria delle categorie forti rispetto alle categorie deboli farebbe del sistema di welfare un «vestito di Arlecchino», con tendenze alla polarizzazione delle coperture assicurative e con l'effetto di esporre i cittadini, nel passaggio da una categoria all'altra, alla variabilità delle prestazioni cui sono in grado di accedere, con buona pace della retorica sulla mobilità e flessibilità del lavoro richie-

RPS

parola chiave

sta dalla nuova fase della competizione internazionale. In secondo luogo, perché resterebbero tagliati fuori dal quadro delle tutele tutti coloro che, a causa di livelli di reddito bassi e di posizioni lavorative precarie, non fossero in grado di accumulare contributi assicurativi adeguati.

Per concludere, le ragioni che vengono addotte a favore di una ampia sostituzione del pilastro assicurativo pubblico con quello privato non colgono che, sia dal punto di vista della sostenibilità macroeconomica che da quello della risposta alle istanze di benessere di una società avanzata, ciò che conta è il disegno del sistema assicurativo e la sua capacità di gestire i rischi che ne costituiscono la ragion d'essere. È a questo riguardo che, per esprimersi in estrema sintesi, il sistema di finanziamento obbligatorio pubblico – ripartendo i rischi sulla platea più ampia possibile di assicurati – mostra la sua superiorità sia economica che sociale rispetto ad un sistema imperniato su assicurazioni private. Piuttosto, ed è questo un compito necessario, una riforma del welfare sul versante del finanziamento deve concentrarsi sul disegno del sistema di copertura pubblica, rendendone stringente la logica assicurativa, attivando meccanismi di incentivo con essa coerenti, inscrivendo le scelte individuali nel quadro dei vincoli e delle opportunità che una assicurazione generalizzata implica⁴.

E si noti che è proprio sulla base di un simile contesto che possono svolgere un ruolo positivo anche fondi assicurativi privati, come i fondi di previdenza complementare e i fondi sanitari integrativi⁵. Per un verso, perché solo ove vi sia un sistema assicurativo pubblico che offre tutela adeguata dagli eventi che, nella coscienza diffusa di una società avanzata, devono comunque essere coperti, fondi assicurativi privati possono svolgere l'utile funzione di fornire forme di impiego ulteriore del risparmio dei cittadini, questa volta volontario a tutti gli effetti in quanto eccedente il risparmio che comunque soggetti non «miopi» riterrebbero inevitabile dedicare ai rischi di vecchiaia e salute⁶.

⁴ Per una riflessione sul ruolo dell'età pensionabile all'interno della logica assicurativa pubblica, si veda Grillo (2011).

⁵ E a questo riguardo tornano utili le proposte avanzate dai loro sostenitori circa i modi per strutturare i fondi nelle forme più efficienti. Cfr. per esempio Pam-molli e Salerno (2010).

⁶ A conferma di quanto sia diffusa nel comune sentire dei cittadini dei paesi avanzati l'esigenza di copertura dei rischi sociali, ricordo che l'incidenza della spesa sociale complessiva – pubblica e privata – sul Pil mostra una sostanziale

Per altro verso, con riferimento ai fondi sanitari, perché essi possono giocare un ruolo utile nell'organizzare in modo più efficiente, rispetto all'attuale configurazione *out of pocket* (domanda individuale), la componente privata della spesa: possono cioè rafforzare il lato della domanda di prestazioni sanitarie nei confronti degli erogatori, migliorando così la sostenibilità della componente privata della spesa (Labate e Tardiola, 2011).

