

PREFAZIONE

La ricerca sul ruolo delle mutue sanitarie integrative che ora viene presentata al giudizio del lettore si caratterizza per non pochi pregi. In primo luogo, per lo stile espositivo chiaro e di agevole accessibilità anche al non specialista della materia. Secondariamente, per l'approccio di studio adottato; un approccio che sa combinare in modo equilibrato momento storico e momento analitico.

Infine, per le indicazioni di *policy* che da essa emergono. È questo un pregio di non poco conto, se si considera che, in generale, i ricercatori italiani sono spesso degli ottimi diagnostici, ma non altrettanto bravi terapeuti (di questi tempi, è tornata a circolare l'antica massima secondo cui gli economisti sono dei pessimi chirurghi: lavorano a meraviglia sul morto e martorizzano il vivo!). Si deve allora essere grati agli autori di questo studio – gli economisti M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini – per aver falsificato quella massima e per lo sforzo profuso, che vale a colmare un vuoto di conoscenze in un ambito, oggi, di strategica rilevanza.

Nel poco spazio che ho a disposizione, desidero soffermare un poco l'attenzione sul senso profondo, oggi, di un articolato sistema di mutue sanitarie integrative a base territoriale (e non già categoriale) al fine di assicurare la sostenibilità di un Servizio sanitario nazionale che voglia restare universalistico e, in pari tempo, efficiente.

La seconda metà del XX secolo sarà ricordata, nella storia del welfare, come il periodo in cui si attua, per la prima volta nei paesi avanzati, un coinvolgimento diretto e indiretto dello stato nell'organizzazione e/o gestione dei servizi sanitari. È bensì vero, infatti, che è nel 1883 che Bismarck introduce in Germania l'assicurazione nazionale contro gli incidenti sul lavoro; che è nel 1911 che il Giappone crea il primo fondo per l'assistenza sanitaria dei poveri; che è nel 1912 che Lloyd George introduce in Gran Bretagna la prima forma di assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori; che è solo negli anni Venti che si registra in Italia la prima forma di assistenza sanitaria a carico dello stato per i dipendenti pubblici. Ma non si può certo negare che è solo a partire dal 1945 – anno in cui prende avvio in Inghilterra il *National Health Service* ad opera principalmente di Lord Beveridge e Bevan – che i governi dei paesi occidentali (chi prima, chi poi) iniziano a porre al centro delle loro agende domestiche la questione della difesa dei cittadini dai rischi connessi allo stato di salute. A prescindere dalla specificità delle risposte locali, ciò avviene sulla base del riconoscimento e dell'accettazione in termini politici, di un principio fondamentale: mentre si può acconsentire sul fatto che, in economie di mercato, sia il reddito (genericamente inteso come indicatore delle condizioni economiche) a determinare l'accesso di una persona ad un'ampia categoria di beni e servizi, non si può accettare che il reddito valga anche a definire le condizioni di accesso alle cure sanitarie, cioè, in ultima istanza, alla vita. Di qui l'idea di garantire, almeno tendenzialmente, a tutti i cittadini eguali opportunità di accesso alle cure. Si deve ricordare che all'affermazione di tale principio hanno contribuito, in modo determinante, l'avanzamento delle conoscenze in campo medico e lo straordinario progresso delle tecnologie bio-medicali, registrati nel corso dell'ultimo mezzo secolo (come i trattati di storia della medicina documentano e come ci ricorda Victor Fuchs, fino alla seconda guerra mondiale le cure mediche avevano ben poco da offrire in termini di miglioramenti della salute: tanto che non sempre era conveniente sottoporsi ai trattamenti terapeutici disponibili).

Come si sa, delle tre principali nozioni di equità nelle cure sanitarie – eguaglianza dello stato di salute; eguaglianza d'uso delle cure a parità di bisogno; eguaglianza di accesso alle cure – è la terza quella adottata da tutti coloro che, finora, hanno cercato di realizzare un welfare *abilitante*: c'è un livello di bisogni, come quelli sanitari, che sono comuni a tutti in quanto espressione della condizione umana e che pertanto devono essere soddisfatti prima ancora che i soggetti facciano ingresso nel mercato.

A ben considerare, è l'accettazione acritica e non ponderata di tale nozione di equità che vale, in buona parte, a spiegare il progressivo e sempre più rilevante intervento dello stato nella spesa sanitaria nel corso degli ultimi decenni. Come gli *Health data* dell'Ocse ci documentano, persino negli Usa – paese nel quale non esiste, al pari che in Turchia, un Servizio sanitario nazionale, o qualcosa di simile – la spesa sanitaria pubblica è stata, nel 2007, il 46,7% circa della spesa sanitaria totale, contro il 75% circa degli altri ventidue paesi dell'Ocse (si rammenti che è solo nel 1965 che gli Usa introducono i programmi *Medicare* e *Medicaid*).

Ebbene, è all'interno di un quadro del genere che, in anni recenti, si è imposta, nel dibattito pubblico, la questione della libertà di scelta da parte del consumatore di prestazioni sanitarie. Tanto che è a questa nozione che sempre più si fa riferimento per differenziare tra loro i diversi modelli sanitari. Ma chi è il soggetto cui riferire la libertà di scelta?

