

I significati della mutualità

a cura di
Stefano Maggi



FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

La società moderna e contemporanea

Collana fondata da Marino Berengo, Franco Della Peruta e Lucio Gambi

La collana, con l'intento di assumere una sua fisionomia specifica nel panorama delle iniziative editoriali della FrancoAngeli relative al mondo della storia, si propone di ospitare sia ricerche individuali e collettive su tematiche problematicamente o territorialmente ben definite, indagate a diretto contatto con le fonti, sia strumenti di lavoro funzionali alle crescenti e differenziate esigenze della ricerca storica.

Attraverso le sue pubblicazioni la collana cercherà così di offrire ricostruzioni e approfondimenti, documentati e criticamente condotti, sull'ampio arco temporale dell'età moderna e contemporanea, prendendo in esame vicende ed eventi che hanno inciso profondamente nella vita civile e nel tessuto sociale ed economico italiano e internazionale, contribuendo in varia misura a determinarne tratti tipici e connotati distintivi. Allo stesso modo verrà dato ampio spazio alla pubblicazione di fonti e materiali documentari significativi e presentati criticamente, di repertori e inventari archivistici, di bibliografie e strumenti di lavoro.

La collana si articolerà quindi in tre sezioni:

- TD *Testi e documenti*: materiali d'archivio, testi a stampa rari e fonti inedite, documentazioni su nodi problematici, inquadrati da una introduzione generale e corredati di note orientative.
- AC *Analisi e contributi*: studi e proposte di nuovi percorsi di indagine, ricerche locali fondate su un vasto e approfondito scavo di fonti, ricostruzioni criticamente condotte su momenti e problemi specifici di ambito regionale e nazionale, italiano e non.
- RS *Repertori e strumenti*: bibliografie, cataloghi, censimenti di fondi di biblioteca e di archivio, inventari e regesti, e altri strumenti essenziali per il lavoro storiografico.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli ne massimizza la visibilità e favorisce la facilità di ricerca per l'utente e la possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

I significati della mutualità

a cura di
Stefano Maggi

FrancoAngeli

Il volume è stato pubblicato con il contributo della Fondazione Cesare Pozzo per la Mutualità.

In copertina: immagine tratta dalla copertina dello Statuto 2^a sezione della Società di mutuo soccorso fra i macchinisti e fuochisti della Ferrovia Alta Italia. Sede in Milano, Milano, Stabilimento Giuseppe Civelli, 1882.

Isbn: 9788835123675

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123675

Indice

Stefano Maggi, <i>Introduzione</i>	pag. 7
Vera Zamagni, <i>Per un'economia al servizio delle persone: il ruolo del mutualismo</i>	» 13
Stefano Maggi, <i>Mutualismo, mutualità, mutuo soccorso, mutua. Funzioni e definizioni nella storia</i>	» 25
Guido Bonfante, <i>Appunti per una discussione sul mutuo soccorso</i>	» 47
Mario Giaccone, <i>Ambivalenze e polisemie del mutualismo. Una risorsa in rigenerazione</i>	» 59
Luca Nogler, <i>I fondi sanitari collettivi del settore dell'artigianato: ricognizioni e criticità</i>	» 105
Orlando De Gregorio, Federico Razetti, Franca Maino, <i>Le società di mutuo soccorso di fronte alle sfide della sanità integrativa: APRIRSI per ritornare al futuro</i>	» 149

Introduzione

La mutualità ha avuto nella storia una grande importanza, perché le società di mutuo soccorso hanno rappresentato in molti paesi del mondo un elemento fondamentale per arrivare ai moderni e complessi sistemi di *welfare*.

In pratica, le prime forme di sostegno alle famiglie, dopo l'avvio della rivoluzione industriale, furono messe in piedi dai lavoratori. Operai, artigiani, impiegati si associarono e crearono una sorta di salvadanaio comune, nel quale versare una “moneta”, cioè una quota associativa, insieme ad altri abitanti di un paese o ad altri colleghi di lavoro¹, in modo da avere un soccorso in caso di bisogno, per malattia, infortunio, decesso e molto altro ancora.

Si trattava di un avvio delle “assicurazioni sociali”, con il principio di auto-organizzazione (in inglese *self-help*), un settore che sarebbe poi stato ripreso dallo Stato e da imprese private, e avrebbe avuto una crescita enorme nel corso del Novecento.

Persino nell'ambiente fisico esiste il mutualismo fra esseri viventi, di cui l'esempio più facile da comprendere è la simbiosi fra il pesce pagliaccio e l'anemone di mare, ricordato nel noto film *Alla ricerca di Nemo*. Poiché i “pesci pagliaccio” non sono grandi nuotatori, possono divenire facile preda di altri pesci. Per sopravvivere si collocano allora, in un rapporto di simbiosi mutualistica, all'interno degli anemoni, i cui tentacoli pungono gli “abitanti” del mare che non hanno sviluppato come loro una resistenza agli urticanti.

Una situazione simile per le società umane si poteva verificare nel XIX secolo, quando gli operai delle città industriali si trovavano da soli

1. Il mutuo soccorso, nato a livello territoriale, si sviluppò poco tempo dopo in ambito professionale.

con moglie e figli, in un contesto che sembrava ostile, poiché mancavano le attenzioni per le loro condizioni di vita e nessuno li proteggeva in caso di bisogno. Decisero allora di aiutarsi reciprocamente, edificando una sorta di casa comune, che era la società di mutuo soccorso. Il concetto di casa comune che dava protezione era all’inizio simbolico, ma l’aiuto reciproco consentì con il tempo e con i risparmi di edificare veri e propri palazzi del mutuo soccorso, alcuni dei quali divennero in seguito le cosiddette “case del popolo”, luoghi dove i lavoratori si ritrovavano per riunirsi non soltanto nel campo del mutuo aiuto, ma anche in quello del sindacato e poi della politica.

Questo libro raccoglie i saggi rielaborati dalle relazioni tenute a un convegno del 22 ottobre 2019 a Bologna, dal titolo *I significati della mutualità*. Mettendo a confronto studiosi di diverse università e discipline, il convegno aveva analizzato vari temi del mutuo soccorso, come strumento per un sistema di protezione sociale inclusivo e solidale, non soltanto nel passato ma soprattutto nel presente.

Il convegno aveva dunque confrontato i significati di mutualità elaborati nelle diverse discipline, per avviarne una ridefinizione profonda e comprensiva, in modo da spiegarne il potenziale nella situazione attuale.

Il mutuo soccorso conserva ancora oggi dei valori importanti, quelli della solidarietà, che nell’Ottocento si ispiravano alla *fraternité* della Rivoluzione francese. Per tutto il periodo antecedente alla realizzazione del cosiddetto “stato sociale”, furono le società di mutuo soccorso a fornire la protezione a persone e famiglie. I loro sussidi di malattia, infortunio, decesso erano un elemento determinante di quello che oggi si chiama *welfare*.

Quando le istituzioni statali e parastatali, come le mutue sanitarie di categoria (INAM, ENPAS e altre), sono intervenute per garantire l’assistenza e la salute, il mutuo soccorso è caduto nell’oblio. Ma non si è esaurito, trovando nuovi stimoli e nuovi compiti negli aspetti ricreativi, e anche nella tutela di settori del lavoro, che non erano assistiti dalle mutue di categoria, come – per fare un esempio di metà Novecento – alcune tipologie di lavoratori autonomi.

Insomma, in quasi due secoli di vita, dal 1848, quando fu fondata la prima Società generale operaia a Pinerolo, fino a oggi, vi è stato tutto un processo di adattamento ai tempi, che poche altre forme associative possono vantare.

Il mutuo soccorso storico ha vissuto dunque tante stagioni, ma è ancora vivo e vegeto, anzi è tornato di attualità tra fine XX secolo e inizio XXI, trovando una nuova vitalità nel settore della sanità integrativa e più di recente nel cosiddetto *welfare* aziendale.

Il contesto è però completamente mutato, oggi il settore della sanità integrativa è presidiato dalle assicurazioni, che tendono a proporre una “sanità sostitutiva” rispetto al sistema pubblico, venendo incontro – per esempio – alle richieste dei clienti per anticipare prestazioni di diagnostica sulle quali il sistema sanitario nazionale risulta troppo lento. Il mutuo soccorso non riesce a distinguersi nella mentalità comune da forme *for profit* e neppure da forme *no profit* progettate dal mondo *profit*. Anzi, spesso è costretto a rincorrerle, per il rischio di rimanere isolato e ancora più marginale. Dovrebbe proporre una sanità davvero integrativa rispetto al sistema pubblico, per accrescere le tutele dei propri soci, ma non sempre ci riesce, dovendo competere con imprese private.

Insomma, sul tema dell’integrazione sanitaria c’è un po’ di confusione e non è facile uscirne. Questo libro, con i suoi contenuti, prova a riflettere sulla necessità di mettere un po’ di ordine in una questione estremamente complessa, che ci riguarda tutti come cittadini.

Del resto, la necessità di tornare a parlare di mutualità nel XXI secolo si impone per l’aumento delle diseguaglianze, dovuto alla riduzione delle protezioni sociali del sistema di *welfare state*, nonché alle trasformazioni intervenute nel mondo del lavoro.

Quote crescenti di persone avrebbero necessità di accedere in forma collettiva a prestazioni non erogate dal sistema pubblico di *welfare*, e invece devono curare da sole la propria salute o quella dei propri cari. Devono cioè comprare sul mercato servizi di *welfare*, spesso neppure aiutati da erogazioni monetarie da parte dello Stato: si pensi al caso delle badanti. Questi cittadini, tra l’altro, non sono di solito in grado di acquisire servizi di tipo assicurativo riguardanti la salute, a causa del costo molto alto delle polizze.

In qualche modo, si ritrova la situazione di assenza o insufficienza di protezioni della seconda metà dell’Ottocento, quando milioni di persone coinvolte dai processi di industrializzazione e migrazione trovarono nel mutualismo una risposta importante ai loro bisogni di protezione sociale.

In sintesi, con il passare dei decenni, le società di mutuo soccorso si sono evolute e adattate: dopo aver posto le basi per un vero e proprio *welfare state*, hanno finito per affiancarlo, integrandolo, al fine di garantire maggiori tutele in campo socio-sanitario a favore di tutti coloro che vogliono aderirvi.

Vale la pena di ricordare le loro caratteristiche e i loro principi:

- principio della porta aperta, cioè si possono iscrivere tutti i cittadini;
- non adozione di politiche di discriminazione dei rischi nei confronti dei soci iscritti, cioè non si esclude un socio che presenta particolari problematiche, ad esempio di salute;

- partecipazione e gestione democratica, perché gli amministratori vengono eletti dai soci e non nominati da altri;
- rinuncia al diritto di recesso: soltanto il socio può esercitarlo, non lo può esercitare la società di mutuo soccorso, salvo comportamenti scorretti del socio stesso;
- possibilità di garantire assistenza per tutta la vita al socio, cioè il legame non si chiude al momento della pensione o a una certa età, bensì rimane fino alla morte del socio stesso.

Attualmente, molte sono le modalità per entrare a far parte di una società di mutuo soccorso: l'adesione volontaria del singolo cittadino; gli accordi collettivi con enti e organizzazioni per adesioni individuali; infine, esiste la possibilità, da parte di una singola azienda o per effetto del contratto collettivo nazionale di lavoro, di istituire un fondo sanitario a favore di specifiche categorie di lavoratori, che può essere gestito da una società di mutuo soccorso.

Questo libro, intitolato *I significati della mutualità*, prova a raccontare e a spiegare la situazione di oggi, confrontandola con quella di ieri.

Il saggio iniziale di Vera Zamagni approfondisce – con un affascinante excursus storico – il ruolo del mutualismo per un'economia al servizio delle persone, partendo da lontano, dall'assunto antropologico dell'economia moderna, quando fu definito l'*homo oeconomicus* come individuo che vuole massimizzare l'utilità individuale, perdendo il riferimento all'etica del bene comune, ben presente nelle tante città stato del periodo medioevale. Invece, le società di mutuo soccorso, il cooperativismo e il sindacalismo rappresentarono gli strumenti più efficaci messi in campo per impedire l'asservimento delle persone alle logiche del profitto.

Il saggio del sottoscritto ripercorre le attuazioni storiche della mutualità a partire da metà Ottocento, con un'analisi dell'evoluzione semantica e pratica dei temi ad essa legati. Nel corso dei decenni, le mutue passarono dal volontarismo all'obbligatorietà e quindi da forme associative piccole e ad adesione volontaria fino alle forme burocratizzate del periodo fra la Seconda guerra mondiale e il 1978, data di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel terzo saggio, Guido Bonfante esplora i nuovi percorsi giuridici della mutualità, spiegando ciò che oggi è reso possibile dalla riforma e dal conseguente Codice del Terzo settore. Una pluralità di scenari si è aperta per il mutuo soccorso, a partire da un'applicazione più consapevole della "mutualità mediata", per inserire meglio le società di mutuo storiche nell'integrazione sanitaria e nel *welfare* di comunità. L'importante è che

le mutue esistenti facciano rete, invece di chiudersi nella sola celebrazione del passato.

Mario Giaccone sottolinea nel suo saggio come il termine “mutualismo” stia ritornando di attualità e venga riscoperto in ambiti dai quali appariva scomparso, come un’opportunità a fronte dei drammatici cambiamenti tecnologici e sociali in corso, secondo modalità nuove che ne arricchiscono e modificano il significato consolidato. Significato che il saggio analizza in base alle definizioni e sfumature di vari autori, in rapporto alle discipline e in rapporto alle situazioni diversificate a livello di Unione Europea, con cenni anche al resto del mondo. Mettere a confronto queste sfumature, ci aiuta a leggere meglio le nuove modalità che il mutualismo sta assumendo, non soltanto in ambito sanitario, come si è abituati a concepirle oggi: e non è da escludere che riprenda una posizione centrale nel rigenerare una società e un sistema di protezione sociale inclusivi e solidali.

Il dettagliato saggio di Luca Nogler ripercorre le ragioni storiche della nascita della bilateralità nel comparto artigiano e ne propone un bilancio alla luce dell’esperienza ormai quasi trentennale, soprattutto nella comparazione tra differenti realtà territoriali ed esperienze nazionali. Un’attenzione particolare viene rivolta ai rischi di istituzionalizzazione e crescente centralizzazione, che sono via via emersi nel corso degli anni.

Infine, il saggio di Orlando De Gregorio, Federico Razetti e Franca Maino offre una lettura approfondita del mutuo soccorso in Italia, frutto di un *position paper* elaborato dal Centro di ricerca “Secondo Welfare”. Il tema è quello delle sfide che il mutuo soccorso ha davanti nell’ambito della sanità integrativa e dei modi per affrontarle. Gli autori propongono alle tradizionali associazioni mutualistiche di “APRIRSI”, acronimo di ascoltare, prevenire, riannodare, includere, rinnovare, sostenere, influenzare.

Dalla lettura dei saggi del libro, emerge in tutta la sua forza l’importanza attuale e futura della mutualità, la quale nasce dalla tradizionale volontà di stare insieme per far fronte ai problemi che, da soli, sarebbe difficile risolvere. È un concetto sempre valido nel corso del tempo: prima, ora, dopo.

Stefano Maggi

Per un'economia al servizio delle persone: il ruolo del mutualismo

Vera Zamagni

Sembrerebbe ovvio che l'economia, come la politica, come la cultura, come la tecnologia esistano per dare servizi alle persone e permettere a tutti di far sbocciare al meglio i propri talenti, contribuendo alla migliore organizzazione della società. Invece proprio ovvio non è, anzi, viviamo in un periodo in cui ci siamo allontanati davvero molto da quell'obiettivo: la tecnologia minaccia di sostituire l'uomo con i robot ad intelligenza artificiale, la cultura si bea di prodotti sempre più incomprensibili o smaccatamente volgari, la politica è diventata un luogo per acquisire favori e ricchezze individuali, l'economia si sta distinguendo per organizzare il mercato in modo da avvantaggiare largamente pochi che diventano sempre più ricchi e persino la generatività si sta spegnendo a favore del *carpe diem*. Che cosa abbiamo smarrito per esserci infilati in un tunnel così poco "umano"?

Al fondamento, c'è sempre la natura bifronte dell'uomo, che può piegare la sua libertà verso strade di virtù oppure di vizio, due facce del comportamento umano che sempre convivono, ma che si combinano con diversa intensità: quando prevale il vizio, conflitti, egoismi, dittature, distruzioni producono crisi che possono persino far scomparire intere civiltà; quando prevale la virtù, cooperazione, solidarietà, democrazia, giustizia hanno il sopravvento, creando una società "aperta" e inclusiva. Ma questo risultato quando viene raggiunto non è conquistato una volta per tutte, occorre sempre monitorarlo, aggiornarlo e curarlo, altrimenti si può perdere.

La storia ha conosciuto più volte "svolte" da una situazione complessivamente positiva ad una negativa e viceversa e studiare i motivi che le hanno determinate è del più alto interesse, per comprendere quali sono i fattori che portano a crisi e quali invece che aprono a periodi di fioritura.

Si tratta di un tema molto complesso, sul quale ho appena scritto un volumetto¹. In questo contesto, mi limito ad alcune riflessioni sull'economia, così come si è evoluta in Europa, e poi nel resto del mondo, a partire dal Medioevo, per poter arrivare a tracciare il ruolo attuale del mutualismo.

Fu solo in Europa che l'economia agro-mercantile, che si era sviluppata spontaneamente anche in altre aree (Medio-Oriente, India, Cina, America centrale), ebbe un particolare slancio e ciò avvenne in connessione con il sorgere di una nuova civiltà di ispirazione cristiana interpretata dalle città-stato sorte sulle ceneri dell'Impero Romano, *in primis* quelle italiane². In esse l'economia venne sviluppata all'interno di un approccio che metteva la persona al centro (*Umanesimo civile*) e che quindi contemplava una pluridimensionalità delle attività esercitate direttamente dai cittadini con forme di autogoverno. La città era pensata come un luogo di "bene comune" attento alle necessità materiali, ma anche a quelle spirituali e socio-relazionali, perché la persona comprende tutte queste dimensioni, e venne dunque costruita con al centro la piazza per il mercato, le cerimonie religiose, i giochi (si pensi al palio di Siena), le discussioni politiche. Attorno alla piazza stavano la cattedrale, il palazzo del governo, la loggia dei mercanti, il monte di pietà, tutti palazzi che presiedevano all'esercizio comunitario delle varie dimensioni della persona. La città era anche dotata di ospedali, lazzaretti (quando necessario), luoghi di ritrovo, conventi, scuole, università (che preparavano medici, notai, filosofi, scienziati, letterati), negozi di artigiani, oltre che dei palazzi di abitazione, e si arricchiva di infrastrutture atte a rendere la convivenza più sicura e piacevole: mura, giardini, fontane, fogne, cimiteri, altre piazze e altre chiese. I cittadini erano tenuti a contribuire a seconda delle loro possibilità al buon andamento dell'economia e della convivenza attraverso corporazioni, associazioni, confraternite, opere assistenziali, ma soprattutto attraverso la loro intraprendenza e abilità professionale, che li portò a creare nuove istituzioni economiche (la banca, la commenda, l'assicurazione, la partita doppia, il debito pubblico). I francescani e poi i domenicani animavano la spiritualità, ma anche l'elaborazione teorica di queste economie cittadine, dove gli agenti economici avevano l'obiettivo di fare ricca la città e non solo se stessi³. Non

1. V. Zamagni, *Occidente*, il Mulino, Bologna, 2020.

2. Si vedano i due capitoli iniziali di V. Zamagni, *Perché l'Europa ha cambiato il mondo*, il Mulino, Bologna, 2015.

3. Si vedano i saggi sui pensatori economici medioevali in V. Zamagni e P. Porta (a cura di), *Enciclopedia Italiana, Appendice VIII. Il contributo Italiano alla storia del pensiero. Economia*, Treccani, Roma, 2012.

mancavano i conflitti nemmeno in queste città “comunitarie”, ma il focus restava sul “bene comune”.

Quando fu che questo approccio “civile” all’economia si trasformò in un approccio “politico” all’economia? La rottura si ebbe da un lato con le esplorazioni geografiche, che aprirono la strada alla conquista di territori lontani (in tutti i sensi) dalla civiltà cittadina europea, e dall’altro lato con la riforma protestante. Con le esplorazioni geografiche gli europei si trovarono a governare territori e persone che avevano ben poco da spartire con gli sviluppi della civiltà europea e questo scatenò una corsa all’accaparramento di risorse e allo sfruttamento di persone, spesso schiavi, ritenute inferiori. Tutto ciò venne giustificato, con una grossa sottovallutazione delle sue gravi implicazioni negative di lungo periodo, come qualcosa di “esterno”, che serviva a fornire risorse ai paesi europei, ma non ne intaccava la civiltà. D’altra parte, con la riforma protestante, che privilegia il rapporto diretto tra il cristiano e Dio, la radice individualistica della persona, che il cristianesimo mette in stretta relazione con la radice comunitaria, venne enucleata come prevalente. Queste due rotture dell’Umanesimo civile valsero a far nascere l’Economia politica, ossia una concezione dell’economia in cui il bene individuale è messo al centro e quello della comunità sullo sfondo.

Questa nuova visione dell’economia venne abbracciata da operatori economici che investivano risorse per allargare e migliorare le attività produttive, i cui avanzi di gestione dopo la copertura dei costi venivano ritenuti tutti di loro pertinenza.

Poiché dunque era il capitale a predominare, questo sistema economico venne denominato “capitalismo” e ha sempre teso a minimizzare i costi per massimizzare i profitti. L’attività economica restava un’attività “cooperativa”, nel senso che si rivolgeva a fette crescenti di popolazione e implicava investimenti in reti organizzative sempre più vaste e interconnesse, ma, non essendo più esercitata all’interno di un riferimento cogente e contestuale alla dimensione comunitaria, perdeva quei pezzi che l’avevano caratterizzata come economia del bene comune. Nasce così quello che è stato definito come *homo oeconomicus*, ossia un agente che massimizza l’utilità individuale, perdendo il riferimento all’etica del bene comune. Il primo ad elaborare questa visione secondo cui era l’egoismo alla base dell’economia fu Bernard Mandeville che pubblicò nel 1714 il suo famoso volume *La favola delle api. Vizi privati e benefici pubblici*. Questa visione venne sposata da Adam Smith, quando scrisse nel suo celebre volume *La ricchezza delle Nazioni* (1776): «non è per la benevolen-

za del macellaio che troveremo la carne sul mercato, ma per il fatto che lui ambisce a ricavarne un guadagno per mantenersi», anche se Smith tendeva a controbilanciare questa visione con un richiamo alla “benevolenza” e al ruolo dello Stato.

Su queste nuove basi, le attività volte alla produzione di beni e servizi privati prosperarono, mentre quelle volte alla produzione di beni e servizi pubblici, sociali e relazionali ne soffrirono molto. Essendo però inconfutabile che una società non vive di soli beni e servizi privati, il capitalismo ha sì mantenuto in piedi la produzione degli altri beni e servizi, confinandola però o nelle mani dello Stato (a cui venivano garantite limitate risorse attraverso la tassazione) o nelle mani di volontariato e “opere pie” (a cui affluivano risorse ancora più limitate attraverso la filantropia). Sorsero allora vari movimenti di massa volti a contrastare la deriva individualistica dell’economia occidentale, riportando al centro le persone, e i risultati sono stati tangibili: attraverso le associazioni mutualistiche i bisogni più urgenti di sostegno e assistenza della classe lavoratrice trovarono risposte; attraverso il cooperativismo sorsero imprese a gestione non capitalistica; con il sindacalismo le condizioni di lavoro e le remunerazioni migliorarono. Tutti e tre questi strumenti hanno concorso alla creazione del *welfare state*, che contraddistingue ancora oggi le società più avanzate.

Ci sono anche stati movimenti politici che hanno tentato di abbattere il capitalismo e per alcuni decenni questa sembrò un’alternativa possibile, ma infine è fallita, fondamentale perché si ritenne che l’eliminazione del capitalismo implicasse l’eliminazione del mercato, che è uno strumento insostituibile per allocare decisioni decentralizzate e permettere l’esercizio della libertà. In realtà, il capitalismo si elimina, o almeno si limita, con una diversa organizzazione del mercato, non con la sua eliminazione.

Perché dunque sorse il mutualismo? Per permettere alle classi lavoratrici di non dipendere per il loro benessere dalle opere assistenziali, prendendo il loro destino nelle loro mani e attivando il *self-help*, ma questo poté avvenire solo quando la classe lavoratrice iniziò a poter contare su qualche risparmio. Fu così che si poterono finanziare associazioni, enti ed istituzioni con piccoli contributi ricorrenti versati dai soci medesimi, che agivano in base al principio di reciprocità. I primi esempi si ebbero non per caso in Olanda e in Gran Bretagna (i paesi più avanzati tra Seicento e Settecento) ma anche in Francia, con il caso della cosiddetta *Tontina*, creata nel 1653 da Lorenzo De Tonti. Era un’istituzione in cui un gruppo di persone contribuiva annualmente ad un fondo che concedeva sussidi e

prestiti ad alcuni membri del gruppo a rotazione. Ancor oggi si contano organizzazioni simili denominate ROSCA (*rotating savings and credit associations*) in alcuni villaggi dell’Africa. Ma lo sviluppo su larga scala delle associazioni mutualistiche avvenne nell’Ottocento, con il declino delle corporazioni.

I principali nomi che queste associazioni assunsero furono “*friendly societies*” nel mondo anglosassone (associazioni amichevoli) e “società di mutuo soccorso (o mutuo aiuto)” nel continente europeo. In generale, venivano costituite da lavoratori di un particolare settore produttivo, che si frequentavano e si conoscevano e spesso anche formavano sindacati per affrontare insieme i problemi legati alle condizioni di lavoro e alla remunerazione dello stesso. Di solito fornivano servizi sanitari, sussidi alle vedove che restavano senza il sostegno economico del marito, contributi pensionistici, sussidi di disoccupazione temporanea o di maternità, contributi per i funerali. Quando il gruppo di persone che sosteneva queste “mutue” basiche si consolidava e si affermava anche in campo lavorativo, queste mutue potevano diventare più ambiziose e dare origine anche ad imprese cooperative, capaci di offrire ai soci altri beni e servizi in competizione con le imprese capitalistiche. Vennero create cooperative di consumo, di lavoro, di credito, di produzione agro-alimentare, di edificazione di case e tante altre (fra cui di distribuzione di acqua, gas ed elettricità).

In generale, è dal mutualismo che nacque il cooperativismo, una forma d’impresa che mantiene il principio mutualistico in contesti di mercato, distribuendo i profitti ai soci in misura uguale (e non in base alle azioni possedute). Un particolare riferimento meritano le “*building societies*” inglesi, il cui primo esempio si ebbe a Birmingham nel 1775 ad opera di Richard Ketley. I soci pagavano un contributo mensile per costruire case popolari di cui diventavano proprietari. Centinaia di *building societies* vennero create in Gran Bretagna, fino al decennio 1980-1990, quando incominciò la frenesia a fondersi e addirittura a de-mutualizzarsi, diventando banche “normali”. Quest’ultimo approccio credè però banche scarsamente solide, alcune delle quali caddero in gravi difficoltà con la crisi finanziaria 2007-08, vennero acquisite da altri istituti bancari o nazionalizzate e poi vendute. Al 2016 restavano ancora 43 *building societies* mutue in Gran Bretagna.

La mutualità si manifestò anche in ambito assicurativo, dando origine ad imprese assicurative mutue, non basate sulla modalità di funzionamento capitalistica, ma anche in questo caso sulla modalità di auto-aiuto, con distribuzione degli eventuali profitti su base capitaria. In particolare,

queste mutue assicurative vennero sviluppate contro i rischi sulla proprietà e sulla vita. In seguito, l'idea di associarsi per fornirsi reciprocamente servizi culturali, sportivi, educativi, ambientali e di intrattenimento si generalizzò e nacque quella galassia di enti che oggi chiamiamo di Terzo settore che animano la vita delle nostre società, praticando la reciprocità, che implica un'azione sinergica per raggiungere obiettivi condivisi, contribuendo secondo le proprie possibilità⁴. Va anche ricordato che il volontariato, che pure non produce servizi per i soci, ma per altri, è pur sempre una forma mutualistica di attività, in cui i volontari si aiutano vicendevolmente per raggiungere obiettivi sociali condivisi, che in questo caso riguardano l'aiuto ad altri.

La pervasività del mutualismo nel nostro mondo europeo richiede una chiarificazione della differenza fondamentale tra mutualismo e filantropia. Il mutualismo è basato sul principio di reciprocità, che richiede un coinvolgimento in prima persona dei soggetti implicati e dunque una relazione, più o meno stretta, che persiste su un orizzonte temporale, un riconoscimento dei pari diritti e dei pari doveri di ciascuno, declinati senza una proporzionalità monetaria definita in modo rigidamente mercantile. Il mutualismo presuppone l'esistenza di una comunità che si riconosce nell'identificazione e realizzazione di un "bene comune" e dunque richiede una gestione di tipo democratico e partecipato. Per questo motivo, il mutualismo prospera in una società "orizzontale", dove le diseguaglianze non sono profonde. La filantropia, invece, di matrice americana, emerge da una situazione di asimmetria sociale, laddove ci sono soggetti che sono diventati più ricchi di altri e che, per motivi morali, ritengono di dover "restituire" alla società parte delle loro ricchezze, però in una modalità da loro stessi controllata, attraverso fondazioni gestite in prima persona o con manager di loro fiducia. La filantropia, dunque, rivela l'esistenza di una società "verticale", in cui anche nelle attività di carattere sociale chi ha i soldi decide e gli altri possono solo ringraziare. Non solo non vi è alcun coinvolgimento da parte del filantropo con coloro che ricevono i benefici della sua filantropia (non viene praticato il principio di reciprocità), ma in generale si finisce con l'approfondire le diseguaglianze, come un recente lavoro ha dimostrato.

Mi riferisco al volume che Darren Walker, il presidente della Ford Foundation, ha pubblicato nel 2019, dal titolo evocativo: *From Generosity to Justice. A new Gospel of Wealth*, in cui l'autore sostiene che la filantro-

4. Ho approfondito questi temi in V. Zamagni, *Forme d'impresa*, il Mulino, Bologna, 2020.

pia deve cambiare rotta e cercare di contribuire a restaurare condizioni di maggiore uguaglianza dei cittadini. L'intenzione dell'autore è molto commendevole, ma difficilmente le condizioni di uguaglianza dei cittadini possono essere restaurate dall'esterno, ossia da fondazioni finanziate dai ricchi, anche se queste fondazioni possono esercitare azioni che contribuiscono a tale risultato. La filantropia, infatti, presuppone strutturalmente le disuguaglianze. Infatti, laddove non ci sono grandi ricchi, non ci sono grandi fondazioni e anche quando esistono enti denominati fondazioni queste presentano caratteristiche più di associazione che di vera e propria fondazione.

Sono fondazioni di comunità, con tanti soci e una gestione collegiale; o sono fondazioni di origine istituzionale, come le fondazioni ex-bancarie italiane, anch'esse gestite collegialmente da un'assemblea di "soci". In realtà, è solo con istituzioni finanziate e gestite direttamente dagli stessi cittadini che l'uguaglianza potrà essere veramente praticata. È in questa la vera e profonda differenza tra mutualismo e filantropia.

Se, dunque, il mutualismo ha avuto varie declinazioni, che mostrano la grande potenza del principio di reciprocità, restringiamo ora l'attenzione su quelle realtà che ancor oggi si chiamano "mutue". Esse sono sostanzialmente di due tipi: assicurazioni e società di mutuo soccorso. Le assicurazioni mutue hanno una forte presenza in Europa, dove si stima che un terzo dei premi assicurativi totali appartengano alle assicurazioni mutue o a quelle controllate da mutue o da cooperative. Esiste anche un'associazione che le riunisce, AMICE (Association of Mutual Insurers and Insurance Cooperatives in Europe), che conta circa 100 membri, ma in alcuni paesi europei la loro presenza è maggiore, come nel caso di Francia e Germania, dove hanno un'incidenza di mercato pari al 40%. In Italia l'incidenza di mercato è più bassa (15-20%), nonostante la presenza del colosso Unipol, una società per azioni controllata da cooperative. Al momento di scrivere queste note (estate 2020), si sta combattendo una battaglia sull'unica assicurazione cooperativa italiana quotata in Borsa – la Cattolica Assicurazioni – che deve realizzare un grosso aumento di capitale e rischia di uscire dal perimetro mutualistico. Anche a livello mondiale, la presenza di assicurazioni mutue è consistente, in particolare in Giappone (attorno al 40%), negli Stati Uniti e in Canada (attorno al 30%). L'associazione che le riunisce è l'ICMIF (International Cooperative and Mutual Insurance Federation) con più di 200 soci, che rappresentano oltre 2.700 organizzazioni.

Quanto alle società di mutuo soccorso (in inglese "*mutual benefit*"), esse sono state ridimensionate nel XX secolo per il loro "troppo" succes-

so. Infatti, essendo stato compreso il ruolo cruciale dei servizi di sanità e assistenza generalizzati nel permettere una stabilità lavorativa delle persone, lo Stato ha ritenuto opportuno renderli disponibili all'intera cittadinanza con un intervento legislativo che ne garantisse l'applicazione *erga omnes*, avviando quello che è diventato noto come *welfare state*.

Per quanto riguarda il finanziamento del *welfare state*, gli approcci sono stati due: nel mondo tedesco (e continentale) i contributi sono stati messi a carico dei datori di lavoro, con una partecipazione minoritaria del lavoratore e dello Stato; nell'Europa del nord (Svezia, in particolare), invece, i contributi sono a carico della fiscalità generale. Le SMS non sono però scomparse. In alcuni paesi (Germania, Austria, Svezia, Belgio, Paesi Bassi) l'amministrazione dei servizi sanitari, parte integrante del *welfare state*, è stata affidata alle SMS, mentre in altri la gestione è statale e le SMS giocano un ruolo "complementare" o "integrativo", competendo con analoga offerta di servizi integrativi da parte di compagnie assicurative. La necessità di servizi sanitari "integrativi" è generata dall'aumento da un lato dell'offerta di farmaci e tecnologie che migliorano la qualità di vita, ma non possono essere integralmente coperti dai servizi sanitari nazionali, che si concentrano sui livelli essenziali di prestazioni, e dall'altro lato dalla diversificazione dei bisogni che non può essere adeguatamente affrontata da servizi standardizzati. Si stima che circa 230 milioni di persone abbiano in Europa una copertura sanitaria legata a qualche SMS e che l'occupazione in queste società sia attorno ai 350.000 addetti. Esiste anche un'associazione che le riunisce, l'AIM (Association Internationale de Mutualité).

L'importanza dell'Economia sociale e solidale, di cui le SMS sono parte, ha recentemente spinto il Parlamento Europeo ad un passo significativo. Il 5 luglio 2018 è stata approvata una risoluzione dal titolo "*Uno statuto per le imprese sociali e solidali*", che dovrebbe coprire l'intera economia sociale e solidale (circa 2 milioni di imprese e 15 milioni di addetti), con l'obiettivo di «introdurre un'etichetta europea dell'economia sociale da assegnare alle imprese dell'economia sociale e solidale, sulla scorta di criteri chiari concepiti per mettere in risalto le caratteristiche specifiche di tali imprese e il loro impatto sociale, accrescere la loro visibilità, incoraggiare gli investimenti, facilitare l'accesso ai finanziamenti». Sono poi seguite le elezioni europee e quando si stava per rimettere in funzione tutta la macchina europea è scoppiata la pandemia da Covid-19, ma certamente l'iter verrà ripreso quando le condizioni generali lo permetteranno.

In Italia, le SMS hanno avuto una gloriosa storia a partire dall'Ottocento, raggiungendo a fine di tale secolo un picco di quasi 7.000 enti e un milione di soci e costituendo nel 1900 la loro Federazione. Da esse nacquero molte cooperative e anche camere del lavoro. Dopo la lunga battuta d'arresto del fascismo, la Federazione venne ricostituita nel 1948 e divenne FIMIV (Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria) nel 1984. Con l'introduzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sembrò però che per le SMS non ci fossero più grandi spazi e queste si dovessero limitare a gestire i loro patrimoni con attività ridotte di intrattenimento dei soci. Invece, a partire dagli inizi del XXI secolo sta avvenendo un vero e proprio rilancio di queste mutue, per almeno tre ragioni. La prima è che le limitazioni del SSN dovute alle ristrettezze di spesa imposte da un bilancio pubblico sempre meno sostenuto dalla base produttiva del paese costringono molti cittadini a ricorrere ad una sanità integrativa, che purtroppo è però per lo più gestita a livello individuale, come la necessità impone, senza alcuna garanzia di lungo periodo. Gli italiani spendono circa 40 miliardi di euro l'anno per prestazioni sanitarie fuori dal SSN, ma una parte modesta di questi servizi integrativi passa dalle SMS e dalle polizze private. Le SMS si sono dunque rese conto di poter rientrare in campo. La seconda ragione è che sono sempre di più i cittadini che desiderano essere coinvolti nelle decisioni che li riguardano e le SMS con il loro approccio democratico danno migliori garanzie a questo riguardo. A questo proposito, la riforma del Terzo settore realizzata in Italia nel 2016 ha messo le SMS nel loro contesto proprio, facendole diventare enti di Terzo settore (ETS) e togliendole in questo modo da un isolamento che non le favoriva e da una legislazione ormai obsoleta. Infine, la terza ragione è quella di contrastare l'ascesa delle assicurazioni "private" nella sanità, per non far scivolare questi servizi che devono restare connotati da universalismo ed essere gestiti come un bene comune in una gestione di tipo capitalistico. Fare profitti da distribuire agli azionisti sulla malattia delle persone è inaccettabile dal punto di vista civile e morale. La malattia, infatti, non è un *optional* da soddisfare con offerte economiche alternative in competizione fra loro. Essa deve essere curata a tutti al meglio delle conoscenze. Se mai, le uniche differenze possono riguardare i servizi "alberghieri" degli ospedali, per i quali si possono ammettere differenze, che però non giustificano da sole una gestione privata della sanità integrativa.

Nel 2011 è stata creata da alcune primarie SMS e casse di assistenza sanitaria l'ANSI (Associazione Nazionale Sanità Integrativa e *Welfare*),

che svolge un lavoro di sensibilizzazione e promozione delle SMS, e alcuni degli enti si sono rafforzati e hanno proceduto a negoziare accordi con imprese per l'erogazione di sanità integrativa ai loro addetti. Ma ancora di più, le SMS si stanno inserendo nelle reti di *welfare* comunitario, che attraverso il "secondo *welfare*" sorgono in varie parti del paese.

L'Istituto di ricerca ISNET ha condotto già due ricerche sulle SMS italiane, la prima con riferimento al 2016 e la seconda al 2018. A quest'ultima data, le SMS totali sono risultate 995, ma solo 532 erano risultate attive in maniera continuativa, di cui il 61% con attività socio-sanitarie rivolte a circa 1 milione di soci (stima). La strada per arrivare a svolgere un ruolo veramente significativo nella sanità italiana è ancora lunga, ma un'opportunità è stata aperta e dipenderà molto da chi gestisce queste mutue se si sapranno ottenere risultati sempre migliori.

Due sono le strade prioritarie per arrivarci. La prima implica una battaglia da condurre con tutta l'Economia sociale e solidale per valorizzare il principio di reciprocità e di azione comune, che è stato da troppo tempo oscurato da un approccio economico individualista, come si diceva all'inizio di questo scritto. Se non ci si richiama all'Economia civile⁵, che valorizza il principio di reciprocità, l'azione solidaristica non viene più compresa e anche i pochi enti mutualistici che sopravvivono verranno gestiti in modalità competitiva, sulla base del solo "ritorno" monetario. Uno dei modi per fare questo è sottolineare i grandi guasti che l'utilitarismo individualista sta creando nell'economia mondiale, ma anche mostrare che un ente solidaristico può essere gestito dinamicamente e con efficacia. Ricordo che il concetto corrente di efficienza non è utile in questo contesto, perché l'efficienza si misura sugli obiettivi che si vogliono raggiungere e non può avere una definizione applicabile in qualunque contesto. In realtà, l'efficienza di cui generalmente si parla in relazione alle imprese fa riferimento ad un unico obiettivo, ossia la massimizzazione dei profitti per gli azionisti, un obiettivo certamente non adatto ad una SMS, ma che si sta dimostrando insostenibile anche per le imprese private (un tema che non posso qui approfondire). Il concetto di efficacia invece è cruciale all'interno dell'economia sociale e solidale e si misura con l'impatto sociale che un ente solidaristico riesce ad ottenere.

La seconda strada è quella di non identificare una SMS solo in una macchina per la fornitura di servizi sanitari di mercato, ma rendere le SMS capaci di collegarsi con altri ETS, cooperative e associazioni di vo-

5. Per una trattazione dell'economia civile, si veda L. Bruni, S. Zamagni, *Economia civile*, il Mulino, Bologna, 2016.

lontariato per studiare insieme la fornitura di servizi sanitari e assistenziali di comunità. Per esempio, se medici di famiglia e ospedali fossero affiancati da reti di sostegno per realizzare la medicina personalizzata e ospedalizzare meno le persone, il risultato in termini di salute pubblica sarebbe molto più efficace. La costruzione di queste reti è ancora in fase iniziale in Italia e le SMS potrebbero contribuirvi, promuovendo ricerche in merito, che prendano in considerazione anche esperienze straniere, e tentando qualche esperienza-pilota.

Risulta dunque chiaro che nemmeno le SMS possono oggi vivere di routine. È un periodo storico in cui molte certezze sono andate in frantumi e si richiede l'attivazione di un supplemento di creatività per poter affrontare le nuove sfide. I fondatori delle SMS sono stati capaci di costanza e creatività, di coraggio e capacità di resistenza di cui oggi noi godiamo i frutti, ma l'eredità che ci hanno lasciato deve essere aggiornata e rilanciata. Sono certa che si troverà anche oggi chi vorrà assumersi la missione di innovare e sostenere l'economia solidale, che mette al centro le persone e non il capitale, adoperandosi non solo per gestire al meglio le attività correnti, ma anche per allargare il perimetro delle attività a nuove iniziative.

Mutualismo, mutualità, mutuo soccorso, mutua. Funzioni e definizioni nella storia

Stefano Maggi

Introduzione

I sostantivi “mutualismo”, “mutualità”, “mutua” e la locuzione “mutuo soccorso” hanno percorso la storia del XIX e del XX secolo con alcuni mutamenti dei concetti loro legati.

Il termine “mutualismo” può avere un significato prima di tutto biologico. Il *Grande dizionario della lingua italiana*, pubblicato a partire dal 1961, ne dava la seguente definizione: «Biologia. Simbiosi fra organismi di specie diverse, sia animali sia vegetali, in cui i simbiotici ricavano pari vantaggi dall'associazione»¹.

Il concetto di mutualismo è stato applicato dalla biologia alle società degli uomini, nelle quali è sempre stato importante l'aiuto reciproco di matrice solidaristica fra le persone, come espressione profonda delle comunità territoriali e professionali.

Il “mutualismo” nelle scienze sociali, secondo l'*Enciclopedia Treccani online*, è oggi così definibile:

Nel linguaggio giuridico e sociologico, complesso di istituzioni a base associativa regolate dal principio dell'aiuto scambievole e delle prestazioni reciproche, per il quale ciò che oggi si dà all'associazione o alla società potrà domani essere restituito, senza che vi sia necessaria corrispondenza tra prestazioni date e prestazioni ricevute. Ciò che caratterizza il fenomeno è la volontarietà e l'assenza del fine di lucro: nelle associazioni o società aventi scopo mutualistico nessuno degli associati si propone di conseguire un proprio arricchimento a spese o a danno degli altri².

1. <http://www.gdli.it/JPG/GDLI1/00000169.jpg>, consultazione del 5 gennaio 2021.

2. https://www.treccani.it/enciclopedia/mutualismo_%28Dizionario-di-Storia%29/, consultazione del 5 gennaio 2021.

La parola “mutualità” viene probabilmente dal francese “*mutualité*”, che secondo il *Dictionnaire de l'Académie Française* risale al XVI secolo, come derivato dall'aggettivo “*mutuel*” (con il significato prevalente di “vicendevole”, e con la provenienza dal latino *mutuus*). Nell'edizione del 1878 del *Dictionnaire*, la “*mutualité*” veniva definita come: «État de ce qui est mutuel; réciprocité. Une société d'assurance fondée sur la mutualité»³.

Nella lingua italiana, la situazione è simile, si rileva semmai un ritardo nell'introduzione del lemma “mutua” fra i sostantivi. Il *Vocabolario degli Accademici della Crusca*, nella prima edizione del 1612, registra l'aggettivo “mutua” in tre voci di sostantivi con lo stesso significato di “scambievole”. Uno degli esempi, riporta come forma usata: «U' si dotar con mutua Salute». Gli stessi significati sono riportati anche nelle edizioni successive del *Vocabolario*, con qualche approfondimento. Ad esempio la quarta edizione del 1729-1738, riporta al lemma “Mutuo”, una frase simile: «di mutua salute, cioè d'avvicendevole salute»⁴.

Il Dizionario di Niccolò Tommaseo, pubblicato in otto volumi fra il 1861 e il 1874, cita la “mutualità di cooperazione”, inoltre inserisce come uso del lemma “Mutuo”: «Società di mutuo soccorso tra artigiani, medici, maestri. – Società di mutua ammirazione, cioè di canzonatura echeggiata e centuplicata. – Società di mutuo soccorso e mutuo credito. Banca mutua popolare»⁵.

Lo sbocco del lungo percorso di queste parole si è avuto nella seconda metà del Novecento, quando nel quotidiano significava per un individuo e per il suo nucleo familiare essere inserito all'interno di un determinato ente di natura previdenziale – chiamato Mutua – e di conseguenza essere oggetto dei relativi benefici e servizi di *welfare*.

In questo saggio vengono analizzati – attraverso le definizioni dei vocabolari e le citazioni dei testi pubblicati nell'arco di oltre un secolo – i contenuti di tali termini, che hanno trovato varie applicazioni a seguito della Rivoluzione francese e della rivoluzione industriale, come espressione della fratellanza tra comunità territoriali e professionali.

1. Perché il mutuo soccorso

Lo Statuto Albertino, emanato nel marzo 1848, stabiliva all'articolo 32:

3. <https://www.dictionnaire-academie.fr/>, consultazione del 5 gennaio 2021.

4. http://www.lessicografia.it/ricerca_libera.jsp, consultazione del 5 gennaio 2021.

5. <http://www.tommaseobellini.it/#/doc>, consultazione del 5 gennaio 2021.

è riconosciuto il diritto di adunarsi pacificamente e senz'armi, uniformandosi alle leggi che possono regolarne l'esercizio nell'interesse della cosa pubblica. Questa disposizione non è applicabile alle adunanze in luoghi pubblici, od aperti al pubblico, i quali rimangono intieramente soggetti alle leggi di polizia⁶.

La concessione del diritto di “adunarsi” consentì di associarsi nel mutuo soccorso, secondo il principio solidaristico della mutualità e della fratellanza, quest'ultima resa nota dalla *fraternité*, che rappresentava il terzo motto della Rivoluzione francese, dopo la *liberté* e l'*égalité*. Le società di mutuo soccorso del XIX secolo, costituite su base territoriale o professionale, erano dunque basate sul principio della fratellanza e sulla ferma volontà di organizzarsi da soli e dal basso per gli eventuali problemi familiari, come malattie, infortuni, decessi e anche vecchiaia, il che portava a promettere l'erogazione di pensioni.

Era il contrario della tradizionale beneficenza, nella quale i ceti abbienti o la Chiesa si occupavano dei poveri, facendo loro opere di bene.

Un modo di pensare diverso da quello di oggi, che sarebbe da riscoprire e da diffondere. I cittadini del XXI secolo si aspettano che le soluzioni ai problemi di salute, ma anche ai problemi economici, arrivino dall'alto, dalle istituzioni pubbliche: Stato, Comuni, aziende sanitarie. All'epoca, invece, erano abituati a cavarsela da soli, per questo si associavano nel mutuo soccorso, in un contesto difficile che portava tuttavia una forte solidarietà reciproca. Si trattava di un aiuto vicendevole che consisteva *in primis* nel versamento di piccole quote di denaro in un salvadanaio comune, dal quale si ricevevano sussidi in caso di bisogno. Vi erano pure altri tipi di prestazioni, come il soccorso ai malati fatto da altri soci, la messa a disposizione di medicine, l'organizzazione del funerale del socio deceduto.

Ma chi si associava?

Il reddito delle famiglie poteva essere classificato in quattro grandi categorie, ovviamente con i limiti di tutti gli schemi, che semplificano sempre realtà ben più complesse:

- povertà (persone dipendenti dalla carità per il sostentamento);
- sussistenza (chi guadagnava una cifra tale da consentire di vivere ed eventualmente nel lungo periodo di accumulare minimi risparmi o piccole quote di proprietà);
- prosperità (gente in grado di scegliere cosa comprare);

6. Vedi G. Rebuffa, *Lo Statuto Albertino*, il Mulino, Bologna, 2003.

- opulenza (la condizione di coloro che erano in grado di spendere per i capricci o per beni voluttuari)⁷.

Si può dire che si associavano coloro che erano in condizioni di “sussistenza” e di “prosperità”, perché avevano la possibilità di versare periodicamente una quota di denaro nel salvadanaio comune, e perché avevano il timore di eventi catastrofici che potessero peggiorare le condizioni familiari, in misura tale da non riuscire a cavarsela da soli, sprofondando nelle condizioni di povertà.

In altre parole, nell’assenza di un sistema di sicurezza sociale pubblico, le famiglie in condizioni di sussistenza o di prosperità cercavano la via dell’auto-organizzazione come prevenzione verso le “tristi evenienze della vita”.

I compiti del mutuo soccorso non erano del tutto nuovi, in alcuni casi derivavano dalle sopresse “corporazioni”, che provenivano dal Medioevo, ma non vi fu continuità, nonostante siano documentati alcuni casi «di prosecuzione dell’attività di corporazioni sopresse sotto le vesti del mutuo soccorso»⁸.

Sono suggestive le parole di Pietro Maestri, direttore della Statistica del Regno d’Italia, nell’introduzione alla prima pubblicazione ministeriale sulle società di mutuo soccorso del 1864, perché nel descrivere i nuovi sodalizi faceva anche riferimento ai primi studi attuariali, realizzati con le tavole di morbilità⁹, che guidavano le società di mutuo soccorso più accorte nella concessione dei sussidi e nella riscossione delle quote:

Ogni religione vanta i suoi particolari istituti di beneficenza. Così la Chiesa cattolica è ricca delle sue antiche fondazioni dell’età di mezzo, siccome il protestantesimo e il giudaismo hanno di che venire in aiuto dei propri correligionari. Le nuove istituzioni della previdenza invece non conoscono che una sola fami-

7. A. Dawley, *Class and community. The industrial revolution in Lynn*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1976, pp. 167-168.

8. L. Tomassini, *Il mutualismo nell’Italia liberale (1861-1922)*, relazione introduttiva al seminario di studi, Spoleto 8-10 novembre 1995, pubblicata in Ministero per i beni e le attività culturali. Ufficio centrale per i beni archivistici, *Le società di mutuo soccorso italiane e i loro archivi*, Pubblicazioni degli Archivi di Stato, Roma, 1998, p. 17.

9. Il ministero raccolse i primi dati proprio dalle rilevazioni delle società di mutuo soccorso. Vedi per esempio Ministero d’Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione di statistica, *Statistica della morbosità, ossia frequenza e durata delle malattie presso i soci delle società di mutuo soccorso*, Tip. Cenniniana, Roma, 1879; Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione generale della Statistica, *Tavole della frequenza e durata delle malattie osservate nelle persone iscritte a società di mutuo soccorso*, Tipografia nazionale di G. Bertero, Roma, 1892.

glia, i cui membri, senza distinzioni di credenze, si associano, nell'intento di assicurarsi l'assistenza, mediante mutue guarentigie (...) Le istituzioni di mutuo soccorso, come sono in oggi costituite, rappresentano un'idea tutta moderna, spontanee come la libertà, libere come l'industria. Benevole, senza pratiche di vieta religiosità, aliene la più parte da interessi che non sieno contemplati negli statuti, esse hanno a fine principale e diremmo meglio esclusivo l'assistenza scambievolmente fra soci, regolata sulle leggi dell'aritmetica sociale, e con tale misura, per cui non si chiede al socio più di quanto può dare, né lo si aiuta oltre il limite di una savia e benintesa economia¹⁰.

Le associazioni di mutuo soccorso avevano alla fonte alcune dottrine, come quella di Pierre-Joseph Proudhon, che vedeva la mutualità come una sorta di argine ai problemi sia del capitalismo sia del socialismo. Proudhon si definiva socialista ma non voleva il possesso da parte dello Stato dei beni, che dovevano essere di proprietà dei lavoratori organizzati in associazioni, le quali dovevano però essere unite da un principio, il "mutualismo":

se le associazioni sono distinte, sempre per forza di cose, saranno rivali; quindi saranno divergenti i loro interessi, e ci saranno contraddizioni e ostilità: non se ne potrà fare a meno.

Eppure, mi si opporrà, noi abbiamo un mezzo per far concordare le nostre associazioni e farle vivere in pace, senza bisogno di fonderle, il *principio del mutualismo*.

Finalmente! La mutualità ci si presenta dunque già come il 'Deus ex machina'. Vediamo dunque quello che essa ci insegna, e per incominciare constatiamo che la *mutualità* non è la stessa cosa dell'associazione e che, amica della libertà come del gruppo, essa si mostra egualmente lontana da ogni utopia arbitraria come da ogni gesto di intolleranza¹¹.

Proudhon teorizzava un sistema autogestionale, da lui definito "mutualismo", criticando la proprietà di terre e capitali, che generava instabilità e provocava debiti superiori alla capacità di produzione, in modo da spingere ad aumentare la crescita all'infinito. Molto meglio era la gestione da parte dei lavoratori:

Si tratta – scriveva ancora Proudhon – della grande produzione manifatturiera, estrattiva, metallurgica, marittima? È chiaro che in tal caso l'associazione è una

10. Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio, Statistica del Regno d'Italia, *Società di mutuo soccorso. Anno 1862*, Tip. Letteraria, Torino, 1864, p. XIII e p. XXV.

11. P.J. Proudhon, *La questione sociale*, Veronelli, Varese, 1957, p. 314. Edizione originale: *De la capacité politique des classes ouvrières*, Paris, 1865, p. 314.

necessità, nessuno più lo contesta. Si tratta ancora di una di quelle grandi imprese che hanno carattere di servizio pubblico, come ferrovie, istituti di credito, dock?¹² Ho già provato come il mutualismo vuole che questi servizi, escludendo ogni profitto dei capitali, siano ceduti al pubblico a prezzo di costo. E in questo caso pure è di tutta evidenza che la garanzia di buona esecuzione e di buon mercato non può esser fornita né da compagnie monopolistiche, né da comunità sotto il patronato dello Stato, che lavorano per conto di esso. Una tal garanzia può venire solo da societari liberi, impegnati per un verso di fronte al pubblico, in virtù del contratto di mutualismo, e reciprocamente fra di loro per via del solito contratto di associazione¹³.