3. Società vs. Leviatano?

Una diversa prospettiva di espansione del ruolo dei privati e di riduzione del pilastro pubblico – che peraltro in parte si interseca con la strategia che ho appena discussa nel paragrafo precedente – è quella evocata sotto il termine di «Big society» dal programma del nuovo governo conservatore inglese (Cabinet Office, 2010), non dissimile dalla «vita buona nella società attiva» del *Libro bianco* del ministro Sacconi: «un grande spostamento di potere dal centro alla periferia e dal pubblico verso le persone, le famiglie e le tante forme associative che le persone e le famiglie fanno produrre»⁷. Al centro di questa impostazione sta l'idea che lo Stato deve limitarsi a stabilire i diritti fondamentali tutelati dalle norme di legge, lasciando a organismi sociali decentrati – enti bilaterali imprese-sindacati, organizzazioni non-profit, enti religiosi, associazioni di volontariato, famiglie – la definizione e la modulazione delle tutele che meglio si adattano alle situazioni specifiche. Restano piuttosto indefinite, nei documenti che ho richiamato, sia le forme di finanziamento che le forme di organizzazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni. Per le prime, si va dal riferimento del *Libro bianco* a istituti di natura contrattuale, come fondi pensione e fondi sanitari di categoria, alla *Big society bank* proposta dal governo Cameron e finanziata dalle banche, all'enfasi sull'economia del dono imperniata sulle *Charities* inglesi o sulle Onlus italiane. Per le forme di organizzazione ed erogazione dei servizi, l'accento viene po-

omogeneità tra i principali paesi avanzati, Stati Uniti compresi. Si vedano al riguardo le analisi di Adema (2001), Artoni (2005), Oecd (2008), Tomassi (2010). Per un inquadramento del problema, sia consentito il rinvio a De Vincenti e Tangorra (2006).

⁷ Intervista del ministro Maurizio Sacconi al «Corriere della Sera», 30 agosto 2010.

sto sul ruolo degli enti bilaterali, del terzo settore, del volontariato, dell'associazionismo spontaneo delle persone e delle famiglie. Né risultano ancora chiariti i confini entro cui andrà contenuto il ruolo del settore pubblico sia in termini di finanziamento che di definizione e controllo delle regole del gioco.

L'indeterminatezza ora segnalata, per quanto investa aspetti che sono cruciali per chiarire i contorni effettivi del disegno, non autorizza a liquidare la proposta come sostanzialmente inconsistente. Per un verso, ed è questo un aspetto positivo, essa pone l'accento sull'esigenza di superare un assetto del welfare troppo spesso di tipo risarcitorio invece che promozionale e di mettere in discussione l'autoreferenzialità delle strutture pubbliche di erogazione dei servizi, organizzate secondo procedure burocratiche piuttosto che in base alla valutazione dei risultati in termini di rispondenza ai bisogni. Per altro verso, ed è questo il lato negativo, la proposta in questione prefigura una idea sostanzialmente pre-moderna di cittadinanza, incompatibile con una società avanzata che voglia promuovere le capacità di autodeterminazione degli individui e il perseguimento libero dei loro piani di vita.

Per chiarire quest'ultimo punto, è bene richiamare brevemente il perno teorico sotteso a questo approccio. Ci si riferisce all'idea di una costituzionalizzazione delle sfere private, nel senso della «attribuzione di un valore politico (che autorizza decisioni collettive vincolanti per il bene comune), e delle connesse funzioni pubbliche, a organizzazioni di carattere non-statuale»⁸: lo Stato trasferisce così la titolarità degli interventi a corpi intermedi che operano scelte vincolanti per tutti e si colloca in posizione sussidiaria rispetto al privato, eventualmente sostenendolo con risorse pubbliche. Il presupposto è che i cittadini che vogliono usufruire di prestazioni di welfare debbano aderire a una qualche forma di comunità come canale di accesso a specifiche forme di tutela.

Si perde così il concetto di cittadinanza, in favore di un modello in cui i vincoli di solidarietà si realizzano all'interno di ogni singola comunità; si abbandona «il principio dell'universalismo delle prestazioni e il concetto di cittadinanza ancorato ai diritti sociali riferiti a tutti i cittadini senza distinzione di età, sesso, istruzione e appartenenza politica, religiosa e ideologica, [...] e si opta per una cittadinanza frammentata

⁸ La citazione è tratta da un recente lavoro di Pierpaolo Donati, uno dei teorici di questo approccio (cfr. Donati, 2010).

e diversamente “pesata” (in termini di riconoscimento) a seconda delle varie appartenenze»⁹.

