

Le società di mutuo soccorso tra memoria e nuovo welfare

Adriana Luciano

RPS

Le società di mutuo soccorso sono comparse in Europa tra il XIX e il XX secolo. Si tratta di una delle prime forme di solidarietà della classe lavoratrice – antielitarie, libere dal controllo statale e autogestite – istituite per affrontare le spese inerenti malattia, decessi e disoccupazione. Sulla base di uno studio della situazione italiana, l'articolo analizza il ruolo che la mutualità svolge oggi in risposta alla crisi del welfare. Molte di esse, oltre alle attività previste per legge (fornitura di assicurazione sanitaria integrativa e sostegno

per la copertura di spese funerarie), svolgono attività ricreative, attività culturali e di assistenza rivolte non soltanto ai soci. Tuttavia, in Italia le società di mutuo soccorso hanno un ruolo limitato nell'ambito dell'assicurazione integrativa; un loro ulteriore sviluppo si potrebbe immaginare solo se si producessero innovazioni sociali capaci di coniugare la sostenibilità economica con la democrazia, di evitare i rischi di selezione avversa e azzardo morale; di svolgere un ruolo di advocacy in favore delle giovani generazioni.

1. Introduzione

In anni recenti le società di mutuo soccorso (Soms) hanno vissuto una sorta di risveglio, stimolato e accompagnato da iniziative degli enti locali e della Fimiv (Federazione italiana mutualità integrativa volontaria)¹, e da un interesse crescente per tutte quelle forme di sussidiarietà che possono venire in soccorso di un sistema di welfare avvitato in

¹ Sorta su sollecitazione della Lega delle cooperative per rappresentare il mutuo soccorso nei rapporti con le Camere del lavoro e il movimento cooperativo, nei suoi primi anni di vita, con la denominazione assunta nel 1912 di «Federazione italiana delle società di mutuo soccorso e delle casse e degli istituti di previdenza», diede visibilità e voce alla realtà frammentata delle società per condividerne poi il declino negli anni del fascismo. Fu ricostituita nel 1948 come Federazione italiana della mutualità e dal 1984 ha assunto l'attuale denominazione di Federazione italiana della mutualità integrativa.

una crisi senza precedenti. Grazie a numerosi studi di storia locale non è difficile farsi un'idea di che cosa le Soms sono state. Più difficile immaginarne il futuro, soprattutto perché in un unico universo di discorso sono oggi presenti realtà che stanno su piani diversi. Da un lato, le piccole Soms in cui generosi soci, perlopiù anziani, si incontrano per organizzare insieme la vita sociale e per intraprendere azioni di volontariato. Dall'altro lato, poche grandi Soms che si candidano a rispondere a una domanda crescente di assistenza e di cura, in alternativa alle compagnie di assicurazione che offrono polizze sanitarie ad elevato costo. Dunque, attività che sfumano e si confondono con l'ampia galassia del volontariato, a fronte di ambiziosi disegni di protagonismo in cui le Soms si candidano, come segmento non secondario dell'economia civile, a riempire il vuoto che si è aperto tra Stato e mercato.

Il ricordo di un'esperienza storica che tra Ottocento e Novecento ha prodotto un'innovazione sociale di grande portata, induce a riflettere sulle innovazioni sociali di cui oggi ci sarebbe bisogno, immersi come siamo in una nuova «grande trasformazione». E la solidarietà tra pari, il fare insieme per rafforzare le capacità di ognuno, la rivendicazione della dignità del lavoro, appaiono come principi di organizzazione sociale di grande modernità che chiedono di essere riaffermati e reinterpretati.

L'esperienza pratica di alcune società di mutuo soccorso che hanno intrapreso la strada dell'assistenza sanitaria integrativa, in continuità con la tradizione, ma con l'obiettivo ambizioso di diventare un secondo pilastro del welfare, pone tuttavia nuovi interrogativi. Se le Soms, come imprese sociali che non distribuiscono utili e praticano forme di organizzazione democratica, rappresentano sicuramente un antidoto alle pericolose derive finanziarie delle compagnie di assicurazione, resta aperto il problema di come queste forme di mutualità, per definizione particolaristiche, possano evitare di sottrarre energie a un welfare pubblico in crisi, ma pur sempre universalistico e ispirato a criteri di eguaglianza e di giustizia distributiva.

Sono questi gli interrogativi che hanno guidato un lavoro di ricerca e di osservazione partecipante² i cui risultati permettono ora di guardare con più realismo alle alternative che la mutualità ha di fronte a sé in Italia.

² La ricerca è stata realizzata grazie a un finanziamento della Confartigianato. Alla raccolta dei dati hanno collaborato Antonella Bastone e Monica Demartini. Una sintesi del rapporto di ricerca è stata pubblicata in Luciano, 2012.

2. Nuovi interrogativi per vecchie storie

Il mutuo soccorso moderno nasce, come forma organizzata di reciproco aiuto, con il capitalismo. Costituisce una prima risposta collettiva alle conseguenze drammatiche del processo di industrializzazione e testimonia della rivendicazione di dignità e di autonomia di interi gruppi sociali i quali affermano la volontà di difendersi collettivamente dai rischi del mercato sfuggendo all'umiliazione di dover chiedere aiuto nei momenti drammatici dell'esistenza: la perdita del lavoro, la malattia, la morte.

La ricerca storica sul mutualismo, intessuta di microstorie emerse da una ricca messe di archivi pazientemente conservati da chi ha costruito in tempi lontani la propria emancipazione, non è giunta a una lettura univoca di un fenomeno che, proprio per la sua spontaneità, si è articolato fin dalle origini in diverse forme. Il mutualismo è stato di volta in volta letto come una forma residuale di autodifesa, superata poi dai grandi movimenti di massa, o, al contrario, come un prezioso esperimento di democrazia diretta messo ai margini da forme di azione collettiva rapidamente egemonizzate da élite burocratiche. Ne sono stati messi in evidenza i limiti dovuti all'eccessiva frammentazione e alla fragilità di un sistema assicurativo basato sulla regola di «una lira al mese per una lira al giorno», in una fase storica attraversata da continui sconvolgimenti economici e politici. Al contrario, se ne è valorizzata la capacità di autorganizzazione e l'intelligenza di coniugare l'autodifesa materiale con la volontà di riscatto morale e intellettuale e la rivendicazione della dignità personale e collettiva.

