



FEDERAZIONE ITALIANA DELLA MUTUALITÀ
INTEGRATIVA VOLONTARIA

INTERVENTO DI STEFANO ZAMAGNI ALLA XI GIORNATA DELLA MUTUALITÀ BOLOGNA 22 APRILE 2023

L'universale riconoscimento del valore e della importanza della sussidiarietà si scontra oggi con una preoccupante caduta delle sue possibilità di attuazione pratica. C'è da pensare che ciò dipenda, oltre che dal ben noto ritardo della cultura italiana su tale fronte, da una perdurante confusione di pensiero tra le tre versioni del principio in questione: quella verticale, che chiama in causa la regola di distribuzione della sovranità tra i diversi livelli di governo (in buona sostanza, si tratta del decentramento politico-amministrativo); quella orizzontale che, invece, ha a che vedere con la regola di attribuzione di compiti operativi a soggetti diversi da quelli della Pubblica Amministrazione, così da realizzare una cessione di sovranità; quella circolare che costituisce una forma, ancora inedita nella maggior parte dei paesi occidentali, di condivisione di sovranità. Se la sussidiarietà in senso verticale dice del rifiuto del centralismo e del dirigismo e parla dunque a favore del decentramento amministrativo, la sussidiarietà in senso orizzontale attiene piuttosto al criterio con cui si ripartisce la titolarità delle funzioni pubbliche tra enti pubblici e corpi intermedi della società civile, suggerendo in tal modo che la sfera del pubblico non coincide, totalmente, con la sfera dello Stato e degli altri enti pubblici.

Che dire invece della versione circolare della sussidiarietà? Si tratta di un principio la cui prima elaborazione risale alla fine del XIII secolo e che deve molto al pensiero di Bonaventura da Bagnoregio e di altri importanti autori della Scuola di pensiero Francescana. Al solo scopo di fissare l'idea, si pensi ad un triangolo ai cui vertici si collocano l'ente pubblico, la comunità degli affari, cioè il vasto mondo delle imprese, e al terzo vertice il variegato mondo degli enti di Terzo Settore, espressione della società civile organizzata. I tre soggetti devono interagire tra loro in modo sistematico, non sporadico, sulla base di predefiniti protocolli operativi per decidere sia le priorità degli interventi da realizzare sia le modalità di esecuzione degli stessi. In altro modo, è questa una specifica forma di governance basata sulla co-programmazione e sulla co-progettazione degli interventi, il cui fine ultimo è la rigenerazione della comunità. A ben considerare, si tratta di un modo

di impegno politico complementare (non alternativo) a quello tradizionale basato sui partiti – un modo che consente alle persone, la cui voce mai verrebbe altrimenti udita, di contribuire ad allargare lo spazio dell'inclusione sia sociale sia economica. Quella dell'organizzazione della comunità ("community organizing") è una strategia né meramente rivendicativa né tesa a creare movimenti di protesta. Piuttosto è una strategia la cui mira è quella di articolare in modo nuovo le relazioni tra Stato, Mercato, Comunità. In buona sostanza, si tratta di applicare, per un verso, il principio di non ingerenza (Stato e altre autorità non devono impedire ai corpi intermedi della società di agire liberamente in vista del bene comune) e, per l'altro verso, il dovere di favorire e sostenere, con strumenti e risorse adeguate, le iniziative degli Enti di Terzo Settore e in particolare del mutualismo.

Un modo spedito di saggiare la robustezza sul piano pratico del principio di sussidiarietà circolare è quello di metterlo alla prova su un banco specifico: quello del nuovo modello di welfare verso il quale, con grande stento, si cerca di avanzare – un modello che ha nel concetto di *co-produzione* il suo pilastro portante. Se si analizza l'evoluzione delle politiche di fornitura dei servizi di *welfare* (assistenza, sanità, educazione, previdenza) è possibile individuare, dal dopoguerra ad oggi, tre distinte fasi.

La prima ha avuto inizio a partire dagli anni '50 ed è nota in letteratura come "*Old Public Administration*". L'obiettivo era quello di aumentare i livelli di efficienza delle organizzazioni pubbliche (dando maggiore autonomia ai dirigenti, e responsabilizzandone il comportamento). Questo modello si basa su tre pilastri: regole, controllo e, soprattutto, gerarchia. La burocrazia è l'elemento chiave che tiene assieme i tre pilastri e quella verticale è l'unica versione della sussidiarietà che è ammessa. In questo modello prevale la concezione del fruitore dei servizi come *utente*, ovvero come un soggetto che, secondo la ben nota distinzione di Albert Hirschman, può esercitare esclusivamente l'opzione "*voice*" (letteralmente "protesta"). In altri termini, l'utente che ha accesso ai servizi ma non è soddisfatto può solo protestare, manifestando in un modo o nell'altro il proprio dissenso. Oggi, la concezione del fruitore-utente è respinta perché non più all'altezza delle nuove sfide.