Anche altre dottrine politiche e sociali del XIX secolo proponevano il mutualismo. Per esempio Mazzini, che era contrario alla lotta di classe, vedeva nell'organizzazione mutualistica uno dei principali contenuti del proprio programma. In uno dei suoi scritti, pubblicato sulla rivista da lui fondata, "La Roma del Popolo", affermava nel 1871:

Ajutammo come era in noi – e gli operai, che non sono sofisti né ingrati, non lo dimenticano – l'impianto delle società di mutuo soccorso, preludio a quelle di cooperazione. Tentammo di far intendere alle classi medie che il moto operaio non era sommossa sterile e passeggera, ma cominciamento d'una Rivoluzione provvidenziale voluta dalla progressione storica che governa la vita e l'educazione dell'Umanità – che *associazione* era il termine elaborato dall'Epoca nuova e da aggiungersi, in tutte le manifestazioni della vita, ai termini *libertà* ed *egualianza* già conquistati dall'umano intelletto¹⁴.

2. Le origini e le azioni

Andando alle origini del mutuo soccorso, sono significative le parole dell'atto costitutivo della Società operaia di Torino del 1850, per comprendere i contenuti che questo tipo di associazioni dovevano avere:

è istituita in Torino una società sotto il titolo di *Associazione degli Operai*, la quale ha per iscopo l'unione e la fratellanza, il mutuo soccorso e la scambievole istruzione; e così di aiutarsi e soccorrersi a vicenda per mezzo di un individuale

12. Le *docks* erano zone portuali o depositi di oggetti o ancora luoghi di attesa per persone, che dovevano partire per una destinazione.

13. P.J. Proudhon, *La questione sociale*, cit., p. 314.

14. *Il moto delle classi artigiane e il Congresso*, in "La Roma del Popolo", n. 28, 7 settembre 1871, p. 2, digitalizzato in <http://bibliotecaginobianco.it/fltp/RDP/01/2800/#1/z>, consultazione del 5 gennaio 2021.

contributo, e d'istruirsi ne' diritti e doveri del buon cittadino sotto la piena osservanza delle leggi¹⁵.

Oltre alla solidarietà fra lavoratori e all'elemento chiave dell'istruzione, con la quale si riteneva di potersi elevare a livello sociale e morale, uno dei punti caratterizzanti era l'autogestione dei fondi: i soci eleggevano gli amministratori e controllavano il loro operato. Inoltre, si registrava una democrazia interna, allora assente in altri settori della società. Ciascun socio aveva diritto a un voto, cosa molto diversa dalle elezioni politiche, in cui si votava in base a censo e istruzione, limitando l'elettorato al 2% della popolazione, mentre nelle elezioni amministrative i benestanti avevano diritto a più voti se possedevano terre in vari Comuni o Province.

Le società di mutuo soccorso erano impegnate soprattutto nei sussidi per malattia, anche se registrarono una crescita consistente delle spese per erogare pensioni, come si vede nella tabella 1.

Tab. 1 – Spese di mutuo soccorso per anni

<i>Anni</i>	<i>Sussidi di malattia</i>	<i>%</i>	<i>Altri sussidi</i>	<i>%</i>	<i>Pensioni</i>	<i>%</i>	<i>Totali</i>
1873	1.123.648	83,3	120.179	8,9	105.719	7,8	1.349.545
1878	1.771.541	69,6	183.182	7,2	591.345	23,2	2.546.068
1885	2.473.900	69,8	331.396	9,4	736.980	20,8	3.542.276
1904	2.648.040	52,9	246.472	4,9	2.109.236	42,2	5.003.688

Fonte: Le società di mutuo soccorso italiane nel contesto europeo fra XIX e XX secolo, in Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi, a cura di V. Zamagni, il Mulino, Bologna, 2010, p. 503.

Nei primi anni '80 fu a lungo discussa e poi approvata il 15 aprile 1886 con il numero 3818 la legge che permetteva il riconoscimento legale delle società operaie di mutuo soccorso. L'iscrizione alla cancelleria del Tribunale civile consentiva di acquisire la personalità giuridica per meglio operare nel campo della previdenza. La maggior parte delle associazioni, tuttavia, non si iscrissero, conservando una gelosa autonomia.

15. *Editoriale*, in "Gazzetta del Popolo", 2 gennaio 1850, cit. da E.R. Papa, *Origini delle società operaie: libertà di associazione e organizzazioni operaie di mutuo soccorso in Piemonte, 1848-1861*, Lerici, Milano, 1967, p. 81.

Il fenomeno del mutuo soccorso registrò una forte crescita per tutta la seconda metà del secolo, visto sia dai governi liberali, sia dai primi socialisti, sia dalla Chiesa, come un settore importante per gli Italiani.

La tabella 2 mostra quante erano le società di mutuo soccorso fra Otto e Novecento e quanti erano gli associati a queste forme che per la prima volta si occupavano del *welfare*, in attesa che lo Stato prendesse atto dei nuovi bisogni. Inoltre è riportata la percentuale delle società che avevano acquisito la personalità giuridica, iscrivendosi alla legge 3818/1886.

Tab. 2 – Società di mutuo soccorso nel Regno d'Italia (1885-1894-1904)

1885			1894			1904		
Numero SMS	Numero soci	% iscritte L. 3818	Numero SMS	Numero soci	% iscritte L. 3818	Numero SMS	Numero soci	% iscritte L. 3818
4.896	730.475	-----	6.722	936.686	17%	6.535	926.027	24%

Fonte: Ministero Agricoltura Industria e Commercio. Ispettorato generale del credito e della previdenza, *Le società di mutuo soccorso in Italia al 31 dicembre 1904*, Tipografia nazionale G. Bertero, Roma, 1906, pp. 691-693.

Per i liberali, il fenomeno mutualistico era positivo poiché si occupava di previdenza senza far spendere niente alle esauste casse statali; per i socialisti si trattava di una forma di associazione che poteva facilmente essere trasformata in sindacato e poteva anche portare voti agli esponenti politici; per la Chiesa, infine, era una forma associativa che dava risposte alle esigenze di operai e contadini, frenando le loro intemperanze verso l'abolizione della proprietà privata.

Riguardo alla funzione della Chiesa, va ricordato che le società di mutuo non si ponevano in competizione con le tradizionali opere pie, istituzioni private di carità e di beneficenza che aiutavano i bisognosi in campo sanitario, assistenziale, educativo, occupandosi anche di ospedali, ospizi, o istituti elemosinieri. Questi ultimi – gli istituti elemosinieri – svolgevano una funzione di contenimento della povertà, con la distribuzione di sussidi e generi alimentari, con la costituzione di doti per ragazze povere.

Al contrario, le società di mutuo soccorso nascevano per aiutarsi a vicenda, tra i ceti popolari in condizione almeno di sussistenza, o anche di prosperità. In sostanza, chi aderiva al mutuo soccorso non era estremamente povero e privo di mezzi, altrimenti non avrebbe potuto versare la moneta nel salvadanaio comune.

Il riconoscimento del mutuo soccorso da parte della Chiesa, dopo diverse esperienze di società mutualistiche di ispirazione cattolica, avvenne

con l'enciclica *Rerum Novarum*, promulgata il 15 maggio 1891 da papa Leone XIII, che avviò una presa di posizione sulle questioni sociali, ponendo in essere una dottrina sociale cattolica.

Il Papa ammoniva la classe operaia a non dare sfogo alla rabbia con idee rivoluzionarie, chiedendo ai padroni di migliorare le condizioni di lavoro. La dottrina sociale cattolica si ispirava a un'idea di conciliazione fra capitale e lavoro, tramite una sorta di recupero degli ordinamenti corporativi soppressi, da cui – come si è visto – il mutuo soccorso aveva tratto alcune delle sue funzioni.

La *Rerum Novarum* si riferiva al mutuo soccorso al punto 36, relativamente alla necessità della collaborazione di tutti, in forme associative, anche riproponendo le storiche corporazioni.

Finalmente, a dirimere la questione operaia possono contribuire molto i capitalisti e gli operai medesimi con istituzioni ordinate a porgere opportuni soccorsi ai bisognosi e ad avvicinare e unire le due classi tra loro. Tali sono le società di mutuo soccorso; le molteplici assicurazioni private destinate a prendersi cura dell'operaio, della vedova, dei figli orfani, nei casi d'improvvisi infortuni, d'infermità, o di altro umano accidente; i patronati per i fanciulli d'ambo i sessi, per la gioventù e per gli adulti.

Tengono però il primo posto le corporazioni di arti e mestieri che nel loro complesso contengono quasi tutte le altre istituzioni. Evidentissimi furono presso i nostri antenati i vantaggi di tali corporazioni, e non solo a pro degli artieri, ma come attestano documenti in gran numero, ad onore e perfezionamento delle arti medesime.

I progressi della cultura, le nuove abitudini e i cresciuti bisogni della vita esigono che queste corporazioni si adattino alle condizioni attuali. Vediamo con piacere formarsi ovunque associazioni di questo genere, sia di soli operai sia miste di operai e padroni, ed è desiderabile che crescano di numero e di operosità. Sebbene ne abbiamo parlato più volte, ci piace ritornarvi sopra per mostrarne l'opportunità, la legittimità, la forma del loro ordinamento e la loro azione¹⁶.

Il mutuo soccorso, dunque, era ben visto nell'ambiente sociale e politico della seconda metà dell'Ottocento: esercitava una funzione previdenziale e assistenziale, prima che previdenza e assistenza diventassero appannaggio delle istituzioni statali.

Come si legge nella *Premessa al Codice delle società di mutuo soccorso*, pubblicato nel 1894,

Tutta l'Italia è fortunatamente seminata di queste società, che lo scopo loro di risolvere una parte dei problemi inerenti alla così detta questione sociale meglio

16. Leone XIII, *Rerum Novarum. Lettera enciclica*, Edizioni Paoline, Roma, 1981.

raggiungerebbero, se facessero fruttificare tutti i germi contenuti nella vigente legislazione e in specie nella non sempre bene conosciuta e spesso non applicata legge del 15 aprile 1886¹⁷.

Il *Codice* proseguiva descrivendo le caratteristiche giuridiche ed economiche del mutuo soccorso:

Oltre agli intenti principali e comuni a tutte, che sono quelli di dare sussidi in caso di malattia, cioè sussidi in denaro, ovvero assistenza gratuita del medico o medicine, o anche queste tre cose insieme, le società sogliono proporsi altri scopi, e cioè: dare pensioni o almeno sussidi continuativi ai soci colpiti da infortuni sul lavoro; dare pensioni ai soci divenuti permanentemente inabili al lavoro (malati cronici); ai soci vecchi, ai superstiti delle famiglie dei soci, dare sussidi per spese funerarie, sussidi alle puerpere, sussidi per balatico.

Altri scopi ancora si uniscono ai precedenti, talvolta di natura estranea al mutuo soccorso, ma più spesso del genere delle istituzioni cooperative di credito, di consumo o di produzione, istituzioni che vengono ad essere rami della istituzione principale del mutuo soccorso (...).

Numerose sono quelle che provvedono all'istruzione dei soci mediante biblioteche circolanti, scuole serali o festive, elementari, di disegno, di arti e mestieri, oppure promuovono l'istruzione tra i figli dei soci coll'istituzione di scuole apposite, o, più modestamente, colla provvista di libri o di quaderni, colla distribuzione di premi ecc. (...).

Il maggior capitolo di spese è quello dei sussidi per malattia.

I sussidi per malattia comprendono, oltre il sussidio in danaro, l'assistenza medica ed i medicinali gratuiti. Molte società hanno un medico stipendiato. Medico della società è talvolta anche un socio onorario, che presta l'opera sua gratuitamente. Non tutte le società somministrano gratuitamente i medicinali. Poche società concedono il sussidio dal primo all'ultimo giorno di malattia, in qualunque tempo essa avvenga e qualunque ne sia la durata. Per lo più il sussidio si concede dal 3°, 4° o 5° giorno di malattia e per non più di due o tre mesi. Inoltre, quasi sempre si esige un noviziato più o meno lungo, per il quale i soci non acquistano diritto ad essere sussidiati se non dopo tre o quattro mesi, e in alcuni casi persino dopo cinque anni dal tempo dell'ammissione nella società¹⁸.

Tutte queste società operavano con il principio della mutualità, che era – in senso tecnico – la divisione solidaristica dei fondi, il contrario del principio di accumulazione. Con la mutualità, i fondi erano assegna-

17. L. Rodino, *Codice delle Società di mutuo soccorso e Associazioni congeneri. Legge 15 aprile 1886 con estesi commenti, raccolta completa delle disposizioni tutte concernenti le Società di mutuo soccorso, regolamenti, statistiche, note giurisprudenziali e dottrinali, con formulario*, Barbera, Firenze, 1894, p. V.

18. Ivi, pp. 39, 43.

ti a chi ne aveva bisogno, indipendentemente da quanto aveva versato, o accumulato.

Il mutuo soccorso fu un fenomeno internazionale, denso di contatti fra i vari Stati.

Dopo quelli di Parigi (1900) e di Liegi (1905), il 3° *congresso internazionale della mutualità* si tenne a Milano dal 21 al 23 settembre 1906, in occasione dell'inaugurazione solenne della galleria ferroviaria del Sempione, una delle più grandi opere della tecnologia fra Otto e Novecento.

Vi parteciparono delegati provenienti da 14 Stati, 11 europei e 3 americani. La seduta inaugurale si tenne il 21 settembre, aperta dal senatore Ugo Pisa, presidente del comitato organizzatore, il quale ricordò come la mutualità rappresentasse la forma migliore di associazione:

Nella società moderna la vittoria è riservata alle masse, e le masse si formano nell'associazione. Voi, signori, che nella mutualità, ch'è la forma umanamente e socialmente più benefica dell'associazione, riunite e dirigete le masse, saprete compiere la grande opera di accrescerne il benessere morale e materiale, assicurando al mondo il beneficio supremo della pace nazionale ed internazionale¹⁹.

Il termine “mutualità” si ritrova nello stesso periodo nella “mutualità scolastica”, creata per la prima volta nel 1904 ad Ancona e poi nel 1907 a Milano, e oggetto di diverse leggi, a partire dal 1910.

La prima fu la legge 17 luglio 1910 n. 521 (detta “legge Raineri”, dal nome del ministro di Agricoltura, Industria e Commercio, Giovanni Raineri).

L'obiettivo era di fornire un sussidio economico in caso di malattia ai bambini delle scuole elementari, tramite il versamento di 10 centesimi a settimana in una cassa comune. Inoltre si trattava di contributi pensione, utili in futuro quando il ragazzo si sarebbe ritirato dal mondo del lavoro²⁰.

Vale la pena di leggere gli articoli 1 e 2 della legge del 1910, perché fanno capire quanto importante fosse la previdenza fin da bambini e quale fosse il ruolo del mutuo soccorso nel settore:

Art. 1. Le società di mutuo soccorso fra gli alunni ed ex alunni delle scuole elementari pubbliche e private che abbiano fra i loro scopi quello di assicurare ai soci una pensione di vecchiaia, possono conseguire il riconoscimento dello Sta-

19. *Resoconto del Terzo Congresso internazionale della mutualità. Milano. 21-23 settembre 1906*, Tip. milanese di V. Strazza & C., Milano, 1907, p. 29.

20. F. Quaranta, *Contributo alla storia della mutualità scolastica in Italia (1910-1938)*, in “Rivista degli infortuni e delle malattie professionali”, n. 1, 2016, pp. 67-75.

to, purché lo statuto di esse sia conforme alle disposizioni della presente legge e del regolamento di cui all'art. 4.

Il riconoscimento conferisce alle Società la personalità giuridica e i privilegi indicati nell'art. 9 della legge 15 aprile 1886, n. 3.818. Esso è dato con decreto Reale promosso dal ministro di agricoltura, industria e commercio, d'accordo col ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio della previdenza e delle assicurazioni sociali.

Art. 2. La Cassa nazionale di previdenza per la invalidità e per la vecchiaia degli operai è autorizzata ad accettare, in uno specifico ruolo con i contributi vincolati alla accumulazione mutua, la iscrizione dei soci delle Società scolastiche di mutuo soccorso riconosciute ai sensi della presente legge dalla età di 6 anni fino alla età di 12 anni.

Raggiunti 12 anni di età, gli iscritti al ruolo della mutualità scolastica che abbiano i requisiti richiesti sono trasferiti nei ruoli operai della Cassa nazionale; quelli che non abbiano i requisiti richiesti sono trasferiti alle assicurazioni popolari di rendite vitalizie esercitate dalla Cassa medesima.

Quando, con decreto luogotenenziale del 21 aprile 1919 n. 603, fu istituita la Cassa nazionale delle assicurazioni sociali, che introduceva l'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e vecchiaia, la mutualità scolastica, che era volontaria, rischiò di essere soppressa. La legge 17 luglio 1920 n. 521, "Provvedimenti a favore della mutualità scolastica", invece, la rilanciò, riprendendo i contenuti della normativa precedente.

Un'altra applicazione della "mutualità" si trova nel periodo fascista, quando il termine "mutua" divenne sempre più usato, perché si estesero prima le cosiddette "mutue sanitarie" e poi le "mutue sindacali" nell'ordinamento corporativo. Con queste mutue, in mancanza di una cassa nazionale di assicurazioni contro le malattie, gran parte dei lavoratori soprattutto dell'industria, si auto-organizzarono, anche perché era stata eliminata la "condotta medica piena", cioè il medico gratuito era rimasto soltanto per i più poveri.

Spiegava la questione delle mutue locali, che si erano sviluppate dopo la Seconda guerra mondiale, un libro di Emilio Papasogli, pubblicato nel 1937, che si intitolava proprio *Mutualità*:

nell'immediato dopoguerra mentre per gli infortuni, per la disoccupazione, l'invalidità e la vecchiaia, la legge interviene a sancire e regolare l'assicurazione obbligatoria, l'assistenza di malattia rimane sempre affidata alle Mutuo Soccorso e all'iniziativa privata (...).

Un qualsiasi esame sulla assistenza di malattia in Italia non può essere completo senza porre in giusto rilievo la esistenza della 'condotta medica' a favore delle

classi povere. Questa condotta medica, tipicamente italiana, ha una lunga e nobile tradizione essendo stata istituita in epoca antica.

È da ricordare inoltre la esistenza e l'attività delle Mutue Sanitarie, sorte nell'immediato dopoguerra e che rappresentano un po' un anticipo delle Mutue sindacali.

Molti cittadini non in grado di pagare il medico per sé e per la propria famiglia, ma non così poveri per poter essere inclusi negli appositi elenchi e beneficiare dell'assistenza gratuita dei Comuni, ritennero opportuno e conveniente iscriversi ad apposite Mutue sanitarie. Queste si svilupparono specialmente nel Lazio, in Piemonte e in Lombardia. Poi con il sopraggiungere delle Mutue sindacali perdono d'importanza e saranno definitivamente superate non appena verrà organizzata anche l'assistenza ai familiari²¹.

Lo Stato fascista, che si rifaceva al principio della collaborazione fra le classi sociali e le categorie professionali nel superiore interesse della Nazione, concepì la previdenza e la mutualità come espressioni della costruzione corporativa. La previdenza mutualistica era dunque non più un compito dei singoli ma un dovere di partecipazione alla collaborazione di classe.

Anche la *Carta del lavoro* faceva riferimento alla mutualità. La *Carta* era formata da un preambolo, seguito da 30 articoli, nei quali si delineavano i tratti dello Stato corporativo che il regime voleva instaurare. Fu approvata dal Gran consiglio del fascismo il 21 aprile 1927. Non aveva valore di legge o di decreto, dato che il Gran consiglio era in quel momento soltanto un organo di partito, ma fu comunque pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. 100 del 30 aprile 1927.

Prevedeva la trasformazione del sindacato in istituzione pubblica, la collaborazione tra le forze produttrici, quindi fra lavoratori e datori di lavoro, l'intervento dello Stato nei rapporti di lavoro e nelle attività economiche, nonché il miglioramento delle condizioni dei lavoratori tramite la legislazione sociale.

La *Carta del lavoro*, nella sua XXVIII dichiarazione, affermava:

nei contratti collettivi verrà stabilita, quando sia tecnicamente possibile, la costituzione di casse mutue per malattie, col contributo dei datori di lavoro e dei prestatori d'opera, da amministrarsi da rappresentanti degli uni e degli altri, sotto la vigilanza degli organi corporativi²².

21. E. Papasogli, *Problemi sindacali. Mutualità*, Cya, Firenze, 1937, p. 16.

22. G. Silei, *Lo Stato Sociale in Italia. Storia e documenti*, vol. I, *Dall'unità al fascismo (1861-1943)*, Lacaíta, Manduria, 2003, p. 374.

Un libro, pubblicato nel 1940, ricordava l'uso comune della parola "mutualità" alla fine del periodo fascista e le accezioni precedenti, riflettendo sui contenuti della parola:

L'assistenza od assicurazione contro le malattie è designata comunemente con la parola mutualità. Ma la struttura ed il contenuto di questa provvidenza sociale non rispondono oramai più alla sua denominazione e dire mutualità significa ricordare le origini del movimento, più che indicare con precisione gli ordinamenti positivi odierni. Il movimento mutualistico ha, infatti, la sua origine nelle Società di mutuo soccorso, che furono i nuclei intorno ai quali si creò e sviluppò il senso di solidarietà fra le categorie meno abbienti. Costituite tra lavoratori, le Società di mutuo soccorso attesero in via principale alle forme più semplici e comuni di aiuti in caso di malattia, permettendo la raccolta di elementi utili ai successivi sviluppi e, soprattutto, educando al senso della previdenza e dello scambievole aiuto.

Sotto questi riflessi la denominazione che è stata conservata è un giusto omaggio al passato.

Si usa distinguere la mutualità in *mutualità volontaria* e *mutualità sindacale o professionale*.

La mutualità *volontaria* raggruppa le superstiti Società di mutuo soccorso; la *mutualità sindacale o professionale* designa le Casse mutue create, per contratto collettivo o comunque per iniziativa delle associazioni professionali giuridicamente riconosciute, per i lavoratori inquadrati sindacalmente. È per questa parte, di gran lunga la più importante, che la definizione di mutualità appare meno appropriata dal momento in cui l'onere del soccorso al lavoratore è stato in parte assunto dal datore di lavoro, mediante il così detto contributo paritetico, superandosi il concetto del mutuo aiuto nell'ambito di un solo gruppo o di una sola categoria.

È tuttavia, preferibile, conservare la denominazione tradizionale, seppure non perfetta, anziché chiamare la mutualità sindacale *assicurazione contro le malattie*²³.

3. La Mutua del secondo Novecento

Dopo la Seconda guerra mondiale, la parola "mutua" è entrata nell'uso comune come un'istituzione per l'assicurazione obbligatoria di malattia, in alternativa alla locuzione "mutuo soccorso", che riguardava l'associazionismo mutualistico volontario. La parola è stata a lungo usata con

23. M. Bocci, *La mutualità in Italia. Storia e dottrina*, Soc. Tipolitografica, Ascoli Piceno, 1940, cit. da G. Silei, *Lo Stato Sociale in Italia. Storia e documenti*, vol. I, cit., pp. 408-409.

varie accezioni, ben approfondite nel volume XI del *Grande dizionario della lingua italiana Utet*, pubblicato nel 1981²⁴.

Il dizionario riportava al lemma “Mutua”, come prima forma, la seguente: «Società o associazione mutua o di mutuo soccorso». Gli esempi dell’uso erano:

Mutua agraria: particolare tipo di società di mutua assicurazione, avente la specifica finalità di assicurare gli agricoltori contro i vari rischi agricoli e specialmente contro la grandine e la mortalità del bestiame.

Mutua sanitaria: particolare tipo di associazione mutua, sorta specialmente in Lombardia dopo il 1920 (in seguito alla riduzione dell’istituzione del medico condotto) per garantire agli associati, mediante convenzioni con i sanitari, assistenza medica e talora anche ospedaliera²⁵.

La seconda forma riportata nel lemma “Mutua” era invece quella in uso da metà Novecento in poi:

ciascuno dei molteplici enti o istituti previdenziali (storicamente derivanti da Casse o Società mutue o di mutuo soccorso) che gestiscono l’assicurazione sociale contro le malattie a favore delle varie categorie di lavoratori dipendenti pubblici o privati e di lavoratori autonomi. Anche: qualsiasi ente di assistenza per malattia, anche se tale assistenza è prestata su una base diversa da quella dell’assicurazione sociale; la struttura sociale complessiva di assistenza per malattia, costituita dall’insieme di tali enti e istituti²⁶.

Si trattava degli enti previdenziali, come l’INAM, introdotti alla fine del periodo fascista per l’assicurazione contro la malattia, che tra l’altro avevano assunto nell’opinione pubblica un carattere decisamente negativo.

L’INAM, nato come Ente Mutualità Fascista, poi chiamato Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro le Malattie dei Dipendenti Privati, forniva una serie di prestazioni economiche e di carattere sanitario, come l’assistenza medica generica e l’assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera. Se l’INAM era la principale mutua sanitaria, esistevano anche altre mutue di grandi dimensioni, come l’ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza

24. Nato come aggiornamento del celebre *Dizionario della lingua italiana* di Niccolò Tommaseo, edito nel 1861, il *Grande dizionario della lingua italiana* fu fondato nel 1961 da Salvatore Battaglia, e pubblicato dalla Utet concludendo nel 2002 l’opera, di 21 volumi con 22.700 pagine. Il volume XI, che riporta il lemma “Mutua”, esprime in maniera approfondita i diversi contenuti della parola nella seconda metà del Novecento.

25. *Grande dizionario della lingua italiana*, Utet, Torino, vol. XI, Moto-Orac, 1981, p. 161.

26. *Ibidem*.

e Assistenza per i Dipendenti Statali); l'INADEL (Istituto Nazionale di Assistenza per i Dipendenti degli Enti Locali); l'ENPDEDP (Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti degli Enti di Diritto Pubblico), e molte altre casse minori per specifiche categorie di dipendenti pubblici e privati²⁷.

Forti critiche contro il sistema delle mutue si levarono nei primi anni '60. In una delle comunicazioni – lasciate ai cittadini interessati – al convegno sulla riforma sanitaria e la sicurezza sociale, tenuto tra febbraio e marzo 1963, si affermava:

È difficile dire oggi quanti sono gli Enti considerati previdenziali: tutti conosciamo i maggiori di essi; sappiamo anche, per notizie di stampa diramate in occasione di scioperi del settore, che in tali Enti sono impiegati decine di migliaia di lavoratori, certamente più che 50.000 e qualcosa meno che 100.000. Noi non conosciamo la vita di questi enti; sappiamo solo che il risultato lascia molto a desiderare (...) Gli enti attuali vivono di una asfittica vita dominata dalla più ottusa burocratizzazione; se formalmente essi sono amministrati da Consigli dove (...) figurano, sia pure in minoranza, anche rappresentanti degli assistiti designati dalle Confederazioni dei lavoratori, essi sono in effetti retti e dominati da una burocrazia abile ed astuta nella lotta per la conservazione e per le proprie ambizioni, chiusa a qualsiasi idea innovatrice, timorosa del mondo esterno, gretta nelle decisioni di spese che non riguardino le retribuzioni dei massimi papaveri ed i gettoni di presenza nelle commissioni²⁸.

Dell'impressione negativa sulle mutue a livello popolare, si trova traccia nel romanzo di Bonaventura Tecchi, *La terra abbandonata*, citato dal *Grande dizionario della lingua italiana* come esempio emblematico di questa percezione:

È vero che le 'mutue' sono un imbroglio: ché, se un povero contadino s'ammala, i soldi che ha pagato in previsione (Dio ci scampi e liberi) di qualche brutta malattia e lunga, se li ritrova 'stampati' (...) sulle belle pareti, sulle poltrone di lusso, sui mobili luccicanti di qualche gran palazzo²⁹.

Dalle mutue obbligatorie di categoria scaturivano una serie di locuzioni molto comuni, che lo stesso *Grande dizionario della lingua italiana* registrava puntualmente:

27. G. Silei, *Lo Stato Sociale in Italia. Storia e documenti*, vol. II, *Dalla caduta del fascismo ad oggi (1943-2004)*, Lacaia, Manduria, 2004, pp. 127-130.

28. F. Corbucci, *Gli enti previdenziali e la sicurezza sociale, in Riforma sanitaria e sicurezza sociale. Atti del convegno tenuto a Roma dal 28 febbraio al 2 marzo 1963*, Editori Riuniti, Roma, 1963, pp. 207-208.

29. B. Tecchi, *La terra abbandonata*, Bompiani, Milano, 1970, p. 28.

Avere la mutua: essere iscritto a un istituto previdenziale e poter fruire dei benefici previsti in caso di malattia (...).

Mettersi in mutua, farsi dichiarare, con una prescrizione medica, malato temporaneamente e inabile al lavoro (...).

Medico della mutua: sanitario, convenzionato con l'ente assicuratore, al quale viene assegnato un certo numero di assistiti da curare³⁰.

Proprio dai medici venivano le più sostanziali critiche al sistema delle mutue. Emblematiche erano le parole dello scrittore Giuseppe D'Agata nel fortunato romanzo *Il medico della mutua*, pubblicato nel 1964, in cui si spiegavano le disfunzioni delle mutue obbligatorie, viste dal lato dei dottori:

La mutua è una grande casa, alta e ben intonacata, con entrata principale e uscite secondarie. Davanti a questa grande casa il medico si sente meschino e smarrito. Una volta non c'era, la mutua, e i medici di una volta se la passavano bene: quasi tutti diventavano ricchi, alcuni ricchissimi. Tutti facevano i loro soldi, c'erano clienti a volontà, lavoro sempre garantito (...).

Oggi purtroppo c'è la mutua: succhia il sangue di noi medici, dei mutuati e dei padroni, e lo trasforma in corridoi, uffici, ascensori, uscieri, dattilografe, impiegati, capi e dirigenti amministrativi, direttori sanitari, medici funzionari, infermieri e così via. Tutta roba che è fatta apposta per tarpare le ali alla nostra libera professione³¹.

Dal romanzo deriva il film omonimo interpretato da Alberto Sordi, regia di Luigi Zampa, uscito nel 1968. Nel 1969 uscì la prosecuzione cinematografica con il film *Il prof. dott. Guido Tersilli primario della clinica Villa Celeste convenzionata con le mutue*, regia di Luciano Salce. Un ulteriore film, *Gli infermieri della mutua*, sempre del 1969, diretto da Giuseppe Orlandini, dimostra come la questione delle mutue fosse in quel periodo all'ordine del giorno. Tutti e tre i film facevano riferimento alle truffe nella sanità, di cui erano protagoniste o vittime le mutue obbligatorie³².

La mentalità comune contraria alle mutue di categoria, uscite dal periodo fascista, si rileva persino nel cambio di nome di una delle più

30. *Grande dizionario della lingua italiana*, vol. XI, cit., p. 161

31. G. D'Agata, *Il medico della mutua*, Bompiani, Milano, 1973, p. 5. Edizione originale 1964.

32. Nel 1967 era uscito un libro inchiesta, dal titolo significativo: *Mutualità alla svolta*, a cura di G. Giannelli e P. Di Iulio, Tipografia regionale, Roma, stampa 1967. Il libro è ricordato nel film *Il medico della mutua*.

antiche società di mutuo soccorso italiane, fondata nel 1877. Dal 1° maggio 1977, in occasione del centenario, la denominazione passò da Mutua nazionale del personale di macchina a Società nazionale di mutuo soccorso fra ferrovieri FS, perché la mutua era ormai aperta a tutti i dipendenti delle Ferrovie dello Stato ed era – ricordava il presidente Gabriele Ferri – «una vera Società di Mutuo Soccorso ai lavoratori e non una Mutua nel senso che si dà oggi alla parola e cioè sanitaria e parastatale»³³.

Di tutti i termini legati al mutuo soccorso, è rimasto ben vivo fino ai giorni nostri l'aggettivo “mutuabile”, con il seguente significato: «detto di farmaco o prestazione medica specialistica il cui costo viene sostenuto, totalmente o in parte, dal Servizio sanitario nazionale»³⁴.

4. Il mutuo soccorso oggi

Quali possono essere – negli anni '20 del XXI secolo – i contenuti e i valori del mutuo soccorso?

Oggi il nostro paese è caratterizzato da: bassa natalità, con tassi elevati di invecchiamento; prestazioni orientate alla previdenza pensionistica e alle cure sanitarie, con scarsa offerta di servizi per infanzia e anziani; crescente diseguaglianza, con individui e famiglie in condizioni di “sussistenza” che tendono a precipitare nella “povertà”, secondo lo schema enucleato all'inizio di questo saggio.

Gli effetti negativi sono dovuti a tanti elementi, come la precarizzazione del lavoro o le spese sempre più consistenti indotte dalla tecnologia (ad esempio la necessità di avere internet, telefoni e computer) e anche dal consumismo (la necessità di cambiare vestiti, automobili, o di fare vacanze costose, il tutto percepito come *status symbol*).

Siamo lontani da quella “cultura della lesina”, cioè del risparmio, che aveva caratterizzato i nostri antenati e siamo anche lontani dal senso di comunità, che portava nell'Ottocento al patto di mutuo soccorso, fra colleghi o abitanti dello stesso paese o rione di città. Un patto che era in grado di aiutare nel momento del bisogno. Oggi, invece, troviamo un vero e proprio mercato dei servizi alla persona/famiglia, basato soprattutto su

33. S. Maggi, *Mutuo soccorso Cesare Pozzo. 140 anni di solidarietà*, il Mulino, Bologna, 2017, pp. 87-88.

34. <https://www.treccani.it/vocabolario/mutuabile/>, consultazione del 5 gennaio 2021.

un'offerta che si può definire informale (abbiamo circa un milione di bandanti) e quindi i costi del *welfare* sono in gran parte a carico delle famiglie, cioè *out of pocket*, per usare una locuzione che esprime la mancata copertura da parte del sistema di *welfare* pubblico, compreso quello integrativo gestito da organizzazioni *no-profit* come le società di mutuo soccorso rimaste fino ai giorni nostri³⁵.

Queste si occupano ormai di *welfare* aziendale, nello specifico settore della sanità integrativa. Esiste anche un consorzio di alcune società di mutuo soccorso, chiamato Consorzio MU.SA., che così si presenta sul sito internet:

Il Consorzio Mutue Sanitarie è costituito da 10 Società di mutuo soccorso aderenti alla FIMIV, Federazione Italiana Mutualità Integrativa Volontaria, che coprono tutto il territorio nazionale: Cesare Pozzo; Campa; Sma Società Mutua Assistenza; Insieme Salute Milano; Insieme Salute Toscana; Insieme Salute Lazio; Società Mutua Piemonte; Moa Mutua Ospedaliera Artigiani, Faremutua; Medì).

Esse rappresentano l'eccellenza delle Mutue Volontarie italiane e si occupano di assistenza sanitaria integrativa.

Il Consorzio MU.SA. si propone di rappresentare, promuovere e coordinare i programmi per le Società di Mutuo Soccorso associate, rafforzandone il ruolo e la capacità contrattuale.

Il Consorzio MU.SA. si candida pertanto a partecipare a trattative di rilievo nazionale (contratti collettivi nazionali) al fine di competere in maniera adeguata e specifica con gli altri soggetti presenti sul mercato.

Le gestioni delle coperture sanitarie integrative trattate dal Consorzio MU.SA. e affidate alle singole Società di Mutuo Soccorso associate, garantiscono la piena applicazione dei principi mutualistici:

- assenza di fini lucrativi;
- principi della porta aperta, nessuna discriminazione delle persone assistite;
- garanzia di assistenza per tutta la vita (le Società di Mutuo Soccorso non esercitano mai il diritto di recesso);
- partecipazione democratica delle persone assistite che diventano Soci della Società di Mutuo Soccorso e non clienti³⁶.

I problemi sociali attuali richiederebbero in effetti soluzioni imposte su una logica aggregativa e partecipativa, come quella del mutuo soccorso.

35. S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso nel sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna, 2015, pp. 15-17.

36. <https://www.consorziomusa.it/>, consultazione del 5 gennaio 2021.

È significativo vedere come alcune città abbiano istituito fondi di “mutuo soccorso” durante l’emergenza per il Covid-19. Tra queste, Reggio Calabria e Milano.

A Reggio è nato un progetto di raccolta fondi il cui ricavato, versato su uno specifico conto corrente vincolato, è stato destinato a fronteggiare lo stato di crisi e a programmare le attività di ripresa al termine dell’emergenza. Sul sito del Comune si legge:

Con deliberazione n. 41 approvata in data 25.03.2020, la Giunta Municipale ha istituito un Fondo di Mutuo soccorso per avviare tutte le iniziative necessarie a contrastare la diffusione del COVID-19 e contenere l’attuale stato di emergenza straordinaria sanitaria e sociale.

Si tratta di un progetto di raccolta fondi per l’emergenza epidemiologica COVID-19, il cui ricavato, risultante da un conto corrente vincolato, sarà interamente devoluto per fronteggiare l’attuale stato di crisi e per programmare le attività di ripresa al termine dell’emergenza³⁷.

Sul sito del Comune di Milano si legge:

Il Sindaco di Milano Giuseppe Sala ha costituito un Fondo di Mutuo Soccorso destinato ad aiutare, nell’immediato, coloro che più di altri sono messi in difficoltà dalla diffusione del Corona Virus e, successivamente, a sostenere la ripresa delle attività cittadine con interventi più strutturali che dovranno sostenere la ricostruzione del tessuto socio economico della città, con particolare attenzione ai piccoli esercizi e agli operatori economici. Il fondo si aggiunge allo stanziamento di 3 milioni di euro già approvato dal Consiglio Comunale ed è aperto alla partecipazione economica di singoli cittadini, di imprese e di associazioni che vogliono dare il loro contributo.

Le risorse saranno distribuite alle fasce più deboli della popolazione colpite dal rallentamento dell’economia o come conseguenza delle misure assunte dalle autorità per il contenimento dell’epidemia.

Particolare attenzione sarà data, in una prima fase, ai disoccupati a causa della crisi Covid-19, ai dipendenti a tempo determinato cui non è stato rinnovato il contratto, ai precari, ai lavoratori autonomi in crisi, alle collaboratrici familiari e altre categorie di lavoratori fragili³⁸.

È evidente, in questi fondi di mutuo soccorso, la matrice di solidarietà. Non si tratta invece di un patto comunitario come quelli fra abitanti di

37. <http://www.reggiocal.it/on-line/Home/Notizie/articolo110740.html>, consultazione del 5 gennaio 2021.

38. <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/servizi-sociali/fondomutuosoccorso>, consultazione del 5 gennaio 2021.

uno stesso paese, o fra colleghi di lavoro. Nei casi di Reggio Calabria e di Milano, si è proposto ai cittadini di aiutare chi ha più bisogno, in una sorta di filantropia territoriale, non un patto fra eguali per raccogliere i fondi necessari per soccorrersi in caso di bisogno.

Ma in fondo il mutuo soccorso, con la sua origine di “fratellanza”, abbraccia un po’ tutti i temi dell’aiuto reciproco.

Appunti per una discussione sul mutuo soccorso

Guido Bonfante

Una premessa generale

In questa particolare congiuntura storica anche, se si vuole, a fronte di un temporaneo, si spera, appannamento dell'ideologia mutualistica cooperativa alle prese con la crisi economica e le difficoltà di coniugare efficacemente i principi mutualistici e l'efficienza d'impresa¹, si pone al mutuo soccorso un'occasione, forse unica, di sviluppo e affermazione della mutualità nella società contemporanea².

Affinché siffatta occasione possa essere pienamente colta, occorre che le organizzazioni del mutuo soccorso sappiano interrogarsi e confrontarsi con spirito aperto e innovativo su alcune questioni cruciali che la realtà contemporanea pone.

Innanzitutto, una prima area di discussione riguarda l'approfondimento del tema relativo all'impatto che il Codice del Terzo settore può de-

1. Si veda fra le varie voci critiche da ultimo G. Fauceglia, *Il futuro della società cooperativa: la fine dell'umanizzazione e la scelta dell'efficienza*, in "Giurisprudenza Commerciale", n. 4, 2019, pp. 567 ss.

2. Va respinta a riguardo la tesi, serpeggiante nel mondo della cooperazione, secondo cui solo nella cooperativa si invererebbe la mutualità attraverso il rapporto di scambio con il socio che si sostiene assente nelle SMS. In verità il rapporto di scambio con il socio si è affermato nelle cooperative solo negli ultimi decenni con lo sviluppo economico di queste imprese come attesta il fatto che fino agli anni Settanta i lavoratori non erano per lo più titolari di un contratto di lavoro dipendendo la loro prestazione dall'adesione al contratto sociale e lo stesso dicasi per le cooperative di consumo in cui i beni venivano ceduti ai soci in ragione della loro adesione alla società e non in virtù di un autonomo (dal contratto sociale) contratto di compravendita. A parte il fatto che anche nelle mutue sanitarie si può ravvisare un contratto di scambio con il socio, la verità è che il tratto distintivo della mutualità è rappresentato piuttosto dalla gestione di servizio al socio che si può realizzare anche, ma non esclusivamente, attraverso il rapporto di scambio con il socio. Sull'evoluzione del c.d. rapporto di scambio nelle cooperative cfr. G. Bonfante, *Delle Imprese cooperative*, Zanichelli, Bologna-Roma, 1999, pp. 98 ss.

terminare in ordine alle possibili nuove occasioni di sviluppo dell'attività delle società di mutuo soccorso (SMS). In particolare, si tratta di verificare su un terreno giuridico se la disciplina generale del CTS e, in particolare, la legittimazione ivi prevista per gli ETS di svolgere attività d'impresa sia pure in ambiti rigorosamente definiti, possa verosimilmente riguardare anche le SMS con la conseguente verifica circa l'esistenza o meno di nuovi spazi operativi riconducibili a un operare con metodo imprenditoriale³.

Strettamente collegato a tale indagine è poi un secondo tema che, muovendo da una radiografia delle attività in essere nelle SMS, oscillanti fra semplicistiche forme di stampo associativo e interventi innovativi sul terreno sociale, con riguardo a questi ultimi si interroga su un possibile diverso ruolo attivo del patrimonio e sugli eventuali rapporti sinergici con altri enti o società del Terzo settore in grado così di ampliare indirettamente il campo di operatività.

Si pensi, ad esempio, a una SMS che “controlla” un'impresa sociale a cui affida l'esercizio di attività proprie del Terzo settore, esercizio formalmente escluso dalla disciplina del mutuo soccorso così come viene da chiedersi se per quanto attiene al patrimonio non sia giunto il momento di interventi anche legislativi che ne consentano un utilizzo più dinamico beninteso per il solo raggiungimento delle finalità mutualistiche dell'ente.

In questa ricerca di nuovi spazi operativi si impone poi la messa a fuoco di un'ulteriore tema riguardante il ruolo delle società di mutuo soccorso che svolgono la loro attività prevalentemente nell'erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie anche attraverso la gestione di fondi sanitari integrativi, le c.d. mutue sanitarie.

Si evidenzia, in questo ambito, la presenza di esperienze spurie che nascono come forme camuffate di attività assicurative rivolte indistintamente al pubblico, e che non sono collegate al movimento.

La sfida che si pone, che in parte è stata già colta, ma che probabilmente deve essere ulteriormente coltivata, è quella di far sì che le mutue sanitarie siano anche uno strumento di potenziamento delle attività delle SMS c.d. minori attraverso adeguate forme di mutualità mediata⁴, consentendo

3. Cfr. sul tema G. Bonfante, *La disciplina civilistica delle società di mutuo soccorso dopo il CTS*, in “Terzo Settore, non profit e cooperative”, 2019, pp. 30 ss.

4. La mutualità mediata è stata legittimata nelle SMS dalla riforma del 2012 (decreto legge n. 179/2012) in particolare dall'art. 4 ove si afferma a proposito dell'acquisto della qualità di socio che «possono divenire soci altre società di mutuo soccorso, a condizione che i membri persone fisiche di queste siano beneficiarie delle prestazioni rese dalla Società (...)».

quindi anche a queste SMS di arricchire le proprie prestazioni attirando, si spera, in tal modo anche l'interesse di nuovi soci. Così operando, la mutua sanitaria diventa un volano per lo sviluppo di tutto il movimento consentendo anche alle SMS "meno attrezzate" di fornire prestazioni mutualistiche diversamente improponibili ai propri soci.

Last but not least si pone il tema dei modelli organizzativi che dovrebbero governare la società di mutuo soccorso dove è evidente agli occhi di tutti l'inadeguatezza dell'attuale modello giuridico *bon a tout faire* che pretende di disciplinare nel medesimo modo l'operare di SMS che svolgono attività per lo più di carattere culturale e ricreativo, e quelle che operano in modo articolato sul terreno sociale e sanitario. Si pone cioè l'interrogativo se non sia più adeguato considerare il mutuo soccorso come un fenomeno unitario che peraltro a seconda dell'attività svolta possa optare per forme giuridiche semplificate di natura meramente associativa o di tipo societario sia pure in un quadro di piena permeabilità fra i due modelli.

Sono questi in definitiva i temi che meritano in questo momento particolare attenzione e che se adeguatamente affrontati possono dare nuovamente al mutuo soccorso un ruolo di primo piano e pienamente attuale fra gli enti del Terzo settore per capacità di intervento nel campo sociale.

1. Le SMS e il divieto di svolgere attività d'impresa

Preliminare alle questioni sopra poste è comprendere la portata dell'art. 2 della legge n. 3818/1886, così come modificato nel 2012, che prevede espressamente che le SMS non possano svolgere attività d'impresa.

Si tratta di un divieto che sotto un profilo storico è probabilmente il frutto di un certo pressapochismo legislativo dettato da una non piena consapevolezza della nozione di impresa di cui all'art. 2082 del Codice civile, da cui forse traspare in qualche misura anche la volontà di statuire la minorità di questi istituti sul piano dell'azione sociale.

In ogni caso si tratta di un divieto che seppure non avesse ragione di esistere all'epoca della sua emanazione, è diventato ancor più obsoleto dopo l'introduzione del CTS⁵.

5. Sugli enti del Terzo settore svolgenti attività d'impresa cfr. V. Marcelli, *L'ente del terzo settore e l'esercizio di attività d'impresa*, in A. Fici (a cura di), *La riforma del terzo settore e dell'impresa sociale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2018, pp. 123 ss.

Vediamo perché prendendo le mosse da una breve illustrazione dei requisiti del concetto di impresa come risultano dall'art. 2082 c.c. e che consistono, come noto, nell'esercizio di un'attività economica, con professionalità e organizzazione⁶.

E così quanto al requisito dell'esercizio di un'attività economica si considera tale quella i cui fini o risultati sono suscettibili di valutazione economica. In altri termini l'economicità si identifica con l'idoneità in astratto a coprire i costi della produzione. Ciò che rileva ai fini della economicità è che l'impresa sia potenzialmente produttrice di utili non valendo ad escludere l'esistenza dell'impresa il fatto che questi ultimi siano destinati a scopi benefici o altruistici. Una opinione da tempo fatta propria dalla giurisprudenza che vale ad includere nella nozione dell'art. 2082 c.c. le imprese operanti nel Terzo settore come ad esempio le imprese sociali.

Quanto al requisito della professionalità è unanime l'opinione degli interpreti che con tale termine si voglia indicare che l'esercizio dell'attività di impresa debba essere abituale e non occasionale e saltuario e deve essere svolto – aggiunge la norma – con un minimo di organizzazione interna.

Si tratta peraltro di un requisito, quest'ultimo, che se in passato si riconosceva nell'organizzazione del lavoro altrui, attualmente è evaporato nell'interpretazione giurisprudenziale riconoscendosi come organizzata l'attività anche solo in presenza di beni strumentali come telefoni, computers ecc.

Resta da dire dell'ultimo requisito costituito dalla produzione o lo scambio di beni o servizi che viene per lo più identificato nella necessità che l'attività sia rivolta al mercato ossia ai terzi. A fronte di questo requisito il non giurista potrebbe obiettare che le SMS non sono imprese in quanto rivolgono la loro attività esclusivamente a favore dei propri soci, ma questa obiezione perde il suo valore ove si guardi all'esperienza delle imprese cooperative a mutualità pura che operano cioè solo con i soci e nei cui confronti nessuno dubita che si tratti comunque di imprese, atteso che i cooperatori sono terzi rispetto all'ente cooperativo dotato di personalità giuridica. Di qui la piena conclusione che la medesima conclusione vale anche per le SMS dotate anch'esse di personalità giuridica e nei cui confronti i soci sono a tutti gli effetti da considerarsi come terzi.

6. La dottrina sul tema è sterminata. Per tutti ci si permette di rinviare a G. Bonfante, sub. art. 2082, in E. Gabrielli (diretto da), *Commentario del Codice civile*, Utet, Torino, 2013, pp. 135 ss. ove ulteriori riferimenti.

Infine, va sottolineato come l'art. 2082 c.c. non contempli fra i requisiti dell'imprenditore il perseguimento dello scopo di lucro beninteso come lucro soggettivo (distribuito cioè fra i soci/partecipanti) e non come lucro oggettivo che resta cioè nell'impresa.

Ed è anche in ragione di ciò che negli ultimi anni si sono moltiplicati gli esempi di imprese non lucrative a cominciare dall'impresa sociale introdotta nel 2006⁷.

In questo quadro può ben dirsi che il CTS ha definitivamente sancito la piena legittima esistenza di imprese che non hanno finalità lucrativa. Basti infatti leggere l'elenco di attività previste dall'art. 5 per rendersi conto che almeno la maggioranza delle stesse presume che l'attività di interesse generale e non lucrativa venga svolta in modo continuativo e organizzato.

Ma se le cose stanno in questi termini occorre concludere che anche le SMS possono svolgere la loro attività in forma di impresa non lucrativa. Non è detto, beninteso, che tutte le SMS svolgano la loro attività con metodo imprenditoriale, ma questa caratteristica si riscontra certamente nelle cosiddette mutue sanitarie e in quelle con attività più sviluppata.

Alla luce di quanto fin qui esposto può quindi concludersi nel senso che il divieto di svolgere attività di impresa di cui alla legge del 2012 sulle SMS vada inteso semplicemente come divieto a svolgere attività imprenditoriale lucrativa (lucro soggettivo).

E del resto se così non fosse vi sarebbe una disparità di trattamento nei confronti agli altri ETS del CTS tale da far pensare al limite ad un'abrogazione implicita del divieto in questione.

Dunque, e conclusivamente, può considerarsi acquisito il principio che anche le SMS possono svolgere la loro attività in forma di impresa sia pure non lucrativa il che – come vedremo – può avere significative conseguenze in ordine alle opportunità operative che alla luce del CTS possono essere colte.

2. Il CTS e i possibili nuovi campi di operatività delle SMS

Assodato dunque che anche le SMS possono svolgere attività di impresa purché non lucrativa, si tratta di verificare se l'emanazione del CTS

7. Si veda sull'impresa sociale E. Cusa, *Cooperative sociali come imprese sociali di diritto*, studio n. 205/2018, nonché A. Ruotolo, D. Boggioli, *La nuova disciplina dell'impresa sociale*, studio n. 91/2018, in "Consiglio Nazionale del Notariato"- studi e materiali, n. 3-4, 2018. In generale E. Desana, *L'impresa fra tradizione e innovazione*, Giappichelli, Torino, 2018, passim.

abbia consentito al mutuo soccorso di ampliare la propria operatività e, in caso di risposta positiva, in quali termini.

Per rispondere al quesito occorre preliminarmente accennare al rapporto intercorrente fra le norme delle SMS e quelle del CTS⁸.

A questo proposito mentre da un lato l'art. 42 del d.lgs. 117/2017 stabilisce espressamente che le SMS sono disciplinate dalla legge n. 3818/1986 e sue modificazioni, per altro verso l'art. 3 prevede che ove non derogate ed in quanto compatibili trovino applicazione le norme del CTS anche agli enti (come le SMS) che hanno una disciplina particolare.

In questo ambito un punto centrale delle materie direttamente ed esclusivamente regolate dalla legge n. 3818 è rappresentato dall'elencazione delle attività che possono svolgere le SMS con espressa previsione del divieto di svolgerne altre non previste dalla legge. In questo senso è dunque pacifico che l'art. 2 della legge 3818 è tassativo nel derogare al disposto del CTS che in tema di oggetto sociale degli ETS prevede una varietà di oggetti sociali di cui alle lettere A-Z dell'art. 5 del d.lgs. 117/2017.

Semmai si potrebbe discutere se sia legittima anche per le SMS la possibilità di svolgere in parte attività differenti a condizione che lo statuto lo consenta e queste siano secondarie e strumentali rispetto alle attività consentite così come prevede l'art. 6 del CTS, ancorché anche questa possibilità potrebbe essere discutibile atteso il carattere tassativo del divieto di svolgere attività "diverse" come stabilisce l'art. 2 della legge 3818/86.

Una tale conclusione non esclude però che altre norme del CTS in quanto compatibili con la disciplina delle SMS possano trovare applicazione.

Lasciate da parte in questa sede le regole organizzative in tema di funzionamento dell'assemblea, del consiglio di amministrazione e dell'organo di controllo così come la disciplina in materia di scritture contabili e libri sociali obbligatori, è da ritenersi applicabile in quanto compatibile l'art. 7 del CTS in ordine all'attività di raccolta fondi in conformità a linee guida da adottarsi con decreto del Ministero del Lavoro.

In attesa che tali linee guida chiariscano al meglio il perimetro entro cui può svolgersi l'attività in questione, di particolare interesse appare la possibilità che la raccolta fondi possa avvenire anche in forma organizzata e continuativa vuoi mediante sollecitazione al pubblico nonché attraverso la cessione o erogazione di beni o servizi di modico valore. Disposizione che va letta sul versante tributario all'unisono con il disposto

8. Cfr. G. Bonfante, cit. *supra*, nota 3.

dell'art. 79, anch'esso applicabile alle SMS, in cui fra l'altro, è precisato che non concorrono alla formazione del reddito i fondi pervenuti a seguito di raccolte pubbliche effettuate, in questo caso, occasionalmente anche mediante offerte di beni o servizi ai sovventori purché di modico valore⁹, in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione. E, di tutta evidenza, l'importanza di tali disposizioni che danno il via libera anche alle SMS ad attività di *crowdfunding* finalizzate al sostegno dalle proprie finalità istituzionali.

Ugualmente applicabile alle SMS è il disposto dell'art. 10 del CTS che prevede la possibilità di creare patrimoni destinati a specifici affari ai sensi e per gli effetti degli artt. 2447 bis e seguenti del Codice civile.

Si tratta di un istituto che consente di destinare e separare una parte del patrimonio per il raggiungimento di una specifica attività della SMS prevista in statuto, consentendo ad esempio che gli esiti di un eventuale *crowdfunding* siano di esclusivo appannaggio di tale patrimonio separato.