Ma non è la ricerca di un giudizio storico univoco ciò che oggi induce a riandare a quell'esperienza e a ciò che di quell'esperienza è rimasto vivo. Le vistose crepe di un modello sociale fondato su un mercato che si pretendeva capace di autoregolazione e di uno Stato che ci si aspettava in grado di ridurre le disuguaglianze e di rispondere alla domanda sociale di sicurezza, hanno sollevato dubbi sulla possibilità di recuperare equilibri perduti facendo leva sui meccanismi consueti.

Ci si interroga ora su come sia possibile coniugare l'interesse individuale a migliorare le proprie condizioni materiali e a tutelarsi contro i rischi della vita con forme di socialità che evitino la guerra di tutti contro tutti. La mutualità, che definisce cerchie più o meno ristrette di interessi da tutelare ma esclude il principio del «fare utili» e definisce le regole di salvaguardia di una proprietà comune da tramandare di generazione in generazione, rappresenta un modello riproducibile alle condizioni attuali?

RPS

Adriana Luciano

È possibile praticare modelli di vita e di consumo sostenibili dal punto di vista ambientale e sociale non facendo leva soltanto su incentivi e disincentivi a livello individuale ma promuovendo forme di agire collettivo? Interrogare le forme di mutualità avendo in mente le domande del presente significa chiedersi non solo che cosa sia sopravvissuto di quell'esperienza storica, ma che cosa da quell'esperienza sia nato e meriti di essere valorizzato e riproposto come uno degli strumenti possibili di un nuovo assetto dei rapporti tra mercato, Stato e società civile.

3. Dalla mutualità al welfare pubblico e ritorno

Le società di mutuo soccorso sono nate come associazioni senza scopo di lucro, cui le persone aderivano in maniera volontaria, su base territoriale o professionale per scopi di mutuo aiuto.

Se in altri paesi europei come l'Inghilterra, la Francia e la Germania, le prime forme di mutualità sorgono sin dagli inizi dell'Ottocento, in Italia le condizioni giuridiche della loro affermazione sono state poste, nel 1848, dallo Statuto albertino del Regno Sabauda che riconosce la libertà di associazione.

Nasce in quell'anno a Pinerolo la prima Società di mutuo soccorso e nel 1850 nasce a Torino la Società degli operai, tra le prime a inaugurare nel 1853, in un periodo di rincari speculativi dei prezzi dei generi alimentari, il «distributorio sociale», dove venivano immagazzinati generi di prima necessità acquistati all'ingrosso e poi rivenduti ai soci al prezzo di costo.

La seconda metà dell'Ottocento è l'età dell'oro delle Soms che si sviluppano sia su base territoriale che professionale, sia nei centri urbani che nelle campagne, di orientamento socialista ma anche di orientamento cattolico. Numerose associazioni mutualistiche a base professionale (dai fabbri ai farmacisti, dai sarti ai tipografi) derivano da antiche corporazioni di mestiere. Una legge promulgata nel 1886 (la legge n. 3818 del 15 aprile 1886³), e tuttora in vigore, attribuisce a queste

³ All'art. 1 la legge recita: «Possono conseguire la personalità giuridica, nei modi stabiliti da questa legge, le Società operaie di Mutuo Soccorso che si propongono tutti od alcuni dei fini seguenti: assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti».

organizzazioni una personalità giuridica e ne definisce gli ambiti di intervento.

In realtà, negli anni in cui il numero delle Soms cresce e crescono gli aderenti, si estende anche la sfera delle loro attività per rispondere a bisogni che via via si allontanano da quelli di stretto sostegno economico, per promuovere istruzione, prevenzione sanitaria, attività culturali e ricreative, collocamento al lavoro, trasmissione del mestiere. La mutualità si intreccia con, e dà vita a, altre forme di organizzazione: cooperative, organizzazioni sindacali, organizzazioni artigiane, associazioni culturali e ricreative.

Ma ciò che fa da cemento alle associazioni e ne garantisce la stabilità e la crescita è il meccanismo assicurativo, le regole che lo governano, il lavoro volontario dei soci che provvedono a raccogliere il denaro e a ridistribuirlo, ma anche ad animare la vita sociale e a elaborare e trasmettere il sistema normativo e valoriale che dà ordine ai rapporti sociali all'interno delle Soms e nelle loro relazioni con altre Soms e con le istituzioni pubbliche.

Fino al primo decennio del Novecento le società di mutuo soccorso continuarono a espandersi in tutto il paese sia come numero di associazioni (che toccano il picco di 6722 nel 1894) che di associati (il culmine è nel 1904 con 926.000 soci) e ne fecero parte le più svariate categorie professionali, le stesse che in tempi successivi diedero vita a sindacati, ad associazioni professionali e a forme di rappresentanza delle imprese artigiane.

All'effervescenza organizzativa di quegli anni e alla sua capacità germinativa di differenti forme di organizzazione, comprese le prime Camere del lavoro, ma anche le prime banche di credito cooperativo, le prime scuole di formazione professionale, i primi presidi di sanità preventiva e di medicina del lavoro, seguì una battuta d'arresto con la prima guerra mondiale.

Violenta e allo stesso tempo minuziosa e paziente fu poi l'azione del fascismo nel ricondurre sotto il controllo del partito tutte le forme associative che avevano mostrato di rendere protagonisti i cittadini nel soddisfacimento dei loro bisogni, di fare cultura e di fungere da palestra di democrazia e di sviluppo di competenze politico-organizzative. Molte società cedettero alla violenza del regime e scomparvero dalla scena; altre sopravvissero, talune facendo atto di obbedienza al regime, altre mostrandosi inoffensive. Ma la distruzione sistematica di tutte le forme di democrazia, l'abrogazione delle libertà individuali e dei diritti politici privarono intere generazioni di quella socializzazione

RPS

Adriana Luciano

a una cittadinanza democratica di cui le società di mutuo soccorso erano state espressione.