La seconda fase inizia negli anni '70 ed è nota come "*New Public Management*". L'idea che ne è alla base è quella di inserire all'interno delle organizzazioni pubbliche elementi di mercato, nella forma dei *quasi-mercati*, ovvero mercati in cui la proprietà rimane pubblica ma la gestione è di tipo privatistico. Questa seconda fase ha dato importanti risultati sul fronte del recupero dei livelli di produttività e di efficienza (privatizzazioni, sistema del *contracting out* e devoluzioni sono stati gli strumenti più utilizzati in esplicita applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale). Tale

modello, inoltre, postula l'idea di un fruitore di servizi percepito non più come utente ma come *cliente*. Il cliente, a differenza dell'utente, può esercitare l'opzione "*exit*" (letteralmente "uscita"): il cliente se non è soddisfatto smette di usufruire del servizio e si rivolge ad altri fornitori.

Infine, con l'inizio del nuovo secolo si apre una terza fase della co-produzione. Si tratta del terzo modello noto come "*New Governance Model*". L'idea alla base di tale modello è quella di considerare il fruitore come un portatore di bisogni che non può essere spogliato degli attributi di cittadino. Il fruitore-cittadino è un soggetto che può esprimere il suo punto di vista circa il servizio e coopera per l'individuazione delle soluzioni migliori. Come sopra si è scritto, è in ciò il nucleo duro della sussidiarietà circolare. Va sottolineato che mentre il passaggio dal primo al secondo modello non è stato quasi avvertito, ed è avvenuto in modo piuttosto indolore, il passaggio alla terza fase della co-produzione va incontrando diverse sacche di resistenza. Parecchie sono le ragioni che si possono suggerire. Certamente, una di queste è il ritardo culturale dovuto alla persistenza presso gli operatori sociali di antiche e ormai obsolete mappe cognitive. Un'altra ragione è di tipo ideologico. Il fatto è che nel modello di welfare di comunità l'interazione fra i diversi *stakeholder* interviene in tutte e quattro le fasi del ciclo di produzione dei servizi di *welfare*: programmazione, progettazione, erogazione e valutazione. E, come si può intuire, non tutti riescono ad accettare le implicazioni concrete di tale modo di procedere.

Ad ogni modo, è la crisi sistemica del welfare state a dare ragione dell'interesse crescente che da qualche tempo viene rivolto al welfare di comunità. In quest'ultimo, è l'intera società, e non solo lo Stato, che si fa carico del benessere di coloro che la abitano. Un primo guadagno certo del welfare di comunità è quello di favorire il reperimento delle risorse necessarie al suo funzionamento dal momento che il soggetto portatore di bisogni è anche un portatore di risorse – monetarie e non. Quando si dice "mancano le risorse" ci si riferisce a quelle pubbliche, non certo a quelle private. D'altro canto, l'alternativa al welfare di comunità sarebbe solo una: l'avvicinamento al modello del *welfare capitalism*, un modello inaugurato negli USA nel 1919, che affida, in modo affatto discrezionale, alla sensibilità sociale delle imprese il soddisfacimento dei bisogni dei loro dipendenti e collaboratori. Ecco perché è urgente porre in atto un welfare nel quale imprese, enti pubblici e cittadini con le loro organizzazioni mutualistiche concorrono, in proporzione alle rispettive capacità, a definire protocolli di partenariato per la programmazione e gestione degli interventi.

Le ragioni finora addotte nel nostro paese per ostacolare la realizzazione del welfare di comunità sono quelle ormai familiari ma la ragione vera, è la difficoltà, di natura basicamente culturale, di far comprendere ai cittadini che l'abbandono del modello neo-statalista di welfare, (nel

quale lo stato conserva il monopolio della committenza), non significa affatto cadere nelle braccia del modello neoliberista di welfare (il *welfare capitalism*). Destatizzare non implica necessariamente privatizzare, perché resta sempre aperta la via della mutualizzazione. In altro modo, il motto è: depubblicizzare socializzando e non privatizzando: è questa la cifra del welfare di comunità.

Il punto ora sollevato rinvia alla grossa questione riguardante la libertà di scelta da parte del consumatore di prestazioni sanitarie. Chi è, dunque, 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 reale 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 e 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 partners attivi nel processo di programmazione sanitaria e nella 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 è 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 e 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 una 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.