Non è qui la sede per illustrare le caratteristiche dell'istituto in tutti i suoi aspetti così come disciplinati dalle norme del Codice civile¹⁰, bastando sottolineare la piena applicabilità di questa figura anche alle SMS come indirettamente confermato da uno studio del Consiglio Nazionale del Notariato del 19/04/2018 n. 102 a condizione che si tratti di enti non solo dotati di personalità giuridica, ma anche iscritti al Registro Imprese.

Infine, sempre attingendo alle varie norme del CTS, interesse suscita l'art. 41 in tema di reti associative. Posto che il far rete con lo scambio delle reciproche esperienze costituisce un punto essenziale per lo sviluppo del movimento, allo stato non pare peraltro che la disciplina prevista dal CTS, se non altro per l'alto numero di adesioni richieste (100), sia adattabile al mutuo soccorso senza contare che le Associazioni di rappresentanza sindacale come la FIMIV e i vari coordinamenti territoriali svolgono già in parte le funzioni previste dalle reti associative.

Semmai, viene da aggiungere a questo riguardo, che un certo rilievo può assumere la disciplina delle cooperative, come noto, applicabile in terza battuta alle SMS in quanto compatibile *in primis* con la legge n. 3818/1886 e con il CTS a cominciare dalla disciplina dei consorzi e del gruppo paritetico cooperativo. Non vi è dubbio che il ricorso con gli eventuali adattamenti a queste figure potrebbe consentire una maggiore

9. Allo stato il concetto di modico valore è indeterminato e dovrà essere, si spera, precisato dalle citate linee guida del Ministero.

10. Sul tema si veda per tutti B. Inzitari, *I patrimoni destinati ad uno specifico affare*, in "Le società", n. 2 bis, 2003.

efficacia all'attività delle SMS, ma in questo caso occorre vincere la diffidenza delle singole esperienze poco o nulla propense alla collaborazione reciproca¹¹.

Resta da dire da ultimo della fattispecie che sin da ora se praticata può consentire alle singole SMS di ampliare il proprio raggio d'azione senza violare i ricordati limiti operativi posti dalla legge.

Si allude alla nuova disciplina dell'impresa sociale che può assumere varie vesti giuridiche fra cui la società a responsabilità limitata e che in quanto ente *non profit* può essere pacificamente partecipata, anche con partecipazione di maggioranza, da una SMS che in tal modo in via indiretta può allargare in modo considerevole lo spazio delle proprie attività. Anche se, va aggiunto, affinché questo percorso sia pienamente praticabile, occorre che vengano rimossi a livello europeo i limiti attuali che impediscono allo stato alle imprese sociali di godere dei vantaggi fiscali previsti dalla legge. Fino a che un tale ostacolo non verrà rimosso, di fatto una tale opportunità in grado di modificare in modo significativo l'operatività delle SMS resterà lettera morta. Da ultimo in margine al tema dell'ambito di operatività delle SMS si è posta la questione se esse possano o meno investire parte del loro patrimonio disponibile in obbligazioni, titoli azionari, fondi e strumenti finanziari in genere.

Pur nel silenzio delle norme è da escludere che una SMS possa investire il suo patrimonio in azioni o quota di società lucrative siano esse società di capitale o di persone e a maggior ragione detenere partecipazioni di maggioranza essendo evidente in questi casi lo snaturamento del carattere non lucrativo della SMS, snaturamento che evidentemente non sussiste, come si è visto, se l'investimento riguarda una società *non profit* come l'impresa sociale.

Più delicato il discorso relativo all'investimento in titoli obbligazionari o azionari mancando nella legge precise indicazioni di comportamento.

Nulla quaestio per l'investimento in titoli di Stato mentre quando si esce da questo percorso per simmetria con quanto sostenuto per l'investimento in società, parrebbe improprio o comunque discutibile quantomeno l'investimento in titoli e strumenti finanziari a forte connotazione speculativa e come tali estremamente rischiosi e in questo senso un chiarimento legislativo parrebbe opportuno.

11. Un esempio di gruppo paritetico fra SMS potrebbe essere rappresentato da un contratto a cui aderiscono varie SMS in cui si dà un incarico ad una di esse di coordinare l'attività sul territorio ferma restando la possibilità per ciascuna SMS di recedere liberamente ove non ritenga conveniente l'adesione al gruppo.

3. Le cosiddette mutue sanitarie e la mutualità mediata

Le cosiddette mutue sanitarie, come si è già accennato, sono quelle società di mutuo soccorso che prestano la loro attività nel settore socio-sanitario e, in particolare, nell'erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie di infortunio, malattie ed invalidità al lavoro e inabilità dei soci, attività che vengono svolte anche attraverso la gestione di fondi sanitari integrativi.

Si tratta di esperienze che sono caratterizzate da un'articolata organizzazione interna di mezzi e persone, sicché per esse il divieto di svolgere attività di impresa non può che essere letto nei termini sopra esposti ovvero come divieto di esercitare un'attività imprenditoriale con fini lucrativi.

Non si può negare che queste realtà siano percepite da una parte del movimento del mutuo soccorso con una certa diffidenza acuita dall'esistenza di alcuni casi di false società di mutuo soccorso paravento di attività parassicurative e costituite esclusivamente per lucrare vantaggi fiscali.

Al di là di questi casi, le mutue sanitarie sono vere società di mutuo soccorso e, come già accennato, hanno la possibilità di far da traino per tutto il movimento verso un nuovo sviluppo attraverso il meccanismo della mutualità mediata introdotta dal decreto legge n. 179/2012 e consistente nella possibilità che una SMS possa aderire ad un'altra purché dei servizi di quest'ultima siano beneficiari i soci della prima. Infatti, attraverso questo istituto è possibile che le SMS minori riescano a fornire ai propri soci prestazioni di particolare interesse atte ad ampliare e rinnovare la propria base sociale aprendosi così a soggetti più predisposti e attrezzati per approfittare delle nuove opportunità operative sopra descritte. Peraltro, affinché questo avvenga, e le SMS minori escano da logiche meramente ricreative e associative per persone anziane, occorrono alcune condizioni.

La prima è che le mutue sanitarie sappiano offrire a condizioni di favore “pacchetti” di prestazioni di particolare interesse.

La seconda condizione, non meno importante, è che queste operazioni non siano prodromiche a fagocitare le SMS minori decretandone la fine piuttosto che un nuovo sviluppo. In questo senso può essere opportuno che l'accesso alla mutualità mediata da parte della SMS sia accompagnato attraverso apposita convenzione con la mutua sanitaria dal divieto di ammissione a socio di quest'ultima dei beneficiari in via indiretta della prestazione.

Se tutto questo avverrà, sarà possibile che almeno in parte si realizzi anche nel mutuo soccorso un almeno parziale ricambio della base sociale aprendosi così a soggetti più inclini a praticare le soluzioni operative dell'oggi piuttosto che celebrare unicamente, ancorché doverosamente, il proprio passato.

4. Una (brevissima) conclusione. Verso un nuovo modello giuridico del mutuo soccorso

Il quadro sopra esposto mette in evidenza la possibilità per il mutuo soccorso di riappropriarsi di un ruolo di importanza non marginale nelle politiche del *welfare*. Peraltro, perché ciò avvenga non basta probabilmente cogliere le opportunità sopra segnalate, ma anche – come accennato in premessa – avere un biglietto da visita adeguato alla realtà attuale. Occorre cioè pensare a rinnovare finalmente la propria veste giuridica, vecchia di oltre un secolo, sapendo di dover “rivestire” sia le SMS minori che quelle più strutturate, il tutto attraverso norme che, senza mettere in discussione il carattere unitario del movimento, sappiano meglio rappresentare e valorizzare le diverse realtà, l'una di stampo più associativo, l'altra di natura prettamente societaria. Si tratta di un'operazione non semplice per la quale, lasciata da parte ogni tentazione “autartica”, occorre favorire quel coinvolgimento di giuristi e tributaristi che finora è mancato come testimonia, se si vuole, la scarsa attenzione che il CTS ha dedicato al mutuo soccorso.

Del resto, che la necessità di una radicale rivisitazione del tessuto giuridico che regola il mutuo soccorso vi sia, lo testimonia, si ripete, la discrasia dell'attuale disciplina dalla realtà che dovrebbe disciplinare. Non solo, infatti, per un verso il riferimento al modello societario è del tutto inadeguato per le realtà minori costringendole ad obblighi quali l'iscrizione al Registro Imprese eccessivamente onerosi per attività associative non di natura imprenditoriale, ma d'altro canto, penso alle mutue sanitarie e non solo, la disciplina di un secolo fa non è certo adeguata a garantire la possibilità di sfruttamento delle nuove opportunità di operatività sopra descritte.

Il tutto va aggiunto nell'ambito di un quadro giuridico che consenta la piena osmosi e transitabilità fra un modello e l'altro, a sottolineare l'unitarietà del mutuo soccorso che a seconda delle sue caratteristiche opti in modo non irreversibile per l'una o l'altra scelta.

Ma, si ripete, per far tutto ciò bisogna per un momento mettere da una parte le celebrazioni del proprio glorioso passato e ragionare in una prospettiva di crescita e rinnovamento sociale (in termini anagrafici soprattutto) del movimento. Solo così il mutuo soccorso potrà aspirare a diventare un attore primario del *welfare* nella nostra società e un modello di riferimento del mutualismo.

Ambivalenze e polisemie del mutualismo. Una risorsa in rigenerazione

Mario Giaccone

1. Introduzione

Il termine “mutualismo” viene oggi impiegato in una grande varietà di campi delle scienze sociali. Accanto al “nucleo storico” del mutuo soccorso, delle mutue assicuratrici e della cooperazione, si sono aggiunti vari ambiti: per limitarsi ai più rilevanti, si possono citare i “gruppi di mutuo aiuto” nel trattamento di soggetti che condividono vulnerabilità sociali, il *mutual learning* e le metodologie di apprendimento *peer-to-peer*, utilizzate anche in sede di valutazione, dove l’apprendimento passa per lo scambio delle rispettive esperienze. Lo si ritrova inoltre nella “condivisione informativa” fra soggetti isolati attraverso l’adesione a gruppi informali, spesso online, ad associazioni. Infine è impiegato estensivamente per denominare talune iniziative di solidarietà, caratterizzate da un richiamo politico di classe. I tratti comuni sottostanti risultano essere la condivisione, lo scambio e la solidarietà e – nemmeno sempre – la reciprocità e non di rado hanno cittadinanza accademica. Spesso l’impiego di questo termine riflette un uso di senso comune e appare difficilmente distinguibile da altri termini, come “solidarietà” o “condivisione”.

Questo contributo si propone di ripercorrere le definizioni, i principi e i significati della parola “mutualismo” in quei soggetti che, nel corso dei secoli, ne hanno fatto un valore fondante, spesso includendolo nella loro denominazione. Risulterà che la nozione di senso comune del mutualismo, di cui si è fornita una rapida carrellata, è un caso esemplare di *quid pro quo*, in cui si scambiano ora conseguenze o manifestazioni di questa

nozione, ora talune delle matrici ispiratrici, con il suo significato profondo e i valori sottostanti.

In questo percorso, il mutuo soccorso ottocentesco ha rappresentato la manifestazione in età industriale di un insieme abbastanza contenuto di principi che ha accompagnato la storia delle civiltà occidentale e delle società mercantili, ma che si ritrova in forme semplificate nelle altre aree del mondo una volta entrate in contatto con le economie monetarie europee.

I suoi caratteri distintivi, rimasti nitidi dall'Antica Grecia alla seconda rivoluzione industriale, sono andati sfumandosi nel secolo scorso in due ondate: nella prima, che ha portato all'affermazione del compromesso keynesiano-fordista, le grandi burocrazie tecniche dello Stato e delle grandi imprese, hanno offerto e amministrato forme di protezione dall'incertezza avendo come legittimazione l'autorità della scienza; nella seconda, la pressione neoliberalista ha preteso di omologare tutte le modalità di esercizio delle attività economiche al modello della società di capitali, colpendo le istituzioni pubbliche e private che si ispiravano ai principi mutualistici, rispettivamente nella previdenza e in campo finanziario. Nonostante il loro ridimensionamento, in questo primo scorcio di secolo una parte del movimento mutualista ha reagito andando alla riscoperta delle proprie radici, riforgiando i propri principi fondativi e le proprie risposte di fronte ai nuovi fallimenti dei mercati.

Dopo aver ricostruito le definizioni di mutualismo proposte dagli scienziati sociali (paragrafo 2), queste verranno confrontate con il modo in cui questo è definito nell'arena politica, prendendo come esempio il tentativo fallito della direttiva di società mutualistica europea, esaminando i documenti e gli studi prodotti dai vari *stakeholders* (paragrafo 3). Nel paragrafo 4 ricostruiremo le peculiarità dell'organizzazione mutualistica: le ambivalenze ed ambiguità della loro attività presuppongono organizzazioni in grado di internalizzarne le tensioni e di governare l'intreccio di fattori economici e sociali che ne hanno permesso il prosperare e il rigenerarsi nei secoli: è un'organizzazione anfibia, sufficientemente sofisticata nella sua semplicità, il cui perno è la presenza di un *common* (Ostrom, 1990), del quale i soci beneficiari si prendono cura. Di questa capacità rigenerativa ne dà prova con il "nuovo mutualismo" apparso all'alba del nuovo millennio (paragrafo 5), mostrando promettenti capacità di adattamento al nuovo paradigma socio-tecnico che si sta affermando.

2. Le definizioni: mutualismo come attività e mutualismo come organizzazione

2.1. Il mutualismo come attività

Le definizioni di mutualismo presenti in letteratura possono essere raggruppate in due tipologie: la prima intende il mutualismo come attività, identificando le azioni che possono essere qualificate come “mutualistiche” e non genericamente “solidali”, mentre la seconda si concentra sui caratteri e i principi che devono presiedere a un’organizzazione che svolge un’attività mutualistica.

La definizione più compiuta di mutualismo come attività è proposta da Van der Linden (2018), secondo il quale

include tutte le intese nelle quali le persone contribuiscono a un fondo, che è versato in tutto o in parte a uno o più dei contributori secondo specifiche regole di assegnazione (Van der Linden, 491)

In questa definizione, il mutualismo si caratterizza per la presenza necessaria di due attività: una *continuità di contribuzioni a un fondo comune* da parte dei membri, che può essere in denaro oppure in lavoro; e la *distribuzione di questo fondo esclusivamente fra i membri* secondo regole e criteri che non hanno altra restrizione che quelli determinati o condivisi dai soci, che possono essere somme di denaro, beni di consumo o di investimento acquisiti in forma collettiva, accesso a beni e servizi durevoli che restano proprietà indivisa del gruppo.

Si possono distinguere tre tipologie, secondo le modalità di assegnazione a fronte di contributi regolari, in denaro o in natura:

1. domande prevedibili e assegnazioni a rotazione: è il caso delle turnazioni nella prestazione lavori in alcune attività collettive o di reciproco aiuto fra i membri dell’associazione, delle ROSCA¹, o assegnazioni a fronte di eventi certi ma anche dei contributi versati in caso di eventi di passaggio che comportano un forte impegno finanziario come funerali, matrimoni;
2. domande prevedibili e assegnazione non a rotazione: possono essere relative all’acquisto o alla realizzazione di un bene che rima-

1. *Rotating and credit savings associations*: associazioni anche temporanee di risparmio e credito a rotazione, la forma più diffusa di microfinanza nei paesi meno sviluppati e fra le comunità di emigrati.

ne patrimonio di una comunità (un pozzo, una scuola, un ospedale, un luogo di culto), di prestiti ai membri restituiti con interessi o meno, o di beni acquisiti in forma collettiva che vengono poi redistribuiti fra i soci (come i GAS) con contribuzioni monetarie e/o di lavoro;

3. domande contingenti e assegnazioni non a rotazione, dove il fondo collettivo è impiegato a fronteggiare eventi avversi che possono essere collettivi o individuali ed è quindi usato come uno schema di tipo assicurativo.

L'impegno personale messo in gioco non è solo di tipo economico, ma anche morale verso le altre persone associate, con le quali si stabiliscono e consolidano dei legami sociali.

A questa si aggiunge una seconda qualificazione importante, e cioè l'accesso a "cose della vita quotidiana che le persone desiderano ma non possono acquistare per sé stessi come individui", quali lavoro, beni o denaro, vuoi perché non possono realizzare quell'attività da soli in un tempo ragionevole, oppure beni raggiungibili anche individualmente ma con uno sforzo irragionevole o sproporzionato.

L'assegnazione delle contribuzioni raccolte, in tutto o in parte, a uno o più dei contributori secondo regole specifiche di assegnazione evidenzia due ulteriori aspetti: 1) i contributori sono i beneficiari dalla messa in comune delle risorse, facendo così dipendere la qualità e la quantità del bene che si viene a godere dal loro *commitment*, e quindi dal valore che ogni contribuente assegna alla partecipazione alla formazione di questo bene; 2) le regole di assegnazione riguardano le forme in cui le contribuzioni raccolte sono erogate (denaro, un bene, un servizio, l'accesso all'utilizzo di un bene comune del gruppo), le circostanze di assegnazione e la natura del bene, se si tratta di un bene individuale o collettivo, che potrebbe anche essere pubblico nel momento in cui si includano tutti i membri di una comunità, oppure fornisca un impatto positivo indiretto ai non membri².

2. Ad esempio, la manutenzione a turno di un canale di irrigazione va a vantaggio dei soci proprietari dei terreni irrigati in via diretta, ma indirettamente ne beneficiano anche le altre attività della comunità in termini di migliori rendimenti dei terreni che si traducono in maggiore reddito messo in circolo. Oppure: assegnando le risorse raccolte ogni mese a una persona, questi può acquistare beni di consumo o di investimento altrimenti inaccessibili (se non indebitandosi). Infine: il sostegno, economico e morale, in caso di malattie gravi, riduce il senso di insicurezza fra i partecipanti, favorendo una visione più ottimistica delle prospettive future.

Anche nelle modalità informali o temporanee, si possono indubbiamente cogliere elementi di condivisione ma che, per la loro labilità, non comportano la costituzione di un patrimonio comune, monetario, materiale o immateriale, sul quale solo gli apportatori possono vantare un qualche diritto in esclusiva nei confronti dei terzi non membri. Fanno eccezione le ROSCA, dove però la formazione di un patrimonio comune dura, nelle forme più semplici, il tempo che passa fra la raccolta delle contribuzioni e l'assegnazione a uno dei partecipanti durante la stessa riunione.

La definizione di Van der Linden ha il pregio di includere gran parte dei fenomeni in cui l'oggetto è di reciprocità mutualistica. Permette inoltre di ricomprendere la varietà di soluzioni che si ritrovano in pressoché tutto il mondo (si veda per un repertorio ILO, 2000) e che si caratterizzano per una serie di elementi comuni.

Rimangono aperti due problemi per assicurare la durata nel tempo di queste attività mutualistiche.

Il primo è come si assicura l'impegno fra tutti i partecipanti, e cioè quell'insieme di benefici, incentivi e sanzioni che spingono i contribuenti a non venir meno all'impegno assunto e a non abusarne, espresso – in termini come vedremo riduttivi – dalla letteratura ispirata alla *rational choice* come problema del *free riding*: questo viene tenuto sotto controllo dai legami sociali che si stabiliscono su una molteplicità di piani anche grazie alla possibilità di generare ulteriori benefici ai partecipanti con un impegno contenuto (Van Leeuwen, 2016). Ad esempio, una ROSCA di una comunità immigrata in Europa è anche un momento di ritrovo, di condivisione delle opportunità per inserirsi nella comunità di arrivo e di socializzazione di modalità di inserimento. Nelle società di mutuo soccorso dell'Ottocento era l'occasione per attività culturali, di formazione o per discutere la gestione dei fondi, sviluppando competenze sociali e consapevolezza politica. Queste attività hanno un beneficio ben più ampio e duraturo nel tempo promuovendo una cultura di senso civico (Graves e Rao, 2001; Putnam, 1990).

Il secondo è il formarsi di un patrimonio comune, indivisibile, il cui mantenimento e accrescimento assicura l'accesso a beni e servizi preziosi sia per l'attività produttiva sia per il consumo, che assume i caratteri di un *common*, un bene comune indivisibile³.

3. Questo tema è ampiamente presente negli studi più recenti, che risentono della crescente pervasività della teoria della scelta razionale, come ad esempio Hechter (1987), Van Leeuwen

Questi problemi rimandano a un elemento non pienamente articolato dalla sintesi di Van der Linden, e cioè la dimensione organizzativa⁴, al centro del dibattito mutualista. È quello che Birchall (2010) identifica come “secondo livello della mutualità”, e cioè il modo particolare in cui si risolve il problema dell’agenzia, con cui tutte le organizzazioni devono misurarsi, grazie al fatto che la proprietà è detenuta dagli *stakeholders* beneficiari dell’attività dell’impresa, diversi dagli apportatori di capitale.

2.2. Il mutualismo come forma organizzativa

Una volta chiarito in che cosa consiste il mutualismo in termini di attività e relazione fra le persone coinvolte, e che siamo in presenza di un agire organizzato secondo diversi livelli di formalizzazione, appare opportuno identificare i caratteri di un’organizzazione mutualistica, e i relativi principi distintivi.

A partire dagli anni ’80, numerosi studiosi notano un certo scolorimento identitario di una nozione di mutualità che appariva fortemente polarizzato fra le forme volontarie dalle molteplici sfaccettature delle società di mutuo soccorso e le forme obbligatorie di *welfare state* che in misura più o meno estesa ne avevano assorbito le funzioni. Questo era dovuto innanzitutto all’ingresso in forze dello Stato, sia in veste di gestore sia di regolatore della protezione sociale, che aveva concentrato l’attenzione su meccanismi redistributivi mutualistici, mentre l’interesse alla partecipazione collettiva si era indebolito (Beveridge, 1948) e in molti casi era stato canalizzato da altre associazioni che intervenivano direttamente nell’arena politica, come i partiti e i sindacati. Con l’avvio del disimpegno dello Stato, le forme assicurative private erano entrate in forze facendo proprio il lessico mutualista, oscurandone la logica di azione effettiva, in particolare la discriminazione del rischio assicurato, pratica che alcune mutue hanno assunto in qualche misura come “pratica difensiva” per non perdere i “rischi buoni”.

(2016). Per il carattere di bene comune (*common*) assunto da un patrimonio indiviso su cui si possono vantare diritti di accesso ed uso ma non di proprietà, valgono i principi discussi da Ostrom (1990).

4. Non è difficile cogliere l’eco della nozione di razionalità limitata avanzata da Simon, secondo il quale l’agire organizzativo, specie secondo regole democratiche, permette di superare almeno in parte i limiti individuali alla razionalità.

La ricerca storica comparata costituisce uno strumento di partenza per ricostruire i principi effettivi sottostanti le organizzazioni mutualiste nelle diverse epoche storiche. Uno dei contributi più significativi è stato fornito da Toucas-Truyen (1998, 2001). Ricostruendo la storia dei concetti e delle pratiche di mutualità e di assicurazioni, nozioni spesso intrecciate che si avvalgono di tecniche messe a punto dall'altra, si possono enucleare i seguenti tratti distintivi delle organizzazioni mutualistiche:

- lo svolgimento di un'attività a beneficio dei soci e senza scopo di lucro;
- la proprietà collettiva del patrimonio sociale da parte dei beneficiari della protezione dalle incertezze, nel caso di specie gli assicurati;
- l'esercizio democratico del potere, secondo il principio "una testa un voto";
- l'assenza di capitale sociale, e cioè di un capitale di rischio i cui titolari rivendicano un diritto di proprietà sul patrimonio sociale;
- l'uguaglianza dei soci, tanto come soggetti attivi nella gestione della società, quanto come impegno a non introdurre forme di differenziazione fra i soci degli altri soci, espressione più generale di aiuto reciproco solidale in cui ogni socio riceve aiuto dall'insieme del gruppo, senza quelle forme di selezione del rischio che caratterizzano le assicurazioni commerciali⁵.

Pur riferendosi principalmente a un mutualismo dedito alla protezione dai rischi di tipo assicurativo, questi principi appaiono facilmente generalizzabili alle forme mutualistiche non assicurative delle tipologie 1. e 2. di Van der Linden (2018), incluse quelle in cui il patrimonio sociale è costituito da un bene materiale dal cui uso si traggono benefici. Essi sono validi tanto per le organizzazioni ad adesione volontaria quanto per quelle ad adesione obbligatoria, di origine sia legale – le mutue obbligatorie – che contrattuale – i fondi paritetici e le casse mutue complementari.

Questi principi identificano due circuiti di funzionamento connessi alla riproduzione del *common*, descritto da Toucas-Truyen come "patri-

5. In Toucas-Truyen (2008), questi tratti distintivi, ricavabili dalla pratica mutualistica, vengono articolati in "invarianti di natura etica" o "valori" (solidarietà, responsabilità individuale, uguaglianza), nonostante i continui cambiamenti del contesto economico e sociale e degli aggiustamenti del quadro giuridico, e in altri di natura funzionale o "principi" (funzionamento democratico, libertà di adesione e assenza di lucro).

monio sociale di proprietà collettiva”. Il primo è il circuito della riproduzione del patrimonio collettivo, cui rispondono le regole di raccolta e assegnazione: vi fanno riferimento lo scopo non lucrativo (principio 1), l’assenza di capitale sociale che possa dare diritto ai soci di rivendicare un rendimento in rapporto alle loro contribuzioni apportate (principio 4), e l’uguaglianza fra i soci, nei termini che non ci possono essere discriminazioni fra i soci nell’accesso ai benefici del bene comune legate alle proprie caratteristiche personali – come lo stato di salute nel caso delle mutue sanitarie – che è la modalità in cui si esprime la solidarietà (principio 5). Il secondo circuito è quello della *governance* funzionale a tale processo redistributivo-riproduttivo: il principio “una testa un voto” risulta efficace per responsabilizzare tutti i membri nel dovere della sua riproduzione nel tempo, conferendo a tutti uguali diritti attivi e passivi.

Nel dibattito successivo, la presenza di un patrimonio collettivo indivisibile visto come *common*, frutto non dell’amministrazione di un bene naturale, ma come fatto sociale che porta alla costruzione di un artefatto che richiede delle regole organizzative per la sua gestione e riproduzione, appare passare in secondo piano: ad esempio Boned (2006) non lo include fra i principi chiave della mutualità rintracciabili in Europa, pur riprendendo la posizione della Toucas-Truyen proprio sul fatto che l’aiuto provenga dall’insieme dei soci, declinando l’inserimento nel circuito mutualistico come manifestazione di solidarietà.

Le definizioni proposte successivamente restringono il campo di indagine alle forme osservate di mutualità volontaria, che pongono al centro l’intenzionalità delle scelte individuali e le regole di interazione fra le persone socie. Questo orientamento riflette la netta prevalenza di forme di protezione di tipo assicurativo fra le organizzazioni mutualistiche in Europa, e trova la sua sistemazione in Archambault (2009), che identifica sei criteri distintivi delle organizzazioni mutualistiche rispetto alle altre forme d’impresa:

1. assenza di azioni, in quanto raggruppamenti di persone (fisiche o giuridiche) e non di mezzi finanziari, con un patrimonio indivisibile e con l’obiettivo di beneficiare i membri mediante l’erogazione di servizi di tipo assicurativo, differenziandosi anche dalle cooperative;
2. volontarietà dell’adesione, a cui è associato il principio della “porta aperta” di ingresso e di uscita;
3. solidarietà fra i membri, che si esprime con una responsabilità unitaria e la non discriminazione dei rischi, con un sussidio incrociato fra buoni e cattivi rischi;

4. *governance* democratica (una testa un voto) con gruppi dirigenti volontari;
5. indipendenza e non contendibilità della proprietà attraverso scalate, che risultano non praticabili se non previa de-mutualizzazione;
6. limitata distribuzione dei profitti, che di solito avviene sotto forma di sconti dei premi o rimborsi, con la funzione di accrescere i mezzi propri o sviluppare nuove attività. Questa possibilità fa uscire la mutualità dal settore *non profit* ma rimane comunque nell'economia sociale.

Rispetto ai principi identificati da Toucas-Truyen (1998), Archambault introduce la volontarietà dell'adesione, restringendo così il dominio delle mutue ai soli soggetti con adesione individuale, tratto storico del mutualismo, a cui è correlato il principio della "porta aperta". La nozione di "patrimonio comune" viene denotata come "assenza di azioni", che costituisce un criterio di demarcazione importante non solo nei confronti delle società anonime di capitali ma anche rispetto alle cooperative, differenziando così l'intendimento del principio mutualistico, a cui si aggiunge una prestazione di servizi a beneficio dei soli soci, restrizione che non è distintiva delle cooperative. A sua volta, il principio di uguaglianza come "solidarietà" è rappresentato come non discriminazione del rischio, in quanto il socio è prima di tutto una persona provvista di propri diritti che con la sua adesione intende soddisfare.

In conseguenza di questa restrizione alla mutualità volontaria, Archambault introduce il principio della indipendenza e non contendibilità proprio per l'esistenza di un patrimonio indivisibile e per la sua natura di raggruppamento di persone. Viceversa, la non lucratività viene rilassata come "limitata distribuzione dei profitti", in analogia con quanto avviene nelle cooperative secondo il criterio del ristorno implicito, e cioè in base all'estensione del godimento dei beni e servizi erogati. La conseguenza più importante è la fuoriuscita delle mutue dall'economia sociale, con la quale condivide comunque gran parte dei principi, che non trova riscontro in gran parte della letteratura e della regolazione istituzionale della mutualità.

L'insieme dei criteri proposti da Archambault prende come insieme di riferimento i soggetti rappresentati dalla AIM (Association International des Mutuelles), che identifica le mutue (*mutual societies*) come "soggetti guidati da una duplice logica, l'assicurazione e la solidarietà". Nelle mutue assicuratrici prevale la prima, mentre nelle società di mutuo soccorso ("*mutual benefit societies*") appare prevalere la seconda. Sul piano

dell'oggetto sociale, le mutue sono gestite dai membri per proteggersi da rischi sociali, contro la proprietà e la persona su base volontaria. Le mutue assicurative trattano i rischi connessi con il patrimonio e la vita, mentre le società di mutuo soccorso si occupano dei rischi sociali, vale a dire malattia, disabilità e vecchiaia. Appare pertanto una definizione strettamente ritagliata su organizzazioni mutualistiche che hanno assunto caratteri imprenditoriali in campo assicurativo, facendo leva sul fatto che l'insieme delle mutue è uno dei maggiori attori su questo mercato a livello europeo.

Archambault deriva questo insieme di principi come condivisi dalla “gran parte delle organizzazioni mutualistiche e trasmesse in eredità dall'esperienza storica”. Pertanto, pur ammettendo implicitamente che l'organizzazione mutualistica possa non essere esercitata in modo imprenditoriale, ne caratterizza l'attività economica come eminentemente assicurativa in quanto incentrata sul “rischio”, che opera sugli stessi mercati delle società di capitali e compete con loro. Infine, il fatto di considerare le altre forme mutualistiche come eredità della storia oppure soggetti che operano con successo nei paesi in via di sviluppo, come le ROSCA, i *pool* volontari per la condivisione di beni comuni, come l'acqua, o di sviluppo autocentrato, appare sottendere che con l'avanzare dello sviluppo e della modernizzazione, le organizzazioni mutualistiche si specializzano come assicurazioni caratterizzate da un movente solidaristico e che hanno come garanzia un patrimonio indivisibile.

Di qui una caratterizzazione della proprietà collettiva come “assenza di” quelle caratteristiche del regime di proprietà alla base delle “moderne” forme di organizzazione imprenditoriale, incluse le stesse cooperative che sono imprese commerciali a tutti gli effetti, e non “in positivo”. Si oscura pertanto il fatto che è la presenza di un patrimonio comune che assicura l'effettività del sostegno reciproco, e che richiede determinate regole per la formazione della volontà collettiva (la democraticità della gestione) e per l'attribuzione dei benefici (l'uguaglianza dei soci).

Nella posizione di Archambault si riconosce l'assunzione, di derivazione positivista, di una freccia temporale unidirezionale di evoluzione guidata dalla razionalizzazione e specializzazione delle organizzazioni: nel caso della mutualità, la originaria natura associativa *multipurpose* cede il passo a imprese di natura commerciale focalizzate su un *business*, in particolare nel campo assicurativo, dove permangono degli elementi organizzativi distintivi (ordinamento democratico e non discriminazione)

frutto di un retaggio storico e che giustificano uno status giuridico particolare.

È una posizione indubbiamente restrittiva, in quanto non considera l'emersione e la diffusione di nuove forme mutualistiche, quali le MAG e i GAS, che non possono essere certo considerati frutto di una regressione organizzativa, ma forme efficienti ed efficaci per soddisfare la produzione e copertura di servizi in forme associative, frutto della c.d. "seconda modernità" in cui le persone ambiscono ad esprimere i propri valori e diritti soggettivi anche nelle scelte di consumo. Le tecnologie digitali hanno aperto nuove forme di condivisione fra individui secondo logiche ben differenti da quelle esproprianti della *gig economy*, mentre per la produzione di energia da fonti rinnovabili il principio mutualista si mostra capace di combinare in modo efficiente scala minima e una coscienza della sostenibilità. Infine, De Swaan e Van der Linden (2006) rintracciano forme "arcaiche" di ROSCA nelle comunità di immigrati nei paesi "avanzati", svolgendo una funzione più di microfinanza che di protezione contro il rischio, inserite in un contesto associativo volto all'inserimento e all'inclusione.

L'approccio di Archambault presta il fianco a un altro genere di critica da parte degli studiosi delle forme mutualistiche e della cooperazione, quali Birchall (2010), in quanto appare condividere la convinzione, molto diffusa fra le stesse cooperative e nello stesso mondo accademico, che le organizzazioni con statuto democratico siano composte di due organizzazioni, un'associazione e un'impresa, che fra le due "ci sia un'intrinseca tensione fra la struttura democratica e la strategia d'impresa" e che questa porti di per sé a una peggiore performance. Birchall ritiene tale visione del tutto fuorviante, specie alla luce di "approcci più moderni che integrano queste due dimensioni" attraverso una buona *governance*, e mostrando come "le cooperative di successo siano state quelle che hanno allineato i bisogni dei membri con gli obiettivi dell'organizzazione", eliminando il preteso contrasto fra l'associazione di persone e il *business* dell'impresa.

A sua volta, Birchall (2010) avanza una lettura del fenomeno mutualismo trasversale a più organizzazioni che si ispirano al principio mutualistico⁶: in luogo dei principi organizzativi, egli identifica tre "livelli di

6. L'approccio di Birchall riflette la situazione inglese, dove il principio mutualistico ispira, oltre alle mutue di natura latamente assicurativa e le cooperative, altri operatori imprenditoriali, il più importante dei quali sono le *building societies*, istituzioni finanziarie mutualistiche che dall'originaria *mission* di finanziare la proprietà immobiliare si sono estese all'intero credito per le famiglie.

analisi”, presenti con soluzioni specifiche a seconda del disegno istituzionale.

Il primo, tutto generale e teorico, vede il mutualismo come *dottrina* che ritiene il benessere individuale e collettivo ottenibile solo attraverso la mutua dipendenza, secondo una visione organica della società e quale incarnazione della *fraternité* intesa come cultura della reciproca responsabilità. Ma anche come una sorta di atteggiamento di “*honest broker*”, che matura nel senso di cittadinanza comune, che porta a bilanciare la libertà con l’uguaglianza, e che permette di superare la “tragedia dei *commons*” (Hardin, 1968) evidenziata dalla teoria della scelta razionale.

Il secondo si situa al livello organizzativo, quale *metodo di superamento del problema di agenzia* grazie all’allineamento dei bisogni degli *stakeholders* che detengono i diritti di controllo, quando non di proprietà come nel caso delle cooperative, per l’assenza di gruppi separati di investitori con diverse priorità, in particolare il proprietario investitore. Nel caso delle organizzazioni mutualistiche controllate dai loro beneficiari, i costi di agenzia dovrebbero essere abbattuti e i soci possono in linea di principio esercitare un controllo democratico sul management.

Il terzo livello infine è rappresentato dalle *manifestazioni storiche del mutuo soccorso*. Nel caso inglese, il termine *mutual* include non solo le *friendly societies* e le varie tipologie strutturate nel corso del XIX secolo per offrire protezione sociale agli associati (Beveridge, 1948) declinate con l’introduzione del *welfare state*, ma anche operatori nell’ambito finanziario del credito (*building societies, saving and loans*) e assicurativo.

Si ritornerà oltre sulle implicazioni delle posizioni espresse da Birchall, che inserisce le organizzazioni mutualiste nelle organizzazioni possedute dai soci (*member-owned organizations, MOB*) orientandone l’attività secondo principi democratici e dirette a soddisfare loro domande.

3. Il riconoscimento del mutualismo: il caso dello statuto della mutua europea

Come tutte le forme di organizzazione sociale, anche le organizzazioni mutualistiche sono state normate nei diversi paesi, in forme più o meno incisive. Nel caso italiano, è noto che la prima regolazione delle società di

mutuo soccorso avviene con la legge 3818 del 1886, limitandosi a definire dei requisiti minimi, mentre per una qualche indicazione sul contenuto dello “scopo mutualistico”, requisito fondamentale delle cooperative, bisognerà attendere il testo unico del 2003 (d.lgs. 6/2003) della società cooperativa.

Fra gli altri paesi europei, alcuni presentano definizioni elaborate, prevedendo una legislazione specifica ed estesa, come il francese *Code de la mutualité*, secondo il quale

(le mutue) conducono, principalmente mediante contribuzioni versate dai loro membri, e nell'interesse di questi ultimi e dei loro aventi diritto, un'azione di previdenza, di solidarietà e mutuo aiuto, secondo le condizioni previste dai loro statuti, al fine di contribuire allo sviluppo culturale, morale, intellettuale e fisico dei loro membri e al miglioramento delle loro condizioni di vita. Esse sono gestite prendendo in considerazione le problematiche sociali ed ambientali della loro attività.

Si tratta di una definizione molto ampia, che nulla dice sulle regole di gestione ma è incentrata sulla loro finalità sociale. Va tuttavia tenuto conto che le *mutuelles* che ricadono nell'ambito del *Code* non includono le mutue assicuratrici.

Viceversa, a livello delle istituzioni europee, si pone il problema di confrontare modelli teorici con le pratiche e i quadri normativi dei diversi paesi per la necessità di costruire passo passo un quadro comunitario unitario, da un lato armonizzando le normative nazionali e dall'altro costruendo specifiche figure giuridiche di livello europeo. A tutt'oggi, a differenza di forme organizzative contigue come la società cooperativa e l'impresa sociale, la mutualità rimane priva di una propria regolamentazione per poter svolgere la propria attività nell'intera Unione Europea, nonostante i tre tentativi, avvenuti a 10 anni di distanza l'uno dall'altro (1992, 2003 e 2013). Ai fini del presente contributo, i documenti prodotti dai vari soggetti di livello europeo coinvolti nel laborioso processo decisionale si prestano in modo particolare per identificare i quadri concettuali sottostanti e la loro evoluzione nel tempo.

Nella proposta di direttiva presentata dalla Commissione Europea a fine 1991 per uno statuto della mutua europea, la motivazione del dispositivo precisa che «le mutue sono per loro natura organizzazioni di persone che operano secondo principi particolari, diversi da quelli propri degli altri operatori economici», e cioè di organizzazioni caratterizzate dalla «preminenza dell'elemento personale». La motivazione precisa inoltre

che la preminenza dell'elemento personale «si riflette in alcune norme specifiche riguardanti le condizioni di ammissione, di recesso e di esclusione dei soci che si concretizza nella regola “una persona, un voto”, e che essa preclude ai soci l'esercizio di diritti sul patrimonio della mutua». Il rapporto mutualistico viene specificato nell'articolo 1 come garanzia, «dietro versamento di un contributo, [del]l'adempimento integrale delle obbligazioni contrattuali assunte nell'esercizio delle attività previste dallo statuto», che nel caso delle mutue europee possono ricadere nella previdenza, nell'assicurazione, nell'assistenza sanitaria, e nel credito.

Questa definizione accoglie gran parte dei principi costitutivi ed organizzativi emersi nelle definizioni descritte nella sezione precedente. In particolare, trovano spazio fra le condizioni di ammissione ed esclusione – pur senza essere esplicitate – le qualità della persona e il suo comportamento da socio con le connesse responsabilità, il principio democratico e la considerazione del patrimonio della mutua come un patrimonio al fuori della disponibilità dei soci. Viceversa, non trovano spazio il principio della volontarietà o della “porta aperta”, né il principio di eguaglianza e solidarietà fra i soci.

Nel report presentato dalla Commissione Europea nel 2003 si definiscono le organizzazioni mutualistiche come:

un gruppo di persone (fisiche o morali) riunito su base volontaria che si prefigge come finalità la soddisfazione delle esigenze dei suoi aderenti e non il rendimento di un investimento (...) Queste forme di società funzionano in base ai principi di solidarietà tra i membri e di partecipazione di questi ultimi al governo societario; le mutue hanno natura di diritto privato.

Pur avendo in mente soggetti molto strutturati e anche di grandi dimensioni che svolgono attività economica, questa definizione è molto generale in quanto non prescrive determinate forme giuridiche, purché siano riconoscibili una serie di principi che le differenziano da altre componenti dell'economia sociale, quali le cooperative e le associazioni:

- i profitti e le eccedenze realizzati non servono a remunerare investimenti, ma sono utilizzati per migliorare i servizi proposti agli aderenti, finanziare e sviluppare le imprese, aumentare i fondi propri o redistribuiti entro certi limiti ai membri sotto forme diverse;
- i fondi propri delle mutue sono gestiti in modo collettivo ed indivisibile, contrariamente alle cooperative, dove il capitale sociale è diviso in quote;

- l'adesione avviene dietro il pagamento di una contropartita ai servizi resi dalla mutua, e non con l'acquisto di una quota del capitale societario: «chi desidera aderire, pertanto, non deve sostenere un pesante onere finanziario per divenire membro» e di rimando «poiché i membri non hanno alcun diritto di proprietà su una quota del capitale della mutua, il loro abbandono non priva la mutua stessa di una parte dei suoi fondi, dai quali la collettività dei membri continuerà a trarre profitto».

Si tratta di soggetti che svolgono un'attività economica a vantaggio degli aderenti, i cui beni e servizi non sono disponibili a terzi, con un campo di intervento molto ampio dal credito, alle assicurazioni e altri servizi personali ai soci. La presenza di un patrimonio indivisibile le avvicina alle associazioni.

Questi principi si prestano a più considerazioni: le organizzazioni mutualistiche non sono, in linea di principio, vincolate a determinate forme giuridiche nel regolare i rapporti fra le persone, che possono restare di natura informale, e possono contemplare tanto lo scopo economico (il “rendimento sull'investimento”) quanto il “soddisfacimento di bisogni”, di natura non necessariamente economica e che può essere di natura sociale e psicologica.

Nulla viene detto sul tipo di bisogno o sul modo in cui viene soddisfatto, ma solo che gli aderenti sono i soli ad avere diritto al suo soddisfacimento. Unici criteri sono la volontarietà della partecipazione (da cui discende lo statuto di diritto privato), la preminenza della persona rispetto all'apporto di beni fisici o monetari – e implicitamente del suo contributo al raggiungimento della finalità condivisa –, e la preminenza del soddisfacimento di un bisogno rispetto al rendimento.

Se da un lato, come nota Archambault (2009), vi ricadono non solo le forme mutualistiche dedite alla protezione dai rischi, ma anche al credito e al microcredito, le forme associative di risparmio, la massoneria e i gruppi di auto-mutuo aiuto psicologico. Questa definizione così ampia individua come discriminanti: 1) la costituzione di una organizzazione stabile nel tempo 2) la presenza di un patrimonio comune sul quale nessun socio può vantare alcun diritto di proprietà ma solo il suo utilizzo per il soddisfacimento dei bisogni determinati, assimilabile in questo ai *commons*, così come concettualizzato da Ostrom (1990).

Rimangono pertanto escluse da questa definizione prassi ricorrenti per le quali si applica la nozione di mutualismo, come le informali di micro-

finanza quali le ROSCA, che in linea di principio hanno una durata limitata nel tempo ma operano come organizzazioni temporanee con regole e prassi codificate informalmente, mentre i gruppi di auto-mutuo aiuto di ogni genere vi ricadono qualora strutturati in forma associativa e costituendo un fondo comune.

Data questa definizione, l'intento di questa comunicazione è di agire su un duplice registro: accanto al perseguimento della parità di opportunità delle mutue sul mercato interno in quanto soggetto economico della proposta di direttiva del 1991, si affianca il ridisegno dell'Europa sociale valorizzando il contributo di una delle sue forme più antiche e versatili. La comunicazione prefigurava un'azione di tipo maieutico nei confronti di quelle pratiche mutualistiche spesso costrette a mimetizzarsi sotto altre forme legali, portando a una convergenza fra i quattro *clusters* regolativi individuati nei paesi membri: in alcuni sono ricondotte al modello delle cooperative; in altri vengono fatti coincidere con le mutue assicuratrici – e talvolta non si dispone di un termine adeguato per renderne le peculiarità al di fuori di quel paese membro⁷ –, mentre in altri ancora vi è una distinzione fra mutua assicuratrice ed associazioni mutualistiche, fino ai paesi di lingua inglese dove il termine “*mutuals*” designa una pluralità di forme organizzative, in cui la caratterizzazione di ognuna si rifà a propri caratteri storici.

Dopo il ritiro nel 2006 da parte della Commissione Barroso della proposta di Statuto del 1991, le associazioni delle mutue europee AMICE e AIM producono un memorandum nel 2007 che sottolinea la mancanza di parità di trattamento delle mutue rispetto alle società di capitali loro concorrenti e di riconoscimento della *governance* democratica, e non manca infine di sottolineare come la mancanza di forme mutualistiche in alcuni paesi, anche per l'assenza di una qualche previsione normativa, è frutto della statalizzazione delle strutture sociali preesistenti, nelle quali le mutue giocavano un ruolo di rilievo.

Ritroviamo tracce importanti di questo dibattito nei documenti europei del decennio successivo, quando la direttiva per lo Statuto europeo della mutualità torna nell'agenda delle istituzioni comunitarie. Il Parlamento Europeo e la Commissione affidano allo stesso gruppo di ricerca la redazione di un report (Broek et al., 2011 e 2012), orientati rispettivamente a investigare le prospettive delle mutue e del mutualismo e una mappatura delle forme organizzative presenti nei paesi membri.

7. Basti pensare alla minuziosa ricostruzione dei diversi schemi sottostanti le 12 mutualistiche identificate da Beveridge (1948) per il solo Regno Unito.

Nel report per il Parlamento Europeo gli autori si soffermano sul quadro concettuale. Propongono la seguente definizione delle mutue come

gruppi volontari di persone (fisiche o giuridiche) il cui scopo è primariamente di soddisfare i bisogni dei loro membri piuttosto che perseguire un rendimento dell'investimento. Essi operano secondo i principi di solidarietà fra i membri, che partecipano alla governance delle attività. Insieme alle cooperative, fondazioni e associazioni, le imprese mutualistiche sono uno dei maggiori componenti dell'economia sociale, o terzo settore, nell'Unione Europea.

e riprendono integralmente i principi delle organizzazioni mutualistiche delineati da Archambault (2009). Rispetto alla comunicazione del 2003, la dimensione "sociale" delle mutue viene considerata nella sola dimensione economica, fornendo una rappresentazione parziale della loro attività.

Nel report per la Commissione, Broek et al. (2012) partono dalla mappatura dei diversi tipi legali di natura mutualistica rintracciabili nei paesi membri e della loro attività, per riportarli a un quadro definitorio in base al quale procedere con una regolamentazione europea. Da questa mappatura, gli autori identificano quattro diverse situazioni:

- le organizzazioni mutualistiche (*mutual societies*), con una propria codifica legale, il cui caso più noto è quello francese;
- le associazioni mutualistiche (*mutual associations*), che si rifanno alla legislazione delle associazioni, come nel caso italiano;
- le organizzazioni mutualistiche basate sulla legge delle cooperative;
- le organizzazioni mutualistiche basate sulla legge delle imprese private.

Questa diversificazione degli assetti giuridici non solo riflette la varietà storico-istituzionale nei paesi europei, ma anche la pluralità di modalità organizzative mutualistiche dichiarate ammissibili dalla legge. Inoltre, esclude non solo tutte quelle forme mutualistiche di carattere temporaneo, ma anche tutte quelle forme mutualistiche fondate sull'apporto di lavoro per la realizzazione e il mantenimento di un bene collettivo o pubblico, che poteva essere ammessa tanto dalla definizione del 2003 quanto nel report per il Parlamento Europeo.

Per quanto riguarda l'attività, emerge che in molti paesi europei "le organizzazioni di tipo mutualistico sono ristrette all'attività assicurativa o a certe tipologie di assicurazioni". Emerge inoltre che ci sono delle or-

ganizzazioni di ispirazione mutualistica, anche negli stessi paesi in cui esistono soggetti mutualistici assicuratori, escluse dalla possibilità di fornire coperture assicurative e che si limitano ad altri servizi, come offrire assistenza, cure sanitarie, servizi sociali o piccoli prestiti.

Dal quadro normativo dei paesi membri, gli autori definiscono il campo di indagine delle organizzazioni mutualiste purché soddisfino i seguenti criteri:

1. Si considerano le organizzazioni di tipo mutualistico che hanno le caratteristiche di un'*entità privata*, titolare di diritti attivi e passivi che ricadono nel diritto privato, escludendo pertanto i soggetti di diritto pubblico. Sono pertanto organizzazioni indipendenti che non sono controllate da rappresentanti indicati da governi pubblici né finanziate con risorse pubbliche.
2. Queste entità legali sono primariamente *il risultato del mettersi insieme di persone* (fisiche o giuridiche), non della raccolta di mezzi finanziari: nel caso delle mutue ibride, le persone hanno un peso maggioritario nella proprietà o ne detengono il controllo. Si precisa che il termine “proprietà” “può anche intendersi come controllo senza diritto di rivendicazioni sul patrimonio”.
3. Sono soggette a *governance democratica*: come il principio “una testa un voto” venga attuato, ad esempio via delega oppure attraverso gruppi di interesse, è ritenuto dagli autori di rilevanza secondaria.
4. Si fondano sui principi della solidarietà fra i membri e della porta aperta rispettando le condizioni stabilite nel loro statuto, a cui si aderisce espressamente.
5. Infine, poiché i membri sono anche i proprietari dell'organizzazione, i profitti sono impiegati a beneficio dei membri stessi, di solito come sconti sui premi o ristorni, o reinvestiti per migliorare i servizi, finanziare lo sviluppo delle attività o accrescere i mezzi propri, o impiegati in beneficenza della comunità o della società esterna.

Pur restringendo il campo di indagine, i criteri allargano le fattispecie verso forme organizzative che non rispettano i principi mutualistici discussi in precedenza. Questo per la presenza di assetti normativi, europei e dei paesi membri, e anche di pratiche a livello di singole mutue, che si discostano da tali principi, dando luogo a forme ibride.

Il primo criterio apparentemente esclude i soli soggetti mutualistici che hanno una funzione pubblica o sono integrati nel sistema di *welfare*

pubblico, restringendo il proprio dominio di indagine alla sola mutualità volontaria: si escludono forme mutualistiche obbligatorie come i fondi paritetici, perché non in tutti i paesi membri in cui sono presenti sono indipendenti dalle autorità pubbliche.

Il secondo criterio introduce un importante rilassamento della nozione di “patrimonio collettivo” per tenere conto non solo delle citate “mutue ibride” ma anche della possibilità per le imprese sociali di accogliere soci di capitali accanto a soci-persone, introdotta in molti paesi europei (in Italia con la legge 106/2017) sulla scorta della *Social Business Initiative* lanciata nel 2011 dalla Commissione Europea.

Connesso al primo criterio, il terzo criterio allarga il dominio di indagine su due versanti: si ammette il principio “una testa un voto”, anche in forma indiretta attraverso forme associative, come ad esempio sindacati e associazioni di rappresentanza imprenditoriali, che non di rado sono soci delle mutue assicuratrici, e non solo soci dei fondi paritetici.

Il quarto criterio non appare distanziarsi significativamente dai principi del mutualismo sul piano della *governance* democratica, mentre il riferimento alla solidarietà in termini generici, e non puntuali di “non discriminazione del rischio” come in Archambault (2009), permette di includere forme organizzative che entrano in tensione con il principio di eguaglianza fra i soci.

Il quinto criterio proposto si misura con due punti di criticità decisivi con i concetti del mutualismo e delle organizzazioni mutualistiche. Nel considerare i soci quali proprietari della mutua senza alcuna qualificazione, come avviene nel secondo criterio, viene meno il principio di demarcazione fra mutua e cooperativa – questo per l’assenza delle prime in sei paesi membri –, mentre dal punto di vista normativo appare coerente con la presenza di forme mutualistiche ibride. Inoltre, includere la possibilità di redistribuzione degli utili in beneficenza o in favore delle comunità si presta a una duplice lettura: storicamente le mutue hanno sostenuto la crescita di forme di *welfare* locale e, nei paesi in cui le società di mutuo soccorso avevano una più marcata impronta politica, anche di organizzazioni e associazioni del movimento operaio con cui condividevano valori di solidarietà, ma era fatto più come parte integrante della propria attività che come atto di redistribuzione; d’altro canto, la diffusione fra le imprese private capitali della responsabilità sociale d’impresa, incluso il sostegno sociale delle comunità in cui operano, e l’introduzione di nuovi tipi di società di capitali benefit, con obblighi di redistribuzione dei profitti per finalità sociali, tende ulteriormente a sfumare quei confini fra mutue e

altre organizzazioni imprenditoriali e, più in generale, fra operatori *profit* e *no profit*.

Questi criteri hanno un valore euristico in presenza di legislazioni nazionali in cui manca il riconoscimento di una qualche tipologia legale che faccia riferimento ai principi mutualistici e sono costrette in altri abiti che producono esiti giocoforza incoerenti. Ma permettono anche di investigare, laddove tali principi sono accolti e regolati dal legislatore, l'esistenza e l'ampiezza dello iato fra i principi delle organizzazioni mutualistiche e le caratteristiche delle organizzazioni mutualistiche delle diverse forme censite "as it is".

Nei documenti comunitari⁸ questa lettura contraddittoria appare ancora più esplicita:

Le mutue sono imprese che forniscono servizi assicurativi nel ramo vita e in quello non vita, complementari agli schemi di sicurezza sociale, e servizi di natura sociale di modesto valore. Il loro scopo primario è soddisfare bisogni condivisi senza produrre profitti o fornendo un ritorno del capitale.

Da un lato sono imprese che forniscono (lasciando sullo sfondo "vendono") prodotti finanziari, connotano come "servizi di natura sociale di scarso valore economico" le relazioni di reciprocità che si sviluppano fra i soci, operando una riduzione economicistica. Tuttavia, viene riconosciuta la prevalenza del soddisfacimento dei bisogni rispetto al rendimento che era una costante dell'*acquis* comunitario, espunta dal *consultation paper* del 2013.