Non furono certo le Soms sopravvissute al fascismo i luoghi in cui riacque la democrazia in Italia. I trenta gloriosi del dopoguerra sono gli anni in cui accanto alle grandi fabbriche fordiste cresce una pubblica amministrazione sempre più sollecitata a rispondere direttamente ai bisogni dei cittadini e crescono i partiti e i sindacati. Domande di partecipazione, di sicurezza e di tutela dei diritti trovano nelle grandi organizzazioni di massa le risposte che il mutualismo aveva faticosamente costruito tra Ottocento e Novecento. Quello delle Soms diventa un fiume carsico. C'è un patrimonio immobiliare che non è andato disperso durante il fascismo e la guerra. Ci sono i figli di coloro che con fatica hanno tenuto viva la memoria della mutualità. C'è un paese povero con un esercito di lavoratori che ancora non hanno avuto accesso ai consumi di massa. I locali delle Soms si rianimano nei giorni di festa, ospitano attività ricreative, si trasformano in bar, ristoranti, cooperative di consumo. Attività residuali di cui non meriterebbe dar conto se non fosse perché quel fiume carsico è riaffiorato negli anni novanta e si sta ora intrecciando con un'altra storia: quella della crisi del welfare, ma anche delle istituzioni democratiche e delle forme di socialità che hanno accompagnato lo sviluppo del paese.

Nella storiografia sulle società di mutuo soccorso talvolta si legge in filigrana il rimpianto per l'abbandono di quelle forme di auto-organizzazione e si enfatizzano i limiti dello statalismo. Come se il chiedere allo Stato di estendere la sfera dei diritti sociali esigibili (dall'istruzione, alla salute, alla casa, al lavoro) e di rispondervi direttamente non solo finanziando i servizi ma, spesso, gestendoli direttamente, avesse comportato la rinuncia a un modello di democrazia partecipativa che il mutuo soccorso aveva prefigurato.

Si mette così tra parentesi il fatto che il welfare moderno, nei suoi frutti migliori, è stato costruito su principi di universalismo e di redistribuzione che erano contenuti in nuce nelle ideologie di matrice socialista e cristiana che hanno alimentato la tradizione mutualistica e che non avrebbero potuto mai essere realizzati entro il recinto di solidarietà di piccolo raggio e di criteri locali di giustizia distributiva quali quelli delle società di mutuo soccorso.

Poter finanziare istruzione e salute attraverso la fiscalità generale, coinvolgere i datori di lavoro oltre che i lavoratori nel finanziare un sistema previdenziale a vocazione universalistica sono state grandi conquiste di cui anche il movimento delle società di mutuo soccorso,

progenitore delle moderne forme di organizzazione sindacale e politica, è stato artefice.

Insomma, la crisi che oggi il welfare attraversa non sembra riconducibile alle scelte che vennero fatte negli anni cinquanta e che allora rappresentarono una risposta evolutiva alle domande di sicurezza e di eguaglianza di opportunità che nel passato prefascista avevano trovato nella mutualità risposte eroiche ma inevitabilmente residuali. Tuttavia, la crisi attuale interroga ancora quell'esperienza. Quali ne sono le ragioni? Se scorriamo rapidamente l'elenco delle cause che hanno messo in crisi i moderni sistemi di welfare si scorgono innanzitutto fattori strutturali. Quello demografico, in primo luogo. In un equilibrio demografico ad alta natalità e ad alta mortalità, quale era ancora quello degli anni cinquanta è stato possibile costruire un regime previdenziale a ripartizione, tendenzialmente universalistico, perché il numero dei contribuenti sopravanzava di molto il numero dei percettori di pensioni. Ora quell'equilibrio si è rotto. Seguono elementi di crisi fiscale. L'aumento della domanda e dell'offerta di servizi ha comportato un aumento della pressione fiscale che non riscuote più il consenso dei cittadini. Anche perché si accompagna al sospetto che il costo dei servizi erogati attraverso burocrazie pubbliche sia troppo elevato se commisurato alla qualità dei servizi medesimi. Nei vent'anni passati, a misura che la crisi avanzava, ritornavano in auge ideologie liberiste che invitavano a sottrarre alla regolazione pubblica, per riaffidarle al mercato, numerose prestazioni di welfare. La recente crisi internazionale, che ha avuto come principale protagonista proprio il mercato finanziario e gli scandali che hanno bruciato il risparmio previdenziale di milioni di persone, ha gettato una luce sinistra su questa strategia di uscita dalla crisi del welfare e ha indotto a volgere lo sguardo verso un settore della società che ha più di un punto di contatto con la tradizione della mutualità: il terzo settore o, altrimenti detto, l'economia sociale. Dunque, nel suo recente riemergere, il fiume carsico della mutualità si è trovato in compagnia di un'ampia gamma di organizzazioni che con essa hanno in comune la capacità di produrre innovazioni economiche e sociali attraverso il protagonismo diretto dei cittadini.

4. Nuove forme di mutualità

Non esiste un censimento delle Soms attualmente operanti in Italia. Secondo la Fimiv a tutt'oggi ce ne sono ancora circa 2000 e in ogni

RPS

Adriana Luciano

Regione è presente qualche forma di coordinamento. Alla sopravvivenza e al rilancio delle società hanno contribuito non poco quelle Regioni che, in assenza di una rinnovata legislazione nazionale, hanno emanato leggi e hanno realizzato politiche orientate a non disperdere il patrimonio storico e a favorire nuove iniziative. Ma sono nate anche nuove Soms. Per fare solo qualche esempio: Mairi (Mutua associazioni degli immigrati residenti in Italia) è la prima mutua volontaria che associa cittadini immigrati con prestazioni pensate per e con loro. A Udine opera l'associazione «Vicini di casa», che ha trasformato le vecchie latterie sociali in case per immigrati. «A casa mia» è il servizio di assistenza domiciliare e ospedaliera del quale possono beneficiare i soci delle società di mutuo soccorso della provincia di Varese. A Torino è nata «Solidea» per rispondere a bisogni emersi nel mondo della cooperazione. Altre esperienze richiamano la centralità della solidarietà e la necessità di offrire servizi assicurativi e sussidi economici, ma se ne discostano per altri aspetti, quali ad esempio la partecipazione attiva di tutti i soci alla vita dell'organizzazione. Sono i progetti di «finanza umana». A Brescia è stato avviato il progetto «Mutuo soccorso», in cui la Cgil raccoglie nei luoghi di lavoro denaro che la Caritas ridistribuisce alle famiglie in difficoltà sotto forma di microcredito. E si fanno spazio anche in Italia forme di prestito sociale sul web, in cui la transazione avviene alla pari tra persone: il prestatore e contraente del prestito vengono messi in comunicazione diretta da società on-line con costi di intermediazione decisamente ridotti.