In sintesi, la visione del welfare propria della Big society contiene, *in nuce*, tante *small societies* intente ognuna a definire i propri vincoli di solidarietà interna e a difendere il proprio accesso alle limitate risorse pubbliche disponibili. La contraddizione con i principi di universalismo, uguaglianza delle opportunità, libertà di scelta, promozione delle capacità di autodeterminazione dei cittadini, che dovrebbero essere propri di un welfare all'altezza dei problemi delle società avanzate, non potrebbe essere più eclatante e inquietante.

Si potrebbe obiettare che quella presentata ora è una versione estrema e che è ingeneroso ricondurre ad essa senza residui l'impostazione sottesa al *Libro bianco* o al Programma Cameron¹⁰. Può essere, ma allora sta ai suoi proponenti chiarire dove passa il discrimine tra la versione estrema e quella moderata, tra la frammentazione della cittadinanza e l'universalità dei diritti. E qui riemerge la questione della indefinitezza circa le forme di finanziamento e di organizzazione dei servizi: finché resteranno nel limbo delle suggestioni e non verranno chiarite in termini economicamente credibili e realizzabili, la Big society potrà assumere le forme più diverse, compresa quella deprimente di una copertura ideologica per mere politiche rinunciarie, di riduzione delle prestazioni pubbliche e di ritirata dello Stato dai compiti che gli sono propri.

4. Politiche pubbliche che valorizzano il mercato

Come accennato sopra, l'esigenza di superare un assetto risarcitorio più che promozionale delle politiche sociali e i vizi di autoreferenzialità delle strutture di erogazione dei servizi costituisce un fatto reale e, anzi, un obiettivo prioritario di riforma del welfare. Sta qui lo spazio, ampio, per una valorizzazione dell'apporto che risorse e capacità private possono dare alla strutturazione di un welfare adeguato ai problemi sociali che oggi vivono le società avanzate.

⁹ Di Nicola (2011), cui si rinvia per una incisiva critica dell'impostazione neocomunitarista radicale.

¹⁰ Non giova peraltro alla credibilità di una simile obiezione la recente proposta avanzata dal Ministero del Welfare di affidare la gestione della social card agli enti di beneficenza, cui verrebbe addirittura demandato il compito di stabilire coloro che ne hanno diritto.

A questo punto, prima di entrare nel merito, occorre premettere la «visione» del welfare entro cui si collocherà quanto verrà affermato sul ruolo del mercato e dell'iniziativa privata. Al riguardo, ci si limiterà a dire che, per i caratteri inediti dei problemi sociali che segnano le società avanzate e per il grado di maturità democratica da esse raggiunto, il passaggio di fondo da affrontare è quello di un welfare al cui centro sia collocata la persona come cittadino, soggetto di diritti e di doveri nel quadro di una società democratica. Gli obiettivi del nuovo welfare sono perciò riassumibili in alcune parole chiave: universalismo dei diritti e delle prestazioni, uguaglianza delle opportunità, promozione dell'autodeterminazione e del potere di scelta, quindi della libertà, dei cittadini¹¹. Per la loro stessa natura questi obiettivi richiedono che sia compito ineludibile dello Stato, nelle sue diverse articolazioni, disegnare le regole e governare l'allocazione delle risorse in modo da sostenere lo sviluppo dell'insieme di servizi e prestazioni di welfare che a quegli obiettivi danno concreta realizzazione. A questa «stella polare» vanno ricondotte sia le politiche pubbliche di sostegno dei redditi bassi, attraverso un loro disegno incentivante del lavoro e della capacità di iniziativa dei cittadini, sia il sistema di assicurazione sociale, sia la promozione di mercati dei servizi che sfruttino nell'interesse dei cittadini l'apporto di capacità imprenditoriali diffuse. Ed è in questo quadro di riferimento, basato su politiche pubbliche e sviluppo dei mercati, che trova collocazione naturale la valorizzazione delle energie presenti nel tessuto sociale, a cominciare dal terzo settore e dalle stesse relazioni di comunità.