Tre sono le posizioni che è possibile distinguere nel dibattito corrente. Secondo una prima, favorita da chi si riconosce nella tesi dello stato sociale come «stato dei trasferimenti», il consumatore di servizi sanitari è un mero *utente* degli stessi e pertanto un soggetto la cui unica rea le opzione di scelta è quella della protesta, ovvero della «voce» nel senso di A. Hirschman. Una seconda posizione, di matrice liberal-individualista, è quella del consumatore come *cliente*: questi è un soggetto che, essendo dotato di potere d'acquisto, «ha sempre ragione» e ciò nel senso che, all'interno del suo campo di scelta, il cliente esercita una vera e propria sovranità, la quale si manifesta nella possibilità di impiego dell'opzione «uscita». Infine, c'è la posizione, di derivazione dalla teoria dei diritti, che pensa al consumatore come *cittadino*, il quale non si limita a consumare i servizi che preferisce, ma «pretende» di concorrere a definire e talvolta a produrre, con i vari soggetti di offerta, i pacchetti di prestazioni.

Non è difficile cogliere le implicazioni delle tre posizioni. La prima condurrebbe ad una riproposizione, sia pure in versione aggiornata, del modello statalista di welfare sanitario, un modello che distribuisce, magari generosamente, servizi in risposta ai bisogni astratti dei soggetti, prescindendo però dalle loro specifiche biografie.

Ma ormai sappiamo che quando si dimenticano o si annullano le specificità proprie dei soggetti beneficiari dei servizi sociali, *in primis* di quelli sanitari, si ottiene una lievitazione dei costi ed un aumento dei livelli di insoddisfazione.

D'altro canto, il consumatore-cliente solo in apparenza è libero di scegliere. Lo è certamente nel senso debole di scegliere in base alle sue preferenze, ma queste, in un ambito come quello delle cure sanitarie, sono massimamente manipolabili, e ciò, a causa di irremovibili asimmetrie informative tra chi produce e chi consuma.

Più in generale, v'è da osservare che la domanda di servizi sanitari è una domanda derivata dalla «domanda di salute», cioè dalla percezione soggettiva dello stato di salute desiderato. Notoriamente, quest'ultimo è «funzione», oltre che delle cure sanitarie, di fattori quali l'ambiente, i luoghi di lavoro, i regimi alimentari, la famiglia e altri ancora. Ora, su tale percezione soggettiva influiscono non solamente variabili come lo *status* sociale o il grado di educazione, ma anche, e forse soprattutto, «l'effetto disponibilità» (le variazioni dell'offerta inducono una corrispondente variazione della domanda) e «l'effetto insieme di scelte» (le opportunità di accesso alle cure condizionano le preferenze del paziente, proprio come la parabola «dell'uva acerba» e la teoria della dissonanza cognitiva insegnano). Ecco perché è veramente troppo poco declinare il concetto di libertà di scelta con riferimento alla figura del consumatore-cliente. Anche perché non sempre nel mercato sanitario – che è tipicamente un mercato locale – può esistere una pluralità di soggetti di offerta: chi vive fuori dai grossi centri urbani – e in Italia il 60% circa della popolazione si trova in tale condizione – non ha che l'ospedale locale nel proprio insieme di scelta!

È alla figura del consumatore-cittadino che le mutue sanitarie integrative reputano necessario applicare il principio della libertà di scelta. Concretamente, questo significa che l'organizzazione

della sanità deve riconoscere ai soggetti – sia individuali sia collettivi – quella capacità, vale a dire quell'*empowerment* che consente loro di diventare partner attivi nel processo di programmazione sanitaria e nell'adozione delle conseguenti scelte strategiche. A sua volta ciò presuppone che la società civile si organizzi in maniera acconcia se si vuole trovare il modo di convertire il bisogno di salute in una domanda di prestazioni sanitarie che sia rispettosa dell'autonomia personale. In buona sostanza, il passaggio culturale da favorire è quello dalla libertà come potere di autodeterminazione – secondo cui la libertà di scelta è valutata per ciò che essa ci consente di fare o di ottenere – a quello della libertà come potere di autorealizzazione, secondo cui la libertà ci interessa perché ci consente di affermare la nostra dignità.

Quanto a dire che mentre la negazione della libertà come autodeterminazione ci sottrae utilità, la negazione della libertà come autorealizzazione ci toglie dignità, il che è certamente più grave.