La raccomandazione del Parlamento Europeo (primo firmatario Luigi Berlinguer), che pur assume tale definizione e considera le mutue come attori economici, in accordo con il *position paper* AMICE - AIM del 2007, se ne distacca nettamente rigettando il postulato anti-olistico laddove raccomanda di tenere conto delle

particolari norme di funzionamento delle mutue, che sono diverse da quelle di altri operatori economici:

- le mutue forniscono una vasta gamma di servizi assicurativi, servizi di credito e altri servizi, nell'interesse dei loro soci, su base solidaristica e mediante finanziamento collettivo;
- in cambio di ciò, i soci versano un contributo o un equivalente, il cui ammontare può essere variabile;
- i soci non possono esercitare alcun diritto individuale sui beni della mutua.

8. https://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy/mutual-societies_en.

La successiva risoluzione del Parlamento Europeo votata il 14 marzo 2013, dopo aver ricordato che nei paesi europei le mutue operano in quadri normativi molto diversi rispetto a servizi forniti, dimensione, *mission* o impatto geografico, fa riferimento a due principali tipologie: le “*mutual benefit*”, che operano in campo sanitario e in interazione con i sistemi obbligatori di protezione sociale, e le “*mutual insurance*” (mutue assicuratrici) che possono coprire ogni tipo di rischio, mentre in alcuni paesi membri offrono altri servizi, come credito e abitazione. Nonostante le loro diversità, le mutue organizzano beni e servizi nell’interesse dei loro membri in base a principi di solidarietà finanziandoli in forma collettiva, operano secondo principi democratici e quindi per la loro natura in modo socialmente responsabile, e impiegano i loro avanzi in attività a beneficio dei membri.

Pur indicando il settore assicurativo come area di maggior rilevanza per lo statuto della società europea, appare difficile limitare la rilevanza delle argomentazioni della risoluzione alla sola sfera economica, sia pure estesa all’economia sociale, specie laddove rammenta che certe mutue hanno una componente di volontariato molto forte e che questo ethos deve essere salvaguardato e favorito. In questa direzione va il richiamo alla prima proposta del 1991, che era parte di un pacchetto che includeva l’associazione e la fondazione europee, tutte accomunate da caratteri associativi più o meno marcati, la cui azione non può essere di natura esclusivamente economica. La dimensione sociale non può essere ridotta ai soli “servizi di natura sociale di modesto valore”.

La mancata sanzione dei valori mutualistici con una direttiva ha un duplice impatto. Innanzi tutto, non ha cittadinanza nell’ordinamento dell’Unione Europea una delle forme organizzative più antiche e che costituisce il ceppo originario del Modello Sociale Europeo.

Inoltre, la definizione ufficiale disponibile di mutua è frutto di autoregolazione da parte delle proprie associazioni internazionali, *in primis* l’AIM, composta in larga misura da mutue operanti nel campo assicurativo, e che, come tutte le definizioni frutto di autoregolazione, sono riconosciute da terzi nella misura in cui queste sono socialmente accettate. Questa definizione identifica cinque principi:

1. Le mutue sono entità legali private, regolate dal diritto privato.
2. Sono raggruppamenti di persone (naturali o legali) dove gli interessi delle persone prevalgono sugli interessi finanziari dell’organizzazione

stessa. Le mutue sono organizzazioni basate sulla solidarietà e il loro scopo principale è coprire rischi, o erogare servizi, connessi alla vita umana. Sono organizzazioni *non profit*, benché preoccupate della loro sostenibilità finanziaria e devono pertanto assicurare avanzi finanziari, che non sono nella maggioranza dei casi distribuiti ai dipendenti ma reinvestiti nelle attività delle mutue o usati per attività di supporto sociale alle persone che ne necessitano.

3. *Governance* democratica secondo il principio “una testa un voto”, anche nella forma indiretta con le deleghe o di gruppi di interessi.
4. Il principio di solidarietà è importante fra i membri, spesso protetto dalla legge, con libero accesso ed uscita adempiendo alle condizioni statutarie.
5. I profitti sono gestiti a beneficio dei membri, che sono i proprietari della mutua. Il cui interesse primario è soddisfare i bisogni comuni dei suoi aderenti e non fare profitti o fornire un ritorno sul capitale. I benefici possono essere in sconti o rimborsi sui premi nel caso delle mutue assicurative, investimenti nel migliorare i servizi dei membri nello sviluppo dell'intrapresa, o accrescere i mezzi propri. Possono essere anche usati a beneficio della società e/o comunità nel suo complesso.

Tre elementi spiccano. Innanzi tutto, estendendo il principio di *governance* democratica alle forme indirette, non solo per delega, ma anche attraverso realtà associative, si allarga notevolmente la platea delle organizzazioni mutualistiche incluse, *in primis* i fondi paritetici.

Il secondo è la sottolineatura della sostenibilità finanziaria e la restrizione, non esplicitata, della nozione di solidarietà a un'adozione al più parziale di pratiche di discriminazione del rischio, con forme di sussidio, e in un beneficio economico alla società prossimo alle pratiche di responsabilità sociale d'impresa. Anche in questo caso, la pratica si colloca a metà strada fra i principi mutualistici identificati dagli studiosi e i principi dell'impresa commerciale, con il rischio di sfumare i confini fra le due tipologie di organizzazione.

Infine si riconducono le mutue a organizzazioni *no-profit*, evidenziando una strategia di avvicinamento alle diverse forme di impresa sociale, implicitamente sottolineando la loro componente di imprese, che appare sostituire la nozione di “proprietà collettiva” o *common*. Segno questo che nello stesso mondo mutualistico la percezione di sé è più legata a routine di comportamenti, descritte secondo il lessico

della *business community*, che a una riflessione sulla propria natura profonda.

Il dibattito sullo statuto europeo della mutualità fra il 2006 e il 2013 ha pertanto virato verso la sola dimensione economica, pur con alcune ambiguità sottostanti. In particolare, la mappatura di Broek et al. (2012) rende visibile l'esito delle pressioni competitive di questi decenni in favore di una regolazione di mercato, assumendo la società di capitali come modello di riferimento per l'organizzazione delle attività economiche, e che questo è avvenuto tanto da parte dei diversi legislatori nazionali quanto delle singole mutue assicuratrici.

In molti paesi quell'insieme sufficientemente coerente di principi sedimentatosi nei secoli è stato intaccato da un processo di de-mutualizzazione, che ha operato su un duplice piano: quello più visibile di trasformazione delle mutue in società di capitale, con esiti non di rado devastanti sulle due sponde dell'Oceano Atlantico⁹, e quello più strisciante, ma non meno pervasivo, che riconsidera inammissibile una concezione olistica dell'organizzazione e della proprietà. Formulare la nozione di "patrimonio comune" come "proprietà" sulla quale non si possono accampare diritti in caso di uscita dalla compagine dei soci, significa abbandonare la nozione di *common* indivisibile per abbracciare quella di "proprietà limitata" e accogliere la teoria dell'impresa come nesso di contratti individualistici, pilastro dell'economia neoclassica e del pensiero neoliberista: un'operazione lessicale dalle significative implicazioni concrete.

Alla tesi della "banalizzazione della mutualità" (Boned, 2018) operata al livello europeo, fa eco la posizione di Toucas-Truyen (2014), secondo la quale «la regolamentazione europea, tendendo a ricondurre le mutue al diritto privato delle imprese capitaliste, non favorisce la promozione della solidarietà da parte dei sistemi complementari» alla sicurezza sociale, tenendo alta la pressione del mercato sui sistemi pubblici di protezione sociale. È uno svuotamento di aspetti sostanziali del modello sociale europeo, che è uno dei principi fondativi della costruzione europeista.

9. Assume un valore emblematico che la "scossa di avvertimento" della incipiente crisi finanziaria del 2008 sia stato il fallimento della Northern Rock nel 2007, una *building society* inglese demutualizzata pochi anni prima.

4. I caratteri del mutualismo: ambivalenze, organizzazioni anfibie e complementarità micro-istituzionali

4.1. Il nesso fra assicurazione e mutualismo

Nel momento in cui le organizzazioni mutualistiche hanno come attività principale la terza tipologia identificata da Van der Linden (2018), e cioè di assegnare le risorse a fronte di domande contingenti e non a rotazione, il cui fondo collettivo è impiegato a fronteggiare eventi avversi secondo uno schema di tipo assicurativo, si pone il problema di individuare i caratteri distintivi delle due nozioni e la relazione che fra queste intercorre.

La relazione fra i due concetti nella storia è al centro dell'analisi di Toucas-Truyen (2001), che evidenzia il carattere polisemico del termine mutualità.

Se fosse sufficiente rimettersi all'etimologia, si potrebbe attribuire al termine mutualità un significato generico che ingloba ogni forma di mutuo aiuto organizzato che poggia sulla reciprocità, e all'assicurazione quello di garantire. Ma la garanzia dell'avvenire e dei suoi imprevisti si trova precisamente al cuore dell'attività mutualista (Toucas-Truyen, 2001, 8).

Questa polisemia, continua Toucas-Truyen, riflette tutta la ricchezza e la complessità dei processi storici che hanno portato all'istituzionalizzazione delle due pratiche, che talvolta risultano “singolarmente gemellari, ma più spesso distinte” per modi di funzionamento e campo di intervento: tanto le società di mutuo soccorso quanto le assicurazioni hanno declinato in modo simile la previdenza, ma secondo finalità diverse – la condivisione le prime, il profitto le seconde. I due termini, e i rami di azione delle tipologie organizzative, si sono coevoluti nel corso dei secoli che hanno portato alla progressiva emersione di una società capitalista: se a lungo è stata una questione di specializzazione – le assicurazioni dedite alla garanzia dei beni, le forme mutualistiche a quella delle persone – l'avanzamento e la diffusione delle tecniche attuariali hanno portato a un rimescolamento degli ambiti. A questo si è aggiunto l'intervento dello Stato con il *welfare state*, dove il suo impegno in favore delle c.d. “libertà negative” (salute, infortuni, disoccupazione) oscilla costantemente fra tecnica assicurativa e *mission* solidaristica.

Questo stretto intreccio fra assicurazione e mutualismo si ritrova nella ricostruzione delle “*mutual insurance*” olandesi di Van der Leeuwen (2016). Le contribuzioni monetarie regolari compaiono alla fine del XVI secolo nelle gilde maggiori: era diventato troppo complesso organizzare l’aiuto reciproco in situazioni di bisogno, come la malattia, oppure l’assistenza e la presenza ai funerali, mentre la stragrande maggioranza delle gilde, di dimensioni più contenute, manteneva le pratiche informali e personali di mutuo aiuto già osservate nelle corporazioni italiane all’epoca dei Comuni. È nel corso del XVII secolo che appaiono le prime tavole attuariali che si perfezioneranno nel corso dei secoli al punto che nell’Inghilterra vittoriana le migliori in campo sanitario erano prodotte dai maggiori *orders* inglesi, come ci rammenta Beveridge (1948).

La relazione fra mutualismo e assicurazione ha ricevuto una significativa attenzione dai giuristi francesi. Bélanger e Tawali (2009) propongono una delle più recenti sistemazioni. Innanzitutto, identificano tre significati distinti per il termine mutualità:

1. un principio di ripartizione delle perdite nell’assicurazione, ma anche in materia di fallimento e nei diversi gruppi di mutuo aiuto, che è la forma di mutualità alla base di tutte le mutue, oltre che delle compagnie di assicurazione;
2. una “forma antica” di assicurazione nella quale ognuno paga lo stesso premio in nome di principi di mutuo aiuto e di solidarietà: in questo senso “la mutualità rimanda a un organismo che cerca di rispettare per quanto possibile regole solidaristiche” ad esempio con tariffe non discriminanti, o restrizioni non tariffarie o un regime unico di copertura;
3. una “forma moderna” di società assicuratrice senza scopo di lucro, adottando i principi attuariali senza tuttavia essere una società per azioni.

Queste definizioni non sono del tutto indipendenti l’una dall’altra. Il loro mescolarsi rende il termine mutualità “particolarmente ambiguo” in quanto, riportando la posizione di Bigot (1998), designa indistintamente «due nozioni distinte: da una parte una tecnica di ripartizione e compensazione dei rischi comune a tutte le imprese d’assicurazione (...) dall’altra parte una forma particolare di società di assicurazione, nella quale gli assicurati sono contemporaneamente soci».

Per Bélanger e Tawali (2009), si può parlare effettivamente di mutualità solo in quei casi in cui la «gestione dei rischi (...) terrà conto nella maniera in misura più o meno rilevante della solidarietà fra gli assicurati, a seconda dello scopo ricercato dall'impresa», se il profitto degli azionisti o la messa in comune di un servizio di protezione e tenendo conto di tutte le sfumature possibili fra i due estremi. Si può parlare di mutualità nella presa in carico del rischio se questo è condiviso dai soli assicurati, poiché in questo caso il rischio assume un carattere sociale che discende dalla sua collocazione al di fuori del mercato concorrenziale (Millet, 2001).

Le cose cambiano quando la perdita viene sopportata anche da apportatori di capitale di rischio, con una traslazione più o meno ampia del rischio dal *pool* degli assicurati ai proprietari del capitale di rischio: nel momento in cui gli assicurati non hanno la percezione di appartenere a un collettivo con cui hanno un qualche legame, o anche solo non percepiscono più quell'aspetto fondamentale della mutualità che è la ripartizione dei rischi sull'insieme degli assicurati, il contratto di assicurazione si trasforma da un rapporto di tipo solidaristico in un bene di consumo, caratterizzato da un clima di diffidenza e sospetto che caratterizza tutti i modelli di agenzia, perdendo un elemento di socialità beneficiaria proprio di ogni forma di mutualità. È una posizione che si muove nel solco della “mutualità incosciente” proposta da Chaufton (1894), secondo il quale la mutualità sopravvive anche nelle assicurazioni società di capitali, differenziandosi dalle mutue assicuratrici dal solo fatto che «i mutualisti non si conoscono, non hanno rapporti gli uni con gli altri».

La distinzione, non priva di ambiguità, compare nel momento in cui si passa dalla “mutualità storica”, dove si registra un «amalgama allo stesso tempo di interessi collettivi e di altri valori quali l'amicizia, la solidarietà o la fraternità», alla mutualità contemporanea, che se ne differenzia «per l'adozione di procedure complesse di valutazione del rischio. Iscrivendosi in tal modo nella pratica *moderna* dell'attività assicurativa fondata principalmente sul trattamento dei dati, trasferendo il problema della solidarietà da una pratica dell'aiuto reciproco comunitario, nella quale attingeva largamente il movimento mutualista, a una logica tecnocratica dei grandi numeri» (Petitclerc, 2006).

Nonostante il passaggio dal criterio della (prudente) ripartizione a quello attuariale, in alcuni paesi imposto per legge, Bélanger e Tawali (2009) ritengono che la presenza di un insieme specifico di principi qua-

li quelli proposti da Toucas-Truyen (1998) sia sufficiente per distinguere le mutue dalle assicurazioni ed evitare ogni deriva verso un approccio puramente economico: i principi della mutualità continuano a permeare il rapporto fra assicurato/beneficiario e l'assicuratore, conferendo al contratto di assicurazione una doppia dimensione, "ad un tempo interessata e disinteressata" in quanto rinviano all'insieme degli assicurati-soci, e pertanto meno inclini a operare nel loro interesse individuale nella misura in cui questo è diluito in quello della comunità. All'interno di questa relazione, non solo si contiene il problema di agenzia, ma la mutualità costituisce sul piano giuridico "un vettore di obbligazioni e di senso", almeno in teoria. Nondimeno, l'affermarsi nel mondo assicurativo di un approccio finanziario, incarnato dal modello della *bancassurance*, non è privo di riflessi sul principio della mutualità: non solo nelle società di capitale assicurative, ma anche nelle mutue – in forma indiretta ed esercitando molteplici pressioni – come si è potuto vedere nel paragrafo precedente.

Da questa interpretazione del concetto di assicurazione, ben radicata nella cultura giuridica francese, il duplice legame di socio e di assicurato a un collettivo di persone è elemento costitutivo nelle mutue, evidenziando un contenuto al contempo economico e sociale: e qui reincontriamo le tesi di Birchall (2010).

4.2. *La natura ambivalente dell'attività mutualistica*

Il nesso fra mutualità e assicurazione discusso nella sezione precedente evidenzia come le differenze fra i soggetti erogatori di protezione dalle incertezze (mutue, assicurazioni e istituzioni pubbliche) attengono le caratteristiche dell'ambiente organizzativo in cui il processo si svolge, data la "tecnologia attuariale". Nel caso delle organizzazioni mutualistiche, occorre descrivere le due facce del loro dispositivo sociale, vale a dire: 1) il modo in cui queste svolgono la propria attività, 2) quali principi regolatori presidono questa peculiare famiglia di popolazioni organizzative, a dirla con Stinchcombe (1965).

Le gilde offrivano ai loro soci assicurazione e socialità. I due beni erano strettamente intrecciati. «Le spese in mangiare e bere erano spese non solo piacevolmente ma anche saggiamente, in quanto aiutavano a mantenere un'organizzazione gestita da e per i suoi membri. Cementavano i legami fra i membri: questo era necessario non solo per contrastare

informazioni e azioni nascoste» (Van Leeuwen, 2016, 78) ed erano tenuti in conto come «i rituali più importanti, in quanto avevano lo scopo di rafforzare legami, risolvere i conflitti e sottolineare i comuni obiettivi ai quali i membri si erano impegnati» (p. 62). La socialità e le complementarità istituzionali (Hall, Soskice, 2000) fra le diverse attività delle gilde, dalla regolazione della professione al riconoscimento politico, alla condivisione fra i soci delle innovazioni tecnologiche (Epstein, Prak, 2008) «creavano le condizioni di dipendenza e visibilità fra i membri associati che aiutavano a contenere l'opportunità entro certi limiti»: nel momento in cui diventa prevedibile, sorge la fiducia nel comportamento degli altri soci.

La socialità qui è intesa in senso più vasto: non solo come luogo e spazio in cui riconoscersi, ma anche per far crescere quelle competenze sociali che permettono alla gilda di rappresentare gli interessi comuni, formulati e discussi dai soci.

Su questo sostrato culturale, anche le società di mutuo soccorso ottocentesche – che pure avevano un raggio d'azione più ristretto delle gilde – hanno riprodotto la stessa capacità di combinare attività assicurativa e attività sociale. Petitclerc (2006) rappresenta efficacemente questo dispositivo sociale come un processo di costruzione di una “famiglia fittizia” al cui interno si afferma una cultura solidale nella fase di transizione al mercato, incastrando – in senso polanyiano – il sostegno economico in una cultura di mutuo aiuto solidale, che si esprime in una varietà di forme, dalle visite ai malati, alle manifestazioni pubbliche, ai funerali e alle feste associative. Questo sforzo di mantenere la dimensione economica incastrata nella gestione sociale sviluppa «un modo di gestione dell'aiuto che permette non solo di amministrare bene i fondi, ma soprattutto di non contraddire le finalità solidali del progetto mutualista», e una «cultura civica associativa fondata su una concezione esigente della democrazia» (Petitclerc, 2006, 272).

Ma lo stesso avanzare delle tecniche attuariali, spesso sanzionate negli interventi legislativi, pone termine secondo Petitclerc a questo “incastrò” dentro il sociale in quanto la loro introduzione, spesso resa obbligatoria dalla legislazione, richiede una burocrazia, tecnica ed amministrativa, che accentra i processi decisionali, facendo venir meno la centralità della partecipazione dei soci alla vita della mutua¹⁰.

10. Va comunque tenuto conto che questa funzione di incastrò della sfera economica nel sociale è lo scopo di organizzazioni di massa quali i sindacati, i quali non solo sono i soggetti promotori dell'azione collettiva ma promuovono soluzioni mutualistiche in autonomia – ad

Chanial (2015) inquadra il mutualismo come una “*économie non économique*”, nel senso che la produzione di beni e servizi a beneficio dei soci non passa per una regolazione di mercato ma attraverso legami sociali, in questo caso di natura associativa, in cui lo scambio avviene in termini di dono e di cura, dando luogo a una autentica “*economia del legame*”. «La forma mutualistica può in effetti essere definita come una forma che rompe l’isolamento e istituzionalizza la cura e il dono», che altrimenti rimarrebbero confinati in una sfera di marginalità in una economia di mercato: questo è possibile perché «i “*clienti*” sono dei soci che hanno legami fra di loro in quanto assicuratori-assicurati, da un contratto di associazione che poggia sulla solidarietà, che implica il principio di mutualizzazione (e di contribuzione) e sulla democrazia mutualista (“una testa un voto”) e non un contratto commerciale fra assicuratore e assicurato». È una forma organizzativa pertanto che istituzionalizza una duplice ambivalenza, di carattere sia soggettivo – lo status di assicurati-assicuratori – che oggettivo – di associazione e di “*economia non economica*” che bypassa la regolazione di mercato, che a loro volta implicano le ambivalenze dell’impegno e dell’etica mutualista.

Adottando le categorie della cura e del dono, viste come “*facce nascoste*” del valore, proprie di un approccio antropologico che si rifà a Mauss e Polanyi in particolare, l’attività di un soggetto mutualista non è dato dal solo insieme dei versamenti raccolti e delle contribuzioni distribuite secondo determinate regole descritte da Van der Linden (2018), ma dalla esistenza di un legame vivo secondo uno specifico modo di produzione, da intendersi non come una tecnologia data per produrre beni e servizi «ma piuttosto come modo di produrre relazioni sociali – e quindi degli esseri umani nella misura in cui questi sono modellati da queste relazioni» (Chanial, 2015, 198).

Conviene a questo punto ritornare alla nozione di patrimonio collettivo di una mutua e confrontarlo con la nozione di *common*. Questo, nella rappresentazione di Ostrom (1990), è alimentato da fattori naturali dati, come nel caso dell’acqua o la riproduzione del patrimonio ittico o l’accrescimento degli alberi di una foresta, dove l’attività umana consiste in un lavoro di cura combinato all’attività di prelievo sostenibile, governa-

esempio le casse di resistenza per finanziare gli scioperi e fondi contro disoccupazione Van Leeuwen, 2016, per il caso olandese) –, in forma bilaterale – casse mutue e fondi sanitari e previdenziali, particolarmente strutturati nell’esperienza francese – o agendo per conto dello Stato quando si struttura il *welfare state*, il cui esempio più noto è il “*sistema Ghent*” dove i sindacati registrano (e iscrivono) i lavoratori disoccupati.

te da regole condivise, incluse le sanzioni. Nelle società mutualistiche, viceversa, la cura si rivolge primariamente agli altri soci, in forma tanto diretta quanto indiretta. La forma diretta si estrinseca nel mantenere e consolidare i legami sociali tanto nei momenti ricreativi quanto nel rendersi fisicamente presenti in caso di bisogno, mentre la forma indiretta consiste nell'alimentazione del *common*, con contributi principalmente di tipo monetario, che è cura dei soci contribuire alla sua amministrazione e riproduzione secondo logiche non speculative, con diritti di prelievo regolati, tipicamente eventi che fanno venir meno temporaneamente l'autonomo sostentamento. Per la loro rilevanza nella vita delle persone, questi eventi legittimano forme di controllo reciproco che in larga misura si generano con la coltivazione dei legami e con le attività di cura: «amministrando assieme i propri interessi, i membri partecipanti tessono fra di loro legami di amicizia, qualora non fossero pre-esistenti alla loro adesione» (Toucas-Truyen, 1998).

Si tratta pertanto di un processo unitario ma dai connotati ambivalenti, in cui decisione economica e legame sociale non sono separabili, andando oltre all'ambivalenza socio-assicurato della mutua assicuratrice. La stessa ambivalenza che Birchall (2010) asserisce essere il modo particolare in cui le cooperative integrano la loro natura di impresa commerciale e la cittadinanza associativa dei soci.

Pertanto, se nell'impresa e nelle organizzazioni pubbliche la tensione fra comunità e razionalizzazione viene esplicitata in un dualismo di poteri, nelle organizzazioni su base mutualistica questa ambivalenza viene istituzionalizzata, interiorizzando tale responsabilità a livello individuale e collettivo, costruendo un insieme di complementarità istituzionali fra le due sfere e che si estrinseca in una varietà di soluzioni organizzative che si evolvono alle determinanti socio-tecniche esistenti.

4.3. Governare l'ambivalenza: la natura anfibia delle organizzazioni mutualistiche

Un'organizzazione che svolge un'attività economica “non economica” di produzione di beni e servizi più o meno estesa, fondata sull'esplicita incorporazione della socialità come fattore costitutivo coinvolgendo in questo processo la comunità dei suoi membri sin dalla concezione, è un'organizzazione intrinsecamente flessibile, come giustamente nota Van

Leeuwen, in quanto è capace di adattarsi alle caratteristiche soggettive dei soci, al variare delle loro domande e del contesto istituzionale e tecnologico in cui operano. Attraverso i secoli, appaiono persistenti alcuni caratteri o ingredienti:

- la natura: il mettersi assieme organizzato di persone, secondo un principio di uguaglianza;
- il fine: costituire e gestire efficacemente a beneficio del gruppo le incertezze legate all'accesso a risorse economiche cruciali grazie a un patrimonio collettivo indisponibile ai singoli soci, dai quali, a differenza dei *common* naturali, non è solo mantenuto ma anche alimentato con contribuzioni monetarie e/o di lavoro;
- il metodo: una combinazione inestricabile di azione economica ed attività associativa che genera quelle complementarietà istituzionali fra campi di intervento diversi, fonte di vantaggio comparato rispetto ad altre forme organizzative, specifiche di ogni forma organizzativa che il mutualismo ha assunto nel tempo.

Questi presupposti possono essere applicati, in linea di principio, in tutte le situazioni in cui i tre ingredienti di base siano chiaramente riconoscibili, dalla microfinanza ai GAS alla gestione dei beni comuni. In particolare, permette di distinguere le organizzazioni mutualistiche dalle cooperative, che sono imprese che vendono beni e servizi a soci e non soci e il cui patrimonio è attribuito in quote, e dall'altro lato da quelle forme solidaristiche e di condivisione in cui manca un patrimonio (esempio tipico i gruppi di mutuo aiuto), oppure è stato messo alimentato da soggetti diversi dai beneficiari.

Il primo ingrediente marca un discrimine rispetto alle forme organizzative caratterizzate da apporto di capitale, sia di tipo imprenditoriale che associativo (come le fondazioni o le associazioni che riservano al fondatore o a soggetti da questi indicati la formulazione della volontà). Viceversa, le mutue condividono, con le svariate forme associative (inclusi i partiti politici e le organizzazioni di rappresentanza degli interessi) e le cooperative, l'adesione volontaria e la regola democratica (“una testa un voto”).

Il secondo ingrediente presenta i due elementi cruciali e distintivi del mutualismo organizzato: il *fine*, e cioè il soddisfacimento di determinati bisogni dei membri che sorgono in rapporto alle incertezze future o all'accesso a beni della natura più svariata attraverso la costituzione e la

rigenerazione di un bene comune (lo *strumento*), e per questo indivisibile pena l'impossibilità di perseguire il fine. Entrambi gli elementi intervengono congiuntamente: la natura di bene di club, e l'esistenza di benefici tratti da questo bene, anche in assenza di diritti di proprietà pro quota e di remunerazione.

La riproduzione di questi beni è la priorità di ogni socio: sul piano gestionale, significa adottare criteri di sostenibilità di lungo termine. Se questi criteri risultano intuitivi e tangibili nel caso dei beni comuni di natura fisica, nel caso di quelli di natura prevalentemente finanziaria ciò comporta l'adozione di prudenza nella gestione che rifugge da ogni spirito speculativo. Nel linguaggio della teoria economica, questo comporta scelte che si muovono secondo equilibri di riproduzione, di tipo stazionario, e non di massimizzazione istantanea.

Sul piano sociale, l'imperativo della tutela del patrimonio collettivo impegna i soci a non sottrarsi alle proprie responsabilità nel fornire il proprio contributo (le risorse) alla sua alimentazione e impegnandosi a mantenere e migliorarne l'efficacia partecipando alla sua gestione, accettando norme di controllo sociale, preferibilmente indirette o ricavabili dalla socialità, per limitare comportamenti opportunistici. Il fatto che i soci traggano beneficio da un bene non appropriabile muta il segno della relazione fra i soci, rendendo legittime una serie di limitazioni – come il diritto ai benefici dopo un certo periodo di tempo, la reputazione della persona quale criterio per l'ammissione e l'espulsione.

Infine, l'intreccio inestricabile di relazione sociale e dimensione economica, che si propone di allargare la nozione di "incastro" di Chanial (2015), può dispiegarsi solo in organizzazioni anfibe, capaci cioè di valorizzare le ambivalenze del mutualismo organizzando in modo sinergico entrambe le dimensioni, e valorizzandone la natura inestricabile. Grazie alla sua natura anfibia, la mutualità può mettere a punto un peculiare modo di produzione ed erogazione dei beni e servizi a beneficio dei soci, integrando secondo logiche di complementarietà contribuzione economica e legame personale, in grado di mettere a valore la relazione "spessa" fra i soci, di cui la "famiglia fittizia" di Petitclerc (2006) è una manifestazione di una ben precisa fase storica.

La nozione di "organizzazione anfibia" evidenzia che la natura *multi-purpose* del mutualismo non è legata a specifici caratteri delle epoche storiche in cui ha prosperato: le sinergie consentite dai legami sociali generano quelle economie di scopo che permettono alle mutue di operare

in ambiti diversi, di contenuto economico e non, sempre ponendosi al di fuori della regolazione di mercato. La rigenerazione dei legami sociali avviene lungo due direttrici: la generazione di prodotti congiunti, tangibili – come l'aiuto anche personale oltre che morale – e non tangibili come l'elevazione culturale, e la istituzionalizzazione di insiemi di convenienze, o complementarità micro-istituzionali, di tale rilevanza da scoraggiare comportamenti di tipo opportunistico e accrescere il costo dell'*exit*. Come nota Van Leeuwen (2016), lo spessore della vita sociale aveva non solo la funzione di rendere le forme di controllo sociale poco costose, ma anche creare come prodotto congiunto della propria azione la fiducia nell'aiuto e nel reciproco senso di responsabilità.

L'importanza di questa connessione è sottolineata ed attualizzata da De Moor (2012), che la considera non solo efficiente ma anche capace di creare un comportamento improntato alla reciproca complementarità. Nella società attuale, prosegue, l'erogazione dei servizi è suddivisa in organizzazioni separate, che hanno alcuni vantaggi, come l'efficienza, ma anche svantaggi:

se le persone si comportano scorrettamente in un campo, questo non necessariamente influenza direttamente le altre parti della loro vita (...) la reciprocità assicura che le persone siano maggiormente disponibili a produrre norme collettive, e quando un sistema include al suo interno molte parti della vita di una persona, questo effetto diventa cumulativo (De Moor, 2012, 93-94).

Questo effetto cumulativo non appare oggi possibile nelle attuali cooperative, mentre il mondo mutualistico sta cominciando a ricostruirlo recuperando la centralità della relazione di prossimità. Non a caso, lo spirito mutualistico appare andare in crisi, come nota Beveridge (1948), quando la maggior parte delle *friendly societies* si specializza in attività di tipo assicurativo, abbandonando la cura del legame sociale dei membri e perdendo pertanto questo carattere anfibo¹¹.

In presenza di queste complementarità, le forme di controllo sociale e le relative sanzioni tendono ad essere ben più blande e graduali rispetto a organizzazioni specializzate che esercitano alcune di queste attività in forma imprenditoriale per ottenere una conformità: la rinuncia ad atteggiamenti opportunistici viene percepita dai soci come frutto di una scelta

11. È anche l'epoca in cui, accanto allo stato sociale, si affermano organizzazioni di massa – partiti e sindacati – in grado di dare risposta ai bisogni di identità collettiva e di partecipazione attiva alla vita politica e sociale in modo più vigoroso rispetto al mutuo soccorso.

volontaria individuale, generando in tal modo fiducia reciproca. Questo disegno istituzionale appare articolato con chiarezza nelle gilde olandesi (Van Leeuwen, 2015).

In termini più generali, si può dire che nella natura di *common* della proprietà collettiva si reifica e si rigenera la necessità di un agire sociale, fatto di legami di contenuto solidaristico, responsabilità reciproca e verso il bene comune, riproduzione culturale e di valori.

Questi ingredienti possono essere rintracciati integralmente nei principi delle organizzazioni mutualistiche proposti da Toucas-Truyen (1998), mentre in alcune forme di microfinanza mutualistica come le ROSCA, il “mettersi assieme organizzato” e soprattutto il patrimonio collettivo appaiono un fatto temporaneo, anche se regolarmente alimentato, e per questo motivo non richiedono un investimento dei soci nel loro mantenimento. Pur ritrovando tali principi in tutti i documenti dell’Unione Europea e dell’AIM discussi sopra, il crescente ricorso al paradigma neoliberista, che non concepisce l’esistenza di un patrimonio collettivo, oscura il riconoscimento della reale natura della mutualità, fino alla sua banalizzazione (Boned et al., 2018).

Diventa così esplicito il criterio di demarcazione delle mutue rispetto alle cooperative. Queste ultime esercitano di norma un’attività imprenditoriale in senso proprio, vendendo beni e servizi anche ai non soci, ed il patrimonio collettivo è divisibile ma il criterio di ripartizione degli utili non si fonda sull’apporto di capitale ma sul ristorno in base all’utilizzo dei servizi, che ne identifica il carattere mutualistico la cui natura anfibia è fra attività d’impresa e legame sociale.

Tuttavia, nelle mutue la rilevanza del legame sociale fra i soci appare di ben altra forma rispetto alle cooperative proprio per i due caratteri distintivi delle attività svolte ad esclusivo beneficio dei soci e del patrimonio collettivo indivisibile. La natura anfibia delle organizzazioni mutualistiche permette di istituzionalizzare la nozione di “economia del legame” proposta da Chanial (2015) in quanto, per il suo disegno istituzionale, favorisce e rigenera le relazioni sociali orientandole alla produzione di fiducia e sviluppando competenze gestionali. Queste risorse sono a disposizione non solo degli aderenti ma anche delle comunità in cui questi sono inseriti ed operano per la promozione di ulteriori organizzazioni, con scopi tanto di tipo associativo quanto imprenditoriale.

A titolo di esempio, Greve e Rao (2012) mostrano che i villaggi norvegesi, dove si sono sviluppate precocemente delle mutue assicuratrici

contro gli incendi, presentano una dinamicità e vivacità maggiore della vita associativa, mentre Putnam et al. (1993) evidenziano come nel caso italiano l'esperienza dei liberi Comuni, dei quali le corporazioni erano l'architrave, sia alla base del differenziale di tradizioni civiche e di livello di sviluppo delle Regioni italiane. Hetcher (1987) dimostra come la produzione di beni collettivi sia alla base della produzione di beni pubblici: è il caso delle società di mutuo soccorso europee dalle quali sono emersi e si sono distaccati i sindacati i quali, attraverso la contrattazione della prestazione lavorativa, generano un bene pubblico.

Il carattere anfibio delle organizzazioni mutualistiche istituzionalizza inoltre la reciprocità quale orientamento umano di base, a dirla con Rothstein (2011): a suo avviso, il comportamento umano è in larga misura determinato da un pensiero strategico sulla prospettiva nel senso che le scelte degli agenti dipendono in modo cruciale da cosa pensano che gli altri agenti abbiano intenzione di fare, cosa che dipende in misura cruciale dal disegno istituzionale della misura. Vale a dire le persone sono disponibili a impegnarsi in una cooperazione solidaristica, ma la misura in cui questa disponibilità si traduce in una scelta concreta dipende in modo decisivo da come è concepita e gestita e dai sistemi che portano la misura a migliorare l'eguaglianza.

5. Verso un “nuovo mutualismo”: gilde, cultura del dono e *share economy*

Con il nuovo secolo, avanza un nuovo paradigma che combina tecnologie digitali e ritirarsi dello Stato dalla protezione sociale, in nome di un'ideologia neoliberista che mercatizza tutto. Il crescere delle diseguaglianze sociali e di distribuzione del reddito si accompagnano al crescere dell'insicurezza, con carriere lavorative discontinue ed esposizione crescente alla vulnerabilità per malattia o infortunio ed eventi nella vita privata, come le separazioni, che fanno precipitare le persone da una situazione relativamente “tranquilla” in condizioni di povertà. Se a livello macro, in situazioni di espulsione dalla fascia (relativamente) protetta del mercato del lavoro la risposta più nota è un sostegno universale come il reddito universale di base (Van Parjis, Vanderborgh, 2017), per le incapacità temporanee diventa sempre più diffusa la necessità di autotutela: per le condizioni di accesso e i costi di gestione, le forme assicurative risultano inabborribili non solo per le fasce marginali di popolazione ma

anche per quei professionisti indipendenti con un reddito medio ma altamente variabile, che costituiscono la parte preponderante dei “lavoratori della conoscenza”.

Di fronte a queste trasformazioni, che sanzionano la fine del paradigma keynesiano-fordista e il declino della grande impresa come istituzione di protezione sociale che, specie negli USA, aveva sostituito il mutuo soccorso (Beito, 2000), riemerge la risposta mutualista sotto molteplici forme. Negli USA ricompaiono le *guilds* (Laubacher, Malone, 2000; Van Jaarsveld, 2004) che combinano l'azione collettiva, la tutela prevalentemente professionale, condividendo informazioni sulle condizioni contrattuali, opportunità lavorative e aggiornamento professionale, con piani di protezione malattia normalmente offerti dalle aziende ai lavoratori stabili, ma non ai lavoratori occasionali, anche se altamente professionalizzati: è questo il caso della Screen Actor's Guild (SAG), della World Wide Web Artists' Consortium e della Freelancers' Union, tutte nate a New York, per attori e lavoratori dello spettacolo e della comunicazione in genere, mentre Washtech, sorta fra i programmatori *free lance* di Microsoft nella zona di Seattle, concentra la propria attività mutualistica sulla condivisione di informazioni e opportunità formative per mantenere vive le opportunità di carriera in un mondo ad altissima obsolescenza delle conoscenze.

Su questa linea si pone la belga Smart, che può essere considerata come la prima forma mutualistica veramente “europea”. Nata a Bruxelles nel 1998 come impresa sociale, si è rapidamente allargata dai lavoratori dello spettacolo all'intero mondo dei *free lance*, e dal Belgio ad altri paesi europei, Italia compresa, con 120.000 soci nel 2020. La sua attività centrale è l'anticipazione ai soci dei pagamenti relativi alle prestazioni effettuate nel mese, facendosi carico delle pratiche amministrative offrendo un'unica partita IVA: in questo modo viene meno la necessità di rivolgersi individualmente a un consulente fiscale e di inseguire il committente per i pagamenti, tutte attività altamente *time consuming*, su cui di norma un lavoratore dello spettacolo ha scarsa competenza ed abilità, fonte di incertezze ed ansia per la mancanza di controllo da parte del singolo. Per queste attività Smart trattiene l'8,5% del compenso per i costi amministrativi e di gestione, che va ad alimentare un fondo di garanzia a fronte di mancati o tardati pagamenti da parte del committente; a queste si aggiungono il supporto nella ricerca di occasioni lavorative grazie alle comunicazioni fra i soci, nell'aggiornamento professionale offrendo opportunità formative e nello sviluppo di *business plan* e progetti. Infine,

offre assistenza sanitaria integrativa in partnership con mutue sanitarie volontarie.

Lo status di Smart appare ambiguo. Nata come impresa sociale, ha assunto per un certo periodo lo status di mutua per passare più di recente a quello di cooperativa per evitare le normative nazionali in materia di intermediazione di manodopera (Xhaufflair et al., 2017). Spesso ha dovuto fronteggiare l'accusa dei sindacati di praticare un *dumping* contrattuale nei confronti dei lavoratori dipendenti, i quali alla fine hanno riconosciuto la finalità di protezione sociale e di fornitura di servizi, per ridurre la precarietà dei lavoratori soci.

Di recente, con l'assunzione della veste giuridica della cooperativa, Smart stipula i contratti con il committente al posto del singolo lavoratore. Tuttavia, i punti di contatto con la cooperativa si fermano qui perché non assume funzioni di coordinamento della prestazione del lavoratore, il quale gestisce in piena autonomia il rapporto con il committente per quanto riguarda il contenuto e le modalità di erogazione della propria prestazione. Smart rientra senz'altro nella sfera della mutualità in senso stretto perché le contribuzioni dei soci, alimentate con le commissioni sui loro compensi e le quote di associazione iniziali, vanno ad alimentare un fondo di garanzia di carattere mutualistico, che costituisce il *common* per far fronte alle incertezze legate al se e al quando i compensi sono pagati, rientrando nella terza tipologia proposta da Van der Linden (2018).

La seconda area di ritorno del mutualismo è la reinterpretazione delle tradizionali attività mutualistiche di tipo assicurativo, combinando innovazione tecnologica e organizzazione per piccoli gruppi. Si possono identificare due tipologie: le mutue assicuratrici *insurtech* (*finsurers*), che assicurano ogni tipo di rischio avvalendosi delle tecniche analitiche dei big data e ristornano gli avanzi ai soci, e fondi mutualistici incentrati sulla protezione di fronte a inabilità temporanea (l'olandese Broodfonds) oppure alle nuove vulnerabilità della vita familiare quali divorzi e separazioni, sottrazione dei figli e trasferimenti famigliari (il cinese TongJuBao).

Le nuove organizzazioni che si rifanno al mutualismo condividono i quattro principi di solidarietà, trasparenza, equità e innovazione, rifacendosi a caratteri presenti fino all'Ottocento (Vriens, De Moor, 2020). La solidarietà si fonda sulla condivisione del rischio per piccoli gruppi, dove ogni socio (o assicurato, secondo il contesto) sostiene gli altri con le risorse versate a un fondo comune; la trasparenza è frutto della eliminazio-

ne della struttura burocratica delle assicurazioni, stabilendo un insieme minimale di regole e di criteri di eleggibilità e rimborso; l'equità è garantita dal principio del ristorno, mentre l'innovazione è di tipo tecnologico nella prima tipologia e prevalentemente sociale nella seconda.

Le mutue *finsurers*, alcune delle quali di dimensioni significative come la tedesca Friendsurance (circa 150.000 soci) e l'americana Lemonade (425.000 soci), sono più simili alle assicurazioni commerciali. I big data sono impiegati per una discriminazione ancora più di fino dei profili di rischio, mentre la suddivisione in piccoli gruppi è funzionale al controllo dei problemi di azzardo morale e selezione avversa, di entità non diversa dalle assicurazioni commerciali e al far emergere i profili di rischio "meno buoni", tali da far escludere dal gruppo. Il loro connotato mutualistico, usato in modo intercambiabile con la nozione di scambio *peer-to-peer*, è dato dal ristorno degli avanzi, ma si tratta di una mutualizzazione senza mutualismo: oltre a una discriminazione dei rischi ancora più esasperata, manca ogni forma di partecipazione ai processi decisionali e le regole di assegnazione di gruppi di assicurati è di tipo *top-down*.

Nella seconda tipologia il caso più noto è l'olandese Broodfonds, che appare il capofila di un "nuovo mutualismo" (Vriens, De Moor, 2020) che recupera lo stile delle SMS ottocentesche, dove i soci sono (in parte) responsabili della gestione, non c'è discriminazione del rischio, le quote da versare sono fisse e di importo contenuto, con benefici che coprono solo le spese di base e non sono garantiti, incorporando pertanto una componente di ripartizione.

Broodfonds nasce con il supporto della cooperativa Solidair, composta da imprese e organizzazioni *no profit* che lavorano su nuove soluzioni per una economia sostenibile e inclusiva (Deserti, 2017). È una risposta all'abolizione delle assicurazioni per malattia e disabilità per i lavoratori autonomi da parte dello Stato, avvenuta nel 2004, e al costo delle assicurazioni private, acquistate da solo un terzo dei lavoratori autonomi (Van Leeuwen, 2016), non sostenibile per quei professionisti *free lance* a reddito medio e basso: un classico caso di fallimento del mercato. Dal punto di vista economico, lo schema prevede l'erogazione per un massimo di due anni di un'indennità commisurata alla quota versata mensilmente, scelta volontariamente dal lavoratore: con un versamento mensile di 33,75 euro si ha diritto a una indennità di 750 euro al mese, mentre versando 112,50 euro al mese, l'indennità sale a 2.500 euro. A questi si aggiungono 350 euro al momento dell'adesione e 10 euro al mese per le spese di gestione. Pertanto, la denominazione "fondo del pane" rispecchia l'esigenza di as-

sicurare ai soci un reddito di sopravvivenza in caso di malattia o inabilità temporanea al lavoro, secondo un disegno semplice ed intuitivo.

I soci aderiscono a (o costituiscono) un fondo locale, composto da un minimo di 20 a un massimo di 50 persone, ma le risorse sono amministrate a livello centrale da una struttura di coordinamento. I gruppi locali si ritrovano periodicamente, con una frequenza decisa dai soci, non solo per discutere la gestione del fondo ma anche per semplice convivialità. Le cariche sociali sono a rotazione e il gruppo può decidere di espellere chi si comporta scorrettamente.

Ogni socio dispone di un proprio conto, che ha la capienza massima di tre anni di versamento che, in caso di superamento, gli viene restituita: in caso di richiesta di indennità da parte di un socio per malattia o altra inabilità, questa viene corrisposta prelevandola dai conti dei soci a titolo di dono, e riceve periodicamente – a cadenza concordata nel gruppo locale – la visita di un socio per accertarsi dello stato di salute e di bisogni specifici, in forme del tutto analoghe a quanto avveniva nelle gilde e nelle società di mutuo soccorso. Nel caso in cui i soci donanti abbiano “svuotato” i loro conti, vi è l’intervento – non illimitato – del fondo centrale: anche questa clausola, che mira a compensare i diversi profili socio-demografici dei gruppi, mira a rafforzare il senso di responsabilità del singolo a non approfittarne.

La presenza di un fondo nazionale che amministra centralmente presenta numerosi vantaggi: abbassa notevolmente i costi di avvio di un *broodfond* locale, presenta economie di scala crescenti con il numero dei soci nella gestione e permette di sostenere quei fondi che, per il profilo socio-demografico o accidenti della vita, si trovano ad avere più di due soci che ricevono le indennità, operando pertanto come una sorta di riassicurazione interna. La crescita dei *broodfunds* è stata rapida: avviato il primo nel 2006, nel 2012 erano 18 mentre a fine 2002 erano attivi 610 gruppi locali con 27.400 soci. In forma indipendente, i *bread funds* sono comparsi anche nel Regno Unito dopo un breve lasso di tempo.

Da questa rappresentazione, è chiaramente leggibile il recupero dello spirito del mutuo soccorso, fondato sulla costruzione e il rafforzamento dei legami personali, nella condivisione della gestione, con un’assunzione di responsabilità verso i soci tanto di tipo individuale, in quanto le visite hanno, come in passato, la funzione di accertare i bisogni della persona e al tempo stesso il suo effettivo stato di salute, quanto di tipo collettivo con la rotazione nelle cariche. In tal modo, unitamente alla sanzione dell’espulsione per chi abusa della fiducia e dei soldi degli altri soci, si

tiene sotto controllo il problema dell'agenzia. L'opportunità di frequentarsi rafforza la partecipazione grazie alla connessione e alla coesione fra i soci, favorendo da un lato la circolazione delle informazioni nel gruppo e fra gruppi, grazie a un clima spesso informale, dall'altro il senso di appartenenza a un gruppo che porta ad allineare i valori individuali a quelli del gruppo mutualistico, generando un senso di appartenenza e di obbligazione reciproca (Vriens, De Moor, 2020). Attraverso questo complesso processo, si costruiscono legami di fiducia e un senso di solidarietà, la cui natura varia in rapporto al grado di diversificazione socio-professionale dei membri.

Sul piano organizzativo, i *broodfonds* recuperano il doppio livello degli *orders*, che prevalevano nel mondo angloamericano in epoca pre-for-dista (Beito, 2000, Beveridge, 1948), ma differenziandosi per una maggiore autonomia del gruppo, in cui il criterio di omogeneità è la condivisione di uno status occupazionale, senza che questo dia luogo a gruppi omogenei per professione e profilo socio-anagrafico¹². Laddove si innova rispetto al passato, è l'ideologia retrostante, in senso parsoniano, e cioè il legame che unisce i membri sulla bontà di questo dispositivo sociale, imperniata sul denominare – e cioè dichiarare – come “dono” il contributo che ognuno versa al socio temporaneamente inabile al lavoro¹³. Questa dichiarazione, che ci rimanda alle letture antropologiche della reciprocità, e a Mauss in particolare, va oltre le riflessioni di Chaniel (2015) sopra presentate, in quanto mira a rafforzare il legame ben oltre la connessione e l'empatia che si è stabilita all'interno di ogni gruppo: ogni dono non è solo un onere per chi lo fa, ma genera un senso di riconoscenza in chi lo riceve che rafforza la sua dipendenza dal gruppo, che lo porta ad allineare i suoi comportamenti a quelli del gruppo. In questo senso i comportamenti del singolo diventano più prevedibili, generando fiducia all'interno del gruppo. Recuperando la nozione di “dono”, il mutuo soccorso appare uscire dalla nozione di solidarietà meccanica che ha caratterizzato l'emergere e l'affermazione della società industriale: tale termine incorpora un contenuto di intenzionalità che presuppone forme di solidarietà più sofisticate, tanto di tipo organico quanto di tipo riflessivo,

Il modello dei *broodfonds* recupera e valorizza quella dimensione di connessione sociale che, con l'introduzione delle tecniche attuariali nell'amministrazione dei fondi che accentrano le scelte nelle mani di una

12. Anzi, nella diversità di creano “bolle solidaristiche” (Frère, 2013).

13. Sulla centralità delle dichiarazioni, si veda ad esempio Zuboff (2017) nella sua analisi del capitalismo della sorveglianza.

burocrazia tecnica, era andata consumandosi a velocità diverse, a seconda dei modelli di *welfare state* dei diversi paesi. In particolare, esso ridà centralità alla doppia faccia della moneta mutualista, in cui il successo della gestione economica passa in maniera decisiva per la costruzione di un sistema di relazioni sociali complesso, che probabilmente non risponderà più al modello della famiglia fittizia incentrata sul *male breadwinner* (Petitclerc, 2006). È pure plausibile che in un prossimo futuro il legame sociale torni ad essere il fattore cruciale per il ritorno alla produzione di prodotti congiunti, già presenti per esempio in Smart, arricchendo la relazione con il mondo cooperativo, evolvendo da ambiente che ha fornito risorse e valori per la rinascita del mutualismo alla attivazione di un nuovo circuito di produzione di beni e servizi, e con questi di senso.

Il “nuovo mutualismo” dei *broodfonds* è forse una delle risposte più coerenti alla sfida di preservare e rilanciare la prossimità come valore fondante del mutualismo, recuperandone le radici:

Come afferma Boned (2008),

le mutue, composte di individui, si strutturano attorno a comunità umane su un territorio dato, definito e coerente (...) la mutua non può essere che prossimità poiché si radica attraverso gli individui nel luogo in cui questi vivono. Ogni deconnessione, ogni distanziamento dalla realtà essenziale che è l'aderente mutualista verrebbe così a mettere in pericolo la mutua (Boned, 2008, 143).

La soluzione di Broodfonds, recuperando il modello degli *orders*, appare superare il dilemma fra preservazione della comunità e dello spirito mutualista, che per riprodursi e generare capitale sociale necessita del radicamento territoriale, ed esigenze di efficienza e solvibilità nella gestione del rischio, che spingono verso una crescita dimensionale dei mezzi amministrati. Una seconda soluzione del dilemma è costituita dalla mutualità mediata, introdotta nella legislazione italiana con la legge 221/2012 che da una prima ispezione appare privilegiare soluzioni su scala regionale, che appaiono su misura di quelle società di mutuo soccorso con al più un numero molto limitato di prestazioni nel campo della sanità integrativa, fornendo tuttavia una risposta ancora parziale al requisito dell'efficienza.

Il recupero della nozione di prossimità viene ulteriormente sfidato dalle trasformazioni delle comunicazioni interpersonali con l'affermazione di internet quale medium delle relazioni sociali e degli scambi economici, che influenza le caratteristiche delle connessioni fra gli individui e le loro relazioni e di conseguenza il processo di rigenerazione di relazioni di fi-

ducia: questo problema appare decisivo per la rinascita del mutualismo, di cui la pandemia rende ancora più urgente comprendere le interazioni.

Vriens e Van Ingen (2018) mettono a confronto le diverse ipotesi emerse dagli studi finora condotti, polarizzabili fra chi ritiene che le reti di relazioni si estendano ma i legami diventino più superficiali oppure riducano dimensioni e rilevanza dei legami forti, e chi di contro sostiene che facilitino il mantenimento delle relazioni di amicizia con non minore sforzo, aumentando nel complesso l'insieme delle connessioni. Un'ulteriore ipotesi è la crescente individualizzazione delle interazioni sociali, riducendo lo spazio per la costituzione e l'affermazione di gruppi stabili. Pur non validando una relazione inversa fra ampliamento delle reti e profondità/intensità delle relazioni, le loro conclusioni evidenziano la necessità di approfondire le dimensioni che riguardano l'intensità e la profondità delle relazioni online. Accanto a questa, vi è tutto il dibattito attorno alla *share economy*, in cui la collaborazione da remoto con la messa a disposizione di file open source rende possibile un miglioramento continuo – si pensi al successo di Linux oppure dei *fablabs* – esprimendo una cultura mutualista di tipo nuovo, in quanto non appare dirigersi solo alla costruzione di un bene comune qual è un programma complesso. Analizzando una comunità di utilizzatori di un software open source, Bravo (2010) evidenzia come i comportamenti opportunistici siano abbastanza limitati, e che la reciprocità, praticata da gran parte dei membri, sia animata da un gruppo relativamente ristretto di partecipanti con una forte convinzione mutualistica.

Alla luce delle evidenze disponibili, che meritano una più accurata esplorazione, appare ragionevole ritenere che il disegno istituzionale del “nuovo mutualismo”, emerso negli stessi anni in cui si è cominciato a parlare di quarta rivoluzione tecnologica, sia sufficientemente robusto rispetto all'evoluzione delle tecnologie digitali, se non addirittura beneficiarne sulla spinta della crescita delle opportunità comunicative, anche in tempi di pandemia, che mettono a dura prova la resilienza del mutuo soccorso.

Appare pertanto ragionevole, perlomeno nelle sue linee di base, ritenere che la mutualità continuerà a costituire quella “politica ben disegnata” per la produzione della fiducia negli altri (Rothstein, 2011), basata su un insieme di principi selezionati attraverso i millenni, che ha permesso all'uomo di fronteggiare le incertezze grazie alla costruzione di aspettative positive sul comportamento dell'altro, e di investire sul futuro anche nella sfera economica. In assenza di questi principi non si sarebbe potuto

generare un senso di solidarietà più ampio ed esteso, riguardando anche persone sconosciute, come non si sarebbero potute addestrare fasce crescenti di popolazione alle regole democratiche, esercitando il proprio diritto alla libertà, e ai valori dell'uguaglianza e della fraternità, costruendo istituzioni via via sempre più complesse e sofisticate. Probabilmente, la polarizzazione fra *homo reciprocans* e *homo economicus* non è mai stata così estrema perché mai la regolazione di mercato propugnata dal secondo ha allargato il suo raggio di azione né intende arrestarsi: il fatto che il primo sia stato capace di reagire al secondo, fa ben sperare che la partita non sia irrimediabilmente segnata.