Sia per le ragioni addotte più sopra nel secondo paragrafo, sia per il ruolo ineludibile di governo dell'allocazione delle risorse e di regolazione del loro utilizzo, il perno di finanziamento del sistema non può che rimanere pubblico. Il punto su cui ora occorre soffermarsi è quello delle forme di organizzazione ed erogazione dei servizi che consentano di migliorarne la rispondenza ai bisogni dei cittadini (efficacia) e di massimizzarne la quantità per ogni ammontare di risorse pubbliche ad essi dedicate (efficienza). È qui che si pone il problema dei vizi di autoreferenzialità delle attuali strutture pubbliche di erogazione dei servizi, che ne limitano fortemente l'efficacia e l'efficienza. Il fatto è che all'origine esse sono state organizzate secondo i principi di correttezza procedurale e controllo *ex ante* tipici della pubblica ammi-

¹¹ Per una declinazione più argomentata di questi obiettivi, rinvio al *Manifesto per un nuovo welfare* (Nens, 2011).

nistrazione, con meccanismi di incentivazione e sanzione deboli e sganciati dalla valutazione dei risultati. Ne sono derivati comportamenti appunto autoreferenziali degli enti erogatori, che non rispondono in misura adeguata né a poteri di incentivo e sanzione dall'alto né alla verifica di efficacia da parte degli utenti. Non a caso, i tentativi di riforma degli ultimi due decenni, in Italia come in altri paesi europei, hanno cercato sia di introdurre nelle strutture pubbliche prime forme di incentivazione e valutazione dei risultati, sia di sperimentare l'introduzione di forme di mercato o di quasi-mercato.

Occorre sviluppare energicamente ambedue queste linee di intervento: la prima, laddove il ruolo dell'offerta pubblica resta essenziale – si pensi in primo luogo all'istruzione, garante del perseguimento dell'uguaglianza delle opportunità, e a quelle strutture ospedaliere che devono garantire la presenza equilibrata sul territorio di tecnologie sanitarie di elevato contenuto scientifico e a elevato impatto finanziario –; la seconda, laddove una concorrenza amministrata (quasi-mercato) tra operatori che competono nei risultati può elevare qualità ed efficienza dei servizi – si pensi a buona parte dei servizi sanitari – e laddove il cittadino è in grado di valutare la qualità del servizio e quindi scegliere tra erogatori che operano in un regime di concorrenza regolata dal potere pubblico (mercato) – si pensi in questo caso ai servizi di assistenza alle persone. Senza pretesa di esaustività, ci si soffermerà qui su questa seconda linea di intervento – mercati e quasi-mercati – dove, facendo leva sui propri poteri di finanziamento e regolazione, l'intervento pubblico può valorizzare il ruolo dell'iniziativa privata sul versante della erogazione dei servizi, con l'obiettivo di accrescerne efficienza ed efficacia rispetto ai bisogni.

Per cominciare, va sottolineato come servizi sanitari e servizi di assistenza alle persone (per esempio, nidi per i bambini e assistenza domiciliare per gli anziani) differiscano in misura radicale per quanto concerne la possibilità di valutazione della qualità del servizio da parte del cittadino: nel caso dei servizi sanitari, siamo in presenza di una forte asimmetria informativa tra soggetti erogatori e cittadini, che non si presenta invece nel caso dei servizi di assistenza alle persone.