In Piemonte, una ricognizione effettuata su 34 delle circa 100 società attive sul territorio⁴ ha mostrato che, oltre alle attività previste per legge di assistenza sanitaria integrativa e di erogazione di contributi per spese funerarie, le Soms combinano attività di tipo ricreativo (ristoranti, bar e circoli ricreativi) con attività culturali e attività assistenziali rivolte non soltanto ai soci.

⁴ Il volume *Il mutuo soccorso a carte scoperte*, curato nel 2009 dalla Fondazione Centro per lo studio e la documentazione delle società di mutuo soccorso, ha consentito di censire 91 Soms ancora attive. Di queste, 34 sono state raggiunte telefonicamente ed è stato possibile raccogliere informazioni sulle loro attuali caratteristiche. Le società hanno un numero di soci limitato (tra i 100 e i 200 in media) e mantengono una composizione prevalentemente maschile (le donne rappresentano meno del 30%). Hanno tutte una base territoriale e sono frequentate da una popolazione di età mediamente superiore ai cinquant'anni con poche, interessanti, eccezioni di società che si stanno aprendo a un pubblico più giovane.

Gli stimoli innovativi che sono venuti dal desiderio dei soci di innestare sull'antico ceppo mutualistico nuovi significati dello stare insieme tra persone che spesso hanno lasciato il lavoro e hanno tempo e competenze da mettere a servizio della comunità, hanno indotto la maggior parte delle società a svolgere le proprie attività in rapporto con gli enti locali e le altre realtà associative del territorio. A Comuni, Province e Regioni si chiedono piccoli finanziamenti in cambio di servizi da offrire alla collettività; con altre associazioni si progettano attività in comune. Con altre Soms ci si coordina e si dibatte sul futuro della mutualità. Accanto ad attività di tipo mutualistico di assistenza sanitaria integrativa, le società che più si sono adoperate nell'interpretare l'antica vocazione mutualistica in rapporto con il territorio e con i bisogni di una platea più ampia di interlocutori lo fanno secondo le modalità tipiche delle associazioni di volontariato. E a questo scopo operano anche attraverso associazioni fondate ad hoc.

L'unica Soms che può vantare di non aver mai interrotto la tradizione mutualistica delle origini è la Cesare Pozzo, nata nel 1877 a Milano tra i ferrovieri e aperta a tutti a partire dal 1993. Conta attualmente 86.000 soci e ha sportelli in tutta Italia gestiti sia da personale dipendente, sia da volontari. L'aver avuto fin dalle origini un insediamento non solo locale e rivolgendosi via via non solo ai ferrovieri ma a tutti i lavoratori dei trasporti le ha garantito una base associativa ampia che è una delle ragioni della sua longevità. Da anni gestisce anche Fondi sanitari integrativi di origine contrattuale che dal 2010 sono confluiti in un nuovo ramo di azienda. Sempre nel 2010 ha dato vita, insieme alla mutua francese *Harmonie mutuelle*, alla Società cooperativa europea.

Ma altre iniziative sono nate negli anni in cui in Italia si è consolidato un sistema sanitario integrativo gestito su base mutualistica⁵. Secondo una recente ricerca realizzata da Aicon (Rago, 2012), su 20 Soms (delle 68 attive in Italia) circa la metà è sorta dopo il 1980. Nell'insieme le 20 mutue hanno circa 360.000 soci e un numero limitato di dipendenti (531 in tutto); il 40% dei soci ha una tradizione familiare di partecipazione a questo tipo di organizzazioni e la durata media del rapporto associativo va dai 15 ai 20 anni. Le quote associative hanno un valore medio di 166 euro e il contributo associativo medio si aggira intorno ai 224 euro. Il quadro che ne emerge è quello di organizza-

⁵ Già la legge n. 833/1978 istitutiva del Ssn prevedeva la possibilità che assicurazioni commerciali o soggetti non-profit come le Soms riconosciute dessero vita a forme di mutualità volontaria.

zioni che riescono a raggiungere un buon equilibrio economico grazie a una gestione accorta, che si rivolgono a una compagine associativa solida che ottiene buone prestazioni a costi accettabili e che sono sempre più inserite in una rete di relazioni con altre Soms e con organizzazioni del mondo cooperativo come Federsalute e Legacoop Salute che associano cooperative di medici e di operatori sanitari. Coloro che vi aderiscono diventano soci con diritto di partecipazione agli organismi di governo. Non discriminano all'accesso e non praticano il diritto di recesso. Hanno tariffe inferiori a quelle di altre organizzazioni grazie alla loro capacità di realizzare economie di gestione, di avvalersi, almeno in parte, di volontariato, di stipulare convenzioni vantaggiose soprattutto con organizzazioni che fanno parte del sistema cooperativo, di godere di una fiscalità agevolata.

Il dibattito che ha accompagnato e accompagna questa recente evoluzione delle società di mutuo soccorso non ruota tanto intorno alla formula gestionale che queste organizzazioni si sono date, e che mostra concretamente la possibilità di coniugare efficienza e democrazia, salvaguardando valori di giustizia sociale. Si tratta piuttosto di interrogarsi sul contesto in cui il dibattito sul mutualismo si è riaperto, sui fattori che hanno generato la crisi del sistema sanitario pubblico e sui possibili effetti che un sistema mutualistico integrativo può avere sul pilastro principale del sistema sanitario, quello universalistico basato sulla fiscalità generale.