Riferimenti bibliografici

- Archambault E. (2010), *Mutual Organizations/Mutual Societies*. In: Anheier H.K., Toepler S. (eds.), *International Encyclopedia of Civil Society*, Springer, New York.
- Bélanger A. & Tawali J.M. (2009), *Le spectre de la mutualité dans le contrat d'assurance*. In: *Revue générale de droit*, vol. 39, n. 2, 297-328. <https://doi.org/10.7202/1027071ar>.
- Beito D. (2000), *Fraternal Societies and Social Services, 1890-1967*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill-London.
- Beveridge W.H. (1948), *Voluntary Action*, Routledge, London-New York.
- Birchall J. (2010), *People-centred Businesses: Co-operatives, Mutuals and the Idea of Membership*, Palgrave Macmillan, London.
- Boned O. (2006), *Est-il légitime de parler d'identité mutualiste en Europe? Une réponse fondée sur quelques mutuelles santé*. In: *Revue internationale de l'économie sociale*, n. 299, 9-23. <https://doi.org/10.3917/recma.349.0042>.
- Boned O. (2008). *Les mutuelles en Europe: le défi de l'identité*. In: *Vie sociale*, n. 4, 131-148. <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0131>.
- Boned O., Guerry R., Pierron L. (2018), *Les mutuelles de santé face à la réglementation européenne: une banalisation de l'identité mutualiste?* In: *Revue internationale de l'économie sociale*, n. 3, 42-55. <https://doi.org/10.3917/recma.349.0042>.
- Bravo G. (2010), *Voluntary contribution to public goods in mutual-help forums: reciprocity or group attachment?* In: *Socio-Economic Review*, vol. 8, n. 4, 709-733. <https://doi.org/10.1093/ser/mwq013>.
- Broek S., Buiskool B.J., Grijpstra D., Plooij M. (2011), *The role of mutual societies in the 21st century*. <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201108/20110829ATT25422/20110829ATT25422EN.pdf>.
- Broek S., Buiskool B.J., Vennekens A., Van der Horstet R. (2012), *Study on the current situation and prospects of mutuals in Europe*. <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/10390/attachments/1/translations>.

- Chaniel P. (2015), *L'éthique de la mutualité et l'esprit du capitalisme: Don et care ou les faces cachées de la valeur*. In: *Revue Française de Socio-Économie*, n. 2 (Hors-série), 187-199. <https://doi.org/10.3917/rfse.hs1.0187>.
- Chauffton A. (1884), *Les assurances, leur passé, leur présent, leur avenir*, Paris.
- Commissione Europea (2003), *Mutuals in an enlarged Europe*. <https://web.archive.org/web/20040406033603/http://europa.eu.int/comm/enterprise/entrepreneurship/coop/mutuals-consultation/doc/mutuals-consult-doc-en.pdf>.
- Commissione Europea (2013), *Report on the comments on the open consultation for the promotion of mutual societies in the EU – 2013*. <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/12924/attachments/1/translations/en/renditions/native>.
- De Moor T. (2012), *Co-operating for the Future: inspiration from the European Past to develop public-collective partnership and trans-generational cooperatives*. In: Bailey S., Farrell G., Mattei U. (2012), *Protecting future generations through commons*, Council of Europe publishing, Strasbourg, 81-104.
- De Swaan A., Van der Linden M. (2006), *Mutualist Microfinance: Informal Savings Funds from the Global Periphery to the Core?*, Aksant, Amsterdam.
- Deserti A. (2016), *Broodfondsen Insurance co-ops in Netherlands. Simpact project, WP 3 – Social Innovation as an Economic Solution*. [https://re.public.polimi.it/bitstream/11311/1019547/1/SIMPACT_D41_Part_1\(1\).pdf](https://re.public.polimi.it/bitstream/11311/1019547/1/SIMPACT_D41_Part_1(1).pdf).
- Epstein S.R., Prak M., eds. (2008), *Guilds, Innovation, and the European Economy, 1400-1800*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Frère B. (2013), *La diversité de l'économie solidaire: atout ou faiblesse?* In: Ghouati A., Abessis E. (dir.), *Diversité et innovation en milieux socioprofessionnels*, Editions Presses Universitaires Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand, 81-99.
- Greve H.R., Rao H. (2012), *Echoes of the Past: Organizational Foundings as Sources of an Institutional Legacy of Mutualism*. In: *American Journal of Sociology*, vol. 118, n. 3. <https://doi.org/10.1086/667721>.
- Hardin G. (1968), *The Tragedy of the Commons*. In: *Science*, vol. 162, 1243-8.
- Hetcher M. (1987), *Principles of group solidarity*, University of California Press, Berkeley.
- ILO (2000), *Health micro-insurance. A compendium*, International Labour Office, Social Security Department.
- Laubacher R., Malone T.W. (2000), *Retreat of the Firm and the Rise of Guilds: The Employment Relationship in an Age of Virtual Business*. MIT Initiative on Inventing the Organizations of the 21st Century, Working Paper #033.
- Millet F. (2001), *La notion de risque et ses fonctions en droit privé*, L.G.D.J., Collection des thèses de l'Ecole doctorale de Clermont-Ferrand.
- Ostrom E. (1990), *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Parlamento Europeo (2013), *Relazione recante raccomandazioni alla Commissione concernenti lo statuto della mutua europea (2012/2039(INI))*. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2013-0018_IT.html.

- Petitclerc M. (2006), «L'association qui crée une nouvelle famille». *L'expérience populaire de la mutualité lors de la transition à la société de marché*. In: *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n. 3, 259-291. <https://doi.org/10.7202/013080ar>.
- Putnam R.D. et al. (1993), *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, NJ (trad. it. 1996, *Le tradizioni civiche delle regioni italiane*, Mondadori, Milano).
- Rothstein B. (2011), *Creating a Sustainable Solidaristic Society: A Manual*, QoG Working paper Series 2011, 7, Department of Political Science, University of Gothenburg.
- Stinchcombe A.L. (1965), *Social structure and organizations*. In: J.G March (ed.), *Handbook of organizations*, 142-193, Rand McNally, Chicago.
- Toucas-Truyen P. (1998), *Histoire de la mutualité et des assurances. L'actualité d'un choix*, La Découverte/Syros, Paris.
- Toucas-Truyen P. (2001), *L'identité mutualiste*, Editions ENSP, Rennes.
- Toucas-Truyen P. (2008), *La vertueuse mutualité: des valeurs aux pratiques*. In: *Vie sociale*, n. 4, 27-37. <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0027>.
- Van der Linden M. (2018), *Mutualism*. In: K. Hofmeester, M. Van der Linden (eds.), *Handbook Global History of Work*, 491-504, De Gruyter, Oldenbourg.
- Van Jaarsveld D. (2004), *Collective Representation Among High-Tech Workers at Microsoft and Beyond: Lessons from WashTech/CWA*. In: *Industrial relations*, vol. 43, n. 2, pp. 364-385. <https://doi.org/10.1111/j.0019-8676.2004.00334.x>.
- Van Leeuwen M.H.D. (2016), *Mutual Insurance 1550-2015: From Guild Welfare and Friendly Societies to Contemporary Micro-Insurers*, Palgrave Macmillan, London.
- Van Parijs P. e Vanderborght Y. (2017), *Basic Income. A Radical Proposal for a Free Society and a Sane Economy*, Harvard U.P., Cambridge (MA) (trad. it. 2017, *Il reddito di base. Una proposta radicale*, il Mulino, Bologna).
- Vriens E., De Moor T. (2020), *Mutuals on the Move: Exclusion Processes in the Welfare State and the Rediscovery of Mutualism*. In: *Social Inclusion*, vol. 8, n. 1, 225-237.
- Vriens E., Buskens V., De Moor T. (2019), *Networks and new mutualism: how embeddedness influences commitment and trust in small mutual*. In: *Socio-Economic Review*. mwz050. <https://doi.org/10.1093/ser/mwz050>.
- Xhaufclair V., Huybrechts B., Pichault F. (2017), *How Can New Players Establish Themselves in Highly Institutionalized Labour Markets? A Belgian Case Study in the Area of Project-Based Work*. In: *British Journal of Industrial Relations*, vol. 57, n. 2, 370-394. <https://doi.org/10.1111/bjir.12281>.
- Zuboff S. (2017), *The Age of Surveillance Capitalism. The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*, Public Affairs, New York (trad. it. 2019, *Il capitalismo della sorveglianza. Il futuro dell'umanità nell'era dei nuovi poteri*, Luiss University Press, Roma).

I fondi sanitari collettivi del settore dell'artigianato: ricognizioni e criticità

Luca Nogler

1. L'intelaiatura istituzionale della regolazione collettiva del settore dell'artigianato

Quarant'anni di alleanza collettiva tra Confartigianato Imprese, Confederazione Nazionale dell'Artigianato (CNA), Confederazione Autonomia Sindacati Artigiani (Casartigiani) e Confederazione delle Libere Associazioni Artigiane Italiane (CLAAI)¹ ha consentito a questo gruppo di associazioni di rappresentanza degli interessi delle imprese artigiane di sviluppare un complesso sistema di contrattazione collettiva con CGIL, CISL e UIL. L'accordo interconfederale (AI) dello scorso 26.11.2020 tratteggia i tratti di fondo di questo sistema che invero, nella realtà reale, non sempre corrisponde già al modello previsto in questo AI. È giunto il momento – si legge nel comunicato stampa del presidente di Confartigianato Imprese – di superare «rigidi steccati basati su un mero dato dimensionale che nell'era della digitalizzazione e dell'impresa 4.0 non hanno davvero più senso». Balza, in effetti, all'occhio la rimozione dell'aggettivo “artigiana”.

Con il grande filosofo Pietro Piovani si potrebbe commentare che le nostre organizzazioni hanno assunto consapevolezza della “centrale importanza che, nell'esistere, ha l'inesistenza”. Soggettivando la morte della loro categoria esse si liberano, d'altronde, dalla schiavitù di essere gli unici soggetti collettivi asserviti ad una categoria legale (legge 443/1985).

1. La CLAAI non è tradizionalmente parte del CNEL. Essa non prese neppure parte al c.d. Patto di Capranica del 30.10.2006 con il quale Casartigiani, CNA, Confartigianato Imprese, Confcommercio Imprese per l'Italia e Confesercenti dissentirono da alcuni provvedimenti contenuti nella legge finanziaria dell'allora Governo Prodi. L'iniziativa si istituzionalizzò, come noto, con la costituzione il 10.5.2010 di R.E TE. Imprese Italia.

E in fondo, anche nel sentire comune l'artigianato è ormai sinonimo di tutto il *made in Italy*.

Comunque sia, le aree di contrattazione collettiva nazionale di categoria che fanno parte del suddetto sistema sono le seguenti: a) *Legno e lapidei*; b) *Alimentazione e panificazione*; c) *Acconciatura ed estetica*; d) *Comunicazione*; e) *Pulizia*; f) *Tessile-Moda-Chimica-ceramica*; g) *Meccanica*; h) *Edilizia ed affini*; i) *Logistica-trasporto merci e spedizioni* (in relazione a questa categoria da un certo numero di anni viene, come noto, concluso un contratto collettivo nazionale unitario (CCNL) insieme alle altre confederazioni datoriali, contratto che contiene peraltro una «sezione artigiana»); j) *Noleggio autobus con conducente*; k) *Cinema-audiovisivo*².

I contratti collettivi che regolano queste aree si rivolgono ormai anche alle micro e piccole imprese che non sarebbero in senso stretto (legale) di tipo artigiano. Ciò è perfettamente in linea con la libertà sindacale che conferisce alle parti collettive la facoltà di autodeterminare la categoria alla quale si rivolge il singolo contratto collettivo. In due aree, le federazioni di categoria delle suddette confederazioni concludono altrettanti CCNL che si affiancano a quelli per le imprese artigiane, e si rivolgono, invece, alle piccole e medie imprese.

Il primo è quello per le *TAC-PMI* (piccole e medie imprese dei settori tessile, abbigliamento, moda, occhiali, calzature, giocattoli, penne, spazzole e pennelli, pelli e cuoio), che prefigura un campo di applicazione che si estende, addirittura, fino a 249 addetti³.

Il secondo riguarda: chimica, ceramica, decorazione piastrelle in terzo fuoco e si riferisce ai lavoratori della piccola impresa industriale fino a 49 dipendenti del settore chimico e dei settori accorpata plastica e gomma, abrasivi ceramica e vetro. Per completezza dico anche del fatto che nel CCNL dell'alimentazione e panificazione del 23.2.2017 le parti firmatarie s'impegnano ad incontrarsi «per dare piena soluzione al tema della rappresentanza contrattuale della piccola impresa e delle imprese associate».

Ora, tutto l'insieme richiamato di CCNL viene, per così dire, tenuto insieme – e questo è anche il connotato peculiare di tale sottosistema

2. Con i settori: imprese di distribuzione, importazione-esportazione film e telefilm; stabilimenti di doppiaggio; produzione cinematografica-televisiva e di cartoni animati (escluso personale addetto alle *troupes* delle produzioni cinematografiche); aziende esercenti lo sviluppo e la stampa; aziende che gestiscono teatri di posa.

3. Si calcola che tale contratto comporti un costo di circa 5.000 euro in più per lavoratore rispetto a quello disegnato a misura dell'impresa artigiana.

di contrattazione collettiva – da un'intelaiatura istituzionale composta da una serie di soggetti (nel gergo: enti) giuridici bilaterali.

1.1. La bilateralità territoriale

Si tratta di un sistema bipolare, nel senso che poggia su una serie di enti regionali che, come si vede nella figura 1, copre ormai tutto il territorio nazionale nonché su cinque realtà giuridiche bilaterali di ambito nazionale (v. *infra* figura 3).

Fig. 1 – Sistema degli enti bilaterali regionali dell'artigianato



Fonte: <http://www.ebna.it/> (consultato il 4.10.2020).

I ventuno – nella Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol, ci sono due enti provinciali distinti tra loro – enti “bilaterali” regionali furono costituiti, dapprima in Veneto nel 1989 e poi, su impulso di una serie di Accordi interconfederali nazionali (tra i quali ebbero un ruolo di primo piano quelli del biennio 1987-88), nel corso degli anni Novanta dello scorso secolo, anche nelle altre Regioni a partire da quelle in cui è più diffusamente affermata questa particolare forma di organizzazione produttiva (sostanzialmente, l’80% dei lavoratori dell’artigianato si concentra in Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte e Toscana)⁴. Già prima della creazione di questi enti, nelle Regioni interessate erano state invero costituite alcune casse mutue provinciali. Così nelle Marche, un ente bilaterale del settore abbigliamento denominato MILAA con sede a Pesaro ha continuato ad operare fino al 2002 quando confluì in EBAM. Sempre nel settore artigiano, su base intercategoriale (nelle Province di Siena, Pistoia e Lucca) o specificamente per il settore tessile abbigliamento (nelle Province di Bologna, Ferrara, Ravenna, Reggio e Mantova), si sono poi affermati nel secondo dopoguerra anche i Fondi integrazione lavoratori artigianato o i Fondi artigiani integrazione infortunio e malattia. Nelle Province di Ferrara e Ravenna sorsero, invece, le Casse artigiane metalmeccaniche (CIM). Mentre nella Provincia di Firenze si affermò un Fondo integrazione malattia e infortuni artigianato «costituito e gestito esclusivamente dalle imprese artigiane»⁵. Non è questa, comunque, la sede per dilungarsi su questi esempi risalenti, alcuni dei quali sopravvivono in Toscana. Qui importava segnalare che la storia non ha, per così dire, fatto salti, nel senso che discorriamo di istituzioni che in alcune parti d’Italia hanno usufruito di un terreno già fertilizzato da precedenti esperienze. Resta il fatto che, se nel centro-nord esse hanno usufruito di spinte sociali territoriali, nel sud Italia si tratta di strutture calate dall’alto in cui ancora oggi resta purtroppo vero che i «tassi di adesione risultano molto bassi»⁶.

4. Leonardi, 2005; Nogler, 2014b; Razzetti, 2016.

5. Lagala, 1992, 92, nt. 55.

6. Croce, 2015, 254; l’A. a p. 255 aggiunge, a conclusione di una ricerca che riguarda tutti i tipi di enti bilaterali non solo quelli dell’artigianato, che «dai questionari risulta in alcuni casi – quali, ad esempio, quelli di alcuni enti dell’artigianato – una discrepanza, anche molto ampia, tra entrate degli enti bilaterali e spese per interventi e prestazioni. Questa può essere spiegata anche dai costi fissi amministrativi che, a causa delle ridottissime percentuali di adesione agli enti, finiscono per avere un’incidenza percentuale del tutto fuori misura».

Per quanto dirò più avanti, debbo subito precisare che gli enti bilaterali regionali sono tutti costituiti in forma di associazioni non riconosciute. Erra, peraltro, chi li inquadra come associazioni di mutua assicurazione⁷ che sarebbero ora, tra l'altro, soggette alle prescrizioni del Codice sulle assicurazioni private. Della mutua assicuratrice, possibile solo se a contribuzione anticipata e limitata ai rami vita e danni (e operazioni connesse), manca, infatti, nel nostro caso l'elemento dell'assicurazione che è un elemento essenziale della fattispecie (art. 2546 Codice civile). È da escludersi la sussistenza della caratteristica che «contraddistingue il rapporto assicurativo, cioè il trasferimento del rischio dal soggetto assicurato alla società di assicurazione»⁸. In tutti i regolamenti degli enti bilaterali e dei relativi fondi, viene specificato che l'erogazione di tutte le prestazioni, benefici o sussidi dell'ente potrà avvenire solamente nei limiti della disponibilità dei fondi specifici esistenti. Il rischio continua, quindi, in parte a ricadere sul singolo lavoratore ed il fondo non ha natura commerciale bensì assistenziale. Siamo in presenza di sussidi finanziati in una logica solidaristica intercategoriale e categoriale e non in quella della comunione tecnica dei rischi gestiti dalle assicurazioni.

La *governance* degli enti regionali presenta poi molte varianti interne di non poco conto. La struttura básica è quella rappresentata con la figura 2 che prende a riferimento l'ente bilaterale delle Marche, di cui viene unanimemente riconosciuta l'efficienza.

Le varianti più vistose a questo modello básico sono rappresentate dai due sistemi, veneto e lombardo. L'Ente Bilaterale Artigianato Veneto (EBAV) presentò fin dall'avvio (1989) la particolarità che, accanto a prestazioni intercategoriali, offerte a tutti i tipi di imprese artigiane, gestisce anche prestazioni di secondo livello specifiche per ciascuna categoria interna all'artigianato⁹. Non a caso la contribuzione a favore di EBAV è quella più alta di tutto il settore. Il modello lombardo, incentrato sull'Ente Lombardo Bilaterale dell'Artigianato (ELBA) è, invece, storicamente caratterizzato da una estesa autonomia di articolazioni provinciali e poi da una seconda fase di centralismo regionale¹⁰.

7. Zampini, 1999 che fa leva sia sul loro scopo *no profit* sia su una presunta qualificazione degli «accordi collettivi da cui traggono origine (...) come contratti plurilaterali con comunione di scopo ai sensi dell'art. 1420 Codice Civile».

8. Dragonetti, Ansi, 2017, p. 3 in relazione alla differenza tra le società di mutuo soccorso e le assicurazioni.

9. Nogler, 2014a.

10. Fedele, Giaccone, 2016.

Fig. 2 – Governance dell'EBAM



FSR: Fondo sostegno al reddito; FRS: Fondo rappresentanza sindacale; FIAM: Fondo integrativo.

Comune a tutti gli enti regionali di bilateralità artigiana è comunque il fatto che sono frutto della scelta da parte dei sindacati dei lavoratori di accantonare l'obiettivo d'implementare un sistema conflittuale di relazioni industriali *dentro* la singola impresa artigiana, per ottenere, invece, in cambio il definitivo riconoscimento, ad opera della controparte, di un sistema di interlocuzione continua a livello regionale. È eccessivo chiamarlo sistema di democrazia industriale diffusa, ma non è improprio aditarlo ad esempio di quella partecipazione che è, come noto, assente in senso negativo nel nostro settore industriale. Vero è anche che la strategia della costituzione degli enti bilaterali regionali ha, da un lato, contribuito all'effettività dell'applicazione delle condizioni di lavoro regolate collettivamente e, dall'altro, garantito alle parti sociali un'importante fonte di finanziamento. Tipizzante dell'intera esperienza della bilateralità artigiana, è poi l'ulteriore specificazione secondo cui gli enti «non sono, in nessun caso, sede di trattativa o di confronto tra le parti» (così l'AI nazionale del 3.8.1992 concluso tra Confartigianato, CNA, Casartigiani, CLAAI e CGIL, CISL e UIL). È l'ente che è al servizio delle parti sociali e non viceversa.

Illustrato il contesto istituzionale di fondo, posso finalmente specificare che in alcune Regioni (sicuramente in Veneto, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna), specifici accordi regionali – interconfederali o di categoria – prevedono una contribuzione aggiuntiva rispetto a quella prevista a livello nazionale. Se lo prevedono gli accordi regionali, questi contributi possono essere utilizzati per eventuali rimborsi sanitari. Anche questa quota “regionale” viene raccolta passando attraverso EBNA che poi la restituisce all’ente regionale. L’esempio più rilevante è quello – già richiamato – relativo al Veneto¹¹. In EBAV esistono oltre al fondo intercategoriale di primo livello, fondi categoriali alimentati da quote regionali, compreso un Fondo dell’autotrasporto il quale eroga un assegno di sostegno al reddito al lavoratore colpito dal ritiro della patente. Quote di livello regionale esistono comunque anche in Lombardia, Emilia-Romagna e Piemonte. Stante la bassa crescita economica, lo spazio d’azione non è comunque molto ampio e l’impressione complessiva è che il sistema abbia ormai subito un’irreversibile centralizzazione. Quattro enti bilaterali regionali – quelli del Friuli-Venezia Giulia¹², dell’Abruzzo, della Campania e della Sardegna – erogavano prestazioni prima della costituzione del fondo sanitario integrativo nazionale denominato SAN.ARTI. di cui parlerò nel prossimo paragrafo.

Con la costituzione di SAN.ARTI., e degli enti ad esso alternativi, gli «Enti Bilaterali regionali, precedentemente attivi su questo fronte, hanno generalmente preferito convogliare le risorse a propria disposizione verso aree non coperte dalla cornice nazionale»¹³. Sorprende che quattro continuano a farlo anche dopo la svolta della costituzione del fondo nazionale: sono gli enti del Veneto (ma qui v. *infra* § 3), delle Marche, del Molise e del Trentino (anche qui v. *infra* § 3). Ritengo però che solo in Veneto questo avvenga anche concretamente; negli altri tre casi escludo che abbiano attualmente luogo rimborsi per spese sanitarie che spettano solo ai fondi ad hoc di cui parlerò nei §§ 2 e 3.

1.2. La bilateralità nazionale

Passiamo ora a considerare la bilateralità artigiana nazionale.

11. Giaccone, 1998; Nogler, 2014a.

12. Nunin, 2018, 36-37.

13. Razzetti, 2015, 21.

Fig. 3 – Sistema leader di bilateralità nell’artigianato

<i>Organismo bilaterale</i>	<i>Istituzione</i>	<i>Attività</i>
Ente Bilaterale Nazionale per l’Artigianato (EBNA)	1993	Coordinamento bilateralità
Fondo di Solidarietà Bilaterale alternativo per l’Artigianato (FSBA)	2016	Eroga prestazioni di sostegno al reddito
Organismo Paritetico Nazionale dell’Artigianato (OPNA)	2012	Sicurezza
Fondo Artigianato Formazione (FondArtigianato)	2001	Finanzia piani formativi
SAN.ARTI.	2012	Spese sanitarie

È indubbio che la scelta strategica, adottata da CGIL, CISL e UIL, di assecondare la “voglia” di bilateralità delle confederazioni degli artigiani ha conferito effettività all’applicazione di condizioni di lavoro regolate (*ad hoc*) collettivamente. Ma a questa *mission* iniziale si è con il tempo sommata quella di difesa dalla progressiva perdita di capacità di rappresentanza, e quindi di rappresentatività. Sono i servizi offerti agli associati che giustificano ormai la fidelizzazione degli iscritti. Vero è, infine, che fin dalla prima metà degli anni Novanta dello scorso secolo, le suddette organizzazioni sindacali accantonarono definitivamente qualsiasi residua velleità, sostenuta dal titolo terzo dello Statuto dei lavoratori, di presidiare, anche nel settore della micro-impresa, il luogo di lavoro. La dottrina giussindacale stenta ancora a registrare appieno quella storica rinuncia strategica, certo di natura più politica che giuridica, con la quale i sindacati scambiarono (monetizzarono) l’entrata nei luoghi di lavoro (o, se si vuole la designazione, al più, di rappresentanti di bacino) con il finanziamento di fondi di rappresentanza sindacale¹⁴. Dello Statuto resta il diritto di assemblea anch’esso peraltro sempre meno effettivo. A questo costo, dal lato dei lavoratori, si somma poi, per le imprese, quello, tutt’altro che esiguo, della quota di rappresentanza delle imprese. È una verità storica: il finanziamento delle parti collettive (almeno, formalmente) contrapposte rappresentò

14. Invero, nella tornata contrattuale 1977-79, CNA, Casartigiani e CLAAI avevano concordato con i sindacati della triplice che fosse possibile costituire rappresentanze sindacali aziendali (art. 19, legge 300/1970) anche nelle imprese con almeno 8 dipendenti. Sul punto aveva dissentito Confartigianato che firmò, invece, il successivo AI del 1983, nonché quello del 1988 che introdusse il rappresentante sindacale di bacino ed assegnò agli enti bilaterali territoriali la raccolta dei relativi contributi.

una delle principali ragioni della costituzione dei ventuno – nella Regione Trentino-Adige/Südtirol, ci sono due enti provinciali distinti tra loro – enti “bilaterali” regionali¹⁵ che oltre al sostegno finanziario alle parti sociali, gestiscono i due (ora tre) ammortizzatori sociali ed altri fondi, diversificati per Regione, per la sicurezza e, ad esempio, per la malattia, per lo sviluppo imprenditoriale, per la formazione continua, per prestazioni varie di *welfare*.

Il lettore può farsi direttamente un’idea della portata economica di tutto ciò, guardando alla contribuzione – unitaria per EBNA e FSBA (d.lgs. 148/2015), a partire dall’1.1.2016 ed ovviamente da effettuare tramite il modello F24 – che è strutturata nel modo seguente.

- a) Le imprese artigiane per le quali non trovano applicazione i trattamenti di integrazione salariale previsti dal titolo primo del d.lgs. 148/2015: 7,65 euro mensili a carico totalmente dell’azienda¹⁶ per EBNA e 0,60% della retribuzione imponibile previdenziale¹⁷ (composto dello 0,45% a carico dell’azienda e dello 0,15 a carico del lavoratore) per FSBA; questo contributo dello 0,60 è dovuto da tutte le aziende artigiane, anche con un solo dipendente.
- b) Le imprese per le quali trovano applicazione i trattamenti di integrazione salariale previsti dal titolo primo del d.lgs. 148/2015 devono, in-

15. In Lombardia esistono enti bilaterali dell’artigianato di livello provinciale. In passato funsero da sportelli per l’ente regionale, ma questa funzione cessò nel 2016. Di autonoma costituzione è l’ente di Bergamo che, pur coinvolgendo un numero abbastanza ridotto di imprese e lavoratori dell’artigianato bergamasco (circa il 7%), si segnala, tra le altre (v. Giaccone, 2020), per le funzioni che svolge in tema di apprendistato professionalizzante (individua un “tutor esterno” che accompagna e supporta tanto l’apprendista quanto il “tutor interno” che di solito è l’imprenditore) e nel campo della salute e sicurezza sul lavoro edile, dove esso integra le tradizionali funzioni previste dalla bilateralità (OPTA e RLST) con l’erogazione della formazione obbligatoria e un servizio di sorveglianza centralizzato alle imprese socie in regime di convenzione, assicurando a tutti i lavoratori almeno una visita l’anno. Enti provinciali sopravvivono anche in alcune Province toscane (Grosseto, Pistoia e Siena) dove gli enti sopravvivono, non all’interno, ma accanto all’ente regionale enti provinciali le cui origini risalgono alla costituzione delle casse mutue di malattia.

16. La quota di contribuzione in cifra fissa mensile pari a 7,65 euro è dovuta per intero anche per tutti i lavoratori con contratto *part-time*, in quanto gli stessi lavoratori usufruiscono in egual misura delle prestazioni coperte dal contributo.

17. La retribuzione imponibile previdenziale sulla quale calcolare le quote variabili della contribuzione destinata a FSBA è determinata in applicazione delle disposizioni generali di legge. La retribuzione imponibile utile al calcolo, pertanto, include anche le mensilità aggiuntive contrattualmente previste. In assenza di retribuzione imponibile previdenziale nel mese (es. maternità, infortunio ecc.), resta comunque dovuta la quota fissa della contribuzione EBNA pari a 7,65 euro a lavoratore.

vece, versare: 10,42 euro mensili a carico dell'azienda¹⁸ per EBNA e 125 euro annui, in ragione dell'applicazione dei CCNL e delle prestazioni loro erogate per FSBA¹⁹. Si tratta di quelle imprese, sia artigiane che non artigiane che applicano CCNL dell'artigianato, le quali siano contemporaneamente beneficiarie di trattamenti di integrazione salariale previsti dal titolo primo (es. imprese industriali soggette a CIGO e/o CIGS; imprese artigiane dell'indotto con più di 15 dipendenti soggetti a CIGS; ecc.).

- c) Le imprese non artigiane per le quali non trovano applicazione i trattamenti di integrazione salariale previsti dal titolo primo del d.lgs. 148/2015: 7,65 euro mensili a carico totalmente dell'azienda per EBNA e 0,60% della retribuzione imponibile previdenziale (composto dello 0,45% a carico dell'azienda e dello 0,15 a carico del lavoratore) per l'ammortizzatore da versare all'EBT.

In forma schematica la ripartizione della contribuzione raccolta è la seguente:

Fig. 4 – Metodologia della ripartizione del gettito approvata dai consigli direttivi di EBNA-FSBA il 30.10.2018; Q = quote; OPS = Organismi parti sociali

CSC IMPRESA	4/OPS/41301-05	≠ da 4 con + di 5 lav./41301-05	≠ da 4 con meno di 6 lav.
AMMORTIZZATORE	FSBA 0,60	No FSBA	0,60 (va a EBT) No FSBA
CONTRIBUZIONE (EURO)	7,65 x n. lav.	10,42 x n. lav.	7,65 x n. lav.
Q EBT	63,76%	73,4%	63,76%
Q EBNA	2,18%	1,60%	2,18%
Q ORGANIZZAZIONI	34,6%	25%	34,6%
EV. Q REGIONALI	Sì	Sì	Sì

18. Vale quanto specificato alla nota precedente.

19. La relativa quota di contribuzione in cifra fissa mensile pari a 10,42 euro è dovuta per intero anche per tutti i lavoratori con contratto *part-time*, in quanto gli stessi lavoratori usufruiscono in egual misura delle prestazioni coperte dal contributo.

Fig. 5 – Delibera EBNA 19.1.2016; ripartizione quota mensile (10,42) e annuale (125); QA = quota annua; QM = quota mensile; R = rappresentanza

Voci	QA (Euro)	QM	% sul totale	% ripartizione 10,42	
R sindacale di bacino	12,50	1,40	10%	EBT	73,4%
R territoriale e formazione sicurezza	18,75	1,56	15%		
Prestazioni e funzionamento EBT	60,50	5,04	48,4%		
EBNA e FSBA	2	0,17	1,6%	EBNA	1,6%
Rappresentanza Imprese	31,25	2,60	25%	OOAA	25%
Totale	125	10,42	100%		100%

Fig. 6 – Delibera EBNA 19.1.2016; ripartizione quota mensile (7,65) e annuale (91,75); Q = quota

Voci	QA (Euro)	QM	% sul totale	% ripartizione 7,65	
Rappresentanza sindacale di bacino	12,50	1,40	13,62%	EBT	63,76%
Rappresentanza territoriale sicurezza e formazione sicurezza	18,75	1,56	20,44%		
Prestazioni e funzionamento EBT	27,25	2,27	29,70%		
EBNA e FSBA	2	0,17	2,18%	EBNA	2,18%
Rappresentanza Imprese	31,25	2,60	34,06%	OOAA	34,06%
Totale	91,75	7,65	100%		100%

Fonte comune delle tre figure: EBNA, 4.3.2019.

La quota relativa a EBNA e al funzionamento di FSBA (2 euro annui) viene trattenuta da EBNA; la quota rappresentanza imprese (31,25 euro annuali) viene versata sul conto corrente indicato dalle organizzazioni artigiane che lo ripartiscono secondo i loro (riservati) accordi. Le quote attinenti alla rappresentanza sindacale di bacino (12,50 euro annui) e al rappresentante territoriale sicurezza e formazione (rispettivamente 18,75 euro e 6 euro annui), vengono versate automaticamente agli EBT e utilizzate come previsto dagli atti istitutivi dei rispettivi fondi sulla base di accordi territoriali fra le parti sociali (o grazie ad associazioni tra le stes-

se); infine, la quota per le prestazioni di bilateralità con fondi di titolarità dell'EBT e per il funzionamento di quest'ultimo (rispettivamente 27,25 euro annui oppure 60,50 euro annui) vengono versate all'EBT (congiuntamente alla quota EBT stesso).

Nel descritto sistema *leader* di bilateralità sono state incluse a partire dal CCNL 3.12.2017 sull'autotrasporto e spedizioni merci anche le imprese rientranti nel campo di applicazione della sezione artigiana di quest'ultimo; esse rientrano anche in SAN.ARTI. (o nei fondi territoriali alternativi come SANI.IN.VENETO). Le aziende non artigiane, associate ad una delle associazioni datoriali artigiane, che applicano la sezione artigiana del CCNL non sono quindi tenute a versare i contributi né ad EBILOG²⁰ né a SANILOG²¹.

Sono invece escluse quelle dell'edilizia e affini (settore in cui si registrano evoluzioni recenti che saranno esposte nel § 4). Da rammentare è anche l'esistenza dell'Ente Bilaterale Nazionale della Panificazione e Attività Affini (EBIPAN) che fu inizialmente regolato dal CCNL per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari, nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari, sottoscritto in data 13.2.2013, per le organizzazioni datoriali, da Federazione Italiana Panificatori, Panificatori Pasticcieri ed Affini, l'Assopanificatori aderente a Fiesa-Confesercenti e, per le organizzazioni sindacali, da FLAI-CGIL, FAI-CISL e UILA-UIL.

Escluse sono anche le moltissime imprese (artigiane) senza dipendenti. L'artigianato rappresenta il 21% delle aziende totali nazionali (1.296.334 unità). Complessivamente in contrazione, come tutto il paese, segna tendenzialmente un andamento divergente fra occupazione indipendente, in diminuzione, e dipendente, in crescita. Segno di una tendenza alla sopravvivenza delle imprese con dipendenti (anche qui però con più persone sottoccupate e/o sottopagate) che sono anche quelle alle quali si rivolge un sistema sempre più complesso di bilateralità, sia nazionale che territoriale.

D'altronde, quello dei titolari delle imprese artigiane e dei loro familiari rappresenta – se guardiamo alla sanità che è il profilo a cui si rivolge principalmente questa pubblicazione – tradizionalmente il terreno d'azione delle mutue assicuratrici e delle società di mutuo soccorso. Ad esem-

20. È l'Ente bilaterale nazionale del settore «Logistica, Trasporto Merci e Spedizioni» per il personale dipendente delle imprese che applicano il CCNL testé citato. Sono soci, di parte sindacale, FILT-CGIL nazionale, FIT-CISL nazionale, UIL-TRASPORTI nazionale, e, di parte datoriale, ANITA, Assologistica, CONFETRA, FEDESPEDI, FEDIT, Trasportounito FIAP, Confrasperto, Legacoop servizi, AGCI Servizi, Federlavoro e servizi – Concooperative.

21. È il Fondo integrativo del SSN per il personale dipendente del settore cui si applica il CCNL logistica, trasporto merci e spedizione, che è stato costituito nel 2011 dai soggetti di cui alla nota precedente.

pio, a Varese opera la Mutua Ospedaliera Artigiani (MOA), una società di mutuo soccorso che offre alle imprese e ai loro familiari assistenza medica, ospedaliera e specialistica. A Trento nel 2013 è stata riattivata, su impulso dell'Associazione Artigiani e Piccole Imprese della Provincia di Trento ed in seguito «di alcuni gravi eventi occorsi ad artigiani» che misero «in forte difficoltà le imprese artigiane, ma anche le stesse famiglie degli artigiani coinvolti»²², la storica Mutua Artieri (nel 2017 aveva 1.866 aderenti). A quest'ultima fu affidato il compito di gestire il fondo Sanità Integrativa ARTigianato Trentino (SIARTT) nonché un Fondo di Solidarietà che aiutasse ad affrontare a livello familiare situazioni di particolare gravità che colpivano gli artigiani associati, a seguito di incidente o malattia. Ma sul punto tornerò più avanti nel § 3.

2. SAN.ARTI. e dintorni

Passiamo ora a considerare i fondi sanitari che fanno parte del sistema *leader* di bilateralità fin qui presentato. Se escludiamo i fondi costituiti dai contratti collettivi conclusi da Confartigianato Imprese, da CNA, da Casartigiani e dalla CLAAI, esiste un solo fondo sanitario che non è pirata nel settore dell'artigianato. Si tratta del Fondo assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori delle aziende di panificazione e attività affini (FONSAP).

Fig. 7 – Enti bilaterali sanitari istituiti da contratti collettivi del settore artigiano; LDIA = lav. dip. da imprese artigiane; T = territoriali

<i>Nazionali</i>	<i>T sostitutivi</i>	<i>T integrativi</i>	<i>Utenti</i>
SAN.ARTI.			LDIA (esclusa edilizia, logistica e panificazione) con sede in Italia
		WILA	LDIA con sede in Lombardia (esclusi edilizia e autotrasporto)
SANEDIL			LDIA edili e non
FONSAP			LDIA di panificazione
	SANI.IN.VENETO		LDIA con sede in Veneto
	Sia3 (fondo interno a Sanifonds Trentino)		LDIA con sede in Provincia di Trento
	Sani-Fonds BZ		LDIA con sede in Provincia di Bolzano

22. V. *L'artigianato*, 2018, n. 3, 18 e n. 7, 20.

Il fondo è stato costituito nel 2011 dalla Federazione Italiana Panificatori, Panificatori-Pasticceri ed Affini che è l'organizzazione maggiormente rappresentativa della panificazione italiana e da Assopanificatori aderente a FIESA-Confesercenti. Non a caso il fondo è stato costituito con FLAI-CGIL, FAI-CISL e UILA-UIL.

Ciò premesso, il principale *player* del settore artigiano è senza ombra di dubbio il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'artigianato costituito il 23.7.2012 in attuazione dell'AI del 21.9.2010 e dei contratti collettivi nazionali di lavoro (SAN.ARTI.). Soci fondatori del fondo sono le organizzazioni imprenditoriali dell'artigianato – Confartigianato Imprese, CNA, Casartigiani, CLAAI e le organizzazioni sindacali confederali dei lavoratori CGIL, CISL e UIL²³. SAN.ARTI. ha la forma giuridica dell'associazione riconosciuta ed è quindi dotato di personalità giuridica ed autonomia patrimoniale. Usufruiscono dei rimborsi di SAN.ARTI. i lavoratori a tempo indeterminato, gli apprendisti e quelli con contratto a termine uguale o superiore a 12 mesi ai quali si applicano i CCNL citati nelle precedenti note 3 e 4.

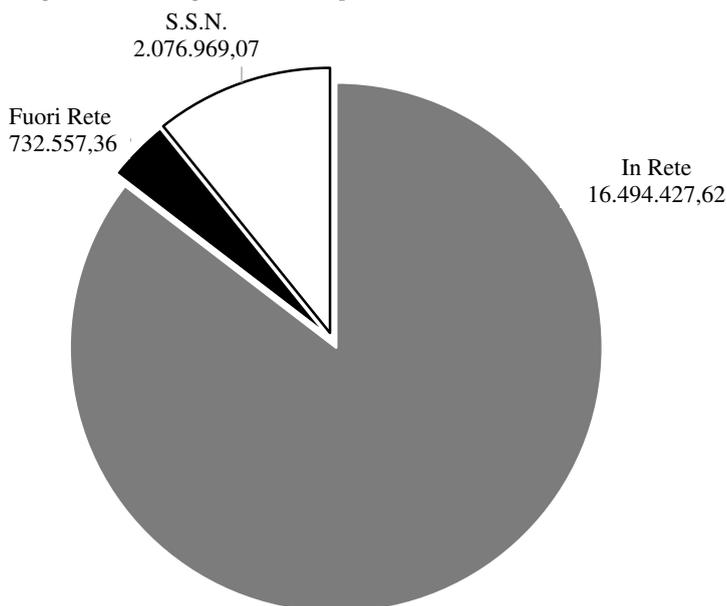
Fin dall'AI del 21.9.2010 la contribuzione a SAN.ARTI. è fissata in 10,42 euro per 12 mensilità per ciascun dipendente. La quota deve essere corrisposta per intero anche per contratti *part-time* e dovrà essere versata esclusivamente dal datore di lavoro attraverso il modello F24. Per il dipendente non è prevista alcuna contribuzione per poter essere iscritti al fondo. Gli arretrati delle quote da versare al fondo non possono superare, salvo casi particolari, i 5 mesi. Il nomenclatore del piano sanitario di SAN.ARTI. si compone dal 1.1.2020 di due parti: una riguarda le prestazioni erogate in convenzione con UniSalute in collaborazione con Generali, l'altra riguarda prestazioni erogate in autogestione. La fig. 14 mostra come la prima parte giochi il ruolo del leone.

Con la circ. n. 3 dell'1.3.2013, firmata *a latere* e ad integrazione del regolamento di SAN.ARTI., le parti sociali hanno concordato che, in caso di mancata iscrizione al fondo sanitario da parte dell'azienda e conseguente mancato versamento della quota mensile, le aziende stesse dovranno erogare 25 euro in più con le retribuzioni dei dipendenti a titolo di *elemento aggiuntivo della retribuzione*. Con tale decisione, che accoglie anche per la contribuzione all'ente sanitario la già vista contrattualizzazione delle prestazioni (v. *retro*, § 1), le parti hanno reso (se non di diritto almeno) di fatto obbligatoria l'iscrizione al fondo in quanto più conve-

23. Accordo istitutivo, statuto, regolamento ed attestato di iscrizione all'anagrafe ministeriale possono essere consultati al sito <https://www.sanarti.it/Content/Index/Documenti-Documents%20San-Arti>.

niente rispetto all'obbligo retributivo da corrispondere ai dipendenti sul quale dovrà anche essere calcolata e versata la necessaria contribuzione. Ricordiamo invece che le quote di adesione a SAN.ARTI. scontano la contribuzione di solidarietà del 10%.

Fig. 8 – Costo per SAN.ARTI. prestazioni erogate al terzo trimestre 2019



Fonte: SAN.ARTI.

A SAN.ARTI. possono, anzitutto, contribuire i dipendenti delle imprese “artigiane” che vi aderiscono. Sul punto occorre però precisare che esistono due nozioni di impresa artigiana.

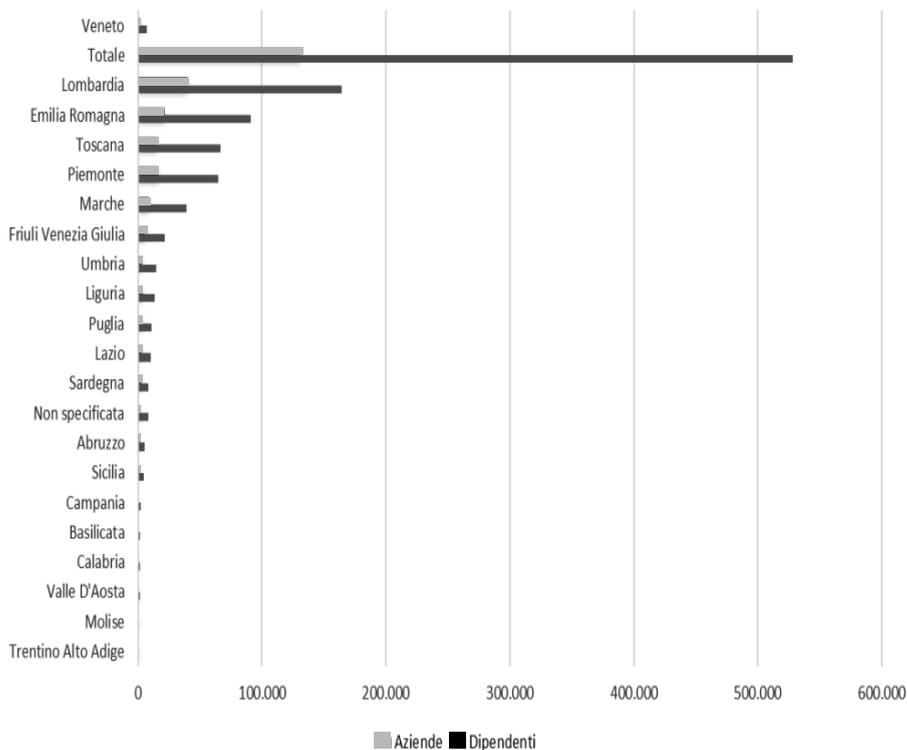
La prima è più restrittiva e vale per tutto ciò che ruota attorno a FSBA. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha, infatti, più volte espresso l'opinione che:

l'obbligo di iscrizione a FSBA sia previsto esclusivamente per quelle imprese inquadrato nel settore dell'artigianato, ed individuate come artigiane tramite il codice statistico contributivo INPS (CSC che per l'artigianato è il 4), con esclusione, quindi, delle imprese che, pur applicando il CCNL del settore artigianato, appartengono a categorie diverse (00141241 del 9.10.2017).

È altrettanto noto che in seguito a questa presa di posizione, che sembra riguardi 11.262 aziende per 60.709 lavoratori, le parti sociali dell'ar-

tigianato hanno concluso l'AI del 7.2.2018 nel quale esse distinguono tra: a) le imprese con CSC diverso dal 4 con un numero di dipendenti pari e inferiori a 5 che, non rientrando nell'ambito di applicazione del fondo di integrazione salariale (FIS), le quali continuano a versare alla bilateralità artigiana; b) le imprese che ai fini previdenziali versano contributi come «Industria» e dunque obbligate a versare al sistema Cig, e quelle classificate con CSC 7 come «Commercio», e dunque quelle tenute a versare al FIS, che ciò nonostante aderiscono alla bilateralità del comparto artigiano oppure applicano un CCNL il quale prevede tale adesione; esse continuano a versare il solo l'importo di 125 euro annui che viene trasferito agli enti bilaterali territoriali.

Fig. 9 – Adesione aziende e dipendenti per Regione media al terzo trimestre 2019



Fonte: SAN.ARTI.

La seconda nozione di impresa “artigiana” è quella molto più larga che deriva dalla contrattazione collettiva del settore (quella riportata *retro* nel

§ 1). Questa è quella che conta per SAN.ARTI. Può dirsi che l'AI sulle linee guida per la riforma degli assetti contrattuali e delle relazioni sindacali firmato da Confartigianato Imprese, CNA, Casartigiani, CLAAI e CGIL, CISL e UIL il 23.11.2016 abbia codificato tale sfasatura tra nozione contrattuale ed, invece, legale dell'artigianato affermando che «al fine di garantire omogeneità di sistema per tutti i settori rappresentati dalle Parti firmatarie del presente accordo, nell'ambito del processo di modernizzazione delle relazioni industriali nel comparto le Parti daranno piena soluzione al tema della rappresentanza, anche contrattuale, della *piccola impresa* e delle imprese associate, a partire dall'esperienza contrattuale in essere» (corsivo mio).

Infine, il fondo SAN.ARTI. è rivolto oltre che ai dipendenti, anche ai titolari, ai soci ed ai collaboratori delle imprese artigiane ed i loro familiari. È un elemento che ne rafforza notevolmente il ruolo concorrenziale nei confronti delle casse mutue.

Come già detto, SAN.ARTI. gestisce il rischio attraverso un modello misto e cioè ha «una gestione autoassicurata e il trasferimento ad un soggetto terzo di rischi che, per ragioni legate alla frequenza del sinistro o all'importo erogabile, potrebbero pregiudicare la stabilità del fondo. Tale modello, se opportunamente costruito, permette di massimizzare i vantaggi legati ai due schemi»²⁴.

La parte del nomenclatore del piano sanitario riguardante le prestazioni in convenzione erogate tramite compagnia assicuratrice, ha come riferimento UniSalute in partnership con Generali. Per quanto riguarda la parte del nomenclatore relativa alle prestazioni in autogestione erogate direttamente da SAN.ARTI., il fondo da marzo 2019 ha già provveduto ad avviare le prestazioni relative alle lenti correttive e alla procreazione medicalmente assistita (PMA). Dal 1.1.2020 a tali prestazioni, si sono aggiunti ora anche per i figli minorenni dei lavoratori: il rimborso dei *tickets* per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso; il rimborso di un pacchetto di prestazioni per maternità e la copertura della grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie.

24. Dilorenzo, Marè, 2019, 11.

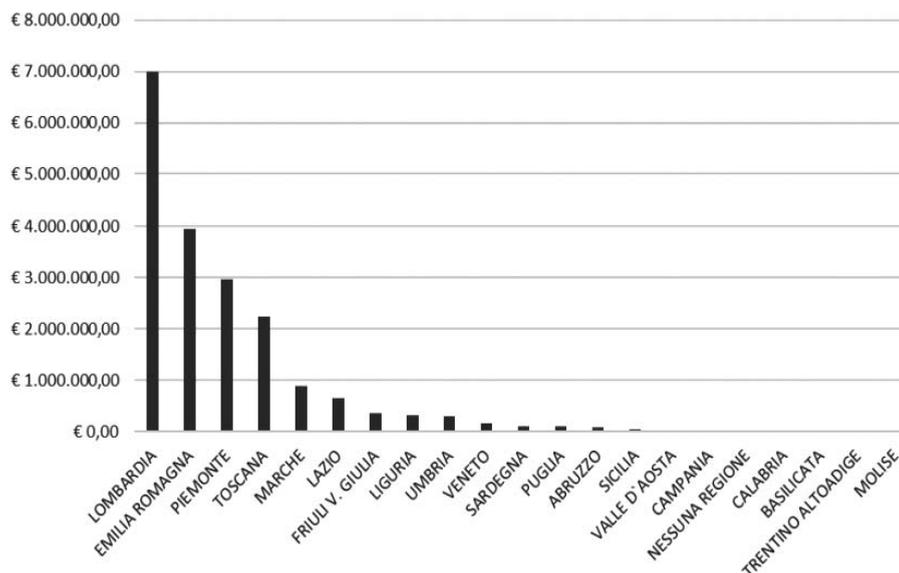
Questa la raffigurazione dei dati sul fondo:

Fig. 10 – Incidenza costo delle prestazioni dal 1° gennaio al 30 settembre 2019

Tipo di prestazione	%
Odontoiatria	41,1
Ricoveri interventi chirurgici	15,8
Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale	12,5
Visite specialistiche	7,9
Accertamenti diagnostici	6,6
Pacchetto maternità	3,7
Prevenzione cardiovascolare	1,9
Prevenzione oncologica uomo/donna	0,6
Vis. specialistica/accert.diagnostici	0,5
Altro	9,4

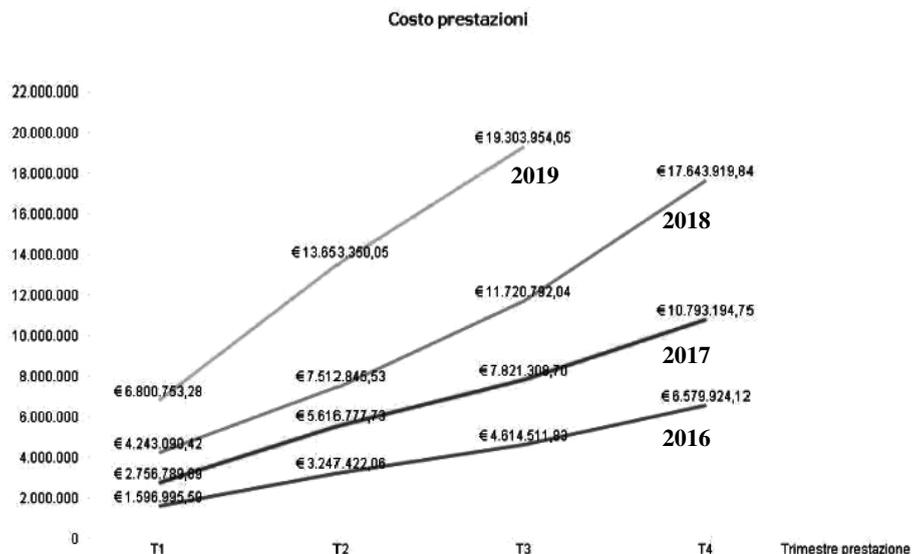
Fonte: SAN.ARTI.

Fig. 11 – Grafico distribuzione costo prestazioni per Regione dal 1° gennaio al 30 settembre 2019



Fonte: SAN.ARTI.

Fig. 12 – Costo delle prestazioni



Fonte: SAN.ARTI.

In data 31.7.2015 in Lombardia è stato, inoltre, costituito un fondo territoriale integrativo di SAN.ARTI. Si tratta di WILA, Fondo di *welfare* integrativo lombardo dell’artigianato intercategoriale di assistenza socio/sanitaria per le lavoratrici e i lavoratori dipendenti dell’artigianato e delle imprese che applicano i contratti collettivi regionali di lavoro sottoscritti dalle parti sociali. La contribuzione è di 5 euro mensili per lavoratore che si aggiungono a quelli dovuti a SAN.ARTI. A tal proposito «è stata stipulata una convenzione per la gestione, da parte di SAN.ARTI., delle procedure di incasso di 3,5 dei 5 euro versati dagli artigiani lombardi (destinati alla parte strettamente sanitaria di WILA), oltre che dell’archiviazione dei dati relativi agli iscritti. I rimanenti 1,5 euro (che finanzieranno le prestazioni “sociali”) saranno invece incassati da Elba, l’ente regionale dell’artigianato, che tornerà così a giocare un ruolo rilevante nel campo dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria. È infine prevista la possibilità che un apposito accordo interconfederale regionale introduca l’adesione volontaria al fondo da parte dei datori di lavoro»²⁵.