Nel settore sanitario, i cittadini non sono ovviamente dotati delle conoscenze scientifiche necessarie a valutare la reale efficacia terapeutica delle prestazioni di cui usufruiscono. La capacità di scelta del cittadino può in questo caso esplicarsi solo se accompagnata e sostenuta dall'intermediazione del medico e quest'ultimo ha a sua volta bisogno di un supporto di medicina basata sull'evidenza che solo organismi di valu-

RPS

parola chiave

tazione indipendenti dagli interessi in gioco possono fornire. In questo caso, quindi, oltre a disegnare il Servizio sanitario nazionale – costruendo i sistemi di valutazione, organizzando la rete degli ospedali e dei presidi sanitari attraverso l’accreditamento, garantendo una rete diffusa di medici di base – la regolazione pubblica deve anche governare una corretta allocazione dei pazienti sulle strutture di servizio. Nel settore sanitario, allora, la competizione tra i soggetti di offerta – sia pubblici sia privati – ha preso, nelle regioni italiane più avanzate come in diversi paesi europei, la forma della concorrenza amministrata, dove parliamo non di mercati veri e propri ma di quasi-mercati. Anche nelle esperienze che, come quella lombarda, hanno inizialmente puntato maggiormente sugli automatismi di un meccanismo di «concorrenza e conguaglio», estendendo al massimo il pagamento *ex post* a tariffa degli erogatori accreditati, si è dovuto poi (anche per ragioni di controllo della spesa) temperare questo meccanismo con forme di contenimento *ex post* o di concertazione *ex ante* del quantitativo di prestazioni riconosciuto al singolo erogatore. A loro volta, in altre regioni dove, come nel caso emiliano, si è puntato a un più forte governo *ex ante* attraverso «contratti-programma» con gli erogatori circa i volumi di prestazioni riconosciuti, si avverte l’esigenza di sfruttare meglio la competizione consentita dal pagamento a tariffa dei soggetti di offerta¹².

Ma è utile una competizione tra soggetti di offerta accreditati dal Servizio sanitario? Le cose non avvengono mai per caso: il limite dell’assetto del sistema sanitario precedente alla Riforma Amato del 1992 era l’assenza di una forte responsabilità finanziaria delle strutture di erogazione dei servizi, che alimentava le inefficienze degli erogatori pubblici e le rendite di posizione dei privati. L’esigenza di attivare una forma di competizione amministrata tra gli erogatori era dunque reale. Non si tratta di tornare indietro, ma piuttosto di mettere a punto i meccanismi della concorrenza amministrata, costruendo un sistema di valutazione nazionale delle performance delle strutture sanitarie, orientando la loro remunerazione in funzione della qualità della performance, superando definitivamente le pratiche di ripiano a piè di lista delle strutture pubbliche e costruendo contratti cogenti con gli erogatori privati. In sintesi, il problema all’ordine del giorno è quello di valorizzare le capacità degli erogatori sia pubblici che privati attraverso una reale competizione nei risultati.

¹² Sulle esperienze regionali, cfr. Mapelli (2007) e Arcangeli (2011).

Più ampio lo spazio per lo sviluppo di veri e propri mercati nei servizi alle persone. Anche qui i soggetti di governo pubblici, Regioni e Comuni, sono chiamati a svolgere il ruolo chiave di organizzatori e regolatori del sistema, ma stavolta la scelta dell'erogatore da utilizzare va pienamente rimessa nelle mani dei cittadini. Il compito dell'intervento pubblico è qui quello di organizzare il mercato, costruendo un sistema di regolazione che allarghi l'area dell'inclusione, stimoli l'emergere di una domanda pagante e di un'offerta imprenditoriale, apra una prospettiva di crescita quantitativa e di sviluppo qualitativo dei servizi. Il fatto è che mercati dei servizi alle persone già esistono, ma sono mercati «sottili» – per i vincoli di bilancio delle famiglie e per la struttura frammentata dell'offerta che ne alza i costi – e spesso irregolari. L'apporto finanziario pubblico va allora giocato con l'obiettivo di far emergere il mercato e irrobustirlo dal lato della domanda e dell'offerta. Prima di procedere con qualche indicazione operativa, desunta dalle migliori pratiche avviate nel nostro paese in questi anni, va sottolineata un'ulteriore differenza rispetto al settore sanitario. Si tratta del ruolo che possono giocare qui meccanismi di *co-payment* delle prestazioni da parte del cittadino: mentre nel settore sanitario, coerentemente con la natura essenzialmente assicurativa del sistema, il ruolo della compartecipazione alla spesa va limitato a quanto strettamente necessario a contenere possibili fenomeni di *moral hazard* nel ricorso alle prestazioni, nel campo dei servizi alla persona il *co-payment* può svolgere un ruolo ben più ampio, come strumento di differenziazione del prezzo dei servizi tra i cittadini in relazione alle loro condizioni economiche. In questo modo, la compartecipazione costituisce uno strumento importante per allargare in misura considerevole la platea dei cittadini che fruiscono del servizio a parità di risorse di bilancio pubblico¹³.