Per chiudere. È urgente prendere atto che i processi di innovazione sociale e di trasformazione dal basso sono, oggi, una risorsa indispensabile per avviare il nostro paese sulla via dello sviluppo umano integrale. La recente linea di azione politica che l'Unione Europea ha fatto propria si muove in questa direzione. Ne è prova il lancio dell'*Action Plan for Social Economy*, del novembre 2022, la cui cifra è quella di assegnare al Terzo Settore, e in modo speciale alle mutue, alle imprese sociali e alle cooperative sociali, compiti non solamente di welfare e redistributivi, ma pure di sviluppo economico, cioè di generazione di valore economico. Tanto che la *Proximity and Social Economy* è stata inserita tra i 14 cluster industriali sui quali poggia la *recovery strategy* europea. Quella della *social and impact economy* è un'idea recente in Europa e se ad essa si è giunti è anche merito del grande lavoro svolto dal nostro Terzo Settore negli ultimi decenni. Degna di nota speciale è l'approvazione, il 18 aprile 2023, da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite della risoluzione, prima del genere di tale istituzione, sulla economia sociale e solidale. Risoluzione che riconosce esplicitamente la rilevanza del Terzo Settore, come agente fondamentale per la ricostruzione dei legami comunitari, cioè del capitale sociale, delle nostre società. Non meno importante è stata la risoluzione, approvata nel 2022, dell'ILO (*International Labour Organization*) e dell'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*) avente per oggetto il "Decent work and the social and solidarity economy" e la "Recommendation of the Council on the social and solidarity economy and social innovation".

Chiaramente, perché da provvedimenti come quelli or ora indicati possano derivare gli esiti sperati è necessario che mutue e altri enti di Terzo Settore riescano ad operare come soggetti d'impresa, il che implica che essi possano accedere a fonti di finanziamento che consentano loro non solo l'autonomia d'azione, ma soprattutto la capacità di programmare le proprie attività su orizzonti temporali di medio e lungo termine. Il risultato è che ci troviamo oggi con tanti ottimi e generosi *operatori* sociali, ma relativamente pochi *imprenditori* sociali. Il Terzo Settore non fa politica, ma fa bene alla politica. Ecco perché è urgente recuperare la distinzione fra sfera pubblica e sfera politica. La prima – che non va assolutamente confusa con la sfera statale – è il luogo del dibattito e del confronto delle diverse visioni del mondo presenti nella società. È questa la sfera particolarmente carente, in questo tempo, nel nostro (come in altri) paese. La missione nascosta del Mutualismo è oggi quella di rivitalizzare la sfera pubblica. In tal senso, di grande rilevanza è la sentenza 72 del marzo 2022, con cui la Corte Costituzionale afferma espressamente che il Terzo Settore, legandosi

agli articoli 2 e 3 della Costituzione, attiene ai suoi principi fondamentali. Forse è giunto il momento di passare dall'espressione storica "società di mutuo soccorso" a "società di mutuo vantaggio".

Nel 1835 Alexis De Tocqueville, ministro degli affari esteri del Governo francese e noto illuminista liberale, scrisse il celebre: *Democrazia in America*. Vi si legge: "Tra tutte le leggi che reggono le società umane ve n'è una che appare più chiara e precisa di tutte le altre, perché gli uomini restino civili o lo diventino bisogna che l'arte di associarsi si sviluppi e si perfezioni presso di loro nello stesso rapporto con cui si accresce la ricchezza". In Italia il servizio sanitario nazionale nasce nel 1978! William Beveridge, inglese, diede vita al welfare state nel 1942 con il famoso Piano Beveridge. Nel suo discorso al Parlamento inglese disse, fra l'altro: "La formazione di una buona società dipende non dallo Stato ma dai cittadini che agiscono in libere associazioni; la felicità o l'infelicità della società in cui viviamo dipende da noi stessi quali cittadini non tanto dallo strumento del potere politico che noi chiamiamo Stato. Lo stato deve incoraggiare l'azione volontaria di ogni specie per il progresso sociale". Come è agevole intendere, è questo lo sfondo culturale sul quale interpretare il significato profondo del mutualismo. Ha scritto Seneca "concordia parvae res crescunt, discordia maximae dilabuntur". (Nella concordia anche le piccole cose crescono). Concordia significa letteralmente mettere assieme ("con") i cuori ("cordia"). L'auspicio sincero che rivolgo a tutti voi è di recuperare quello spirito di concordia che fa di realtà come le vostre veramente un elemento di avanzamento e di progresso morale e civile del nostro paese.