La salute pubblica è un esempio tipico di esternalità sociale, così come lo sono la coesione sociale oppure lo sviluppo locale. In presenza di esternalità sociali, i benefici complessivi generati dall'attività di un soggetto di offerta non sono solamente quelli attribuibili all'*output* ottenuto, ma anche quelli collegati al modo – cioè al tipo di processo – in cui quell'*output* è stato ottenuto e soprattutto al sistema motivazionale che anima coloro che promuovono quella certa attività. Ne consegue che l'esistenza di esternalità positive, mentre scoraggia l'impresa *for profit* dall'accrescere il proprio investimento, rappresenta la missione stessa di una mutua, la ragione cioè per la quale i membri di quest'ultima si uniscono per dare vita ad un'attività economica. Si badi che, con ciò, non si vuol affatto significare che l'impresa *for profit* non sia interessata a prendere in considerazione le esternalità sociali oppure che non sia contenta di produrle. Si vuol semplicemente affermare che l'obiettivo della massimizzazione del profitto (o di un qualche altro indicatore di profittabilità) non consente all'impresa *for profit* di «attribuire» un qualche peso a tali esternalità all'interno del proprio processo decisionale, anche se resta vero che altri soggetti (ad esempio, un ente locale oppure un'associazione di consumatori) potrebbero indurre o costringere l'impresa *for profit* a ciò.

Ebbene, è all'interno della prospettiva di discorso sopra appena abbozzata che si può spiegare la ripresa di interesse al modello civile di welfare, un modello che affonda le sue radici, come si è detto, nell'economia civile di mercato e che vede le Organizzazioni della società civile (Osc) – quali sono appunto le mutue sanitarie integrative – giocare un ruolo di vitale importanza.

Il ruolo comprimario che le Osc sono chiamate a svolgere è condizione necessaria affinché il principio di *sussidiarietà circolare* possa pienamente dispiegarsi. Tale principio, infatti, non solamente esige che lo stato non faccia ciò che i soggetti della società civile sono in grado di fare, ma anche che il mercato capitalistico non faccia ciò che può fare la reciprocità. Quanto a dire che, non solo lo stato, ma anche il mercato capitalistico può minacciare la sussidiarietà circolare. L'idea su cui quest'ultima si regge è quella di far interagire, in modo sistematico, i tre vertici del triangolo «magico» della società che denotano la sfera politico-istituzionale; la sfera commerciale; la sfera della società civile.

Dove conduce questa alternativa di sguardo relativamente a ciò che attiene la riforma del welfare sanitario?

Al superamento del modello di *welfare mix* (che ha ipotizzato il dibattito culturale nel corso degli anni Novanta) e all'adozione del welfare civile. Come è noto, il *welfare mix* si avvale dei quasi mercati quale strumento per abbattere gli sprechi, razionalizzare i costi ed innalzare il livello di efficienza. Non v'è dubbio che si tratti di un avanzamento importante rispetto al modello statalista di welfare, della cui improponibilità, oggi, sono tutti consapevoli. Il *welfare mix* poggia sull'idea che il problema da risolvere sia un problema di costi e, quindi, che tutto quel che vi sarebbe da fare sul piano politico è trovare i modi per ottenere la loro riduzione. Chiaramente, solo in una società

stazionaria (o quasi) in cui fosse possibile predefinire le tipologie di bisogno da soddisfare, ciò potrebbe ritenersi sufficiente.

In una tale società, infatti, le situazioni di permanenza farebbero aggio su quelle di passaggio, così che sarebbe relativamente agevole prevedere e programmare i flussi di spesa e le modalità di intervento.

Ma in società caratterizzate da una sostenuta dinamica evolutiva per ciò che riguarda l'emergere di nuovi bisogni sanitari, nelle quali il meccanismo delle aspettative soggettive sospinge sempre più verso l'alto gli standard qualitativi e nelle quali le situazioni di passaggio sono diventate la norma, una strategia basata sul solo contenimento dei costi e sulla razionalizzazione della spesa sarebbe votata al sicuro insuccesso. In altri termini, se si pensa di far dipendere il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini di una società che progredisce dalle sole risorse che l'ente pubblico riesce a mettere in campo con la tassazione – sia pure fortemente progressiva – l'esito finale non potrebbe che essere l'abbandono dell'universalismo, con l'adozione di programmi di tipo selettivistico. A meno di ridurre significativamente gli standard qualitativi per tutti.

Ecco perché è divenuto urgente cambiare prospettiva di discorso. L'idea centrale è che non solo l'ente pubblico, ma tutta la società deve farsi carico del welfare. E ciò a partire dalla considerazione che i portatori di bisogni sono anche portatori di conoscenze e di risorse. Duplice la conseguenza che deriva da un tale cambiamento.

Da un lato, l'ente pubblico non può continuare a pensarsi come unico ed esclusivo titolare del diritto-dovere di erogare servizi sanitari e, specialmente, del potere di definire da solo i *modi* di soddisfacimento dei bisogni individuali.

Dall'altro lato, le mutue sanitarie integrative devono cessare di rappresentarsi come soggetti del parastato oppure come soggetti solo funzionali alla filantropia d'impresa.

Al contrario, essi devono mirare ad uno *status* di completa indipendenza – che è cosa ben diversa dalla separazione – sia dalla sfera pubblica sia da quella del privato commerciale. Grazie, dunque, ad Aiccon e a Fimiv per aver voluto colmare un vuoto conoscitivo di grande rilevanza in un ambito di così centrale importanza pratica come è quello della mutualità sanitaria integrativa.

STEFANO ZAMAGNI

Università di Bologna e presidente della Commissione scientifica di Aiccon