In sintesi, allora, l'indicazione operativa è la seguente: utilizzare le risorse pubbliche per fornire un sussidio alla domanda di un servizio da parte dei cittadini che lo richiedono attraverso una dotazione di voucher (buoni) per l'acquisto del servizio, richiedendo al cittadino una compartecipazione differenziata in funzione delle sue condizioni economiche rilevate con strumenti di *means testing* (come l'Isee); i buoni devono essere nominativi e non trasferibili e possono essere utilizzati solo per servizi offerti da erogatori regolati nel prezzo e nella qualità

¹³ Su questo punto e per una più ampia trattazione del tema della costruzione dei mercati dei servizi alle persone, sia consentito il rinvio a De Vincenti (2004).

dal soggetto pubblico di governo che organizza il mercato. Quest'ultimo definisce le caratteristiche del servizio, regola il prezzo delle prestazioni riconosciuto al soggetto erogatore, fornisce al cittadino un voucher rappresentativo del valore del servizio in base ai prezzi regolati delle prestazioni di cui il cittadino ha bisogno, differenzia la compartecipazione in relazione alle sue condizioni economiche, procede all'accreditamento degli operatori autorizzati a operare sul mercato e verifica la qualità dei servizi da loro forniti sanzionandone le eventuali inadempienze. I pregi di un meccanismo di questo genere sono almeno tre: (i) è il cittadino stesso a poter scegliere tra gli erogatori quelli che operano meglio, con un miglioramento di benessere significativo in un campo in cui è essenziale la percezione dell'utente circa la qualità del servizio; (ii) l'offerta viene a strutturarsi in forme regolari e, specie se il Comune accredita soggetti organizzati in forma di impresa e non lavoratori singoli, assume dimensioni che consentono di ridurre i costi e migliorare il servizio (per esempio, attraverso turni di assistenza e sostituzioni in tempo di ferie); (iii) i lavoratori coinvolti sono tutelati nei loro diritti contrattuali e possono migliorare la propria qualificazione, tanto più se il Comune prevede tra i criteri di accreditamento percorsi di formazione del personale dell'impresa.

In questo quadro di mercati dei servizi promossi e regolati dall'autorità pubblica, si apre uno spazio rilevante per le imprese non-profit: la peculiarità della loro funzione-obiettivo e delle motivazioni comportamentali che ne derivano dovrebbe essere in grado di intercettare meglio la domanda dei cittadini; ma affinché questa peculiarità sia messa effettivamente a frutto occorre collegare gli incentivi alle imprese non-profit al reale perseguimento degli scopi sociali ed evitare di costituire «riserve di caccia» a loro favore, creando così le condizioni per una adeguata concorrenza nei mercati sociali tra diversi tipi di imprese. Ancora, nel quadro tratteggiato il soggetto pubblico di governo può valorizzare anche le risorse del volontariato: per diversi motivi – tutela dei lavoratori e possibili comportamenti opportunistici dei soggetti erogatori – il volontariato non deve essere utilizzato in sostituzione delle prestazioni a prezzo regolato, ma va utilizzato in supporto dell'azione del soggetto pubblico di governo, per esempio supportando il cittadino utente nella valutazione dei servizi ottenuti e nelle modalità per avere accesso al sussidio pubblico.