5. *L'assistenza sanitaria integrativa di tipo mutualistico*

Quando si discute di sistema sanitario pubblico si dimentica che esso è solo in parte un sistema pubblico. Si stima infatti che in Italia la spesa «*out of pocket*» delle famiglie per la salute, ovvero la spesa che viene sostenuta direttamente, escludendo anche i premi assicurativi, si aggira tra il 25 e il 30% della spesa sanitaria complessiva. I dati dell'*Indagine multiscopo* dell'Istat del 2005 mostrano che più del 50% delle visite specialistiche vengono pagate dai pazienti, con una netta prevalenza delle visite odontoiatriche e ostetrico-ginecologiche. Molto inferiore il peso del pagamento diretto degli accertamenti diagnostici (il 6,6% degli esami del sangue e il 21% degli esami specialistici), ma pari a poco meno del 50% la spesa privata per farmaci. Nella maggior parte dei casi la scelta di rivolgersi a prestazioni a pagamento discende dall'urgenza, segno evidente che è soprattutto la lunghezza delle liste di atte-

sa nel servizio sanitario pubblico ad alimentare la spesa privata. Ma dipende anche dalla qualità delle prestazioni. Molti di coloro che pagano di tasca propria visite specialistiche ed esami lo fanno perché non si fidano della sanità pubblica. Soprattutto al Sud.

Va inoltre sottolineato il fatto che, nonostante siano ormai più di 500 i fondi integrativi negoziati e volontari, poco meno dell'83% della spesa privata è sostenuta direttamente dalle famiglie. Meno del 4% è garantita da compagnie di assicurazione e quasi il 14% da organizzazioni mutualistiche non-profit.

Coloro che vedono come inevitabile la necessità di rafforzare il sistema sanitario nazionale dando più peso all'assistenza integrativa guardano con favore a questo settore mutualistico che negli anni recenti ha rivendicato con maggiore consapevolezza del passato una linea di continuità con il mutualismo storico. Ed è una linea di continuità che ricongiunge in un'unica storia le società di mutuo soccorso, gli enti mutualistici sorti durante il fascismo e soppressi con la creazione del Servizio sanitario nazionale, le nuove forme di mutualità.

Quando vennero sopprese, per dar spazio a un sistema sanitario di stampo universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, le istituzioni mutualistiche erano numerosissime e spesso articolate fino al livello comunale, come nel caso dei coltivatori diretti. La loro soppressione non comportò la scomparsa di forme di assistenza sanitaria integrativa che anzi continuarono a crescere tanto da sollecitare nel 1988 un'indagine conoscitiva da parte delle Commissioni Affari sociali della Camera, che consentì di censire circa 200 tra mutue, casse e fondi e 97 imprese di assicurazione (80 italiane e 17 estere) operanti sul territorio nazionale⁶.

A seguito dell'indagine vennero approvati una serie di provvedimenti per regolare i Fondi sanitari integrativi⁷. In particolare, l'art. 9 del decreto 229 del 1999 esplicita l'intenzione di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e quindi destinate a offrire prestazioni

⁶ Queste informazioni sono contenute in una relazione approvata nel 1988 dal titolo *Documenti per l'indagine conoscitiva sulla spesa dei cittadini per la salute*.

⁷ Si tratta del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», successivamente integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», e collegati.

non comprese nei Livelli essenziali di assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale, ivi compreso il rimborso di quote a carico degli assistiti per prestazioni a carico del Ssn. Il decreto prevede che questi fondi possano essere istituiti all'interno di contratti di lavoro nazionali e aziendali, tramite accordi tra associazioni di lavoratori autonomi e liberi professionisti, da associazioni non lucrative e, in particolare, da società di mutuo soccorso riconosciute. In tutti i casi sono vietati comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di persone.

Nel 2008, poco prima della conclusione anticipata della legislatura, venne emanato il decreto che, in attuazione della Finanziaria 2008, individuava gli ambiti delle prestazioni dei fondi integrativi e degli enti, casse e società di mutuo soccorso autorizzate a fornirle⁸.

Se il dibattito giurisprudenziale ha oscillato nel configurare le società di mutuo soccorso come associazioni o come imprese, i recenti provvedimenti che autorizzano le società a istituire e gestire fondi di integrazione sanitaria riconducono il fenomeno mutualistico alle sue origini ma, allo stesso tempo, aprono alle Soms la possibilità di agire come imprese sociali estendendo la loro base associativa e creando relazioni stabili con altri tipi di organizzazioni: società mutualistiche internazionali di grandi dimensioni, cooperative sociali, imprese non-profit che operano nel settore sanitario, ma anche liberi professionisti e strutture sanitarie profit.

Quanto alle 95 compagnie di assicurazione che operano in Italia, coprendo il 4% della spesa sanitaria, fonti Istat e Banca d'Italia mostrano una prevalenza di utenti nelle regioni del Centro-Nord, nelle fasce centrali di età, con livelli alti di istruzione, professioni e redditi medio-alti.

Delle varie voci di spesa sanitaria direttamente sostenute dalle famiglie, il ricorso a cure ospedaliere compare in misura preponderante tra le prestazioni erogate tramite contratti di assicurazione con una evidente sovrapposizione fra le prestazioni offerte dalle assicurazioni e quelle garantite dal Ssn. Emergono dunque evidenti segnali di selezione avversa. L'offerta di servizi sanitari da parte delle compagnie di assicurazione risponde a una domanda di servizi di elevata qualità da parte di famiglie ad alto reddito e alimenta fenomeni di consumismo.

⁸ In base all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, che identifica gli enti che non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Le famiglie che ricorrono alle assicurazioni private sono le stesse che hanno una spesa sanitaria diretta più elevata.

Un recente rapporto Ceis (Ceis, 2008) conclude un'analisi sulla sanità integrativa di tipo assicurativo rilevando che l'essere questa spesa sostanzialmente aggiuntiva rispetto a quella del Ssn e complementare a una consistente spesa *out of pocket* delle famiglie assicurate, segnala una scarsa efficienza del sistema sanitario nel suo insieme e un ostacolo allo sviluppo di una sanità integrativa finalizzata a migliorare le prestazioni complessive del sistema (Doglia, 2008).