25. Razzetti, 2015, 32.

3. I fondi territoriali alternativi a SAN.ARTI.: Veneto, Trentino e Bolzano

In Veneto, nel Trentino ed in Sudtirolo, sono stati, invece, costituiti fondi territoriali alternativi a SAN.ARTI. i cui statuti contengono la precisazione che «il Fondo sanitario garantirà, a parità di contribuzione, costantemente per gli iscritti prestazioni migliorative rispetto a quelle fornite dai rispettivi Fondi sanitari nazionali integrativi di categoria e cioè SAN.ARTI.». Così si risolve in radice il problema del conflitto tra fondi sanitari: prevale l'obbligo contributivo a quello territoriale perché è migliorativo fermo restando che esso può modellare il nomenclatore come effettivamente integrativo delle prestazioni offerte dal sistema sanitario regionale (provinciale nel caso di Trento e Bolzano).

SANI.IN.VENETO è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa regionale per i lavoratori delle imprese artigiane del Veneto, costituito da Confartigianato Imprese, CNA, Casartigiani, CGIL, CISL e UIL del Veneto. Il fondo è costituito sulla base del verbale d'intesa del 12.6.2013 e ha la natura giuridica dell'associazione non riconosciuta. Non è un caso che proprio il Veneto abbia costituito un fondo alternativo a quello nazionale. Se è eccessivo affermare che le prestazioni di *welfare* contrattuale garantite da EBAV sono storicamente «sbilanciate su contribuzioni prevalentemente sanitarie, che assorbono la quasi totalità delle risorse di welfare integrativo»²⁶, è indubbio che in nessuna altra Regione italiana la contribuzione a favore di prestazioni di bilateralità è così alta come in questa Regione, che fin dall'origine – lo ripeto – ha erogato anche prestazioni categoriali.

Con la costituzione di SAN.ARTI., e degli enti ad esso alternativi, gli «enti bilaterali regionali, precedentemente attivi su questo fronte, hanno generalmente preferito convogliare le risorse a propria disposizione verso aree non coperte dalla cornice nazionale»²⁷. Sorprende che quattro continuano a farlo anche dopo la svolta della costituzione del fondo nazionale: sono gli enti del Veneto, delle Marche, del Molise e del Trentino. Se in Veneto e nel Trentino ciò si inserisce in sistemi territoriali in cui le parti sociali territoriali hanno poste le premesse per la costituzione di veri e propri enti alternativi a SAN.ARTI. (v. *infra* § 4; la figura 17 ben rappresenta il carattere sistemico dell'intreccio reticolare tra EBAV e SANI.IN.VENETO ai quali, andrebbe, invero, aggiunta anche Edilcassa Vene-

26. Tartaglione, Bettarini, 2014, 74.

27. Razzetti, 2015, 21.

to: v. *infra* § 5), per il Molise ciò è sintomo di una frammentazione del sistema giacché si accompagna al fatto che gli sportelli locali di SAN. ARTI. sono radicati presso le parti sociali (ad esempio, nel Molise, a Termoli presso la CISL ed a Campobasso presso la CLAAI) e non presso l'ente bilaterale regionale dell'artigianato, come avviene delle Marche.

Interessanti sono i dati.

Fig. 13 – Prestazioni (P) SANI. IN. VENETO e domande (D) EBAV (2017-2018)

<i>OO.SS./OO.AA</i>	<i>P/D</i>	<i>P/D</i>
ANNO	2017	2018
CGIL-CISL-UIL/SANI.IN.VENETO	60.671	66.886
CGIL-CISL-UIL/EBAV	6.563	20.672
CONFARTIGIANATO	8.353	12.677
CNA	1.505	1.854
CASARTIAGIANI	458	986
Totale sportelli	87.550 (70%)	103.075 (65%)
WEB	38.275 (30%)	54.573 (35%)
Totale	125.825 (100%)	157.648 (100%)

Fonte: Osservatorio EBAV.

Fig. 14 – Protesi (acustiche, dentarie, oculistiche, ortopediche): dato generale 2011-2017; E = erogazione

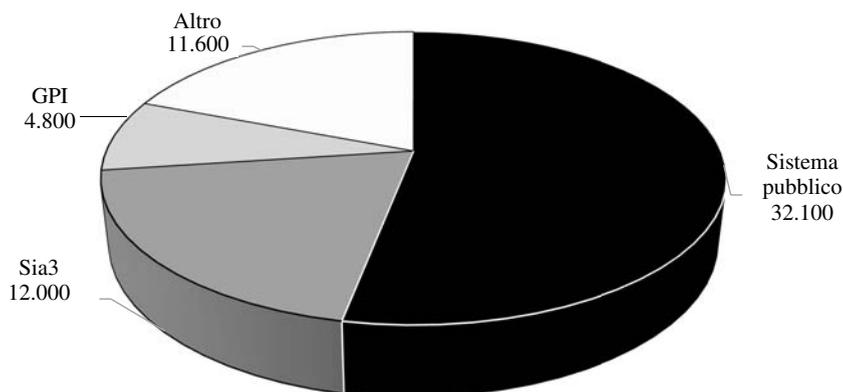
<i>Anno</i>	<i>2011</i>	<i>2013</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>	<i>Diff. VA 2011-2017</i>
Beneficiari	2.495	2.843	2.686	3.219	+ 724 (29,02%)
Importo Ei	769.230,30	824.257,27	679.275,17	797.831,37	+ 28.601,07 (3,72%)
E media p.b.	308,30	289,93	252,89	247,85	- 60,45 (19,61%)

Fonte: Osservatorio EBAV, Quaderni 1/2018, 7.2.2018.

La nascita di SANI.IN.VENETO fu incoraggiata dal fatto che pochi mesi prima, nel gennaio del 2013, era già stato costituito in Trentino un altro fondo territoriale alternativo a quello nazionale, il fondo SIA3: «un piano sanitario gestito dalla locale società di mutuo soccorso (SMS) degli Artieri di Trento, originariamente fondata nel 1852 e riattivata solo in tem-

più recenti (2013), in virtù della stretta collaborazione avviata con l'Associazione Artigiani della Provincia di Trento, per la quale la SMS gestisce anche S.I.Art.T (Sanità Integrativa Artigianato Trentino), un piano dedicato ai titolari delle imprese artigiane»²⁸. Il fondo SIA3 aveva in essere al 31.12.2019 rapporti di gestione ed assicurativi per un valore complessivo di 650.167 euro di cui 131.857 gestiti dalla Mutua Artieri che è uscita di scena con la novità del 14.7.2020 quando SIA3 è stato incorporato nel Fondo sanitario integrativo della Provincia di Trento (Sanifonds Trentino). Quest'ultimo rappresenta l'esperienza più significativa di fondo intercategoriale legato alla concertazione sociale territoriale. Esso nasce con una vocazione territoriale di complementarietà rispetto al pilastro pubblico, tanto che la Provincia di Trento figura tra i soci fondatori e si serve del fondo per monitorare «i consumi sanitari per oltre 60 prestazioni ambulatoriali distribuite tra canale pubblico (*ticket*), intramoenia e privato “puro” (grazie al fatto che il Piano sanitario rimborsa tutti e tre i tipi di spesa). Questi dati possono fornire ai decisori pubblici informazioni rilevanti: le prestazioni a maggior rischio di duplicazione tra spesa pubblica e spesa privata; il differenziale tra tariffe della libera professione ospedaliera e del “privato puro” e la conseguente valutazione del calmier tariffario esercitata dalla prima; i flussi di mobilità extraregionale su alcune prestazioni ambulatoriali private»²⁹. Il fondo può contare su circa 58.500 iscritti, una contribuzione annua pari a 7.000.000 di euro e riserve patrimoniali – escluse quelle specificamente destinate alla non autosufficienza – pari a 6.012.444 euro.

Fig. 15 – Numero di iscritti a Sanifonds Trentino



Fonte: Il Dolomiti, 25.6.2020.

28. Razzetti, 2015, 28.

29. Scopa, Gaiani, 2020.

SIA3 ha portato in dote 1.554.966 euro di contributi e ben 2.328.918 euro di riserva. L'accordo di fusione prevede che

la gestione SIA 3 sarà oggetto di una contabilità distinta volta ad evidenziare l'andamento di tale specifica gestione» e che «la contabilità “distinta” dovrà riguardare tutti gli accordi che vedono quali “iscritti” i dipendenti delle imprese artigiane». È stato costituito anche un Fondo di Riserva Istituzionale “SIA 3” che è destinato esclusivamente alle prestazioni a beneficio dei dipendenti artigiani. La contribuzione annua versata dalle imprese artigiane «al Fondo è destinata prioritariamente ai rimborsi dei dipendenti artigiani. Dalle entrate annue totali incassate viene dedotta la quota di partecipazione ai costi gestionali complessivi del Fondo. Tale quota corrisponde al valore percentuale dei costi di gestione così come risultante dai dati annuali di bilancio di Sanifonds – e comunque fino ad un valore massimo del 10% e verrà calcolata sul valore complessivo delle contribuzioni annue SIA 3 incassate.

Il CDA, nella sua prima riunione, nomina un Comitato di gestione dei piani sanitari SIA3, i cui componenti saranno proposti dai rappresentanti delle organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori delle imprese artigiane iscritte quali associati nel libro soci dell'associazione. Il Comitato ha lo scopo di vigilare sulla corretta attuazione degli accordi aziendali nei quali SIA3 è parte sostanziale quale fondo sanitario integrativo. È di competenza del Comitato anche lo studio e lo sviluppo dei piani sanitari rivolti ai dipendenti delle imprese artigiane. Tali studi, accompagnati dai relativi piani attuariali di sostenibilità, dovranno essere sottoposti al CDA, per l'approvazione e attuazione. Il Comitato avrà, altresì, il compito di vigilare su tutti i piani sanitari e gli accordi, anche quelli sottoscritti successivamente alla data di effetto giuridico del presente atto, destinati ai dipendenti delle imprese artigiane.

Nel panorama complessivo dei fondi sanitari, Sanifonds Trentino (ST) – il contributo annuale è pari a 128 euro per lavoratore e viene versato interamente dal datore di lavoro – si segnala per una significativa copertura della non autosufficienza. Nella sua formulazione base, essa prevede, infatti, la corresponsione di una rendita monetaria di 7.200 euro all'anno, per l'intera durata della vita dell'iscritto alla quale sia riscontrata la condizione di non autosufficienza. Considerando che la popolazione iscritta è compresa nella fascia 25-64 anni, interverremo su una casistica numericamente limitata, ma per la quale un supporto economico integrativo degli interventi pubblici è particolarmente rilevante: si pensi a persone con figli ancora a carico impegnati negli studi.

Chi – come ST – opera molto con lavoratori pubblici ha quote alte (75%) d’interazione esclusivamente virtuale che favoriscono l’erogazione delle prestazioni; staremo a vedere se il tutto funzionerà anche con un mondo ancora abituato all’interazione fisica come quello dell’artigianato. A ST sono iscritti anche i dipendenti di una società informatica – GPI – strutturata come società per azioni, che rappresenta il 1° *player* per i servizi di accesso alle cure e il 3° *player* per le soluzioni software dedicate a sanità e sociale. Questa multinazionale è stata la principale protagonista della *digital transformation* del modello di prevenzione, diagnosi e assistenza della sanità trentina.

Infine, il quadro dei fondi alternativi a SAN.ARTI. va completato segnalando che con l’accordo territoriale del 23.4.2013, le associazioni datoriali dell’artigianato (LVH-APA e SHV-CNA) e le organizzazioni sindacali (ASGB, AGB-CGIL, SGB-CISL e SGK-UIL) hanno costituito il Fondo sanitario integrativo dell’artigianato della Provincia di Bolzano (Sani-Fonds BZ).

Come il fondo nazionale di riferimento, anche Sani-Fonds BZ dà la possibilità di estendere la copertura a coniuge e familiari a carico. A giugno 2014, nel presentare alla stampa un bilancio dei primi dieci mesi di attività del fondo (con più di 10.000 iscritti), l’allora vicepresidente sottolineò la stretta collaborazione del fondo con l’ASL provinciale, in particolare nella definizione del nomenclatore, ovvero della lista di prestazioni incluse nel pacchetto destinato agli artigiani di Bolzano: l’obiettivo dichiarato è infatti quello di concentrare l’attività del fondo in aree effettivamente integrative e non sostitutive di quanto offerto dal Servizio sanitario nazionale attraverso le strutture provinciali»³⁰.

Trento e Bolzano rappresentano esperienze in cui le rispettive Province autonome può dirsi che sono in grado di esercitare tradizionalmente quella «vera e propria azione di *governance*» dell’attore pubblico che Razzetti invocò a conclusione di un suo puntuale studio del 2015. I presupposti normativi sono stati conquistati dai parlamentari regionali con l’approvazione dell’art. 1, c. 177, della legge 27.12.2017, n. 205 il quale prevede che «qualora i contratti e gli accordi collettivi di livello nazionale prevedano l’adesione dei lavoratori e delle lavoratrici ad uno specifico fondo integrativo nazionale del Servizio sanitario nazionale, nelle province autonome di Trento e di Bolzano può essere prevista, con accordi territoriali o aziendali, la possibilità per i lavoratori e le lavoratrici di aderire ad altro fondo integrativo individuato dagli accordi medesimi, purché con

30. Razzetti, 2015, 27-28.

prestazioni non inferiori a quelle originariamente previste». Il 9.4.2019 è stato, ad esempio, siglato un accordo tra l'Associazione degli Industriali della Provincia di Trento e FIOM, FIM e UILM del Trentino, che consente ai lavoratori interessati di poter scegliere se rimanere iscritti al Fondo sanitario nazionale dei metalmeccanici "Metasalute", o se aderire a ST.

Occorre peraltro anche sottolineare come questo ruolo rischi in futuro di soffrire delle ridotte dimensioni di scala e delle spinte corporative interne percepibili della frammentazione tuttora esistente in Provincia di Bolzano. Va inoltre sottolineata in negativo l'incapacità di ragionare in chiave regionale benché la Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol sia dotata di una competenza legislativa integrativa in tema di previdenza che non deve necessariamente essere declinata solo in senso pensionistico.

4. SANEDIL

Estraneo a quanto fin qui sostenuto è il settore dell'edilizia in cui fin dal 1919³¹ furono costituiti i primi enti che possiamo qualificare come bilaterali e cioè le casse edili. Radicatesi inizialmente a livello territoriale, le parti sociali nazionali tentano da anni di coordinare e standardizzare l'operato «delle 119 Casse edili attive sul territorio e delle 107 Scuole Edili (...), attraverso la creazione della Commissione Nazionale Paritetica per le Casse Edili (CNCE), di FORMEDIL (sia a livello nazionale che a livello regionale) e l'adozione di alcuni provvedimenti, quali lo Statuto-tipo delle Casse Edili»³². A seconda delle Regioni, le casse edili sono poi uniche oppure distinte tra settore industriale ed artigianato. La loro azione nel campo dell'assistenza sanitaria consiste tradizionalmente «nel rimborso delle spese sostenute dai lavoratori (e talvolta dai loro familiari) per l'acquisto di diversi tipi di protesi (dentarie, oculistiche, ortopediche e acustiche) e per interventi legati alle cure odontoiatriche (tutte prestazioni erogate da più di otto Casse su dieci), oltre che per cure termali (in sei casi su dieci) e pagamento di ticket (in un terzo dei casi)»³³.

Tra il 2018 e il 2019 le parti sociali nazionali del settore artigiano hanno posto le basi – con un AI nazionale del 31.1.2019 e con il rinnovo dei relativi CCNL – per la costituzione e l'avvio del Fondo sanitario nazionale edile per l'assistenza sanitaria di settore (SANEDIL) il cui subentro

31. Cimaglia, Aurilio, 2011.

32. Tartaglione, Bettarini, 2014, 38.

33. Razzetti, 2015, 23.

alle casse edili è regolato dall'AI nazionale del 19.11.2019 tra ANCE, ACI-PL, ANAEP-Confartigianato, CNA-Costruzioni, FIAE-Casartigiani, CLAAI, CONFAPI-ANIEM, FENEAL-UIL, FILCA-CISL, FILLEA-CGIL. Il fondo è alimentato «da un contributo a carico del datore di lavoro e a favore degli operai iscritti alle Casse Edili pari allo 0.60%, da versare su un minimo di 120 ore. Per gli impiegati la contribuzione è fissata nello 0,26%».

Sennonché in Veneto, i lavoratori edili sono iscritti a SANI.IN.VENETO fin dal 1.6.2014, in esecuzione di uno specifico CCLR poi integrato da quello del 16.2.2018, in virtù del quale è SANI.IN.VENETO stesso che liquida al lavoratore le prestazioni relative a protesi, cure e visite acustiche, oculistiche, ortopediche (estese anche ai familiari), visite specialistiche e diagnostiche (non estese ai familiari). Edilcassa Veneto³⁴ interviene automaticamente garantendo un'integrazione a quanto riconosciuto dal fondo sanitario laddove il contributo riconosciuto da quest'ultimo risulti inferiore rispetto alle prestazioni erogate fino al 2018 da Edilcassa stessa.

Quest'ultima continua, invece, a erogare direttamente ai lavoratori i contributi per le protesi, cure e visite dentarie. Questo sistema, che pone la più grande cassa edile artigiana d'Italia in una posizione servente a SANI.IN.VENETO, coinvolge attualmente 3.910 imprese e 12.291 lavoratori e nell'ultimo triennio ha erogato quasi 15 milioni di euro in prestazioni. Pare che con il sopraggiungere dell'operatività di SANEDIL, sia stata radicata presso il Tribunale di Venezia una causa pilota per l'accertamento dell'insussistenza dell'obbligo contributivo al fondo nazionale. Il Tribunale dovrà chiarire se, ed eventualmente come, il protocollo d'intesa del 7.3.2019, con il quale sono state ammesse ed hanno aderito a SANEDIL, come parti costitutive, anche le parti sociali edili artigiane nazionali influisca sulla contribuzione, di 105 euro annui – e, quindi, decisamente migliorativa rispetto al contributo medio che alimenterà SANEDIL stesso – che le imprese artigiane venete del settore dell'edilizia versano in applicazione della contrattazione collettiva territoriale per mezzo di Edilcassa Veneto, a favore di SANI.IN.VENETO. Incide sulla risposta a tale quesito il fatto che l'estensione al settore dell'edilizia di SANI.IN.VENETO non sia mai stata contestata a livello nazionale dai soggetti di rappresentanza del settore edile? Può dirsi che, avendo l'e-

34. Fu costituita nell'ottobre del 2014 da Confartigianato Imprese Veneto, Casartigiani del Veneto, CNA Veneto, FENEAL-UIL Veneto, FILCA-CISL Veneto e FILLEA-CGIL Veneto a seguito della fusione fra le casse edili artigiane del Veneto, CEAV e CEVA, già operanti a partire dal 1986.

stensione di SANI.IN.VENETO all'edilizia artigiana avuto luogo nell'esercizio di un potere che è *iure proprio* delle parti sociali territoriali (tutelato dal c. 1 dell'art. 39 Cost. e riconosciuto dagli statuti delle confederazioni datoriali nazionali) prevale per il principio del *favor* la soluzione speciale già operativa in Veneto?

Il protocollo sugli enti bilaterali del settore dell'edilizia artigianato sottoscritto dalle parti sociali nazionali il 20.5.2019 ha previsto che la contribuzione dovuta alle casse edili artigiane «potrà assorbire quanto destinato dalla contrattazione territoriale e/o regolamenti/accordi, alle prestazioni socio-sanitarie» e che «dall'avvio del Fondo sanitario SANEDIL, le prestazioni socio-sanitarie erogate dalle casse edili artigiane/Edilcasse decadranno e tale percentuale sarà assorbita dal contributo dello 0,60% dovuto al Fondo sanitario» (corsivo mio). Seguendo la lettera di tale accordo testé citato è però agevole osservare che siccome a decorrere dall'ottobre del 2018 SANI.IN.VENETO eroga ai lavoratori le prestazioni extracontrattuali precedentemente in capo a Edilcassa Veneto, non esistono attualmente «prestazioni socio-sanitarie erogate dalle casse edili artigiane/Edilcasse» (se non in misura residuale) e, quindi, la dichiarazione di decadenza, ammesso ma non concesso che si possa parlare di una siffatta efficacia, cade, per così dire a vuoto. Se si accoglie questa osservazione il dubbio si riduce al “solo” rimborso delle spese per le protesi dentarie che rappresentano le uniche prestazioni che restano, per così dire, in capo ad Edilcassa Veneto. Aggiungo che non si è certamente trattato di un *lapsus calami*, ovvero che “prestazioni” non può essere letto come contribuzione, perché la medesima parola *prestazione* era già stata utilizzata da un CCNL concluso tra ANCE e organizzazioni sindacali. È molto più plausibile, invece, che in entrambi i citati accordi nazionali gli estensori avessero in mente la tipica situazione che si verifica nel resto d'Italia dove, a differenza, del Veneto è la cassa edile che eroga, ai dipendenti e familiari, tutti i sussidi per prestazioni sanitarie (protesi oculistiche, protesi e cure dentarie, apparecchi acustici, protesi ortopediche, cure termali). Infatti, solo in Veneto esistono prestazioni sanitarie erogate da un apposito fondo contrattuale esterno a Edilcassa Veneto. Proprio per questo si potrebbe sostenere che le parti sociali nazionali hanno sempre e solo avuto in mente la situazione tipica esistente fuori dalla Regione Veneto delle prestazioni sociosanitarie erogate, per così dire, in proprio dalla casse.

Invero, per poter incidere retroattivamente sulle contribuzioni dovute a SANI.IN.VENETO, con un impatto notevolissimo anche sui lavoratori

artigiani estranei al settore dell'edilizia, sarebbe stata necessaria un'apposita legittimazione legislativa. Lo dimostra, tra l'altro, il percorso legislativo (avviato dall'art. 3, c. 14, legge 92/2012) che ha consentito di giungere alla costituzione di FSBA.

Non a caso (forse) le stesse parti sociali nazionali hanno scelto la formulazione «*potrà* assorbire quanto destinato dalla contrattazione territoriale e/o regolamenti/accordi, alle prestazioni socio-sanitarie» (corsivo mio). In altre parole, le parti sociali nazionali, lungi dal voler incidere con un testo dotato di efficacia immediata, si sono assunte l'obbligazione reciproca di influire sulle proprie strutture in Veneto affinché queste ultime creino le premesse contrattuali per far operare SANEDIL anche in questa Regione. È questo, d'altronde, il tipico modo di operare dell'autonomia collettiva che non avendo forza di legge crea preliminarmente le condizioni per un consenso. L'autonomia collettiva non può ragionevolmente dar luogo, nell'intreccio tra livelli nazionali e territoriali, a soluzioni vessatorie per le parti individuali come accadrebbe se esse dovessero contribuire due volte per la medesima prestazione. Al lavoratore non serve poter chiedere alternativamente il rimborso a SANI.IN.VENETO ed a SANEDIL.

In conclusione, fino a quando le parti sociali territoriali non decideranno di far assorbire la contribuzione in essere a favore di SANI.IN.VENETO in una nuova contribuzione a favore di SANEDIL, la situazione resta invariata. L'inattività delle parti sociali venete potrebbe assumere al più una rilevanza endoassociativa. Sennonché alla luce dell'interpretazione delle clausole collettive esistenti è decisamente revocabile il dubbio che siano stati violati gli statuti delle confederazioni nazionali.

5. Possibili criticità: un inventario

Dopo aver ricostruito il sistema dei fondi che attualmente rimborsano, nel settore artigiano “allargato”, spese sanitarie, mi soffermo, infine, su alcuni profili comuni a tutti i suddetti fondi.

Anzitutto, devo porre in rilievo – sul piano giuridico – che, una volta costituito, il fondo – tutti i fondi di cui ho parlato nei precedenti tre paragrafi – esso è autonomo anche dal CCNL che ne ha previsto la costituzione. Nuove disposizioni della contrattazione collettiva per avere effetto sul singolo fondo devono essere seguite «dalla formale manifestazione

di volontà negoziale» del consiglio di amministrazione del fondo stesso espressa secondo le modalità previste dal relativo Statuto³⁵.

Comune a tutti i fondi citati è anche il regime tributario – l'unico che opera una tipizzazione degli enti sanitari collettivi – che accolla al datore di lavoro un contributo di solidarietà del 10% sulla contribuzione versata e consente al lavoratore dipendente³⁶ il privilegio che non hanno altri cittadini della non concorrenza alla formazione del reddito imponibile (nei limiti di 3.615,20 euro) della contribuzione da lui versata (art. 51, c. 2, lett. a) TUIR) nonché la detraibilità della parte di spese sanitarie che resta in capo all'assistito dopo il rimborso del fondo (massimali di spesa)³⁷. La previsione normativa per cui i contributi versati dal lavoratore o dal datore (anche congiuntamente) non sono tassati, prevista solo a favore del cittadino rappresenta «un costo della collettività legato alla missione che si chiede di realizzare a questi fondi»³⁸.

A differenza delle società di mutuo soccorso, quelli sanitari bilaterali sono poi fondi chiusi. Essi sono aperti ad aggregazioni con altri enti (c'è chi vorrebbe creare un enorme fondo dei fondi) ma si riferiscono sempre a categorie merceologiche che coincidono con quelle alle quali si riferiscono i contratti collettivi che li hanno istituiti. Negli enti bilaterali sanitari istituiti dalla contrattazione collettiva – in genere associazioni non riconosciute – non è inoltre prevista la partecipazione alla *governance* dei lavoratori assistiti che non sono, d'altra parte, *uti singoli* soci delle associazioni alle quali viene giuridicamente imputato il fondo sanitario stesso. Di tanto in tanto si favoleggia di una possibile futura trasformazione di qualcuno di questi fondi in una mutua, ma – a mio sommo giudizio – questo passo li localizzerebbe fuori dalla portata gestionale delle parti sociali che già ora potrebbero, in realtà, se ne avessero la volontà, coinvolgere i destinatari potenziali delle prestazioni (i dati sono disponibili specie nelle Regioni che erogano l'ammortizzatore sociale direttamente ai lavoratori³⁹). Più in generale, resta plausibile il giudizio secondo cui «il sistema bilaterale è spesso privo di figure professionali qualificate, che sappiano assicurare le necessarie competenze nella gestione degli enti,

35. App. Milano 29.6.2017 n. 3030.

36. Non a quello autonomo (artigiano) v. la risposta dell'Agenzia delle entrate ad un interpellato del dicembre del 2014 citata in ANIA, 2015, 4.

37. Nel settore dell'artigianato non esiste la contrattazione collettiva aziendale che potrebbe aver luogo in singole piccole imprese in cui a volte si prevede un'ulteriore quota rimborsata (non è l'artigianato il settore di azione di *Welf@reIN*).

38. Urbani, 2019, 4-5.

39. Calabria, Lombardia, Marche, Piemonte, Valle d'Aosta e Veneto.

integrando il ruolo di orientamento politico e strategico proprio delle parti sociali. Trasparenza e valutazione sono leve importanti per affermare un ruolo degli enti bilaterali nel quadro più generale delle politiche di mercato del lavoro e del *welfare*. Dovrebbero anche servire a diradare i sospetti che tali enti finiscano piuttosto per determinare inefficienze e oneri impropri»⁴⁰. In tal senso, nei fondi bilaterali sanitari del settore dell'artigianato e della piccola impresa, se si esclude il modello para-pubblico che si è affermato in Trentino, l'auto-amministrazione è in *statu nascendi*.

Via via che SAN.ARTI, auspicabilmente aumenterà le prestazioni in autogestione dovrà dotarsi della capacità «di pervenire ad un'adeguata conoscenza dei comportamenti della collettività assicurata in relazione all'evento coperto (sia sotto il profilo quantitativo sia con riferimento ad un idoneo intervallo temporale), di effettuare stime periodiche di livelli di contribuzione (proporzionati alle caratteristiche del collettivo, alle coperture offerte e alla sinistrosità) e di effettuare valutazioni periodiche di sostenibilità secondo un approccio “*risk capital based*”. Quest'ultimo consente, come noto, di valutare la distribuzione di probabilità della variabile aleatoria patrimonio (ovvero saldo tecnico ovvero saldo di gestione) tenendo conto dei fattori di rischio sottostanti (evoluzione del collettivo, ammontare della contribuzione, andamento della sinistrosità, costo dei sinistri)»⁴¹.

Siamo così giunti al tema *clou* dell'amministrazione del fondo che potrebbe decidere di auto-amministrarsi, ma – come anticipato – per lo più esternalizza la gran parte delle sue funzioni al mondo *for profit*, salvo casi ormai residuali in cui si fa riferimento a società di mutuo soccorso. L'esempio più noto di auto-amministrazione è quello di FASCHIM, il Fondo di assistenza sanitaria del CCNL Chimico/Chimico-Farmaceutico, il quale esternalizza solo i servizi anagrafici, di liquidazione e l'attività di *call center*. Un altro fondo molto rilevante che si auto-amministra è FASI, istituito da un accordo tra Federmanager e Confindustria. Ma come detto, tale scelta presuppone una capacità di ragionare nei termini del *risk management* che per il momento non è presente presso gli enti del settore dell'artigiano.

La ragione d'essere del singolo fondo sanitario contrattuale risiederebbe a monte della gestione dei contributi, nel suo ruolo di «re-collettivizzazione della spesa sanitaria privata, che tipicamente è un fenomeno individuale»; essi inculcano «anche all'interno del settore privato, gli

40. Croce, 2015, 255; riprende il passo Razzetti, 2016.

41. Rocco, 2019, 22-23.

elementi di eguaglianza, solidarietà e universalismo che sono (...) tipici del pilastro pubblico»⁴². L'alto numero di polizze concluse tutte insieme, diminuisce decisamente i costi transattivi che avrebbe il singolo lavoratore, ammesso (ma non sempre concesso per le coorti di lavoratori più giovani!) che egli decidesse di concludere una polizza in proprio. La gestione in proprio della contribuzione da parte del fondo aggiungerebbe a tale vantaggio, quelli ulteriori, della maggior personalizzazione della «copertura offerta in funzione delle caratteristiche proprie della collettività assicurata» e – soprattutto – della «possibilità di usufruire dei vantaggi derivanti dalla solidarietà assicurativa» e cioè della possibilità del «reimpiego» di eventuali utili tecnici»⁴³.

Le due assicurazioni che si contendono il campo della gestione dei fondi sanitari nazionali o territoriali, anche di quelli istituiti dai contratti collettivi dell'artigianato, sono indubbiamente UniSalute, del gruppo UnipolSai, e Rbm Assicurazioni Salute, il cui controllo è recentemente passato, da Rb Hold S.p.a. al gruppo Intesa Sanpaolo Vita (il 50% più un'azione è già stato acquistato ma tra il 2026 ed il 2029 Intesa salirà al 100%) ed ha assunto la denominazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a.⁴⁴.

Fig. 16 – Fondi sanitari; l'I(scrizione) nel registro ministeriale è stata verificata sui siti web dei fondi

<i>Fondo</i>	<i>Gestore</i>	<i>I 2019</i>
SAN.ARTI.	Autogestione e UniSalute + Assicurazioni Generali	Sì
WILA	UniSalute	Sì
SANI.IN.VENETO	Intesa Sanpaolo RBM Salute Previmedical	Sì
SANEDIL	UniSalute	Preannunciato
FONSAP	UniSalute	Sì
Sanifonds Trentino	Autogestione	Sì
Sani-Fonds BZ	Intesa Sanpaolo RBM Salute Previmedical	Sì

42. Vecchietti, 2019.

43. Rocco, 2019, 24 e 22.

44. Sono clienti di UniSalute anche CGIL, CISL, CNA, UIL (v. <https://www.unisalute.it/chi-siamo/alcuni-grandi-clienti>, consultato il 13.11.2020). D'altra parte, non stupisce la diversa scelta di SANI.IN.VENETO visto che Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a. gestisce anche i fondi sanitari di Casartigiani Veneto, CGIL Veneto, CISL Belluno-Treviso, CISL Veneto, CNA Veneto, Confartigianato Veneto, ANAP Confartigianato e UIL Veneto (v. <https://www.intesasnpaolorbmsalute.com/fondisanitariclienti.html>, consultato il 13.11.2020).

Purtroppo, non conosciamo i dati relativi alle singole convenzioni con le compagnie assicurative. Il Ministero ha fino ad oggi pubblicato solo estratti aggregati dei dati molto generali di dati sui fondi.

Questo alimenta speculazioni sulla ragionevolezza o no dei loro costi collettivi. Nell'ottobre di quest'anno, la direzione del Ministero della Salute ha richiesto ai singoli fondi sanitari i dati del 2018 per realizzare un "cruscotto" di analisi delle prestazioni erogate dai fondi sanitari integrativi. La direzione ha ovviamente assunto l'impegno a diffonderli solo mediante «rappresentazioni in forma aggregata e in modalità tali da non consentire la riconduzione del dato al singolo Fondo sanitario»⁴⁵.

La messa in chiaro dei numerosi dati di cui alla fig. 17 consentirà di chiarire alcuni attuali interrogativi ma essa non renderà di per sé possibile acclarare «in concreto, cosa si agiti nella magmatica realtà della sanità integrativa italiana»⁴⁶. Sarebbe a tal fine necessaria un'*authority* sul modello di COVIP⁴⁷ che eserciti controlli eteronomi esterni che sono giustificabili in astratto perché sono in gioco i beni della salute e del risparmio. L'anagrafe degli enti esercita attualmente solo un controllo formale e concentrato esclusivamente sui documenti (statuto, atto costitutivo e regolamenti) che sono richiesti per usufruire dei benefici fiscali. Non è previsto l'inoltro all'anagrafe stessa delle delibere di amministrazione degli enti. È soprattutto ANIA che propone l'istituzione di un'autorità di vigilanza⁴⁸ ma ovviamente l'associazione di rappresentanza delle assicurazioni privilegia i criteri di *compliance*, *risk management* e *governance* tipici delle società *for profit* che essa rappresenta.

Si può convenire che per lo meno occorrerebbe poter controllare come il CDA del singolo fondo effettui la *due diligence* delle convenzioni con le assicurazioni, quali sia la sorte degli avanzi di gestione e, soprattutto, il costo della struttura del fondo stesso.

I fondi sono obbligati per legge a non adottare politiche di selezione dei rischi e quindi il trattamento garantito a ciascun lavoratore/trice dalle polizze contrattate collettivamente deve essere sempre il medesimo.

45. La restituzione dei dati viene invocata da Trovò, 2018.

46. Così ANIA, 2015, 2.

47. Penelope, 2017 riporta un'opinione in tal senso di Susanna Camusso.

48. V. la proposta di articolato normativo in ANIA, 2015. Invoca una legge anche Ricciardi, 2019.

Fig. 17 – Dati richiesti dal Ministero della Salute

	Numero di beneficiari per età
1	Numero di beneficiari di età compresa tra 0-15 anni
2	Numero di beneficiari di età compresa tra 16-24 anni
3	Numero di beneficiari di età compresa tra 25-40 anni
4	Numero di beneficiari di età compresa tra 41-99+ anni
5	Totale iscritti
	Numero di beneficiari per tipologia di rapporto
6	Numero di aderenti come volontari
7	Numero di beneficiari in virtù di un proprio contratto di lavoro (caponucleo)
8	Numero di beneficiari in virtù di un CCNL con contratto a tempo indeterminato
9	Numero di beneficiari in virtù di un CCNL con contratto a tempo determinato
10	Numero di beneficiari in virtù di un contratto individuale (Benefit) con contratto a tempo indeterminato
11	Numero di beneficiari in virtù di un contratto individuale (Benefit) con contratto a tempo determinato
12	Numero aderenti
	Numero di beneficiari per estensione della copertura
13	Numero di beneficiari per cui la copertura termina con la cessazione a qualunque titolo del contratto di lavoro
14	Numero di aderenti per cui la copertura è prolungata fino ad un anno dalla cessazione a qualunque titolo del contratto di lavoro
15	Numero di aderenti per cui la copertura è prolungata oltre un anno dalla cessazione a qualunque titolo del contratto di lavoro
16	Numero beneficiari in qualità di familiari di persone iscritte (non caponucleo) – specificare nel campo note le tipologie di familiari (esempio: genitori, figli, coniugi, conviventi, ecc.)
17	Numero di beneficiari non caponucleo di età compresa tra 0-15 anni
18	Numero di beneficiari non caponucleo di età compresa di età compresa tra 16-24 anni
19	Numero di beneficiari non caponucleo di età compresa di età compresa tra 25-40 anni
20	Numero di beneficiari non caponucleo di età compresa tra 41-99+ anni

Fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria.

La valutazione costi/benefici dell'assicurazione si riferisce quindi principalmente al costo complessivo relativo ai lavoratori della categoria a cui si riferisce il contratto collettivo istitutivo del singolo fondo. La selezione del rischio, necessaria per perseguire il fine del lucro, e – a differenza delle società di mutuo soccorso – ripartire utili, si concentra cioè sui rischi che caratterizzano la complessiva categoria merceologica. Questo ambito sarà l'oggetto dei modelli *statistici* attuariali adot-

tati dalle assicurazioni. Sicuramente, ad esempio, le categorie riferite ai lavoratori dell'artigianato, che è caratterizzato da un'età precoce di inizio della vita lavorativa, dovrebbero godere di un trattamento più favorevole rispetto a quello pubblico (destinatario, non a caso, di fondi integrativi solo a Bolzano e Trento: le assicurazioni temono il tempo che il lavoratore ha a disposizione per studiare il nomenclatore e per gestire le domande di rimborso direttamente sul web e per un eventuale azzardo morale).

Non c'è insomma una valutazione statistica del rischio al fine di differenziare il premio tra lavoratori/trici della medesima categoria, ma è nella logica delle cose che essa abbia luogo per differenziare tra lavoratori di categorie (merceologiche) differenti. Ad esempio, se il lavoratore è occupato nel settore dell'edilizia è molto alto il rischio di disturbi muscoloscheletrici degli arti superiori e del collo. Sono ovviamente – è bene precisarlo – mere supposizioni perché non dispongo dei dati sui costi complessive delle polizze garantite dalle società assicuratrici⁴⁹. Certo è il ricorso massiccio dei fondi che nascono nella logica *non profit* al settore *for profit*; la mutualità mediata prevista dall'art. 3, legge 3818/1886 come rivisto nel 2012 non ha attecchito nel settore del lavoro dipendente dell'artigianato.

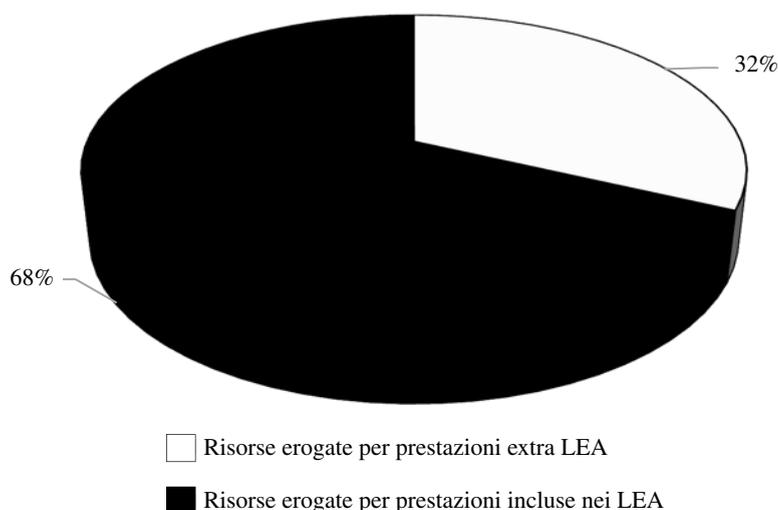
Può dirsi che ci sia efficienza di mercato? Anche questo è impossibile indagarlo per assenza dei dati di riferimento. Le assicurazioni affermano che «non c'è nessun trasferimento di profitto da enti *profit* a enti *no profit* perché, in realtà, in questo contesto le compagnie lavorano solo in copertura del rischio collegato ai piani sanitari che i fondi garantiscono ai propri assicurati. Il costo medio (...) per la gestione di questi fondi è mediamente del 5%»⁵⁰. Se questo dato fosse plausibile, il vero interrogativo si sposterebbe sullo iato tra la contribuzione che viene raccolta e le prestazioni che vengono erogate: è congruo? Rimane poi il dubbio sul costo collettivo dei benefici fiscali.

È noto che i rimborsi richiesti riguardano soprattutto prestazioni odontoiatriche seguite da quelle di fisioterapia.

49. L'affermazione secondo la quale «la marginalità è assolutamente contenuta. Parliamo di marginalità che sono inferiori al 10 per cento, quindi marginalità tra le più basse previste per il settore assicurativo» (Vecchiotti, 2019) – quello più ricco tradizionalmente dal punto di vista delle cedole – non mi pare rilevare però per il profilo trattato nel testo in cui vengono piuttosto in considerazione i dati assoluti per i quali anche il 10% può essere assai significativo giacché è molto ampia la platea portata in dote dai fondi contrattuali collettivi.

50. Così l'amministratore delegato di RBM: Vecchiotti, 2019, 15.

Fig. 18 – Anno fiscale 2016 ripartizione tra risorse erogate per prestazioni extra LEA e quelle incluse nei LEA



Fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II, Anagrafe Fondi Sanitari.

Un anno fa, in un'audizione in Parlamento, il direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute ha segnalato che «nei fondi di categoria B, cioè quelli che possono erogare sia prestazioni LEA che extra LEA, la media di prestazioni integrative, quindi extra LEA erogate, si aggira intorno al 39 per cento»⁵¹.

Ciò significa che il restante 61% sono prestazioni che si sovrappongono a quelle del SSN e che si giustificano principalmente per ridurre le lunghe liste d'attesa le quali dimostrano che il SSN da molto tempo non è più universale. Si segnala a tal proposito che «le forme collettive, per il 30,9 per cento delle loro risorse, vanno ad assicurare prestazioni di natura ospedaliera».

Queste ultime «rappresentano il campo di maggiore duplicazione con il SSN che tipicamente presidia l'area del ricovero, del primo soccorso e ovviamente dell'intervento chirurgico»⁵².

51. Urbani, 2019, 4.

52. Vecchiotti, 2019, 7. L'amministratore delegato di RBM Salute continua segnalando che «c'è poi un'area, pari al 38 per cento quasi, di risorse che da questi fondi viene impiegata in un'area che noi definiamo complementare, ovvero nell'area della specialistica, della diagnostica e delle attività extra ospedaliere. C'è poi un 23,1 per cento delle risorse delle forme collettive che poi nel caso dei fondi sanitari di natura contrattuale sale fino ad un 36 per cento che viene investito in ambito odontoiatrico, compresa la protesica. C'è, poi, un 5 per cento che viene destinato alle attività di diagnosi precoce».

È per questa ragione che si può affermare che «l'assicuratore non assume l'esclusivo ruolo di erogatore di prestazioni tecnicamente assicurative a fronte di premi ma anche quello di «erogatore di servizi. Si tratta di servizi di consulenza, di informazione (call center), di partenariato e convenzionamento e in generale servizi di tipo amministrativo»⁵³.

Le convenzioni con le assicurazioni aprono la strada a prestazioni delle strutture private. E per garantirsi queste ultime, le assicurazioni si avvalgono di c.d. *networks* che forniscono i convenzionamenti con i laboratori d'analisi ed i centri di cura nonché il servizio di orientamento dell'utente del fondo sanitario. Ad esempio, l'assicurazione Rbm affida la gestione delle prestazioni sanitarie previste da diversi Fondi sanitari integrativi a Previmedical - Servizi per la sanità integrativa S.p.a. di proprietà di Rb Hold S.p.a. (pare sia escluso dall'accordo con Intesa Sanpaolo). Le convenzioni dirette con le strutture sanitarie sono fondamentali perché consentono di offrire all'utente del fondo il servizio per cui il rimborso avviene direttamente e immediatamente senza che quest'ultimo debba anticipare la spesa e chiedere poi un rimborso al fondo.

Tuttavia, nella pratica sembrano esserci molti problemi. Il 26.11.2020 l'Autorità Garante della concorrenza e mercato ha comunicato che

ha avviato – a seguito di oltre 1.000 reclami – un procedimento istruttorio nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a. e Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.a. per due presunte pratiche commerciali scorrette nell'offerta di servizi assicurativi. In particolare, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a. e Previmedical S.p.a. avrebbero svolto una pratica commerciale aggressiva, consistente in condotte e omissioni volte a ostacolare l'esercizio dei diritti che derivano dal rapporto contrattuale, inducendo i consumatori/assicurati a rinunciare alle prestazioni economiche e assistenziali cui avrebbero diritto. Gli assicurati, infatti, si sarebbero trovati a fronteggiare richieste di documentazione probatoria eccessiva, ritardi nel rilascio delle autorizzazioni alle prestazioni dirette ovvero ritiro dell'autorizzazione già rilasciata, difficoltà/impossibilità di accedere ai *call center* delle società per chiedere informazioni, mancata erogazione di rimborsi senza apparente motivazione o sulla base di motivazioni pretestuose, valutazioni sulla congruità delle prescrizioni rilasciate dai medici ai consumatori, inadeguatezza e scarsa trasparenza nella gestione dei reclami. Inoltre, sia Rbm sia Previmedical avrebbero realizzato una pratica commerciale ingannevole diffondendo a mezzo stampa un messaggio pubblicitario in cui la “*Polizza stop liste di attesa di RBM*” verrebbe prospettata, contrariamente al vero, come soluzione per chi è “*stufo dei tempi del Servizio Sanitario Nazionale*”. Una condotta che,

53. Mastantuono, 2019, 52.

se verificata, violerebbe gli artt. 20, c. 2, 21 e 22, del Codice del Consumo. Ieri, 25.11, sono state condotte verifiche ispettive nelle sedi delle due società coinvolte nell'istruttoria, in collaborazione con il Nucleo Speciale della Guardia di Finanza.

Se le prestazioni garantite dai centri convenzionati siano di maggior qualità o no rispetto a quelle alle quali si rivolgerebbe sua sponte il lavoratore non sono in grado di dirlo. Certo è – mi sembra – il fatto che la restrizione ad alcuni piuttosto che altri professionisti fa sì che ci sia una quota significativa di persone coperte dalla contribuzione al fondo che preferisce comunque farsi curare dalla struttura di propria scelta o, come si suol dire, di tasca propria (*out of pocket*). Una fetta che copre circa un quarto del volume complessivo della spesa sanitaria complessiva del paese. L'Italia, che si vanta della scelta di avere un SSN sganciato da obblighi assicurativi di natura legale, è il paese con la più alta incidenza da parte delle famiglie di utilizzo dei loro risparmi per far fronte a cure e spese mediche (l'89% rispetto alla media UE del 56%). E su questo occorrerebbe riflettere seriamente.

Nel «2017 la spesa sanitaria privata ha raggiunto quota 40 miliardi. Di questi 40 miliardi» (nel 2005 erano ancora solo 10 miliardi) «solo il 14,5 per cento sono oggi affidati alla gestione delle forme di sanità integrativa»⁵⁴.

I fondi sanitari qui considerati non sono attualmente promotori in proprio di servizi sanitari di qualità a prezzi calmierati, possono esserlo invece indirettamente. Debbo anche per completezza accennare al fatto che non tutti apprezzano che i fondi integrativi convogliano risorse alle strutture private (le prestazioni sanitarie richieste a rimborso riguardano prevalentemente prestazioni ambulatoriali). È vero che i fondi contrattuali hanno natura giuridica di diritto privato perché nascono dall'autonomia collettiva, ma è anche vero che in materia di prestazioni sanitarie lo Stato deve avere uno sguardo di sistema e, quindi, preoccuparsi di porre in essere le condizioni affinché le strutture pubbliche, che erogano anche a fasce di popolazione che non usufruiscono di redditi sufficienti ad una vita almeno dignitosa, godano di adeguate risorse economiche. Se corrispondesse effettivamente alla realtà che le strutture odontoiatriche dei presidi ospedalieri sono ormai attivati meno di quello che dovrebbero, non sarebbe insensato vincolare alle loro prestazioni una parte della quota raccolta attraverso le disposizioni dei contratti collettivi.

54. Vecchiotti, 2019.

Vero è che sarebbe maturo il tempo della svolta verso il modello tedesco. Quest'ultimo è incentrato su due canali di finanziamento – uno assicurativo obbligatorio ed uno dipendente dalla fiscalità generale – di un unico sistema unitario⁵⁵. Ciò consentirebbe una maggior trasparenza e quindi efficienza complessiva. Purtroppo, l'art. 4, c. 2, del d.lgs. 117/2017, prevedendo che non sono enti del Terzo settore gli enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dalle parti sociali, ha escluso i fondi sanitari contrattuali qui considerati dagli obblighi previsti dal d.lgs. stesso. Osservo per inciso che tale esclusione non dovrebbe avere peraltro effetti sul piano delle agevolazioni fiscali né una negazione equivale, ai diversi fini del regime tributario, ad una affermazione (e cioè non qualifica i fondi come enti commerciali).

Questa esclusione suscita molte perplessità, né mi sembra che l'art. 39 Cost. possa fungere da ombrello protettivo per l'immunità delle parti sociali in relazione a qualsiasi loro attività. L'aggettivo sindacale esprime un limite anche in positivo e non è un aggettivo vuoto che le parti sociali possono auto-riempire. La stessa Corte Costituzionale se fosse investita della questione della costituzionalità della parte citata dell'art. 4, c. 2, dovrebbe sottolinearlo.

A proposito della disciplina eteronoma dei fondi, non deve infine essere sottaciuto che si invoca diffusamente la codificazione di eventuali situazioni di conflitto d'interesse legate alle eventuali partecipazioni da parte delle organizzazioni sindacali o collettive di rappresentanza dei lavoratori alle società di assicurazione che concludono le convenzioni con gli enti sanitari contrattuali stessi.

Infine, il sistema potrebbe avere un potenziale inespresso nell'inclusione attiva – non solo formale – degli enti bilaterali territoriali. Per quanto a mia conoscenza ciò avviene, ripeto attivamente, solo per il sistema SANI.IN.VENETO/EBAV. Si sconta qui il fatto che diversamente da altre prestazioni quelle sanitarie sono, per così dire, entrate sistematicamente nella bilateralità artigiana attraverso il livello nazionale. Ciò era in qualche modo inevitabile vista la necessità di disporre di adeguate economie di scala. L'*imprinting* degli enti bilaterali regionali è invece tradizionalmente *bottom-up* e anche dopo la creazione di FSBA (v. sempre *retro*, § 2) tende a differenziarsi a livello regionale come dimostra il fatto che l'ammortizzatore Covid-19 in alcuni territori viene erogato alle imprese ed in altri direttamente ai lavoratori.

Viene poi in considerazione il *limite derivante dall'entità del contributo che alimenta questi enti*. Esso è tale che – se il fondo opera in con-

55. Sembra essere la logica invocata da Urbani, 2019, 4-5.

venzione – consente di contrattare polizze di copertura del rischio sanitario di durata al più annuale. Entro questi limiti si può parlare di trasferimento del rischio dal soggetto assicurato alla società di assicurazione che conclude la convenzione con il fondo sanitario. Del tutto impropria è la tendenza di una parte della pubblicistica che accosta questi enti ai fondi pensionistici complementari che erogano a distanze anche notevoli dal momento d'avvio delle prime contribuzioni.

Pensionati e genitori degli iscritti non sono, anzi, tra i possibili utenti degli enti sanitari del settore artigiano, così come in genere degli enti sanitari previsti dalla contrattazione collettiva (fanno eccezione esperienze relative agli assicuratori ed ai bancari).

Questa è una sensibile differenza con quanto avviene nelle società di mutuo soccorso che non esercitano mai il diritto di recesso e facilitano il mantenimento della copertura anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro.

Ora, il più noto esperto (e protagonista) del sistema di convenzionamento dei fondi sanitari previsti dalla contrattazione collettiva ha osservato che «le forme collettive, siano esse assicurate o autoassicurate, prevedono sempre tre caratteristiche fondamentali: non c'è mai selezione del rischio, all'ingresso, quindi tutti gli iscritti vengono iscritti a prescindere dal loro stato di salute, garantiscono la copertura anche di patologie sanitarie preesistenti, non prevedono solitamente i limiti massimi di età o, se li prevedono, solitamente li prevedono in età piuttosto avanzate»⁵⁶. Sulla valutazione del rischio ho già detto in precedenza: in virtù del convenzionamento viene calcolato a livello collettivo. Dire che non sono previsti limiti d'età, significa esprimere solo una parte della verità. Andrebbe aggiunto che la contribuzione cessa con la cessazione del rapporto di lavoro. Come a dire, che tutti i suddetti fondi non impattano sulla domanda di prestazioni, sanitarie o assistenziali (due mondi che da noi sono purtroppo distinti), collegate alla non autosufficienza successiva al periodo del pensionamento. Vero è che la stessa soglia del 20% di prestazioni vincolate, necessaria per garantire il trattamento fiscale agevolato previsto dall'art. 51, c. 2, lett. a), TUIR, viene coperta per una buona fetta dalla cenerentola del SSN e cioè le prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie (SAN.ARTI. da questo punto di vista dimostra una più equilibrata distribuzione). L'impatto è quindi assente anche prima del pensionamento.

In conclusione, due appaiono essere al momento i limiti dei fondi sanitari collettivi. Il primo mette a nudo il finanziamento pubblico at-

56. Vecchiotti, 2019.

traverso il sistema tributario: *una volta che è cessato il rapporto di lavoro, termina qualsiasi possibilità di godere della copertura annuale*. Viene meno il presupposto (il rapporto di lavoro) del *favor* tributario, presupposto che radica in capo al datore del lavoro l'obbligo di contribuzione al fondo.

Restano fuori i periodi di non lavoro e di quiescenza⁵⁷. È un'osservazione di carattere generale: «la sanità integrativa oggi, avendo una matrice prevalentemente occupazionale»⁵⁸ è «prevalentemente presente nella fascia adulta della vita»⁵⁹.

Il secondo limite riguarda il fatto che il meccanismo delle polizze contrattato collettivamente instaura un meccanismo di solidarietà che sposta risorse dai giovani ai lavoratori più anziani. Questa direzione della solidarietà rischia però ormai di essere quella sbagliata: già nel mondo pre-Covid tra il 2007 ed il 2017 il reddito delle famiglie con percettore principale un 55-64 enne era aumentato del 19% contro un calo dell'8% del reddito delle unità con capofamiglia un under 35 enne»⁶⁰. È urgente invertire la direzione della stessa solidarietà tra lavoratori.

Riferimenti bibliografici

Ajassa G. (2020), *Se il risparmio cresce la crisi di avvita*. In: *Affari e finanza*, 9 settembre 2020.

ANIA, a cura di (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*. In: *Position Paper*.

Armanaschi L., Buonerba M. (2018), *Il valore aggiunto della sanità integrativa territoriale. Il caso di Sani-Fonds in Alto Adige*. In: *MECOSAN*, vol. 105, 41 ss.

Birindelli L. (2019), *Il punto sul salario minimo orario*. Testo disponibile al sito: https://www.fondazionedivittorio.it/sites/default/files/content-attachment/Il%20punto%20sul%20salario%20minimo_2019.pdf (consultato il 15.11.2020).