Per concludere, nella costruzione di un nuovo più avanzato sistema di welfare vi è uno spazio rilevante per mercato e iniziativa privata all'interno di un quadro di riferimento in cui lo Stato assolve ai com-

piti di programmatore e regolatore forte di un complesso di prestazioni cui tutti hanno diritto ad accedere e promuove una imprenditorialità diffusa nei soggetti di offerta pubblici e privati in funzione dei bisogni dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

- Adema W., 2001, *Net Social Expenditure. 2nd Edition*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n. 52, Ocse, Parigi.
- Arcangeli L., 2011, *Approcci alla regolazione e tendenze emergenti nei servizi sanitari regionali*, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R. e Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Quaderni di Astrid, Il Mulino, Bologna.
- Artoni R., 2005, *Stato sociale*, mimeo, Università Bocconi, Milano.
- Baumol W.J., 1993, *Social Wants and Dismal Science: The Curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching*, Nota di lavoro 64.93, Fondazione Eni Enrico Mattei, Milano.
- Cabinet Office, 2010, *Building the Big Society*, 18 maggio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.cabinetoffice.gov.uk/news/building-big-society>.
- De Vincenti C., 2004, *Intervento pubblico e mercato nei servizi di qualità sociale*, «Mercato Concorrenza Regole», n. 3, pp. 601-623.
- De Vincenti C. e Tangorra R., 2006, *Lisbona addio? Coesione sociale e crescita economica nella crisi europea: un'ipotesi di rilancio*, in Vacca G. e Rhi-Sausi J.L. (a cura di), *I dilemmi dell'integrazione. Il futuro del modello sociale europeo*, Il Mulino, Bologna.
- Di Nicola P., 2011, *Dal welfare societario a quello relazionale: le implicazioni per la cittadinanza*, «nelMerito.com», 11 marzo, disponibile all'indirizzo internet: http://www.nelmerito.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1327&Itemid=145.
- Donati P., 2010, *I beni relazionali. La nuova frontiera del welfare*, «Lavoro sociale», vol. 10, n. 3, pp. 315-328.
- Grazzini L. e Petretto A., 2005, *Spesa pubblica per il welfare e crescita economica: una rassegna*, Siep Working Papers, n. 413.
- Grillo M., 2011, *Aumenta l'età della pensione*, «nelMerito.com», 21 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: http://www.nelmerito.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1270&Itemid=145.
- Labate G. e Tardiola A., 2011, *La sanità integrativa in Italia*, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R. e Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Quaderni di Astrid, Il Mulino, Bologna, pp. 461-479.

RPS

parola chiave

- Mapelli V., 2007, *Governance dei Servizi sanitari regionali e loro performance*, Quaderni Formez, n. 57, Roma.
- Ministero del Welfare, 2009, *La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello sociale*, maggio, Roma.
- Nens - Associazione Nuova Economia Nuova Società, 2011, *Manifesto per un nuovo welfare*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.nens.it/_public-file/MANIFESTO%20PER%20UN%20NUOVO%20WELFARE.pdf.
- Oecd, 2008, *Social Expenditure Database*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd.org/dataoecd/41/7/41771656.
- Pammolli F. e Salerno N., 2010, *L'integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e dell'assistenza alla persona*, Quaderno Cerm, n. 3, Roma.
- Tomassi F., 2010, *Equità sociale ed efficienza economica. Un confronto internazionale basato sulla spesa sociale totale*, «nelMerito.com», 19 febbraio; disponibile all'indirizzo internet: http://www.nelmerito.com/index.php?option=com_content&task=view&id=964&Itemid=139.