5.1 Mutualità integrativa e Soms

In Europa il sistema mutualistico coinvolge 60 milioni di persone e copre il 15% del mercato assicurativo. Pur non esistendo uno statuto europeo condiviso di questo tipo di organizzazioni esiste un accordo nel definirle a partire da quattro criteri: l'essere associazioni volontarie, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni dei propri soci, gestite in forma democratica attraverso la partecipazione attiva dei soci, impegnate a reinvestire nell'impresa gli utili eventuali. Operano in tre tipi di contesti. In Germania e in Belgio il regime obbligatorio di sicurezza sociale è gestito direttamente dalle mutue. In paesi come la Spagna le mutue hanno un ruolo complementare a quello della sanità pubblica. In paesi come la Francia le prestazioni sanitarie sono offerte sia in regime pubblico che in regime mutualistico.

Se la crisi finanziaria di questi anni ha messo a nudo gravi disfunzioni nella gestione delle imprese, in primo luogo nel rapporto tra azionisti, amministratori e dirigenti con i consigli di amministrazione e con i portatori di interesse interni e esterni alle imprese, nelle organizzazioni di tipo mutualistico, invece, i soci sono contemporaneamente azionisti e clienti e agiscono secondo logiche solidaristiche. Per quanto complessi possano essere i rapporti tra la tecnostuttura che gestisce l'impresa e i soci che hanno il diritto di governarla, in queste organizzazioni sono all'opera meccanismi che mettono al riparo da comportamenti gravemente lesivi degli interessi degli azionisti. Da questo punto di vista, l'obbligo di reinvestire gli utili⁹, costituisce un evidente punto di forza.

⁹ L'art. 5 della Carta dell'Economia sociale recita infatti che gli utili «non possono essere utilizzati che per la crescita delle imprese e per rendere un servizio migliore ai soci che ne assicurano il controllo».

5.2 *Le Soms: equità e rischi*

Dal punto di vista della teoria economica, dunque, il vantaggio che queste organizzazioni rappresentano nel gestire prestazioni sanitarie riguarda la selezione avversa e l'azzardo morale. Non escludono le persone che presentano maggiori rischi assicurativi e si prestano meno a comportamenti opportunistici grazie ad alcune loro caratteristiche: la volontarietà dell'adesione e la partecipazione democratica alla gestione.

Anche da questo punto di vista, tuttavia, non si tratta di soluzioni prive di rischi. Il primo rischio riguarda proprio la selezione avversa. Se nel confronto con le pratiche in uso presso le assicurazioni commerciali, l'assenza di selezione all'entrata e la mancanza di diritto di recesso pongono le organizzazioni mutualistiche in posizione di netto vantaggio, lo stesso non si può affermare se il confronto viene fatto tra la sanità integrativa, ancorché di tipo mutualistico, e il Ssn. Non solo per le ragioni storiche che nel 1978 hanno consentito di superare un sistema frammentato e ineguale con un sistema nazionale, aperto a tutti e finanziato in maniera progressiva, ma per come oggi si configura la struttura delle disuguaglianze sociali nei confronti della sanità.

Sul lato delle prestazioni, sono i gruppi sociali più istruiti e benestanti che godono di speranze di vita superiori alla media della popolazione, ad accedere più di altri gruppi sociali a cure preventive e specialistiche. Sul lato del finanziamento, l'iniquità del sistema fiscale poco incline a tassare patrimoni e rendite e cronicamente affetto da un'elevata evasione fiscale rende assai meno progressivo di quanto in teoria dovrebbe essere il finanziamento del Ssn. A pagare di più sono i lavoratori dipendenti e, in termini relativi, quelli a più basso reddito. Dunque, un sistema di sanità integrativa dovrebbe porsi, tra gli altri obiettivi, quello di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Di fatto, la sanità integrativa a base contrattuale, che è quella attualmente più diffusa, offre servizi soprattutto a quelle categorie di lavoratori che già godono di maggiori tutele contrattuali. Anche se nei documenti e nei discorsi di sindacalisti e di gestori di fondi ricorre spesso il richiamo alla necessità di realizzare prodotti di sanità integrativa accessibili a quelle categorie di lavoratori temporanei e discontinui che non godono della rete di protezione di coloro che hanno contratti a tempo indeterminato, non esistono al momento soluzioni davvero accessibili a lavoratori a basso reddito e ad elevata precarietà. E anche i fondi di tipo mutualistico che non hanno barriere all'ingresso di tipo

professionale non vedono questo tipo di lavoratori rappresentati in maniera significativa tra i propri soci. In generale, scarseggiano i giovani tra coloro che aderiscono ai fondi mutualistici con immaginabili rischi di insostenibilità a lungo termine dei fondi stessi. Dunque anche quando gli effetti di selezione non nascono da esplicite barriere all'ingresso, sembra inevitabile che, soprattutto in periodi di crisi economica e di crescenti difficoltà per i giovani di trovare occupazioni stabili, si restringano, anziché aumentare, gli spazi per la costruzione di nuove forme di mutualità aperte alla parte più vulnerabile della popolazione.

Per fronteggiare questi rischi di selezione, grandi società, in associazione con altre mutue locali, hanno varato specifici prodotti rivolti ai lavoratori atipici e all'interno del mondo della cooperazione sociale è in corso una riflessione e qualche esperienza significativa di una mutualità che abbia come soggetti soprattutto le giovani generazioni.

Resta il fatto che le informazioni frammentarie che si hanno sulla composizione dei soci delle Società di mutuo soccorso che offrono prestazioni di sanità integrativa mostrano che si tratta di una composizione a tutt'oggi sbilanciata verso una popolazione adulta di ceto medio residente soprattutto nel Centro-Nord.

Un secondo possibile rischio riguarda l'offerta di prestazioni sanitarie integrative e i suoi possibili effetti. L'offerta delle società di mutuo soccorso in materia sanitaria si articola in tre principali settori. Il primo opera nel solco della mutualità storica per sostenere il reddito delle persone e delle famiglie in occasione di eventi dolorosi. Integra il sistema sanitario nazionale rimborsando in tutto o in parte ticket sanitari.