Cimaglia M.C., Aurilio A. (2011), *I sistemi bilaterali di settore*. In: Bellardi L., De Santis G. (a cura di), *La bilateralità fra tradizione e rinnovamento*, FrancoAngeli, Milano, 97 ss.

57. Lauria, 2017, 9.

58. È conclamato che la sanità integrativa «destini ancora una quota contenuta di risorse alla cronicità e alla non autosufficienza, che sono ovviamente patologie» (così lo stesso Vecchietti, 2019).

59. Lo ammette così anche Vecchietti, 2019 il quale soggiunge, ma il rilievo non vale per il settore dell'artigianato, «benché nei piani sanitari aziendali, come anche in quelli legati agli enti previdenziali, la copertura travalichi anche il periodo del pensionamento».

60. Ajassa, 2020.

- Croce G. (2015), *Osservazioni conclusive. Potenzialità e limiti della bilateralità territoriale sulla base delle indicazioni pervenute*. In: Aa.Vv., *Indagine sulla bilateralità in Italia e in Francia, Germania, Spagna, Svezia*. In: *Quaderni Fondazione Brodolini. Studi e ricerche*, n. 52, 249 ss.
- D'Ambrosio Lettieri L., Diridin N. (2018), *Sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità ed equità*, documento approvato dalla 12^a Commissione Permanente (Igiene e sanità) nella seduta del 10.1.2018, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Doc. XVII, n. 13.
- Dalla Sega M. (2020), *Fondi sanitari integrativi: un ruolo decisivo nel superamento dell'emergenza Covid-19*. Testo disponibile al sito: <https://www.ipsoa.it/documents/lavoro-e-previdenza/pensioni/quotidiano/2020/09/30/fondi-sanitari-integrativi-ruolo-decisivo-superamento-emergenza-covid-19> (consultato il 5.10.2020).
- Dilorenzo M., Marè M. (2019), *Prefazione*, in Id. (a cura di), *La gestione del rischio nei fondi sanitari integrativi*. In: *Quaderni Mefop*, n. 22, 5 ss.
- Fedele F., Giaccone M. (2016), *Frammenti da ricomporre*, Nerbini, Firenze.
- Giaccone M. (1998), *La contrattazione artigiana e la costruzione della bilateralità: l'esperienza veneta 1988-1997*. In: *Economia e società regionale*, n. 1, 140 ss.
- Giaccone M. (2020), *Dall'adempimento all'innovazione. I 25 anni di attività dell'Ente Bilaterale Artigianato di Bergamo*, EBA, Bergamo.
- Lauria F. (2017), *Il sindacato e il mutualismo*. In: Aa.Vv., *Il sindacato nel territorio. Esperienze e approcci «rigenerativi»*. In: *WP Fondazione Tarantelli*, n. 6, 6 ss.
- Lagala C. (1992), *L'artigianato*. In: L. Bellardi (a cura di), *Relazioni industriali e contrattazione collettiva in Italia (1945-1992)*, Cacucci, Bari.
- Leonardi S. (2005), *La bilateralità nell'artigianato*. In: S. Leonardi (a cura di), *Bilateralità e servizi. Quale ruolo per il sindacato?*, Ediesse, Roma, 133 ss.
- Liso L. (2012), *Legge, autonomia collettiva e bilateralità: un caso problematico. "Eccesso di potere" del contratto collettivo?* In: Aa.Vv., *Liber amicorum. Spunti di diritto del lavoro in dialogo con Bruno Veneziani*, Cacucci, Bari, 187 ss.
- Luisetto L.G. (2020), *La bilateralità artigiana alla prova dei free riders. Labor*. Testo disponibile al sito: <http://www.rivistalabor.it/la-bilateralita-artigiana-alla-prova-dei-free-riders/> (consultato il 4.10.2020).
- Mastantuono D. (2019), *I processi di esternalizzazione dei fondi sanitari e il contratto di gestione del rischio sanitario: riflessione per la best practice*. In: M. Dilorenzo, M. Marè (a cura di), *La gestione del rischio nei fondi sanitari integrativi*. In: *Quaderni Mefop*, n. 22, 43 ss.
- Monducci R. (2019), *Audizione dell'Istituto nazionale di statistica*. 11^a Commissione (Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) Senato della Repubblica, Roma, 13.3.2019. Testo disponibile al sito: https://www.istat.it/it/files/2019/03/Istat-Audizione-DDL-310-e-658_EC.pdf (consultato il 15.11.2020).

- Nogler L. (2014), *Enti bilaterali regionali dell'artigianato: verso la fine di una best practice?* In: *DLRI*, n. 144, 727 ss.
- Nogler L. (a cura di) (2014b), *Gli enti bilaterali dell'artigianato tra neocentrismo ed esigenze di sviluppo*, FrancoAngeli, Milano.
- Nogler L. (2014c), *Enti bilaterali regionali dell'artigianato: verso la fine di una best practice?* In: *Giornale di diritto del lavoro e relazioni industriali*, 727 ss.
- Penelope N. (2017), *Le regole necessarie (prima che diventi un far west)*. In: *DL*, 14.7.2017.
- Petrotta M.S. (2019), *Relazione per l'audizione presso la XI^a Commissione Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica, Roma, 13.3.2019*. Testo disponibile al sito: https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Allegati/ddl_310_658_INPS_relazione.pdf (consultato il 13.11.2020).
- Razzetti F. (2015), *Bilateralità e welfare contrattuale: quale ruolo per i territori?* In: Aa.Vv., *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia*. Testo disponibile al sito: https://www.secondowelfare.it/allegati/03_razetti_2r2w_def.pdf (consultato l'11.11.2020).
- Razzetti F. (2016), *Bilateralità come tessera del secondo welfare? Prime considerazioni a partire dalle esperienze regionali nel settore artigiano*, paper per la IX^a Conferenza ESPAnet Italia, Macerata 22-24.9.2016.
- Ricciardi W. (2019), *Il sistema sanitario in crisi? Sì, se non si interviene presto*. In: *Avvenire*, 19.6.2019, 3.
- Rocco A. (2019), *Le determinanti della scelta del modello di gestione del rischio*. In: M. Dilorenzo, M. Marè (a cura di), *La gestione del rischio nei fondi sanitari integrativi*. In: *Quaderni Mefop*, n. 22, 17 ss.
- Santoni F. (2010), *Ammortizzatori sociali in deroga e canale bilaterale*. In: *DML*, 5 ss.
- Scopa A., Gaiani E. (2020), *Il "modello Sanifonds Trentino": alleanza con il pubblico, data analysis e trasformazione digitale*. Testo disponibile al sito: <https://www.mefop.it/> (consultato il 6.10.2020).
- Tartaglione C., Bettarini U., a cura di (2014), *Indagine sulla bilateralità in Lombardia: un approfondimento nel settore artigiano*, CGIL Lombardia, Milano.
- Trovò A. (2018), *Audizione Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale del 13.2.2019*. Testo disponibile al sito: http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/stenografici/pdf/12/indag/c12_integrativi/2019/02/13/leg.18.stencomm.data20190213.U1.com12.indag.c12_integrativi.0004.pdf (consultato l'11.11.2020).
- Urbani A. (2019), *Audizione. Resoconto stenografico della seduta n. 5 del 19.2.2019*. Testo disponibile al sito: https://www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=19&idCommissione=12&numero=0005&file=indice_stenografico (consultato il 6.10.2020).

Vecchietti M. (2019), *Audizione. Resoconto stenografico della seduta n. 5 del 19.2.2019*. Testo disponibile al sito: https://www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=19&idCommissione=12&numero=0005&file=indice_stenografico (consultato il 6.10.2020).

Zampini G. (1999), *Enti bilaterali e previdenza: appunti sulle istituzioni del nuovo stato sociale*. In: *ILLeJ*, 1 ss.

*Le società di mutuo soccorso di fronte alle sfide della sanità integrativa: APRIRSI per ritornare al futuro**

Orlando De Gregorio, Federico Razetti, Franca Maino

Introduzione: le SMS, ritorno al futuro?

Da anni il dibattito sulla sanità in Italia tende ad arenarsi e sovente non va oltre la denuncia delle debolezze del sistema pubblico e dei rischi della sanità integrativa. Nel nostro paese la presenza di forme organizzative e finanziarie diverse dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tende in effetti a essere guardata con sospetto, da una parte di studiosi e *policy maker*, quale minaccia ai principi universalistici e di eguaglianza di trattamento dei cittadini che – almeno sulla carta – dovrebbero ispirare il funzionamento del sistema sanitario pubblico istituito nel 1978.

Il dibattito rischia di avvitarci su se stesso perché tende rapidamente a polarizzarsi e a raggruppare sotto la generica voce “sanità privata” (contrapposta a quella pubblica) un insieme di schemi di finanziamento e ripartizione del rischio in realtà estremamente eterogeneo dal punto di vista della loro coerenza di fondo con l’impianto di un servizio sanitario: dalla spesa diretta a carico dei cittadini alle polizze assicurative individuali, dai piani sanitari collettivi di origine negoziale fino all’adesione volontaria a schemi di natura mutualistica.

* Si ringraziano Stefano Maggi e Mario Giaccone, a ottobre 2020 rispettivamente Presidente e Vicepresidente della Fondazione Cesare Pozzo per la mutualità, per gli utili suggerimenti e le preziose revisioni a una versione preliminare del testo. La responsabilità di quanto scritto è da attribuirsi unicamente agli autori del capitolo. In particolare, seppur frutto di un lavoro congiunto, l’Introduzione è da attribuirsi a Franca Maino, Federico Razetti e Orlando De Gregorio, il paragrafo 1 a Federico Razetti, i paragrafi 2 e 3 a Orlando De Gregorio, il paragrafo 4 a Orlando De Gregorio e a Franca Maino. Una prima versione di questo capitolo è stata pubblicata come *position paper* ad ottobre 2020 sul sito del Laboratorio Percorsi di secondo welfare (www.secondowelfare.it). Il lavoro di ricerca svolto ai fini del *position paper* e del presente capitolo è frutto della partnership tra Percorsi di secondo welfare e la Fondazione Cesare Pozzo.

Questo capitolo intende stimolare una riflessione sulle potenzialità di una di queste forme *non pubbliche* di protezione degli individui dal rischio “malattia” – la mutualità sanitaria integrativa – partendo da un’analisi dei punti di forza e dei problemi presenti oggi nel mondo della mutualità.

Le società di mutuo soccorso (SMS) si trovano oggi di fronte a tre sfide principali. Queste possono essere lette come tensioni tra esigenze apparentemente opposte e difficilmente conciliabili: quella di promuovere forme di solidarietà orizzontali senza però contribuire alla frammentazione delle (e possibilmente ricomporre le) tutele sociali che connotano un *welfare* pubblico fortemente sbilanciato a sfavore di giovani, famiglie, precari; quella di crescere dal punto di vista organizzativo ed economico senza tuttavia perdere la natura partecipativa e democratica e il radicamento sul territorio che storicamente le contraddistingue; quella, infine, di rispondere alla domanda di salute senza con ciò favorire comportamenti consumistici nei confronti dei servizi sanitari.

In questo capitolo proviamo ad indicare una strada per vincere queste sfide facendo leva sulla capacità del mutualismo di coniugare innovazione e fedeltà allo spirito originario. Un approccio che ci sembra possa interessare anche chi è preoccupato dei rischi della sanità integrativa ed è sensibile a possibili soluzioni che favoriscano un “incastro virtuoso” tra Terzo settore, *welfare* pubblico e mondo *profit*.

Questi temi appaiono peraltro particolarmente attuali nel quadro della crisi sanitaria globale in corso. Se da un lato l’emergenza Covid-19 ha reso oggi ancora più difficile affrontare con lucidità il dibattito relativo alla sanità integrativa e ai rischi dovuti all’indebolimento del SSN, dall’altro lato spinge a riflettere con ancora maggiore urgenza sulle opportunità di sviluppo che si presentano ora per attori, come le SMS, in grado di svolgere una funzione realmente integrativa rispetto al SSN e di dispiegare la propria azione in settori troppo a lungo considerati marginali come l’educazione alla salute, la prevenzione, la medicina e l’assistenza di territorio.

Su questo sfondo e con questi obiettivi, il capitolo si struttura in quattro paragrafi principali.

In un sistema sanitario caratterizzato da elementi di eccellenza, ma anche dal tendenziale sottofinanziamento dell’intervento pubblico e dalla scarsa diffusione di forme di intermediazione della spesa privata come quello italiano (paragrafo 1), la mutualità sanitaria può essere (ri)scoperta come modalità di intervento in grado di coniugare la natura *non pubbli-*

ca dello schema organizzativo e di finanziamento con la necessità di non erodere ulteriormente la tenuta finanziaria e simbolica del SSN. Tutto ciò a patto che, da un lato, la mutualità sanitaria sappia valorizzare le specificità che la distinguono – sul piano identitario e delle prassi – da altri soggetti che operano a pieno titolo nel mondo della sanità integrativa (paragrafo 2); dall’altro, a condizione che sappia attualizzare e ritematizzare i propri tratti identitari e le proprie prassi in funzione di un quadro culturale, sociale e demografico fortemente mutato (e in costante evoluzione) rispetto al contesto in cui a metà Ottocento le forme organizzate di mutualismo videro la luce anche in Italia (paragrafo 3).

In altre parole – argomentiamo (paragrafo 4) – ciò che è necessario perché le mutue giochino un ruolo riconoscibile nella sanità integrativa e nel *welfare* territoriale è un apparente paradosso: se le SMS desiderano conservare o recuperare le connessioni con “lo spirito delle origini”, devono infatti avere il coraggio di innovare e di cambiare, anche radicalmente. Per farlo, per una mutualità che non intenda disperdere il proprio connotato identitario rincorrendo altri concorrenti su un terreno che non le è proprio e che rischierebbe perciò di snaturarla, sarà utile che le mutue si aprano per includere chi oggi è escluso anche dalla sanità integrativa, rinnovino le proprie modalità di finanziamento e di azione progettuale, riannodino i legami tra mutualità di territorio e mutualità sanitaria, promuovano processi partecipativi e dal basso, interloquiscano con più efficacia con attori “esterni”, in una logica di rete e di prossimità.

Si tratta quindi di adottare una visione strategica che illustriamo nel paragrafo 4 e che abbiamo sintetizzato con l’acronimo APRIRSI (Ascoltare, Prevenire, Riannodare, Includere, Rinnovare, Sostenere, Innovare): un invito alle SMS e al mondo del mutualismo, ma anche alla società civile, alle organizzazioni del Terzo settore, al mondo delle imprese, ai *policy maker*. Valorizzare e rilanciare il ruolo delle SMS e la concezione di salute di cui possono farsi promotrici significa guardare al più ampio campo del *welfare* territoriale, allo spettro di bisogni sociali che appaiono oggi insoddisfatti, alla più generale domanda di salute e di qualità della vita, all’emersione di nuove forme di mutualismo e alla necessità di innovazione sociale che si riscontra nei territori.

Solo in questo modo la mutualità sanitaria – ci sembra – sarà messa nelle condizioni di leggere in modo contemporaneo ed efficace i bisogni di protezione (sociale e sanitaria) che emergono dalla società e che in molti casi non trovano adeguata risposta nell’intervento pubblico o in quello di altri soggetti non pubblici, legittimamente ispirati a universi

simbolici, interessi e modalità operative diversi da quelli che orientano (o dovrebbero orientare) la mutualità. Mettersi in ascolto dei territori per leggerne più precisamente i bisogni sarà una delle condizioni perché la mutualità riesca davvero a “ritornare al futuro”, interloquendo con una pluralità di attori su basi effettivamente inclusive e facendo proprio un approccio alla salute proattivo e capacitante.

1. La sanità in Italia: un quadro d’insieme

In numerose occasioni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è portato ad esempio di sistema sanitario di eccellenza. Raramente, però, si correda questa affermazione con indicatori ed evidenze che aiutino a corroborarne la fondatezza sul piano empirico. La questione si è peraltro fatta ancora più attuale durante la crisi innescata dalla diffusione del virus Sars-COV-2, che a partire dalla fine dell’inverno 2020 ha costituito un vero e proprio “stress test” per il servizio sanitario, mettendone a dura prova la capacità di risposta.

In questo paragrafo proveremo a leggere in prospettiva comparata alcune caratteristiche-chiave del sistema sanitario italiano¹, così da coglierne punti di forza e criticità rispetto ad altri sistemi sanitari occidentali e adottando, quando possibile, uno sguardo diacronico, capace cioè di delineare alcune delle trasformazioni che lo hanno attraversato nell’ultimo quindicennio. Un periodo, come noto, caratterizzato a livello globale e nazionale da numerose turbolenze innescate, in prima battuta, dalla crisi finanziaria iniziata nel 2007 e trasformatasi in vera e propria depressione – economica e sociale – a partire dal 2008.

Solo definendo le caratteristiche – principi ispiratori e funzionamento – del servizio sanitario pubblico (che in Italia assorbe tre quarti della spesa globalmente destinata alla sanità) diventa possibile interrogarsi sulla questione centrale oggetto di questo contributo, ovvero il potenziale ruolo della sanità integrativa e, al suo interno, delle società di mutuo soccorso. Un quadro di insieme di questa eterogenea galassia – fatta di polizze e piani individuali e collettivi, fondi bilaterali nazionali e territoriali, assicurazioni e società di mutuo soccorso – è fornito nella seconda sezione di questo paragrafo, che illustra ordini di grandezza e tendenze di un settore

1. Per una panoramica si rinvia a F. Maino e F. Razetti, *Italy*, in E.M. Immergut, K.M. Anderson, C. Devitt e T. Popić (eds.), *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford, Oxford University Press, in corso di pubblicazione.

destinato a diventare un ambito di *policy probabilmente* sempre più rilevante nei prossimi anni.

1.1. Punti di forza e criticità del Servizio Sanitario: il disegno, gli esiti, il finanziamento

1.1.1. Il disegno

Il SSN fondato nel 1978 si caratterizza innanzitutto per l'adozione di un impianto universalistico che – sul modello del sistema britannico ideato da Beveridge nel secondo dopoguerra – slega il diritto alla salute dalla condizione lavorativa dell'individuo e, finanziandosi attraverso la leva fiscale (e non contributiva), definisce la salute come un diritto del cittadino, in linea con l'articolo 32 della Costituzione.

Si tratta di un disegno organizzativo e finanziario che rompe con l'architettura bismarckiana che aveva caratterizzato il sistema sanitario italiano dagli anni '40 in avanti, allargando il perimetro della solidarietà da gruppi definiti su base corporativo-occupazionale (organizzati attraverso casse mutue obbligatorie e para pubbliche) all'intera comunità nazionale.

L'accesso alle prestazioni (di base e specialistiche) è assicurato gratuitamente o attraverso forme di compartecipazione alla spesa (*ticket*) che – in misura più o meno efficace – dovrebbero comunque essere modulate in funzione delle disponibilità economiche e delle condizioni di salute dell'assistito attraverso esenzioni stabilite su base regionale. All'universalità della copertura si accompagna l'ampia estensione dello spettro di prestazioni assicurate dal Servizio Sanitario, che include numerosissimi ambiti di intervento (specificati nei Livelli Essenziali di Assistenza a partire dal 2001): dalla prevenzione alla salute sui luoghi di lavoro, dalla medicina di base a quella ambulatoriale a quella ospedaliera. Resta tuttavia sostanzialmente escluso dal perimetro di azione del SSN l'importante ambito dell'odontoiatria, risultano solo parzialmente coperti anche molti interventi e ausili di natura paramedica e protesica, e l'assistenza alla non autosufficienza è gravemente carente.

All'universalità della copertura, alla tendenziale gratuità (o contenimento delle tariffe) delle prestazioni e all'ampiezza della gamma di servizi assicurati il SSN dovrebbe infine far corrispondere la garanzia del principio di uguaglianza di trattamento dei cittadini, che a parità di bisogno dovrebbero vedersi riconosciuta la stessa assistenza, indipendentemente

dalla loro condizione socioeconomica e dalla loro residenza. A questo proposito si può tuttavia anticipare che la differenziazione delle performance del Servizio Sanitario su base territoriale e la presenza di lunghe liste di attesa costituiscono ostacoli evidenti alla piena realizzazione di questo principio fondativo del SSN.

1.1.2. Gli esiti

1.1.2.1. L'efficacia dei sistemi sanitari: il modello bio-psico-sociale e l'approccio "*health in all policies*"

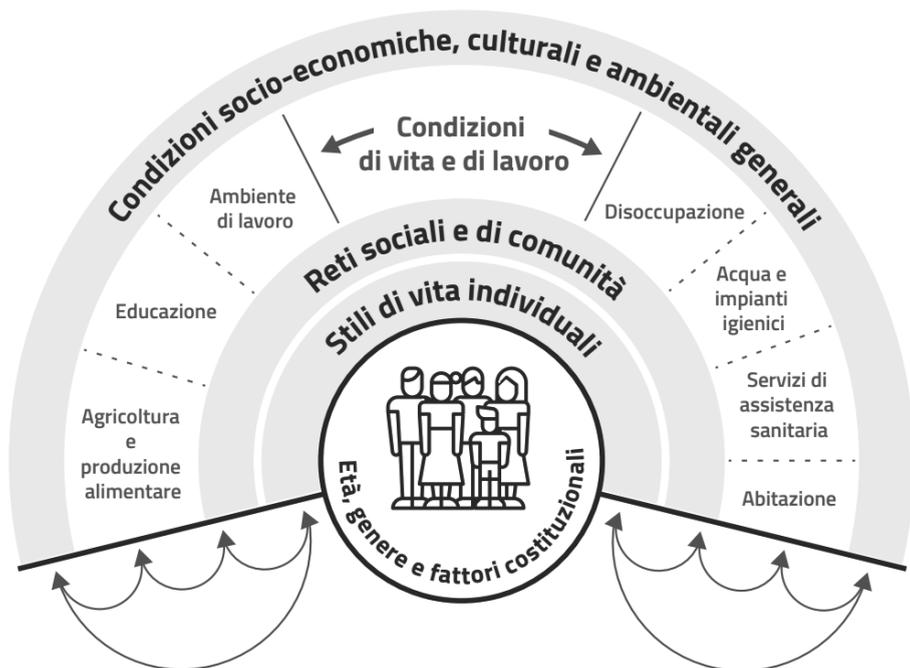
Passando dal disegno del sistema alla sua efficacia, è necessario precisare che valutarla è un esercizio estremamente complesso, che tende a scontrarsi con il fatto che i sistemi sanitari, per quanto importanti, sono solo una delle numerose variabili che incidono sullo stato di salute della popolazione: si pensi infatti all'influenza esercitata dai comportamenti individuali, dagli stili di vita, dalle abitudini alimentari, elementi a loro volta strettamente collegati ai livelli di istruzione e alle disponibilità economiche delle persone.

Proprio in considerazione della rilevanza dei cosiddetti "determinanti della salute" (figura 1), negli ultimi decenni le maggiori istituzioni internazionali, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si sono fatte promotrici dell'approccio *health in all policies* - *HiAP* ("la salute in tutte le politiche"), al fine di favorire una tematizzazione delle politiche sanitarie quali veri e propri "investimenti", trasversali a tutti gli ambiti di *policy* e capaci di attenuare le disuguaglianze sociali nella salute.

Sin dalla sua istituzione nel 1948, l'OMS ha definito la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente come l'assenza di malattie o infermità". Si tratta di una definizione che fa proprio il modello bio-psico-sociale di medicina, che si contrappone al cosiddetto "modello bio-medico"².

2. Secondo il modello bio-medico la malattia dipende esclusivamente da variabili biologiche (fisico-chimiche) che il medico ha il compito di identificare e correggere con interventi terapeutici mirati. Al contrario, il modello bio-psico-sociale si basa sull'adozione di un'interpretazione olistica, multidimensionale e sistemica della salute, che invita a valutare lo stato di benessere o malessere della persona prendendone in esame non solo le componenti fisiche, ma anche quelle legate alle condizioni mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori). Se il modello bio-medico intende la salute essenzialmente come assenza della malattia, quello bio-psico-sociale la concepisce invece come la risultante di un più complesso equilibrio tra benessere fisico, mentale, spirituale e sociale.

Fig. 1 – I principali determinanti della salute: il “modello arcobaleno”



Fonte: adattamento da Dahlgren e Whitehead (1993).

Una simile concezione di salute implica in primo luogo che a farsi carico del benessere delle persone non siano chiamati solo i rappresentanti della professione medica, ma un più ampio novero di soggetti: una pluralità di professionisti del settore medico, ma anche la cerchia familiare e la comunità più prossima alla persona; in secondo luogo, una concezione della salute di tipo multidimensionale richiama l'attenzione sull'importanza dell'approccio, richiamato poco sopra, dell'“*health in all policies*”³.

L'idea di fondo è che le condizioni di salute non sono un semplice prodotto delle attività realizzate dal settore sanitario, ma sono in larga misura determinate da altri fattori relativi a condizioni di vita, economiche e sociali che, come tali, sfuggono al sistema sanitario inteso in senso stretto. Ne consegue che la promozione della salute, intesa in sen-

3. Il principio, sancito nella Dichiarazione di Helsinki del 2013, sviluppa le riflessioni promosse dall'Agenzia delle Nazioni Unite già nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria e nel 1986 con la Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute.

so ampio e inclusivo, necessita dell'adozione di un approccio intersettoriale alle politiche capace di tenere in debita considerazione le conseguenze (positive e negative) che le singole *policy* possono produrre sulla salute e sulle sue determinanti sociali ed economiche. L'OMS, con la Dichiarazione di Helsinki del 2013, sollecita quindi i governi a fare della salute e dell'equità nella salute una priorità, tramite il rafforzamento della capacità dei Ministeri della Salute di coinvolgere nelle politiche sanitarie altri settori di governo; attraverso la raccolta di evidenze sulle determinanti e le disuguaglianze di salute, e sulle risposte più efficaci per ridurre l'impatto; per mezzo di una maggiore regolazione di possibili conflitti di interessi così da proteggere le politiche da pressioni e influenze indebite.

Infine, l'OMS invita le autorità dei singoli paesi a promuovere processi inclusivi nello sviluppo, implementazione e monitoraggio della "salute in tutte le politiche", coinvolgendo comunità, movimenti sociali e società civile e favorendo una maggiore alfabetizzazione sanitaria nella popolazione⁴.

1.1.2.2. Le performance del sistema sanitario italiano

Ciò premesso, alcuni indicatori rappresentano delle *proxy* che aiutano a cogliere le condizioni di salute della popolazione e, anche se indirettamente, l'efficacia di un sistema sanitario in un dato contesto socioeconomico. Al di là di quelli relativi alla longevità (come noto, l'Italia ha la quinta aspettativa di vita più alta al mondo dopo Hong Kong, Giappone, Svizzera e Spagna⁵), un indicatore che notoriamente costituisce una misura sintetica dello stato di salute della popolazione, cioè il tasso di mor-

4. Tale approccio alla salute e alla sua promozione appare peraltro coerente con quello sostenuto a livello più generale dall'Organizzazione delle Nazioni Unite tramite l'"Agenda 2030" e l'individuazione dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Per realizzare il terzo obiettivo – *Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età* – ASviS (l'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile) ha infatti elaborato un decalogo, il cui primo punto è esattamente l'attuazione del principio "Salute in tutte le politiche" (cfr. ASviS, *Decalogo ASviS sulla salute*, ASviS, Roma, 2018) cui seguono richiami sull'importanza della prevenzione, dell'attenzione per le fasce più deboli, della necessità di una corretta informazione ed educazione sanitaria, di un rafforzamento della medicina di territorio, di una valorizzazione dell'apporto che può venire dal privato sociale.

5. Cfr. database *Life expectancy at birth, total years* della World Bank (https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?most_recent_value_desc=true, ultimo accesso: 30 settembre 2020).

talità infantile⁶, segnala un'ottima performance dell'Italia, che si colloca oggi fra i paesi con i valori più bassi al mondo⁷. L'Italia mostra inoltre tassi di mortalità prevenibile⁸ tendenzialmente più bassi degli altri paesi UE e OMS: registra infatti percentuali ridotte di mortalità per cardiopatie ischemiche, tumore al polmone, incidenti, suicidi e malattie connesse al consumo di alcolici, in conseguenza di una diffusione più limitata dei fattori di rischio, la cui incidenza è inoltre andata calando negli ultimi decenni⁹.

A ciò vanno aggiunti i dati positivi relativi ai cosiddetti decessi per cause evitabili (o trattabili) che – come sottolineato anche nelle indagini comparative internazionali – segnalano l'efficacia dei trattamenti generalmente erogati dal sistema sanitario per patologie quali cardiopatie ischemiche, ictus e cancro colon-rettale (OMS 2019). Nonostante le falle emerse con evidenza durante la crisi da Coronavirus nel corso del 2020, i dati relativi alla bassa incidenza di ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche (come l'asma o il diabete) sono un indicatore indiretto del sostanziale buon funzionamento della rete delle cure primarie. Infine, i dati leggermente più elevati in Italia rispetto ad altri paesi UE sulla sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi dei pazienti oncologici suggeriscono la tendenziale tempestività ed efficacia delle cure erogate dal SSN per queste gravi patologie.

In un quadro complessivamente positivo sul piano degli *outcome* di salute, è tuttavia importante precisare che i dati appena evocati sono valori medi che, in molti casi, celano differenze – anche molto consistenti – su base territoriale. In altre parole, i principali indicatori relativi alle condizioni di salute della popolazione e ai servizi erogati dal SSN (loro appropriatezza e accessibilità) tendono a variare fra Regione e Regione, con quelle collocate nel Mezzogiorno in una posizione di sistematico svantaggio rispetto a quelle settentrionali. In linea con diversi altri lavori di *benchmarking*, l'ultima edizione del Rapporto curato

6. Su questo valore esercitano infatti un impatto la qualità dell'assistenza materno-infantile, oltre a fattori socioeconomici, culturali e ambientali.

7. Al dodicesimo posto nel 2019 con 2,7 morti entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi; cfr. database *World Development Indicators* della World Bank (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.IMRT.IN&country=>, ultimo accesso: 6 ottobre 2020).

8. Ovvero decessi che potrebbero perlopiù essere evitati grazie a interventi sanitari e di prevenzione primaria.

9. Cfr. OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, *Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE*, Parigi/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, OECD Publishing, Bruxelles, 2019.

annualmente da CREA Sanità¹⁰, adottando un approccio *multistakeholder* e multidimensionale (che guarda agli aspetti di equità, agli esiti di salute, all’appropriatezza nell’erogazione dell’assistenza, al grado di innovazione, all’equilibrio economico-finanziario), colloca ai primi posti per performance la Provincia autonoma di Trento, la Regione Toscana e la Provincia di Bolzano e agli ultimi posti Calabria, Campania e Sardegna.

A questi elementi di criticità si aggiungono le informazioni disponibili relative alla facilità di accesso a certe prestazioni e alla diffusione di alcuni fattori di rischio (destinati a produrre conseguenze negative sulla salute degli italiani nel medio-lungo periodo) cui, come anticipato, si accompagna l’assenza o la limitata presenza del SSN in aree di assistenza cruciali.

In merito all’effettivo accesso alle prestazioni, si fa qui in particolare riferimento da un lato alle barriere rappresentate per alcune prestazioni dai tempi delle liste di attesa, dall’altro all’incidenza della rinuncia alle cure fra gli strati più svantaggiati della popolazione. In assenza di una implementazione omogenea e tempestiva sul territorio nazionale delle disposizioni previste dal Piano Nazionale del Governo sulle Liste di Attesa (incluse quelle relative al loro monitoraggio¹¹), le fonti disponibili indicano che i lunghi tempi di attesa continuano a costituire una chiara “strettoia all’accesso alle cure” del Servizio Sanitario (in particolare, alla diagnostica e alle visite specialistiche), non sempre compatibile con le esigenze di assistenza della popolazione¹².

I dati Eurostat (EU-SILC) segnalano inoltre che in Italia – pur a fronte di una riduzione della frazione di cittadini che lamentano di essersi trovati costretti a rinunciare alle cure – permane un forte divario su base socio-economica nell’accesso alle cure, a evidenziare il netto svantaggio in cui si trovano le famiglie a più basso reddito: nel 2018 i cittadini italiani con almeno 16 anni che dichiaravano di non essere riusciti a soddisfare proprie esigenze mediche (per ragioni legate al costo delle prestazioni, alle liste di attesa o all’eccessiva distanza) erano il 4,8% nel quintile a più basso reddito contro lo 0,8% del quintile con maggiori disponibilità economiche.

10. CREA Sanità, *La misura della Performance dei SSR*, 7ª ed., Locorotondo editore, 2019.

11. Fondazione GIMBE, *Tempi di attesa: trasparenza di Regioni e Aziende sanitarie*, Bologna, maggio 2019.

12. Si vedano in proposito RBM-Censis, *VII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata*, Roma, 2017; Ermeneia, *Ospedali & Salute. Sedicesimo rapporto annuale 2018*, FrancoAngeli, Milano, 2019.

Al di là delle diverse stime in proposito, appare evidente che il fenomeno – che tende a concentrarsi nel campo delle visite specialistiche e delle cure dentarie – colpisce maggiormente le fasce più deboli della popolazione¹³.

Circa la crescente diffusione dei fattori di rischio fra la popolazione, fra i dati che destano maggiore preoccupazione vi sono quelli relativi alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità in età infantile, con un posizionamento negli ultimi anni dell'Italia stabilmente ai vertici delle graduatorie europee. L'eccesso ponderale fra i bambini riguarderebbe il 21,3% della popolazione di 8-9 anni cui va aggiunto il 9,3% in condizioni di obesità (compresi i coetanei gravemente obesi che da soli sono il 2,1%¹⁴). A riprova dell'importanza dei determinanti socioeconomici della salute, risulta inoltre evidente che l'Indice di Massa Corporea del bambino si associa allo stato ponderale dei genitori, al loro livello di istruzione e al reddito familiare¹⁵.

Da ultimo, l'assenza o l'inadeguatezza del Servizio Sanitario Nazionale è evidente in due macro-aree di intervento, relative, rispettivamente all'odontoiatria e alla *long term care* (LTC), cui si aggiungono le carenze osservabili in ambiti paramedici, quali l'assistenza infermieristica e fisioterapica, le protesi oculistiche e acustiche.

La prima è una storica debolezza del SSN italiano che – salvo circoscritte eccezioni a favore delle fasce più vulnerabili della popolazione – lascia ai singoli individui l'onere di finanziarsi eventuali interventi odontoiatrici. I dati Eurostat (EHIS) indicano che se nel 2018 in Italia a dichiarare bisogni odontoiatrici insoddisfatti è stato in totale il 2,8% della popolazione, la percentuale saliva al 5,7% tra chi contava su un reddito basso (primo quintile) a fronte dello 0,8% registrato tra i più ricchi (quinto quintile). Dati che richiamano ancora una volta l'attenzione sulle contraddizioni esistenti nel SSN rispetto all'impianto universalistico del sistema¹⁶.

13. MBS, *Rapporto sul bilancio di welfare delle famiglie italiane. Edizione 2019*, Roma, 2019.

14. P. Nardone, A. Spinelli, M. Buoncristiano, L. Lauria, D. Pierannunzio, D. Galeone (a cura di), *Il Sistema di sorveglianza OKKio alla SALUTE: risultati 2016*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2018 (https://www.iss.it/documents/20126/0/ONLINE_OKKIO_ALLA_SALUTE.pdf/b3ebd53c-7e4f-9da4-66ad-700629d9cf72?t=1582282171613, ultimo accesso: 20 settembre 2020).

15. *Ibidem*.

16. Nell'ambito dell'odontoiatria una risposta promettente e funzionante è venuta dallo strumento del convenzionamento che ha permesso di aggregare la domanda di prestazioni e di abbassare i costi permettendo un accesso agevolato (cfr. M. Cavazza, *Obiettivi e forme d'intervento per finanziare l'accesso alle prestazioni odontoiatriche in Italia*, in S. Maggi

Quanto al campo della non autosufficienza e della LTC, ciò che si osserva è la perdurante incapacità del SSN di operare in modo integrato con il sistema di assistenza sociale per offrire risposte tempestive e corrispondenti ai bisogni sanitari e sociosanitari che vanno manifestandosi con sempre maggiore frequenza nella popolazione italiana in conseguenza del progressivo invecchiamento che la caratterizza¹⁷.

Una delle stime più recenti – basata sull’incrocio dei dati Istat relativi alle condizioni di salute e di quelli Istat sugli ospiti dei presidi residenziali e relativa all’anno 2016 – attesta la popolazione anziana non autosufficiente in Italia ad oltre 2,9 milioni di persone¹⁸.

Le risposte offerte dal sistema pubblico a questa ampia platea di persone (cui vanno aggiunte le rispettive famiglie e *caregiver*) sono concordemente ritenute inadeguate dagli studi scientifici sul tema. A fronte di oltre 1,9 milioni di beneficiari della principale prestazione monetaria (l’Indennità di Accompagnamento, che assorbe circa il 46% dell’intera spesa pubblica per LTC), le altre prestazioni di carattere non sanitario (interventi socioassistenziali prevalentemente in natura, residenziale o semiresidenziale, erogati a livello locale) intercettano infatti frazioni esigue della popolazione in condizioni di non autosufficienza. Un incrocio fra le stime della platea di anziani non autosufficienti e dei servizi disponibili permette di concludere che il tasso di copertura pubblica si attesterebbe nel 2016 ad appena il 37% per i servizi sociosanitari (residenziali e domiciliari) e al 14,3% per quelli sociali, oltretutto con livelli di intensità assistenziale nel complesso molto bassi¹⁹.

e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive della mutualità nel sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna, 2015, pp. 202-215); uno strumento a cui sono ricorse anche le mutue sanitarie.

17. Nel 2019 la speranza di vita alla nascita era pari a 83 anni (85,3 per le donne e 81 per gli uomini). Nel 2018 la speranza di vita in buona salute alla nascita si fermava però a 58,5 anni, mentre l’aspettativa di vita senza limitazioni a 65 anni era pari a 9,5 anni (la media UE è 10,2, compresa fra i 15,7 anni misurati in Svezia e i 4,4 della Repubblica Slovacca). Si prevede inoltre che nel 2050 la quota delle persone con 65 anni o più sul totale della popolazione, attualmente al 22,8% (1° gennaio 2019), sfiorerà il 34% e quella degli over 85, oggi intorno al 3,5%, supererà la quota del 7%; l’indice demografico di dipendenza strutturale, oggi al 56,3% (2019), arriverà all’85%, mentre quello di dipendenza degli anziani, attualmente pari al 35,7%, crescerà fino al 63% (fonte: database Istat; GeoDemo Istat; Eurostat hlth hlye).

18. G. Fosti e E. Notarnicola (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*, 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano, 2019.

19. G. Fosti e E. Notarnicola (a cura di), *Il futuro del settore LTC...*, cit.

1.1.3. Il finanziamento

Critica appare infine la dimensione relativa ai dati di spesa. Prendendo in esame solo la spesa pubblica e misurandola in percentuale del prodotto interno lordo, l'Italia si colloca infatti tra gli ultimi posti nell'Unione Europea, con una spesa sanitaria pubblica che nel 2017 si attestava ad appena il 6,4% della ricchezza nazionale prodotta (database Eurostat): il terzo dato più basso fra i grandi paesi (dopo la Spagna: 6,1%, e la Polonia: 4,5%), piuttosto distante dalla media UE 28 (7,9%) e, soprattutto, dalla spesa registrata in Regno Unito, Francia e Germania, che nel 2017 hanno destinato alla sanità rispettivamente l'8,5%, il 9,1% e il 10% della propria ricchezza nazionale.

Inoltre, se negli ultimi due decenni nei paesi dell'Europa continentale e nordica si è assistito a una dinamica tendenzialmente espansiva della spesa sanitaria, dopo il primo decennio degli anni 2000 nei *welfare state* dell'Europa meridionale (Italia inclusa) si è realizzata una contrazione delle risorse pubbliche destinate alla tutela della salute in rapporto al PIL²⁰.

Un quadro d'insieme simile si ottiene se si considera la spesa sanitaria *pro capite* a parità di potere d'acquisto: se la Germania nel 2017 spendeva in media oltre 3.770 euro per ogni cittadino, la Francia 2.915 e il Regno Unito 2.587, il SSN italiano si limitava a destinarne la metà del sistema tedesco (appena 1.817 euro), dato in leggera risalita rispetto a quelli registrati nei cinque anni precedenti, ma comunque ancora inferiore a quello osservato nel 2008 (quasi 1.830 euro).

Quello che appare a tutti gli effetti come un sottofinanziamento del sistema sanitario – che probabilmente la crisi pandemica e il conseguente allentamento delle regole europee sui bilanci pubblici contribuiranno a contrastare – può essere letto come una delle manifestazioni di lungo periodo della cosiddetta “distorsione funzionale” che caratterizza storicamente il *welfare state* italiano: un sistema che ha privilegiato la protezione del rischio “vecchiaia” (inteso essenzialmente come perdita del reddito in età avanzata) a scapito di tutti gli altri ambiti di intervento sociale, determinando una vera e propria ipertrofia delle politiche previdenziali, che continuano a sottrarre risorse anche al settore sani-

20. In termini reali, infatti, tra il 2010 e il 2017 la spesa pubblica destinata alla sanità è cresciuta in media di appena lo 0,2% all'anno (cfr. OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, *Italia: Profilo della sanità 2019...*, cit.): trattandosi di un tasso di crescita ancora più modesto di quello conosciuto dal PIL nello stesso periodo, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica, che nel 2010 rappresentava il 7% della ricchezza nazionale, è andata riducendosi.

tario, soprattutto in una fase dominata almeno fino all'irrompere della pandemia da Coronavirus, dall'imperativo del contenimento della spesa pubblica²¹.

1.2. La sanità privata in Italia: le risorse, gli schemi e gli attori

Un sistema sanitario deve tuttavia essere esaminato nella sua interezza, considerando dunque anche la spesa privata che, in forma individuale o collettiva, diretta o intermediata, i cittadini, le imprese e altre organizzazioni destinano alla salute in aggiunta alle risorse pubbliche.

1.2.1. Le risorse

Il database OCSE segnala che in Italia alla ridotta crescita dell'impegno finanziario pubblico sul terreno della sanità nell'ultimo decennio è corrisposto un leggero, ma costante incremento della spesa sanitaria privata, che ha contribuito a mantenere l'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sostanzialmente stabile rispetto al PIL, ovvero intorno all'8,8% della ricchezza prodotta (database OCSE). Un dato che tuttavia colloca ancora una volta l'Italia dopo Francia, Germania e Regno Unito, ma anche dopo il sistema iberico, che – a differenza dell'Italia – conta su una quota maggiore di spesa privata. Ma a quanto ammonta la spesa sanitaria privata? Le stime disponibili per il 2018 indicano che la spesa sanitaria privata in Italia – intermediata e a carico diretto delle famiglie, che si aggiunge agli oltre 113 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale – si aggira intorno ai 40 miliardi di euro, per un esborso medio *pro capite* annuo pari a circa 660 euro²².

21. Sulle distorsioni del *welfare state* italiano si rinvia a M. Ferrera (a cura di), *Le politiche sociali*, 3ª ed., il Mulino, Bologna, 2019.

22. Per una disamina dei possibili parametri alternativi per misurare l'ammontare della spesa sanitaria privata in Italia si rimanda a M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea, Milano, 2019, pp. 221-274. Si aggiunga che nella spesa privata andrebbero inoltre conteggiate le risorse mobilitate dalle famiglie che – tramite pratiche di “*welfare* fai-da-te” – si trovano costrette a farsi (quasi) totalmente carico dell'onere organizzativo ed economico dell'assistenza alle persone non autosufficienti del proprio nucleo. Secondo una stima condotta da Itinerari Previdenziali la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie per la non autosufficienza ammonterebbe a circa 9 miliardi di euro, comprensivi anche dei premi versati per poliz-

Come sottolineato in numerose analisi che comparano il sistema sanitario italiano con quelli di altri paesi, ciò che più colpisce nella composizione della spesa destinata alla salute in Italia non è tanto la quota di spesa privata sul totale (circa il 26%), quanto l'incidenza sulla quota privata della spesa cosiddetta *out-of-pocket* (OOP), ovvero quella sostenuta direttamente sul mercato dagli individui e dalle famiglie, ricorrendo ai propri redditi e/o ai propri risparmi, senza alcuna forma di intermediazione come quella realizzata da un soggetto terzo quale un fondo, un'assicurazione o una società di mutuo soccorso. In Italia, infatti, il 90% della spesa sanitaria privata è *out-of-pocket*: nel 2018, dei 660 euro di spesa privata *pro capite*, 591 sono stati sostenuti direttamente dai pazienti, mentre soltanto 69 euro rappresentano la spesa intermediata da fondi e assicurazioni²³.

La quota di spesa diretta a carico delle famiglie può essere presa come buon indicatore del grado di equità di un sistema sanitario: tanto minore è questa quota, tanto più equo è il sistema, e viceversa. La spesa diretta per beni e servizi sanitari tende, infatti, a produrre effetti distributivi regressivi: in assenza di un meccanismo di intermediazione, questa spesa peserà di più su chi ritiene di avere maggiore bisogno di assistenza (presumibilmente, su chi è più malato) e su chi ha minori disponibilità economiche, che dovrà ricorrere al proprio reddito, ai propri risparmi o all'attivazione di un prestito. Preoccupa dunque che l'Italia si collochi, nel quadro europeo, in testa alla graduatoria dei paesi in cui l'incidenza di questa forma di spesa è più alta. Un ulteriore dato che si pone in netta contrapposizione con la vocazione universalistica del SSN.

Quanto alla destinazione, le analisi disponibili²⁴ convergono – anche se con stime dei valori assoluti piuttosto diverse – nel descrivere come prima voce della spesa privata – *out-of-pocket* e intermediata – l'acquisto

ze individuali dedicate alla LTC sotto forma di rendita (Ramo IV-Malattia) di consistenza, peraltro molto esigua (circa 90 milioni di euro nel 2017; cfr. Itinerari Previdenziali, *Quarto Rapporto su Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2015*, Roma, 2016). Stime più recenti quantificano invece la spesa delle famiglie per l'assistenza ad anziani (ma anche ad altri familiari bisognosi di aiuto) in 27,9 miliardi nel 2018, equivalente a una spesa media annua per famiglia utilizzatrice superiore a 13.300 euro (cfr. MBS, *Rapporto sul bilancio di welfare...*, cit.).

23. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità* in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.

24. Cfr. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.; RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata*, Roma, 2018.

di farmaci (la cui domanda tende a essere anelastica al reddito), seguita dalle cure dentarie (che invece si comportano come beni di lusso²⁵), dalle visite specialistiche e dalla diagnostica; appaiono invece marginali i servizi di assistenza ospedaliera, appannaggio principale della spesa pubblica.

1.2.2. Gli schemi e gli attori

Quali sono i soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata? E quali quote del mercato controllano?

In Italia la spesa sanitaria privata può essere intermediata da un lato da polizze assicurative individuali e collettive (che non godono di agevolazioni fiscali, tranne che per le coperture LTC), dall'altro da fondi sanitari integrativi (FSI) e società di mutuo soccorso (SMS), soggetti *non profit* cui invece la normativa riconosce un favore fiscale.

I contributi versati dagli iscritti ai fondi sanitari integrativi e dagli aderenti a enti, casse e SMS che abbiano esclusivo scopo assistenziale (“fondi chiusi”) sono infatti deducibili fino a 3.615,20 euro, a condizione che l’adesione avvenga per effetto di contratto o regolamento aziendale e che l’ente sia iscritto all’Anagrafe dei fondi (presso il Ministero della Salute); per iscriversi all’Anagrafe, l’ente deve garantire che almeno il 20% dell’ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti riguardi ambiti effettivamente integrativi del SSN (cosiddetti “ambiti extra LEA”): la non autosufficienza, le cure odontoiatriche e le prestazioni sociosanitarie assistenziali²⁶.

La tabella 1 schematizza alcune caratteristiche-chiave dei soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata in Italia (i cosiddetti “terzi paganti”). Va tuttavia aggiunto che esistono legami (sempre più) stretti tra fondi sanitari (*non profit*) e compagnie assicurative (*profit*): se nel 2013 quasi la metà dei FSI affidava attraverso convenzione la gestione a una o più compagnie di assicurazione *profit*, metà circa operava in au-

25. M. Del Vecchio, L. Fenech, L.M. Preti e V. Rappini, *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019...*, cit.

26. Come definito prima dal cosiddetto “decreto Turco” (d.m. 31 marzo 2008), poi dal “decreto Sacconi” (d.m. 27 ottobre 2009). Secondo i dati riportati dal Ministero della Salute (2019) e relativi all’anno fiscale 2016, il rapporto tra le risorse erogate per tutte le prestazioni e quelle erogate per le sole prestazioni extra LEA è stato pari al 39% circa, quindi quasi doppio di quello imposto dalla legge.

togestione, e un numero esiguo ricorreva a una forma ibrida di autoassicurazione e polizza²⁷, nel 2017 quasi l'85% dei fondi risultava gestito da assicurazioni²⁸.

Tab. 1 – I soggetti che intermediano la spesa sanitaria privata in Italia: caratteristiche-chiave

	<i>Polizze assicurative</i>	<i>Piani sanitari mutualistici</i>	<i>Fondi iscritti all'Anagrafe</i>
<i>Iscrizione</i>	Volontaria, su base individuale	Volontaria, su base individuale	Obbligatoria o volontaria, su base collettiva
<i>Selezione del rischio</i>	Ammessa	Non praticata	Non ammessa
<i>Finanziamento</i>	Calcolato in funzione del rischio dell'assicurato (premio)	Calcolato in funzione del rischio medio (quota associativa)	Calcolato in funzione del rischio medio (contributo)
<i>Scopo di lucro</i>	Sì	No	No
<i>Vincolo del 20% minimo di spesa in ambiti extra LEA</i>	No	No	Sì
<i>Agevolazioni fiscali</i>	Non prevista la detraibilità del premio, tranne che per le polizze LTC, cui è riconosciuta una detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro	La quota associativa è detraibile dalle imposte per il 19% fino a un massimo di 1.300 euro	La contribuzione è deducibile dalle imposte fino a un massimo di 3.615,20 euro annui, a condizione che l'adesione avvenga per effetto di contratto o regolamento aziendale

Fonte: elaborazione degli autori.

27. Cfr. ANIA, *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, Position Paper, maggio 2015 Roma (<http://129.35.116.157/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf>); ultimo accesso 20 novembre 2020) e I. Mastrobuono, *Lo stato attuale dei fondi sanitari integrativi: alcune precisazioni*, in "Quotidianosanità.it", 3 febbraio 2019 (https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=70598); ultimo accesso: 20 novembre 2020).

28. Cfr. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis...*, cit., p. 43.

Secondo i dati ufficiali diffusi dal Ministero della Salute²⁹, nel 2017 i fondi (enti, casse e SMS) iscritti all'Anagrafe erano in totale 322, in crescita rispetto ai 267 registrati nel 2010. Nello specifico il numero delle SMS incluse nell'Anagrafe è più che raddoppiato in questo arco temporale (da 20 a 42), pur continuando a costituire una frazione esigua del totale dei fondi (il 13%).

Parallelamente all'aumento del numero dei fondi, negli ultimi anni è andata crescendo la platea di aderenti: se nel 2014 era pari a 6,9 milioni, nel 2017 si aggirava intorno ai 10,6 milioni di persone³⁰. Se si considerano anche gli aderenti al fondo degli artigiani, a quello dei metalmeccanici e i dipendenti di molte istituzioni pubbliche che sono stati inseriti in contratti di assistenza integrativa oltreché quelli che godono della copertura di una polizza individuale, è plausibile stimare la popolazione attualmente coperta in circa 13 milioni di persone, ovvero poco più di un quinto della popolazione italiana³¹.

Di questi, soci e assistiti dalle SMS aderenti alla Federazione Italiana Mutualità Volontaria (FIMIV) sono 953.000, ovvero circa il 7,3% del totale³². Dei 5,8 miliardi di euro di spesa intermedia in Italia, le SMS ne intercettano 220 milioni, pari a circa il 3,8%³³.

Benché la quota di popolazione complessivamente raggiunta – da fondi e SMS – risulti nel complesso ancora modesta, i dati presentati segnalano una significativa dinamica di crescita, certamente incentivata dalle novità normative introdotte per favorire lo sviluppo del cosiddetto “*welfare aziendale*”, in parte colte anche dal mondo della mutualità.

Tali novità hanno inteso fungere da stimolo alla diffusione del *welfare* per via contrattuale o negoziale: rimuovendo il vincolo della unilateralità dell'intervento prima previsto quale condizione per il godimento dei vantaggi fiscali, le modifiche introdotte consentono infatti oggi di prevedere per via negoziale tutto il novero delle prestazioni di *welfare aziendale* individuate dalla legislazione di riferimento (il Testo unico delle imposte

29. Ministero della Salute, *Reporting System. Anagrafe Fondi Sanitari – Fondi attestati anno 2017*, Roma, 2019.

30. Ministero della Salute, *Reporting System...*, cit.

31. Cfr. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit. e I. Mastrobuono, *Lo stato attuale dei fondi...*, cit.

32. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana. Rapporto di missione*, Roma, 2019 (http://www.fimiv.it/wp-content/uploads/2018/07/report_fimiv_WEB-1.pdf, ultimo accesso 17 novembre 2020); RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit.

33. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia. Un modello di welfare generativo*, 2019 (<http://www.impresasociale.net/>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

sui redditi) e, in caso di negoziazione dell'intervento, fa venire meno i limiti di deducibilità altrimenti previsti per l'impresa³⁴.