Il secondo settore è quello che sta al confine tra sanità e assistenza e che offre o finanzia cure e assistenza domiciliare per pazienti che hanno subito interventi chirurgici, soffrono di malattie croniche o si trovano in situazioni di non autosufficienza spesso connesse con l'età avanzata. Si tratta in quest'ultimo caso di un'emergenza sociale che tende a crescere in maniera esponenziale¹⁰ e che sta impegnando il Ssn, il terzo settore, le famiglie nella ricerca di soluzioni economicamente sostenibili e adeguate a migliorare la qualità della vita di chi vive in condizioni di grave sofferenza. Se anche società relativamente piccole ma ben radicate sul territorio e in rete con organizzazioni del

¹⁰ Se nel 2010 le persone non autosufficienti erano 1.740.000, si calcola che aumenteranno entro il 2050 dell'80% (Beltrametti, 2000).

terzo settore sono in grado di offrire a costi molto contenuti servizi di buona qualità in caso di ricoveri ospedalieri e di degenza postoperatoria¹¹, per una domiciliarietà di breve durata, grandi innovazioni devono essere prodotte per rendere vivibile ed economicamente sostenibile una fase della vita che continua ad allungarsi con rischi crescenti di perdita di autonomia e di cronicizzazione di malattie invalidanti.

Il terzo settore di intervento, quello del rimborso di spese mediche sostenute dalle famiglie in alternativa all'utilizzo del Ssn si configura invece come sostitutivo della sanità pubblica e come sintomo di un fenomeno di *exit* che non favorisce certo il superamento dell'attuale crisi del welfare. Come per tutte le organizzazioni, quando ad uscire sono coloro che hanno un potere d'acquisto maggiore e anche una maggiore capacità di scelta, i rischi di declino dell'organizzazione da cui si esce aumentano (Hirschman, 1970). Nel caso della sanità pubblica aumenta il rischio che a restare all'interno del sistema siano i più deboli e i meno capaci di difendere i propri diritti e che questo favorisca un ulteriore peggioramento della qualità. In sintesi, una mutualità rivolta prevalentemente a ceti abbienti, aumenterebbe la capacità di scelta di alcuni e le eventuali derive consumistiche di queste scelte, a scapito del sistema pubblico che si avvierebbe a diventare residuale.

Per un paese come l'Italia, in cui la spesa privata per la sanità è solo in piccola parte mediata da assicurazioni e mutue, il rischio appare remoto ma va tuttavia tenuto in conto se il movimento mutualistico intende svolgere rispetto al welfare un ruolo coerente con quello delle sue origini.

In Europa numerose organizzazioni mutualistiche, alle prese con problemi di finanziamento, di efficienza e di adeguamento ai cambiamenti demografici, tendono a svolgere, insieme al ruolo di prestatori di servizi, quello di *advocacy* presso i decisori politici affinché non venga meno l'impostazione universalistica e solidaristica dei sistemi di welfare. E, in quanto rappresentanti dei diritti dei pazienti, offrono loro servizi che li rendano protagonisti della loro salute. A questo scopo migliorano i loro servizi in rete¹² e realizzano nuovi tipi di servizi che

¹¹ È il caso, ad esempio, della Mutua Pinerolese ma anche del progetto «A casa mia» che ha coinvolto cinque mutue in provincia di Varese per fornire assistenza dopo interventi chirurgici o infortuni.

¹² Il Rapporto dell'Aim 2008 *Trends in health systems 2006-2008* riporta alcuni esempi di questi servizi come quello dell'irlandese Vhi Healthcare, che offre informazioni su malattie, cure e stili di vita appropriati, servizi infermieristici 24

integrano prestazioni e coniugano la prevenzione con la cura. È il caso, ad esempio, della *Mutualité sociale agricole* che ha realizzato le «Maisons de la santé rurales», che riuniscono nello stesso luogo numerose specializzazioni mediche, infermieristiche e paramediche per coordinare meglio le cure e dar loro continuità. Altre società francesi si preoccupano anche di coordinare le cure necessarie in diversi stadi di sviluppo di gravi malattie. In paesi come la Germania, in cui le società di mutuo soccorso agiscono in competizione le une con le altre, questo tipo di servizi, rivolti soprattutto ai pazienti cronici, rappresentano anche un elemento importante di competitività (Aim, 2008; Amice, 2008).

RPS

Adriana Luciano

6. Conclusioni

In Italia, se si volesse immaginare un sistema mutualistico integrativo che facesse perno sulle poche società che hanno una dimensione e una solidità finanziaria adeguata e che volesse utilizzare, non solo come collettori di polizze, le centinaia di piccole società di mutuo soccorso che ancora vivono sul territorio nazionale, il tema della prevenzione e dei servizi da offrire ai soci per renderli protagonisti della propria salute potrebbe diventare la chiave di volta per evitare che il movimento mutualistico mantenga nel sistema sanitario nazionale un ruolo marginale, parzialmente surrogatorio di servizi che il Ssn non offre.

Da questo punto di vista è la storia stessa delle società di mutuo soccorso che può offrire suggerimenti non banali per produrre innovazioni sociali in grado di affrontare le difficoltà attuali. La formula che ha reso potente il movimento mutualistico fino a renderlo protagonista nell'edificazione delle moderne democrazie è consistita infatti nell'integrazione di diverse forme di azione: la *solidarietà*, ovvero il far fronte comune nel soddisfacimento di bisogni fondamentali, l'*educazione* e la *cultura* come strumenti di emancipazione individuale e collettiva, l'esercizio di forme di *democrazia* diretta come palestra per l'e-

ore su 24, indirizzi di specialisti a cui chiedere consigli. O quello della *Mutualité Chrétienne* e della *Mutualité socialiste* in Belgio, che consente di fare comparazioni di costi di diversi ospedali. Sui siti di molte società compaiono anche consigli per la prevenzione delle malattie come nel caso delle *German Krankenkassen*. La *Mutualité sociale agricole* offre workshop ai propri aderenti sopra i 55 anni per incoraggiarli a prendersi cura della propria salute.

esercizio di diritti di cittadinanza da far valere anche presso le istituzioni del mercato e dello Stato, l'*organizzazione della protesta*. Per usare un'espressione oggi in uso quando si ragiona di innovazioni, l'esperienza mutualistica storica ha rappresentato un'innovazione sistemica, capace di coinvolgere più livelli dell'organizzazione sociale e di produrre nuove istituzioni. Una logica analoga dovrebbe essere messa in atto ora se si vuole evitare che il sistema mutualistico si riduca a una forma di assicurazione low-cost o a una compagine sociale di anziani dediti alla conservazione della memoria e del patrimonio immobiliare ereditato dalle generazioni precedenti.

In questa prospettiva, una mutualità integrativa che si ispiri a criteri di *solidarietà*, in una società in cui i bisogni delle persone e delle famiglie diventano sempre più complessi, può produrre innovazioni sociali di rilievo grazie alla sua maggiore vicinanza con i suoi utenti che, in veste di soci, possono avere più strumenti per esprimere le proprie esigenze. Servizi di informazione in rete, prestazioni integrate fornite da cooperative sociali che operano nel settore assistenziale, integrazione tra servizi pubblici, prestazioni mutualizzate e volontariato... le vie da esplorare per produrre innovazioni sociali non mancano.

Lo stesso dicasi per la dimensione *educativa e culturale* che può informare una nuova mutualità in grado di rivolgersi a una popolazione che non è più fatta di analfabeti come lo erano i soci delle società di fine Ottocento ma di individui confusi dal rumore dei media, dai troppi messaggi pubblicitari, da un consumismo che sta peggiorando la qualità della vita di tutti. Iniziative di prevenzione sanitaria e di educazione alimentare, gruppi di acquisto solidale, gruppi di auto-mutuo aiuto, teatro e animazione sociale, sono le forme che oggi può assumere un'azione educativa di cui le Soms potrebbero essere protagoniste più di quanto non lo siano ora, potendo contare sulla loro presenza diffusa sul territorio anche in zone in cui l'offerta culturale è assente, su confortevoli spazi di ritrovo, quando non di veri e propri teatri, sulla rete di relazioni attraverso le quali far circolare le informazioni e creare le condizioni della partecipazione.

Resta poi la dimensione strettamente politica della mutualità, quella dell'esercizio di forme di *democrazia partecipativa e deliberativa*. In società complesse, in cui la democrazia tende a ridursi a uno stanco rito e le forme storiche della partecipazione rappresentate da partiti e sindacati di massa mostrano segni di grave crisi, ritrova senso una partecipazione che non si riduca al passare insieme il tempo libero ma che affronti i problemi che oggi vivono i giovani senza lavoro, gli anziani soli, le

famiglie sovraccariche di compiti di cura. E appare evidente che questi problemi non possono trovare risposta soltanto in una solidarietà di piccolo raggio e che altri strumenti vanno trovati. E vanno integrate le forme di auto-organizzazione con la messa in rete con altre organizzazioni dell'economia civile e della pubblica amministrazione, con la protesta e l'*advocacy*. Si può organizzare un servizio di trasporto per disabili, l'assistenza domiciliare, un micronido, un luogo di incontro per giovani che stanno cercando lavoro, ma contemporaneamente si deve entrare in rapporto con chi offre servizi analoghi, con le amministrazioni locali, con le fondazioni bancarie, agire perché ognuno faccia la sua parte, protestare quando i bisogni dei cittadini vengono disattesi.

L'obiettivo è di promuovere politiche integrate in cui ognuno possa fare la sua parte: i cittadini nell'auto-organizzarsi, le pubbliche amministrazioni nell'offrire in qualità e quantità adeguate i servizi che loro competono, i soggetti privati nel rispettare le leggi e i diritti di tutti. Per questa via si possono produrre innovazioni sociali in cui la mutualità ritrova un ruolo che non tradisce le proprie origini.

Riferimenti bibliografici

- Aim - Association Internationale de la Mutualité, 2003, *Les Mutualités en Europe*, contributo alla preparazione del documento per la Commissione europea, Bruxelles.
- Aim - Association Internationale de la Mutualité, 2008, *Trends in Health Systems 2006-2008*, Bruxelles.
- Amice - Association of Mutual Insurers and Insurance Cooperatives in Europe, 2008, *The Market Share of Mutual and Cooperative Insurance in Europe*, Bruxelles.
- Beltrametti L., 2000, *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, Ricerca per la Ctsp, Ministero dell'Economia, Roma.
- Cislaghi C. e Giuliani F., 2006, *L'out of pocket sanitario nelle regioni italiane. Analisi dei dati dell'indagine multiscopo 2005*, mimeo.
- Ceis - Center for Economic and International Studies, 2008, *La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del federalismo fiscale*, Rapporto Sanità del Ceis 2008, Università Tor Vergata, Roma.
- Doglia M., 2008, *L'equità nel Ssn*, in Ceis - Center for Economic and International Studies, *La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla*

RPS

Adriana Luciano

- riforma del Titolo V e alla vigilia del federalismo fiscale*, Rapporto Sanità del Ceis 2008, Università di Roma Tor Vergata, Roma, pp. 373-384.
- Fimiv - Federazione italiana mutualità integrativa volontaria, 2008, *Rapporto di missione della mutualità volontaria. Il contributo del mutuo soccorso alla sussidiarietà, alla responsabilità partecipata, al vivere civile e solidale*, Roma.
- Fondazione Centro per lo studio e la documentazione delle società di mutuo soccorso, 2009, *Il mutuo soccorso a carte scoperte*, a cura di B. Menegatti e D. Robotti, Centro Studi Piemontesi, Torino.
- Hirschman A., 1970, *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline of Firms, Organizations and States*, Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Camera dei deputati, 1988, *Spesa dei cittadini per la salute*, Indagine conoscitiva del Parlamento italiano, Roma.
- Istat, 2007, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, disponibile all'indirizzo internet: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/testointegrale.pdf.
- Luciano A., 2012, *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità. Risposte alla crisi del welfare*, Euricse (European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises) Wp n. 32/12.
- Rago S., 2012, *Il valore aggiunto della mutualità sanitaria integrativa nel sistema di welfare italiano*, Aiccon (Associazione Italiana per la promozione della Cultura della Cooperazione e del Non Profit), Università di Bologna.