In questo nuovo contesto anche le SMS possono giocare un ruolo rilevante³⁵. Da un lato, infatti, le società di mutuo soccorso – riconosciute dalla legge come fonti istitutive e gestori di fondi sanitari integrativi – possono trovare nuove occasioni di crescita in campo strettamente sanitario. Dall'altro, come dimostrano le iniziative assunte dalla Mutua Cesare Pozzo (che ha costituito l'impresa sociale *Welf@reIN* per allargare la propria offerta a istruzione ed educazione, assistenza sociale, ricreazione, assistenza sanitaria o di culto, cura della famiglia, assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti) e da *Insieme Salute* di Milano (che ha dato vita a una Cassa mutualistica interaziendale alla quale partecipano anche la Società Mutua Assistenza di Modena e la Società Mutua Pinerolese),

34. Si vedano F. Maino e F. Razetti, *Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi*, Giappichelli, Torino, 2019; E. Barazzetta e V. Santoni, *Welfare aziendale e contrattazione: sfide e opportunità per le parti sociali*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2019*, Giappichelli, Torino, 2019, pp. 93-118; F. Razetti e V. Santoni, *Il mercato del welfare aziendale: l'intermediazione e il ruolo dei provider*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia...*, cit., pp. 119-152. Con l'espressione "welfare aziendale" si fa riferimento a diverse forme di protezione sociale di cui possono beneficiare gli individui in ragione della loro condizione lavorativa, grazie a interventi che l'impresa destina ai dipendenti, per migliorarne la vita lavorativa e privata, di propria iniziativa o tramite accordo con i sindacati. Le principali novità normative sono state introdotte con le Leggi di Stabilità 2016, 2017 e 2018. In particolare, la Legge di Stabilità 2016 ha esteso gli ambiti di *welfare* oggetto di agevolazioni fiscali, aggiungendo al comma 2 dell'art. 51 del Testo unico delle imposte sui redditi - TUIR (che fissa ciò che non concorre a formare reddito da lavoro dipendente) le nuove lettere *f-bis* (servizi per l'infanzia) e *f-ter* (servizi per familiari non autosufficienti anziani oppure con disabilità); ha aggiunto allo stesso articolo del TUIR il comma 3-*bis*, che prevede che l'erogazione di beni, prestazioni, opere e servizi da parte del datore di lavoro può avvenire mediante il sistema dei cosiddetti *voucher*. La Legge di Stabilità del 2017 ha poi introdotto la lettera *f-quater* per includere i contributi e i premi versati dal datore di lavoro per le polizze LTC (non autosufficienza) e *dread disease* (gravi malattie) attivate a favore dei dipendenti. Queste modifiche sono state accompagnate da quelle apportate dalla Legge di Stabilità 2016 all'articolo 100 del TUIR, che elenca le finalità socialmente utili, che non solo non concorrono a determinare il reddito del dipendente, ma sono parzialmente deducibili in capo al datore di lavoro. Ultimo tassello del disegno riformatore è stata la revisione della normativa che regola il premio di risultato (PdR) e la possibilità, per il lavoratore, di convertire una parte o la sua totalità del suo valore in un budget da spendere in beni e servizi di "welfare", godendo in tal modo delle agevolazioni fiscali previste dal TUIR. La principale novità della Legge di Bilancio del 2018 ha riguardato l'inclusione del trasporto pubblico. Infine, va ricordato che con il recente "decreto Agosto" (d.l. 14 agosto 2020, n. 104), il Governo ha stabilito la possibilità di raddoppiare il limite destinato ai *voucher welfare*, che possono essere spesi presso attività commerciali e fornitori di servizi convenzionati.

35. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

il *welfare* aziendale può essere un'occasione per allargare e rinnovare la gamma di servizi che le SMS mettono a disposizione, interloquendo anche con il mondo *profit*.

1.3. Luci e ombre della sanità integrativa

La letteratura sulla sanità integrativa ha messo in luce da tempo vantaggi e rischi che accompagnano lo sviluppo di schemi organizzativi e finanziari diversi da quello pubblico, all'interno di un dibattito che si è in parte rianimato in occasione degli interventi normativi appena richiamati³⁶.

Granaglia, ad esempio, illustra una serie di argomentazioni che – sia sul piano dell'equità sia su quello dell'efficienza del sistema – possono giustificare un sostegno allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi³⁷.

In merito all'equità i possibili vantaggi derivanti dai fondi integrativi riguarderebbero i seguenti aspetti:

- in un quadro di finanza pubblica caratterizzato da forti ristrettezze (come quello italiano), forme miste di finanziamento (pubblico e privato), permetterebbero di evitare tagli espliciti o impliciti delle prestazioni e di assicurare a molti cittadini l'accesso a servizi cui altrimenti dovrebbero rinunciare;
- il costo per lo Stato sarebbe quello dell'agevolazione fiscale, quindi più contenuto del costo pieno della prestazione;
- la non selezione del rischio imposta ai “fondi chiusi” dalla normativa (cfr. Tab. 1) consentirebbe inoltre di distribuire i vantaggi della copertura a favore dei soggetti più deboli;

36. Si vedano in particolare F. Pammolli e N.C. Salerno, *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*, Nota 3-2008, CERM; E. Pavolini, S. Neri, S. Cecconi, I. Fioretti, *L'esperienza dei fondi sanitari in Italia tra luci e ombre*, Paper per la Conferenza Espanet “Risposte alla crisi. Esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa”, Roma, 20-22 settembre 2012; E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici*, in “Astrid online”, 26 gennaio 2010 (disponibile in: http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/Gran/Granaglia_fondi-integrativi_26_01_10.pdf, ultimo accesso: 5 settembre 2020); E. Granaglia, *Il welfare aziendale e la sanità complementare: alcuni costi nascosti*, in “la Rivista delle Politiche Sociali – RPS”, n. 2, 2017, pp. 37-45; M. Arlotti, U. Ascoli e E. Pavolini, *Fondi sanitari e policy drift: una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?*, in “la Rivista delle Politiche Sociali – RPS”, n. 2, 2017, pp. 77-92.

37. Si veda in particolare E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi...*, cit; E. Granaglia, *Il welfare aziendale...*, cit.; cfr. anche F. Pammolli e N.C. Salerno, *Il pilastro complementare...*, cit.

- il (co)finanziamento della contribuzione da parte datoriale favorirebbe una responsabilizzazione delle imprese sul terreno della salute quale investimento che produce ritorni anche in termini di produttività;
- l'ampliamento della gamma di scelte possibili per il lavoratore nell'acquisto di prestazioni coerenti con la crescente esigenza di personalizzazione delle cure favorirebbe un processo di *empowerment* dei pazienti.

Sul piano dell'efficienza, ulteriori ragionamenti a supporto della sanità integrativa si collegano invece a questi elementi:

- come visto, intermediando la spesa e ripartendo e socializzando il rischio fra gli assicurati, i fondi sanitari permetterebbero di ridurre la spesa non intermediata;
- si innescherebbe inoltre una proficua competizione fra i fondi e fra i fornitori dei fondi, incentivati a migliorare il rapporto prezzo/qualità della propria offerta e quindi a soddisfare meglio la domanda degli utenti.

Allo stesso tempo, alcuni nodi critici richiamano l'attenzione su una serie di rischi legati allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi. Sul piano degli effetti equitativi Granaglia sottolinea in particolare³⁸:

- la necessità di un forte sostegno pubblico allo sviluppo dei FSI dovuto allo scarso incentivo per soggetti che operano sul mercato a offrire interventi sanitari – come l'odontoiatria e l'assistenza in caso di non autosufficienza – certi (si pensi all'igiene orale) e/o molto onerosi (la LTC), quindi difficilmente sostenibili sul piano finanziario in assenza di massimali alti, limiti anagrafici all'accesso degli aderenti o di obbligo assicurativo³⁹;
- la probabilità che il sostegno pubblico necessario si realizzi sotto forma di agevolazioni fiscali, ovvero di una *tax expenditure* a carico dell'intera collettività e a tutela di un numero ristretto di soggetti, per-

38. Si rinvia nuovamente a E. Granaglia, *I fondi sanitari integrativi...*, cit. ed E. Granaglia, *Il welfare aziendale...*, cit.

39. In effetti, a parere di molti sono necessari cambiamenti profondi nell'offerta pubblica di servizi di LTC affinché gli altri attori, come le SMS, possano offrire un contributo integrativo senza ridursi a essere stampella di un sistema carente e insufficiente (cfr. F. Longo, *Obiettivi e forme di intervento mutualistiche e assicurative in ambito di long term care*, in S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit., pp. 219-232).

lopiù relativamente già avvantaggiati dal punto di vista occupazionale (lavoratori dipendenti) e reddituale (dalle agevolazioni sono infatti esclusi gli incapienti);

- la creazione di pesanti disuguaglianze nelle forme di tutela sanitaria, collegando di fatto l'accesso alle cure all'accesso al mercato del lavoro, e spingendo in direzione dello sviluppo di un *welfare* sanitario pubblico selettivo (e povero) per i più svantaggiati;
- la crescita dei fondi a vantaggio di alcuni gruppi determinerebbe l'allontanamento di questi dall'adesione all'impianto valoriale universalistico del SSN, rischiando di minare – per le resistenze dei gruppi più tutelati – possibili politiche universalistiche in campi cruciali come la non autosufficienza.

Infine, possibili conseguenze non auspicabili potrebbero registrarsi anche sotto il profilo dell'efficienza:

- l'efficientamento scatenato dalla competizione rischierebbe infatti di scontrarsi con l'esistenza di forti "asimmetrie informative"⁴⁰, e da una effettiva ridotta libertà di scelta degli iscritti (nei fondi chiusi le scelte sono di fatto operate dalle parti e all'aumentare del passaggio tra fondi aumenta il rischio di non copertura); in particolare, la presenza in sanità di asimmetrie informative tra paziente e produttore, a vantaggio del secondo, suggerirebbero l'opportunità di preferire soggetti *non profit* a quelli *profit*⁴¹;
- la frammentazione dei fondi comporterebbe un aumento e non una riduzione dei costi amministrativi⁴².

40. Quando si considerano i consumi sanitari si tende a riconoscere l'importanza dell'asimmetria informativa che intercorre tra erogatori della prestazione sanitaria (i medici) e gli acquirenti (i pazienti): generalmente, infatti, il paziente non dispone della competenza tecnica per capire se il "bene sanità" che acquista su indicazione del medico e della struttura sanitaria a cui si è rivolto sia realmente utile. È questo uno dei motivi che porta gli osservatori più critici della sanità integrativa a mettere in guardia dai rischi di forme di consumismo sanitario "indotto".

41. Tenendo però conto che, come fatto notare da molti osservatori, la normativa attualmente vigente in Italia, offre di fatto gli stessi benefici fiscali ai fondi sanitari autogestiti e non ri-assicurati (che erogano quasi esclusivamente prestazioni integrative del SSN) e a quelli ri-assicurati e gestiti da compagnie assicurative (che erogano prevalentemente prestazioni sostitutive); cfr. Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, Bologna, gennaio 2019, www.gimbe.org/sanita-integrativa, ultimo accesso: 6 ottobre 2020).

42. Si veda anche Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, cit., in cui si arriva a stimare che, tra costi amministrativi, mantenimento del fondo di garanzia (o oneri di riassicurazione) ed eventuali utili delle compagnie assicurative, una percentuale compresa fra il 40 e il 50% dei premi versati non può tradursi in servizi per gli iscritti.

Relativamente al contesto italiano, una delle voci più critiche è quella della Fondazione GIMBE, secondo la quale la sanità integrativa sarebbe

progressivamente diventata sostitutiva, permettendo all'intermediazione finanziaria e assicurativa di utilizzare detrazioni fiscali per incrementare i profitti, aumentando iniquità e diseguaglianze, oltre che di alimentare il consumismo sanitario e la medicalizzazione della società incrementando i rischi per la salute delle persone⁴³.

In merito ai rischi di consumismo sanitario evocati in questa citazione, le critiche si indirizzano in particolare ai piani di diagnostica preventiva frequentemente offerti dai fondi: pacchetti che – utile strumento di *marketing* e fonte di *business* per il settore sanitario – rischierebbero in realtà di far emergere soprattutto malattie che non si sarebbero mai manifestate, generando a cascata accertamenti e interventi, spesso dannosi per la salute stessa, e tendenzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale⁴⁴. In altre parole, i fondi rischierebbero di agire quali induttori di prestazioni inappropriate, finendo così per aumentare la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento. Potendo utilizzare a proprio vantaggio l'asimmetria informativa medico-paziente, gli operatori della sanità privata tenderebbero a enfatizzare i benefici (per i pazienti) di interventi – come quelli inclusi dentro i pacchetti di diagnostica preventiva – che in realtà finirebbero per produrre benefici maggiori per chi eroga il servizio (spesso di costo contenuto, ma in grado di intercettare e fidelizzare masse potenzialmente ampie di clientela) che per chi lo riceve. In questo modo, l'effetto finale sarebbe una “medicalizzazione” della società, con conseguenze in termini di maggiori trattamenti e quindi maggiore spesa sanitaria, perlopiù a carico delle finanze pubbliche⁴⁵.

43. Fondazione GIMBE, *La sanità integrativa*, cit., p. 2.

44. R. Satolli, *Dagli amici del SSN mi guardi Iddio*, in *www.scienzainrete.it*, 5 aprile 2018.

45. Uno dei meccanismi che consente questo spostamento – dal settore privato a quello pubblico – dei costi legati al consumismo sanitario è noto come “referaggio inverso”. Questo permette ai singoli cittadini di “aggirare” nei fatti la funzione di filtro che dovrebbe esercitare il medico di base rispetto all'accesso dei pazienti alle cure specialistiche. Se nel nostro Servizio Sanitario Nazionale il percorso standard prevede infatti che ci si rivolga allo specialista solo su indicazione del medico di base, non è raro che i pazienti – anche (ma non solo) grazie alle opportunità messe a loro disposizione dalla sanità integrativa – seguano il percorso in direzione opposta: in altre parole, prima consultano lo specialista o eseguono test di diagnostica, poi consultano il medico di base per farsi prescrivere quanto già consigliato dello specialista. Poiché non sempre queste prestazioni specialistiche sono incluse (o pienamente coperte) dalle formule di sanità integrativa, per il paziente risulta vantaggioso “rientrare” nel circuito pubblico del SSN, che finisce così per sostenerne i costi.

Quanto ai rischi di sostituzione o duplicazione della sanità pubblica da parte di quella privata (sussidiata tramite *tax expenditure*), alcuni osservatori evidenziano che – se l’obiettivo è quello dell’efficienza economica complessiva e in certa misura dell’equità del sistema – il disegno per far convivere sanità pubblica e privata dovrebbe riconoscere a quest’ultima una funzione essenzialmente complementare, cioè relativa alla fornitura di beni e servizi non contemplati nella copertura pubblica; in caso di duplicazione delle prestazioni, infatti, lo scenario più probabile sarebbe quello di un aumento dei consumi e della spesa sanitaria totale, privata e pubblica⁴⁶.

Ad oggi, i (pochi) dati diffusi dall’Anagrafe dei Fondi Sanitari segnalano che, nell’anno fiscale 2016, i fondi hanno destinato circa il 39% delle risorse erogate ai cosiddetti settori “extra LEA” (non autosufficienza, cure odontoiatriche e prestazioni sociosanitarie assistenziali). Se ciò significa che hanno garantito una quota quasi doppia rispetto a quella imposta come minima dalla normativa vigente (20%), va anche precisato che il dettaglio delle prestazioni collocate sotto queste macro-etichette non è accessibile: in altre parole, è probabile che nella categoria “cure odontoiatriche” ricadano prevalentemente interventi di prevenzione, e siano invece largamente escluse forme di cura e riabilitazione.

Queste considerazioni ci portano a sottolineare che la scarsa trasparenza che ha contraddistinto sino ad oggi lo sviluppo del settore della sanità integrativa in Italia impedisce di procedere a una valutazione complessiva dei *pro* e dei *contro*, dei nodi problematici individuati dagli studi scientifici in base a quanto osservato anche in altri contesti nazionali. L’assenza di un’authority di vigilanza incaricata di documentare con cadenza regolare l’evoluzione di questo settore del *welfare non pubblico* (a differenza di quanto avviene nel campo della previdenza complementare grazie all’attività della COVIP), unito alla non accessibilità dei dati contenuti nell’Anagrafe dei Fondi gestita dal Ministero della Salute, riducono gli elementi di conoscenza indispensabili per procedere in questo esercizio.

Inoltre, un’analisi completa della questione dovrebbe prestare attenzione anche a ulteriori elementi, spesso poco considerati nel dibattito

46. A. Piperno, *La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*, giugno 2017 (https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editorice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC).

pubblico e accademico. Oltre ai benefici diretti prodotti per gli assicurati, infatti, andrebbe prestata attenzione anche ai benefici indiretti – le esternalità positive – derivanti dalla sanità integrativa, che potrebbe essere un terreno favorevole alla creazione di nuovo reddito e occupazione, anche grazie all’attivazione di canali di fornitura delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel mondo della cooperazione. È in altre parole possibile che i vantaggi in termini di nuovo gettito ed emersione del sommerso compensino le *tax expenditure* a carico della collettività. Infine, non va sottovalutato che la maggiore flessibilità organizzativa di cui può avvalersi la sanità integrativa potrebbe costituire la premessa per avviare sperimentazioni e innovazioni, ad esempio sul piano gestionale successivamente replicabili nel settore pubblico.

Si tratta di questioni centrali alla luce delle dinamiche di crescita in corso e rispetto alle quali anche il mondo del mutualismo non può farsi trovare impreparato; anzi per affrontarle dovrebbe fare leva su alcuni dei propri tratti distintivi, illustrati nella prossima sezione.

2. Le specificità delle SMS

Come evidenziato, negli ultimi decenni in Italia la domanda di prestazioni sanitarie è aumentata in modo continuativo, a causa dei cambiamenti socioculturali ed economici, quali l’allungamento dell’aspettativa di vita, la diffusione di nuove patologie croniche, l’aumento di persone in stato di non autosufficienza, la trasformazione dei nuclei familiari, insieme a una maggiore consapevolezza della necessità di preservare la propria salute.

Queste nuove esigenze dei cittadini italiani non hanno sempre trovato effettivo riscontro nell’offerta del Servizio Sanitario Nazionale, sia per assenza o carenza di prestazioni in alcune specialità mediche, sia per i lunghi tempi di attesa⁴⁷. In questo quadro il tema del mutualismo è tornato di attualità.

47. M. Lippi Bruni, S. Rago, C. Ugolini, *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative. Le società di mutuo soccorso nella costruzione del nuovo welfare di comunità*, il Mulino, Bologna, 2013; B. Payra, *La mutualità di territorio: le società di mutuo soccorso nella sanità integrativa*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2015, pp. 111-140 (https://www.secondowelfare.it/edt/file/Versione_integrale_2R2W.pdf); S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit.

2.1. Dalle origini ad oggi

In Italia le società di mutuo soccorso (SMS) nascono a metà Ottocento quale risposta organizzata della classe operaia al verificarsi di situazioni di difficoltà dei singoli come malattia, incidenti, morte dei parenti⁴⁸. La mutualità volontaria è stata in Italia e in Europa una delle prime forme di associazione – anti-elitaria, libera da controlli statali, autogestita – delle classi lavoratrici italiane⁴⁹. Una legge promulgata nel 1886 (n. 3818 del 15 aprile 1886), e tuttora in vigore, attribuisce a queste organizzazioni una personalità giuridica e ne definisce gli ambiti di intervento.

L'età dell'oro del mutualismo è stata la seconda metà dell'Ottocento e i primi anni del Novecento; successivamente per molti decenni le SMS sono divenute marginali lasciando spazio alle grandi organizzazioni di massa (partiti, sindacati, Pubblica Amministrazione). Il “fiume carsico” del mutualismo è riemerso dopo un lungo periodo che va dalla repressione del Fascismo fino alla fine del trentennio di crescita economica e di ampliamento dello stato sociale che va dal 1945 al 1973, i cosiddetti “Trenta gloriosi”.

Dopo l'istituzione del SSN (1978), le SMS hanno infatti mantenuto la possibilità di continuare le proprie attività integrando l'offerta pubblica dei servizi prevista dalla legge n. 833/1978. Le varie forme di sanità integrativa, dunque, non scomparvero con l'avvento del SSN e nel 1988 un'indagine conoscitiva censì 200 tra mutue e fondi integrativi⁵⁰. Oggi il richiamo al mutualismo storico ricongiunge le storiche società di mutuo soccorso, le mutue – obbligatorie e para pubbliche – nate sotto il Fascismo e poi sopresse nel 1978 e le nuove forme di mutualismo.

Le mutue, in Italia e in Europa, sia che operino a pieno titolo nel sistema sanitario nazionale (è, ad esempio, il caso della Francia) o siano complementari, si distinguono dalle assicurazioni per il fatto di non procedere a valutazioni personalizzate dei rischi al momento dell'adesione e dunque non scartano le persone ad elevato rischio, né calcolano i premi in funzione del rischio specifico dell'assicurato.

48. S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit.

49. A. Luciano, *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità: risposte alla crisi del welfare*, Euricse Working Paper, n. 032112, 2012 (https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2015/03/1334324057_n2047.pdf).

50. A. Luciano, *Dalle società di mutuo soccorso alla mutualità...*, cit.

Qui ci soffermiamo sul caso italiano e sul ruolo delle mutue rispetto al sistema sanitario nel nostro paese. Si sono dovuti aspettare 130 anni e numerosi tentativi senza successo perché si intervenisse per modificare e integrare gli ambiti di intervento delle SMS (definiti dalla legge n. 3818 del 1886, prima richiamata) con l'articolo 23 del decreto-legge del 18 ottobre del 2012, n. 179, convertito nella legge 221 del 17 dicembre 2012⁵¹.

Il decreto ha precisato alcuni tratti distintivi quali l'assenza di finalità di lucro e la sussidiarietà, ha aggiornato la categoria dei soci, stabilito la devoluzione del patrimonio in caso di liquidazione o perdita di natura di società di mutuo soccorso e ha anche disposto l'iscrizione al Registro delle Imprese nella sezione delle imprese sociali. Inoltre, il Codice del Terzo settore ha riconosciuto alle società di mutuo soccorso la qualifica di soggetti operanti nell'economia sociale.

Secondo la recente indagine Isnet⁵², in Italia le SMS attive sono 532, in crescita rispetto alla precedente indagine del 2016 (quando erano 509), raccolgono annualmente 220 milioni di versamenti da parte degli iscritti e ne restituiscono il 63% in servizi sociosanitari. Le SMS aderenti o collegate attraverso i coordinamenti territoriali a FIMIV, la Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria, sono 524 e hanno partecipato all'integrazione dell'assistenza sanitaria pubblica mediante prestazioni e sussidi erogati ai propri soci e assistiti per un valore complessivo di 95 milioni di euro, pari a ben il 78% dei contributi raccolti. Si tratta dunque della fotografia di un settore dinamico e in salute.

La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV) è stata costituita nel 1900 con il nome di Federazione Italiana delle Società di Mutuo Soccorso e il fine “di provvedere alla tutela degli interessi delle Società federate e contribuire a migliorare moralmente e materialmente la condizione delle classi lavoratrici a mezzo della previdenza”.

Ai nostri giorni, nel rispetto del dettato delle origini e in coerenza con l'evoluzione storica, economica e sociale del paese, la FIMIV è una associazione di rappresentanza, assistenza e tutela che

si propone di agire per la promozione, lo sviluppo e la difesa del movimento mu-

51. L. Vergassola (a cura di), *Cenni storici sulle società di mutuo soccorso*, in FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit., pp. 63-74 (http://www.fimiv.it/wp-content/uploads/2018/07/report_fimiv_WEB-1.pdf, ultimo accesso 17 novembre 2020).

52. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

tualistico volontario nel campo assistenziale, sanitario, previdenziale, culturale e ricreativo/sociale, per contribuire a migliorare le condizioni economiche e sociali della collettività, nell'ambito di un completo e moderno sistema di sicurezza sociale (art. 1 dello Statuto)⁵³.

Tra i limiti della diffusione del mutualismo, come evidenziano proprio i dati FIMIV, bisogna ricordare la concentrazione nel nord del paese: il 78% delle SMS si situa in Piemonte e Liguria, e il 53% degli iscritti risiede in 5 Regioni del nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli V.G., Trentino)⁵⁴.

Va inoltre ricordato che – come messo in luce nella parte precedente – la quota di spesa per la sanità intermediata dalle SMS è importante ma modesta sul totale della spesa intermediata: 220 milioni⁵⁵ su un totale di 5,8 miliardi che rappresentano la spesa totale intermediata secondo RBM-Censis⁵⁶. Evidenziare la specificità e il valore aggiunto delle SMS rappresenta, a nostro avviso, una delle strade per promuoverne lo sviluppo e la diffusione.

2.2. *L'identità delle SMS*

A tal proposito è bene chiarire meglio che cosa intendiamo per società di mutuo soccorso e su quali concentriamo l'attenzione in questo capitolo. Qui facciamo riferimento alle SMS che aderiscono al codice identitario di FIMIV presentato durante la Giornata Nazionale della Mutualità, svoltasi a Venezia il 18 aprile del 2015; questo codice rappresenta infatti la Carta dei valori e degli elementi distintivi delle società di mutuo soccorso.

Attraverso l'emanazione del documento, la Federazione ha inteso mettere in luce i principi distintivi, gli ambiti di attività, l'organizza-

53. FIMIV si relaziona con l'esperienza internazionale del mutualismo. L'Associazione Internazionale della Mutualità (AIM), attualmente, sta operando per affermare il riconoscimento giuridico dell'economia sociale e la sua corretta definizione a livello europeo, cioè quella di un insieme di attori coinvolti nella produzione e diffusione di servizi sociali di interesse generale, che la distingue dall'economia di mercato tradizionale. L'obiettivo che AIM si propone è di affermare l'identità del modello mutualistico e di rendere visibile e riconosciuto, a livello europeo, il ruolo delle mutue nell'economia sociale.

54. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

55. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

56. RBM-Censis, *VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica...*, cit.

zione e la gestione mutualistica delle mutue «pure», che agiscono senza scopo lucro, con finalità socioassistenziali e a vantaggio di tutta la comunità. Scopo del codice è inoltre il contrasto alla mutualità irregolare e alle cosiddette mutue «spurie», che non rispettano i principi mutualistici e solidaristici tipici delle SMS e sono state strumentalmente costituite da soggetti *profit* al fine di avvalersi dei vantaggi fiscali riservati alle SMS⁵⁷.

I principi distintivi delle società di mutuo soccorso sono:

- natura non lucrativa;
- porta aperta;
- centralità del socio;
- recesso unilaterale a favore del socio;
- assistenza per tutta la vita;
- mutuo-aiuto e solidarietà;
- partecipazione democratica;
- controllo e trasparenza;
- responsabilità sociale.

La natura non lucrativa e il principio della “porta aperta” sono strettamente legati. Al momento dell’adesione, le SMS non effettuano alcuna profilazione del rischio e non vi sono barriere all’ingresso sulla base del diverso rischio di ammalarsi, come nel caso delle assicurazioni che hanno, al contrario delle mutue, finalità lucrative.

Il principio della “porta aperta” è controbilanciato in alcuni casi da vincoli introdotti dalle SMS per evitare di incorrere nelle forme più evidenti di azzardo morale⁵⁸. Tra questi vincoli vi sono solitamente il divieto di iscriversi dopo una certa soglia anagrafica (in genere molto elevata, tra i 70 e i 75 anni) e quello di non accedere a rimborsi o prestazioni (almeno

57. B. Payra, *La mutualità di territorio...*, cit.

58. Nella teoria microeconomica, per “azzardo morale” (dall’inglese *moral hazard*) si intende il rischio che un individuo – quando messo al riparo (completamente o parzialmente) dalle conseguenze di propri comportamenti potenzialmente dannosi (per sé e/o per gli altri) – presti meno attenzione a evitare quei comportamenti, non dovendone subire per intero gli effetti negativi. Si tratta, in altre parole, di un comportamento opportunistico, tanto più probabile quanto minore è la possibilità per il “principale” di sottoporre a controllo il comportamento dell’individuo (il cosiddetto “agente”). Così, ad esempio, in campo sanitario il rischio è che una persona coperta da una forma di assicurazione sia meno attenta a evitare comportamenti a rischio per la propria salute, potendo comunque contare sull’accesso agevolato a terapie e trattamenti che si rendano eventualmente necessari.

per un certo periodo di tempo) relative a patologie pregresse rispetto al momento dell'iscrizione⁵⁹.

L'offerta delle SMS si declina in diversi modi: rimborsi di spese sostenute presso il SSN (*ticket*) o presso la sanità privata o accesso diretto a prestazioni presso strutture convenzionate (in particolare diagnostica, piccoli interventi chirurgici, assistenza domiciliare, ecc.).

Due sono le modalità principali per diventare soci di una SMS. La prima si definisce "adesione volontaria". Si tratta di persone che decidono di diventare socie di una SMS singolarmente o insieme alle proprie famiglie. La seconda modalità è quella di aderire a piani sanitari aziendali gestiti da SMS.

La gestione di fondi di sanità integrativa aziendali ha contribuito allo sviluppo delle SMS che si occupano prevalentemente di sanità integrativa consentendo di ampliare la base degli iscritti e di abbassare l'età media dei soci.

Le SMS costituiscono per le aziende l'opportunità di costituire un ponte tra mondo del lavoro e società civile⁶⁰; va evidenziato infatti che il rapporto tra SMS e lavoratore assistito può continuare oltre la cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda, ciò costituisce un ulteriore valore aggiunto importante che le SMS offrono in questo campo.

Una grande potenzialità è rappresentata dallo strumento della mutualità mediata introdotto dall'articolo 23 del decreto-legge del 18 ottobre del 2012, n. 179. Questo meccanismo consente il rapporto associativo tra SMS e fondi sanitari in favore degli iscritti a questi ultimi.

Lo strumento della mutualità mediata, ha permesso alle SMS di gestire fondi sanitari di derivazione contrattuale e alle piccole SMS territoriali di offrire nuovamente prestazioni sociosanitarie, associandosi alle SMS attive nell'ambito della sanità integrativa.

La norma consente infatti che talune persone giuridiche, quali le stesse SMS e i fondi sanitari integrativi, possano entrare nella categoria dei soci ordinari di una società di mutuo soccorso, in modo tale che le per-

59. Come sottolineato da Mario Giaccone, anche la dimensione sociale delle società di mutuo soccorso, tipicamente conviviale e ricreativa, soprattutto se di piccolo raggio, è stata interpretata (da autori che adottano modelli di *rational choice*) come una delle tecniche – alternative a quelle adottate dalle compagnie assicurative commerciali – per ridurre il rischio di azzardo morale da parte degli associati, grazie all'attivazione di forme di controllo sociale basate sulla reputazione (es. M.H.D. van Leeuwen, *Mutual Insurance 1550-2015. From Guild Welfare and Friendly Societies to Contemporary Micro-Insurers*, Palgrave Macmillan, London, 2016).

60. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

sone fisiche iscritte a tali enti, in qualità di assistiti, possano beneficiare, in forma mediata, delle prestazioni rese dalla SMS associante. Più in dettaglio, i soci delle SMS di minori dimensioni che attivano un rapporto di mutualità mediata con una mutua strutturata possono avvalersi delle sue prestazioni sanitarie senza necessariamente diventare soci di questa. Lo stesso vale per i fondi sanitari integrativi che si collegano ad una mutua: è il fondo che si iscrive come socio ordinario della mutua e gli assistiti del fondo possono ottenere le prestazioni contrattuali senza doversi iscrivere come soci della mutua.

Si può proporre un primo bilancio rispetto allo strumento della mutualità mediata, a otto anni dalla sua introduzione.

La diffusione della mutualità mediata come volano del settore non è stata pari alle attese: in particolare, le società storiche e territoriali non hanno ravvisato, perlopiù, la motivazione sufficiente per avviare l'erogazione di servizi ai propri soci da parte di un'altra società, nel timore di ridurre alla marginalità la propria funzione.

Molte società di minori dimensioni desiderano mantenere la titolarità delle attività prodotte, sforzandosi di attribuire ad esse una valenza assistenziale ai sensi dell'art. 1 della l. 3818, per esempio mediante l'erogazione di contributi e servizi nei casi di disagio economico oppure di trattamenti e prestazioni sociosanitarie oltre che di sussidi e rimborsi per spese sanitarie. FIMIV, nelle parole del Presidente Putzolu, riconosce la mutualità mediata come un valido strumento di collaborazione tra società, ma non può essere il solo: lo si adotta laddove sussistono le condizioni ambientali e progettuali favorevoli. FIMIV rileva la necessità, prima di affrontare la fase tecnica di attuazione del rapporto mediato, di stabilire nel tempo relazioni fiduciarie tra le società medesime e con le comunità nei territori, partendo dalla comprensione, valorizzazione e, quando possibile, potenziamento delle attività di *welfare* che le società minori già svolgono (per es. campagne di prevenzione, sostegno all'autosufficienza, cultura della mutualità...) ⁶¹.

Come anticipato, le SMS si avvalgono per la prestazione di erogazioni sanitarie e socioassistenziali di una rete nazionale di convenzioni che FIMIV ha realizzato con oltre 2.000 strutture sanitarie; da questo punto di

61. Una nuova direttrice strategica di sviluppo, suggerita dal Presidente Placido Putzolu, potrebbe essere la mutualità tra mutue intesa come volontà e capacità di unire operativamente le forze tra le società di mutuo soccorso di minori dimensioni in una forma organizzativa condivisa per una rigenerazione del mutuo soccorso sul territorio. Si ringrazia per questa sintesi esaustiva ed efficace Placido Putzolu, Presidente di FIMIV.

vista va ricordata l'azione del Consorzio MU.SA.⁶² che riunisce le principali mutue sanitarie.

Particolare attenzione è rivolta alle filiere locali di cooperative che operano nella sanità e nell'assistenza. Il mutualismo e la cooperazione sono infatti fortemente intrecciati per ragioni che attengono alla storia e alla missione di questi due mondi.

In sintesi, le SMS offrono un valore aggiunto dal punto di vista economico, culturale, sociale e istituzionale⁶³. Il valore aggiunto è economico: le SMS rappresentano un modello non lucrativo basato su modalità gestionali sostenibili⁶⁴. Il valore aggiunto è culturale: l'articolo 2 della legge 3818/1886 stabilisce la diffusione dei principi e dei valori mutualistici tra gli obiettivi che qualificano la missione e l'identità delle SMS. Il valore aggiunto è sociale e si esprime attraverso la partecipazione e la democrazia interne. Infine, è istituzionale perché le SMS si propongono di coniugare domanda di salute e sostenibilità.

Il valore aggiunto delle SMS non è però dato di per sé, ma va riaffermato e rinforzato nelle pratiche quotidiane delle SMS. Per questa ragione è importante essere consapevoli delle sfide che il mutualismo, e più specificatamente le SMS operanti nell'ambito della sanità integrativa, si trovano oggi di fronte.

62. Il Consorzio MU.SA., Consorzio Mutue Sanitarie, è costituito da dieci società di mutuo soccorso aderenti alla FIMIV che si occupano, su tutto il territorio nazionale, di assistenza sanitaria integrativa: Cesare Pozzo; CAMPA; SMA Società Mutua Assistenza; Insieme Salute, Milano; Insieme Salute Toscana; Insieme Salute Lazio; Società Mutua Piemonte; MOA Mutua Ospedaliera Artigiani, Faremutua; Medi. Il Consorzio si propone di rappresentare, promuovere e coordinare i programmi per le SMS associate, rafforzandone il ruolo e la capacità contrattuale. MU.SA. si candida pertanto a partecipare a trattative di rilievo nazionale (contratti collettivi nazionali) per competere con gli altri soggetti presenti sul mercato. Le gestioni delle coperture sanitarie integrative trattate dal Consorzio MU.SA. e affidate alle singole SMS associate intendono garantire la piena applicazione dei principi mutualistici descritti in questo capitolo.

63. Si veda S. Rago, *Identità ed organizzazione: il valore aggiunto della mutualità sanitaria integrativa*, in M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini, *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative...*, cit., pp. 189-238. FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.

64. Vanno inoltre evidenziate le caratteristiche del regime fiscale delle coperture sanitarie nel caso delle SMS, in parte già richiamato nella tabella 1 (cfr. § 1): il Codice del Terzo settore (d.lgs. n. 117/2017, art. 83) ha stabilito la *deducibilità fiscale* dei contributi associativi versati dai soci alle società di mutuo soccorso operanti ai sensi dell'art. 1 della legge 3818/1886; in caso di *fondi sanitari di origine contrattuale* rivolti a lavoratori dipendenti, i contributi di assistenza sanitaria versati sia dal datore di lavoro che dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente attività assistenziale, sono deducibili dal reddito imponibile (art. 51 del TUIR), a prescindere se a gestirli siano società di mutuo soccorso o compagnie assicurative; in caso di *coperture sanitarie integrative rivolte alle categorie di lavoratori autonomi o di professionisti*, solo quelle gestite da società di mutuo soccorso consentono all'assistito di detrarre dalle imposte i relativi contributi associativi.

3. Le tre sfide per le SMS, oggi

3.1. Il quadro di riferimento

Ai fini di questo capitolo sono state realizzate tra l'inverno e l'estate del 2020 dieci interviste: cinque a Segretari Generali e/o Direttori di SMS, cinque a studiosi ed esperti di mutualismo⁶⁵. Le interviste hanno avuto come obiettivo quello di mettere a fuoco le principali sfide relative alle società di mutuo soccorso e al loro specifico ruolo nel campo della sanità integrativa.

Da un lato, l'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha reso oggi ancora più difficile affrontare con lucidità il dibattito relativo alla sanità integrativa e ai rischi dovuti all'indebolimento del SSN; dall'altro, ci spinge a riflettere con ancora maggiore urgenza sulle opportunità di sviluppo che si presentano ora per attori come le SMS, in grado di svolgere una funzione realmente integrativa rispetto al SSN e che – in sintonia con gli attori pubblici del territorio e i principi ispiratori del Servizio Sanitario richiamati nel paragrafo 1 – possono giocare un ruolo importante nel rilanciare temi come la solidarietà, la prossimità e la prevenzione.

I contorni del dibattito relativo alla sanità integrativa sono stati tratteggiati nelle parti precedenti dove abbiamo evidenziato le specificità delle SMS all'interno della pluralità di attori che si muovono in questo campo. Qui ci interessa porre l'attenzione, sulla base delle informazioni raccolte e dei punti di vista ascoltati durante le interviste, sulle principali tensioni che – a nostro avviso – attraversano lo spazio d'azione delle SMS. Le presentiamo come *trade off*, ovvero situazioni in cui si rende necessario trovare un punto di equilibrio tra alcune opportunità e le contropartite che ad esse si associano:

1. Tra nuove solidarietà e nuove disuguaglianze. Da una parte l'opportunità: le SMS oggi, in sintonia con la storia e le origini del mutuali-

65. Sono state interpellate cinque tra le SMS più attive nel campo della sanità integrativa. Si tratta di SMS aderenti a FIMIV: Insieme Salute, Società Mutua Piemonte, Reciproca, Mutua Campa, Consorzio Mutue Novara. Tra i testimoni privilegiati abbiamo inoltre intervistato Mario Giaccone, Vice-Presidente della Fondazione Cesare Pozzo e professore in Relazioni industriali presso l'Università degli Studi di Torino; Stefano Neri, professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro dell'Università degli Studi di Milano ed esperto in sistemi sanitari; Marianna Cavazza, professoressa a contratto dell'Università Bocconi, esperta di consumi privati in sanità; l'avvocato Guido Bonfante, Presidente della Fondazione Mutuo Soccorso, già professore di Diritto commerciale all'Università degli Studi di Torino; e infine Placido Putzolu, Presidente di FIMIV. Ringraziamo tutti gli intervistati per gli spunti di riflessione che ci hanno offerto.

simo, propongono forme di solidarietà tra pari in tempi caratterizzati da disgregazione, frammentazione e atomizzazione. Dall'altra parte il rischio: in tempi in cui si fa sempre più difficile, specialmente per alcune fasce di popolazione, l'accesso alle cure, queste nuove forme di solidarietà rischiano di essere percepite come fonte di ulteriori disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario non più in grado di garantire i principi di universalismo che l'hanno ispirato.

2. Tra partecipazione e crescita organizzativa. Una delle cifre distintive del mutualismo, come confermato nel codice identitario delle SMS, è la partecipazione dei soci. Tuttavia, esistono spinte nella direzione di una crescita organizzativa e di una standardizzazione dei processi che non sempre si conciliano con un'effettiva partecipazione: nelle SMS più grandi la partecipazione si traduce nella presenza di una percentuale minima dei soci alle assemblee annuali. Le SMS più grandi, con migliaia di soci, sono in grado di offrire maggiori prestazioni e servizi. Tuttavia, proprio nelle SMS che contano più soci l'elemento della partecipazione e dell'ancoraggio al territorio rischia di divenire più sfumato, meno percepito dagli stessi associati.
3. Tra prevenzione e rischi di consumismo sanitario. Come abbiamo scritto, una delle accuse che si rivolgono alla sanità integrativa è quella di alimentare forme di "consumismo sanitario". Se si considera, sostengono i più critici, che tramite le agevolazioni fiscali parte delle risorse vengono sottratte alla spesa pubblica e dirottate verso la sanità integrativa, i rischi per la collettività sarebbero così maggiori delle opportunità. Appare sempre più difficile immaginare che il SSN possa rispondere da solo in modo esaustivo alla domanda di salute che proviene da una società sempre più diversificata e complessa. D'altra parte, proprio attori come le SMS sono chiamati a diffondere, in concerto con il SSN, una concezione della salute che non è solo assenza di malattia ma, in coerenza con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Salute, "*stato di benessere fisico, psichico e sociale*". Facendo propria questa visione, le SMS, in accordo con altri attori pubblici e privati, possono promuovere una concezione della prevenzione che è il contrario del consumismo e dell'eccessiva medicalizzazione: si tratta della prevenzione primaria (sensibilizzazione in materia di corretti stili di vita, attività fisica, dissuasione dal fumo, ecc.) che costituisce oggi una delle criticità in tema di salute pubblica.

Ci soffermiamo su queste tre principali tensioni nei paragrafi 3.2, 3.3 e 3.4, per poi concludere questa parte con una riflessione sulle risposte che le SMS possono mettere in campo per fronteggiare le sfide e i *trade off* che esse generano (3.5).

3.2. Tra nuove solidarietà e nuove disuguaglianze

La mutualità fin dalle sue origini ottocentesche si basa sul principio di solidarietà tra *pares* che è altro rispetto ai principi redistributivi dall'alto verso il basso del sistema sanitario universalistico, che nascerà diversi decenni dopo. Per questa ragione le SMS delle origini rappresentavano solidarietà di piccolo raggio su base territoriale o categoriale-professionale e spesso erano distinte in base al sesso (avendo le donne minori capacità di spesa).

Oggi le SMS offrono diversi piani sanitari, l'offerta di prestazioni e rimborsi è più ampia per chi sceglie piani sanitari più costosi. La solidarietà, garantita dal principio della "porta aperta", si realizza anche oggi tra pari, cioè tra persone che possono sostenere gli stessi costi ma senza che tra questi ci sia una distinzione in base al diverso grado di rischio per la salute, come avviene con le assicurazioni.

Secondo l'indagine Isnet il 36% dei soci delle SMS deriva da convenzioni aziendali, un dato riferito alla fine del 2017 e che ci aspettiamo essere in crescita⁶⁶. Come abbiamo già scritto, la gestione dei fondi aziendali rappresenta un'opportunità di crescita importante per le SMS che in questo modo non solo aumentano il numero dei propri soci, ma vedono anche abbassarsi l'età media. È infatti un dato incontrovertibile, per quanto riguarda l'adesione volontaria, che le persone percepiscono maggiori rischi per la propria salute quanto più si avvicina la terza età e solo oltre una certa età sono propensi a spendere una quota annuale per tutelarsi rispetto al rischio di affrontare spese sanitarie.

Tuttavia, i piani sanitari aziendali rischiano di creare nuove disuguaglianze, escludendo ampie fette di lavoratori (specialmente quelli occupati nelle piccole aziende e i precari). Come evidenziato dal Rapporto FIMIV (2019) e confermato nel corso delle nostre interviste, più di una criticità connota infatti il settore dei fondi sanitari di derivazione contrattuale. Innanzitutto, la gestione dei fondi è spesso appaltata a compagnie

66. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

assicurative che perseguono una logica orientata al profitto. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla mancanza di informazione rispetto ai fondi aziendali, e dalla scarsa consapevolezza dei lavoratori delle possibilità offerte dall'adesione a fondi sanitari.

A questo riguardo le SMS potrebbero evidenziare sempre di più il valore aggiunto che le connota: promuovendo incontri e assemblee nei luoghi di lavoro mirate a diffondere consapevolezza e conoscenza sul funzionamento dei fondi sanitari. Ciò già avviene nei casi più virtuosi.

D'altronde i fondi sanitari aziendali gestiti dalle SMS sono oggi una riproposizione della solidarietà su base categoriale-professionale che ha caratterizzato le origini del mutualismo.

Occorre però riflettere su come coinvolgere i lavoratori meno garantiti (spesso si tratta delle nuove generazioni), nonostante questa sia stata una criticità del mutualismo fin dalle sue origini. Le SMS hanno infatti da sempre coinvolto in primo luogo lavoratori in grado di organizzarsi, con una continuità di reddito tale da sostenere mensilmente una spesa minima ma significativa per tutelarsi da rischi futuri.

Il mutualismo infatti non è filantropia, ma solidarietà tra pari, e spesso chi ha minori garanzie è meno propenso a organizzarsi in senso mutualistico. Tuttavia, la storia del mutualismo si è intrecciata con un'azione di *advocacy*⁶⁷ a favore di un ampliamento delle tutele; anche per questa ragione non si può eludere oggi la questione dei precari e dei lavoratori autonomi senza tutele. D'altronde nascono oggi dal basso nuove forme di mutualismo che riguardano queste categorie di esclusi e precari e che in alcuni casi hanno già iniziato a confrontarsi con il mondo del mutualismo storico.

3.3. Tra partecipazione e crescita organizzativa

Le SMS di grandi dimensioni, con un elevato numero di iscritti, possono proporre un'offerta più ampia ed essere anche maggiormente competitive nel mercato dei fondi sanitari. Tuttavia, man mano che l'organizzazione si fa più complessa e le procedure più standardizzate, come avviene

67. Che consiste in un «processo civile con cui una persona o un gruppo di persone cercano di dare appoggio ad una politica, che sia essa sociale, economica, legislativa, ecc., e di influenzare la relativa distribuzione delle risorse umane e monetarie», vocabolario on line Treccani (<https://www.treccani.it/vocabolario/advocacy/>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

nella storia di tutte le organizzazioni, l'elemento della partecipazione e del radicamento nel territorio può venire meno o farsi più sfumato.

Il coinvolgimento dei soci nelle SMS si esprime attraverso la condivisione del bilancio, la partecipazione all'assemblea annuale, e l'elezione degli organi direttivi. Va però riconosciuto che in SMS di grandi dimensioni, con migliaia di soci, partecipano alle assemblee solo una percentuale minima di essi, anche se numericamente non irrilevante.

Nel mercato si muovono *competitor* con dimensioni e capacità organizzative enormi e con meno vincoli rispetto alle SMS: si pensi ad esempio al fatto che assicurazioni e mutue spurie restituiscono agli iscritti, tramite le prestazioni erogate, percentuali del bilancio enormemente più basse rispetto a quanto fanno le vere SMS con i loro soci.

Come possono le SMS di oggi, in un mercato così articolato e agguerrito, riconnettersi allo spirito che animava le SMS di fine Ottocento e inizio Novecento, che organizzavano forme di solidarietà di piccolo raggio fortemente radicate nel territorio o nei luoghi di lavoro? Come difendere e mantenere questa specificità e allo stesso tempo rimanere "competitivi"?

A tal proposito, va ricordata nuovamente l'introduzione, nel 2012, della mutualità mediata. Sul fronte del rapporto tra mutue sanitarie e mutualismo storico, questo istituto intende perseguire un doppio intento. Il primo è quello di rilanciare quelle piccole SMS storiche che, quando sopravvissute, erano divenute a cavallo del millennio circoli ricreativi. Tramite il rapporto con le SMS più strutturate queste realtà possono tornare a offrire prestazioni sanitarie di tipo mutualistico. Il secondo intento è quello di rafforzare il rapporto con il territorio delle grandi mutue sanitarie, riannodando i legami con quell'arcipelago di piccole società nel quale affonda le radici la storia del mutualismo.

A otto anni dall'introduzione di questo istituto appare importante fare un bilancio sul suo effettivo utilizzo, sulle sue potenzialità e sui suoi limiti. Ci sono diversi esempi virtuosi sul ricorso alla mutualità mediata, che in alcuni casi è stata effettivamente usata in modo positivo riattivando e valorizzando esperienze basate su reti di prossimità, ma in altri ha incontrato diversi ostacoli alla sua applicazione.

Attraverso le interviste abbiamo infatti raccolto "evidenze aneddotiche" relative alle difficoltà riscontrate. Vi sono infatti resistenze da parte delle mutue sanitarie che spesso vedono come poco conveniente, se non addirittura non sostenibile, l'offerta economica delle piccole SMS; e vi sono inoltre resistenze da parte delle stesse piccole società territoriali che

spesso non hanno quella minima capacità organizzativa necessaria per attivare le diverse forme di mutualità mediata e rimangono timorose di perdere la propria autonomia.

In sintesi, è bene interrogarsi su quali siano le altre strade percorribili per rafforzare l'elemento partecipativo e di radicamento nel territorio, partendo dalle tante e varie esperienze già sperimentate e avviate da diverse SMS. Una delle strade percorribili potrebbe essere quella di privilegiare il dialogo con le realtà associative e mutualistiche del territorio, sia che esse siano state originate nel solco del mutualismo storico sia che rappresentino esperienze nuove e originali. Un'altra strada potrebbe essere quella di promuovere progettualità volte a favorire meccanismi di aiuto e sostegno reciproco tra le diverse mutue e tra gli stessi soci.

Il principio della “porta aperta” e la diversa gestione del budget rispetto alla logica *profit* dei concorrenti, assicurazioni e mutue spurie, sono aspetti che vanno certamente sottolineati attraverso campagne comunicative efficaci, ma ciò potrebbe non essere sufficiente per difendere la specificità e la missione del mutualismo. Esiste il rischio, evidenziato da alcune ricerche in altri paesi, che organizzazioni *non profit* attive nel campo della sanità finiscano per adottare nelle prassi logiche e modalità simili a quelle del mondo *profit*⁶⁸, di fatto snaturandosi, al fine di rimanere sul mercato.

Per queste ragioni, la crescita organizzativa delle SMS va accompagnata da soluzioni innovative capaci di riproporre e attualizzare temi come prossimità, condivisione e partecipazione se si vuole evitare il rischio che la specificità delle SMS sia meno percepita dagli stessi soci e dai cittadini e diventi dunque più sfumata, nonostante il codice identitario. Quest'ultimo, infatti, ci sembra vada inteso come un essenziale punto di partenza e non un approdo definitivo.

3.4. Tra prevenzione e rischi di “consumismo sanitario”

Una delle principali critiche alla sanità integrativa riguarda l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie offerte. Infatti, una delle principali accuse agli attori che operano nell'ambito della sanità integrativa è quella

68. Si pensi al caso statunitense M. Vella, *Terzo settore negli USA: analogie e disparità col mercato europeo*, in “Mondo sanitario”, n. 6, 2019, pp. 1-17. Il riferimento alla letteratura sul *non profit* nel sistema sanitario americano si deve al suggerimento di Stefano Neri (Università degli Studi di Milano).

di alimentare forme di “consumismo sanitario”, favorendo il ricorso da parte degli iscritti e degli assicurati ad accertamenti e interventi non necessari che producono a cascata effetti negativi anche sui costi della sanità pubblica. Eccessi di diagnosi spingerebbero infatti i potenziali pazienti a *iter* diagnostici che coinvolgono in seconda battuta anche prestazioni offerte dal SSN, spesso attraverso il meccanismo del cosiddetto “referaggio inverso”⁶⁹.

Non si può tacere che, in caso di prestazioni sostitutive, alla base del ricorso alla sanità privata c'è spesso l'esigenza di accorciare i tempi di attesa e quella di poter scegliere lo specialista a cui rivolgersi. Si tratta di ragioni che difficilmente possono essere negate o eluse. In questo contesto, molte spese mediche in assenza di fondi e/o piani sanitari rischiano di essere interamente a carico delle famiglie.

Appare improbabile che si riducano drasticamente i tempi delle liste di attesa in un prossimo futuro. Immaginare un mondo senza spesa privata per la sanità o lasciare che questa spesa sia sostenuta direttamente dalle famiglie, non è forse il modo migliore per contrastare il rischio di “consumismo sanitario”. Si può, in alternativa, dare maggiore riconoscimento e visibilità ad attori che nel campo della sanità integrativa prestano una particolare attenzione al tema dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della prevenzione primaria.

Va ricordato infatti che si può intendere la prevenzione in due modi diversi: il primo porta a promuovere il ricorso ad esami di diagnostica anche quando non strettamente necessario (anche senza prescrizione medica). Un esempio è rappresentato da quei piani sanitari che includono *check-up* gratuiti per tutti gli iscritti. Si tratta di un'offerta vantaggiosa per chi la propone (per l'alta standardizzazione dei processi e i costi contenuti) e spesso ritenuta attraente da chi riceve l'offerta; un approccio che – anche alla luce delle note asimmetrie informative che caratterizzano l'economia sanitaria – rischia però di andare nella direzione di alimentare il “consumismo sanitario”.

L'altro modo di intendere la prevenzione è quello di promuovere uno stile di vita sano sostenendo la diffusione di comportamenti che, riducendo i fattori di rischio richiamati nella prima parte di questo capitolo, abbassino la probabilità per le persone di andare incontro a molte patologie. Questa prospettiva è più difficile, necessita cambiamenti culturali non ancora consolidati nella nostra società, richiede una maggiore responsabi-

69. Per l'approfondimento di questi temi si rimanda al paragrafo 1.3 del presente capitolo.

lizzazione delle persone, implica tempi lunghi per produrre risultati apprezzabili, ma andrebbe percorsa perché più vantaggiosa per la collettività, in termini di costi ed effetti.

La promozione di progettualità di questo tipo potrebbe fare leva ancora una volta sul territorio e sulla prossimità. Da un lato, la dimensione sociale (tipicamente conviviale e ricreativa), storicamente presente nelle SMS più piccole, può essere letta come un contributo di rilievo alla salute globalmente intesa. Dall'altro, si tratta di dare luogo a progettualità, in parte già sperimentate, che tengano insieme l'esigenza di pensare alla salute in modo più ampio con quella di coinvolgere una vasta rete di attori presenti nel territorio. È peraltro un approccio pienamente coerente con i principi base della "salute in tutte le politiche" promossa dalle principali organizzazioni internazionali e con il perseguimento della riduzione delle disuguaglianze di natura socioeconomica nella salute. Le SMS non sono forse fra gli attori più indicati per farsi portavoce di un simile approccio nel campo della sanità integrativa?

Non si tratta di una novità per le SMS, ma di continuare sulla strada già intrapresa: infatti, secondo la recente indagine Isnet, nel 47,5% dei casi le SMS che si occupano di sanità integrativa svolgono anche attività culturali su più fronti⁷⁰. In particolare, si occupano proprio di educazione alla spesa sanitaria e di prevenzione. Anche per questa ragione l'ampliamento del raggio di azione delle SMS rappresenta l'unica alternativa alle logiche più marcatamente *profit* degli altri attori che occupano il campo della sanità integrativa.

3.5. Rispondere alle sfide

Le tre tensioni descritte nei paragrafi precedenti possono essere intese come tre sfide, che possiamo riassumere come segue:

1. Offrire maggiori tutele senza accrescere disuguaglianze e processi di esclusione, ma includendo sempre di più nuove categorie e invitando queste ultime ad organizzarsi in forma mutualistica.
2. Rispondere positivamente alla necessità di espandersi nel mercato rafforzando, e non indebolendo, radicamento sul territorio, partecipazione, forme di aggregazione.

70. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

3. Promuovere il ricorso alla sanità integrativa, non incentivando il consumismo sanitario, ma anzi indirizzando e orientando la domanda verso scelte consapevoli e responsabili, promuovendo collaborazioni e partnership sul territorio.

Per vincere le sfide di cui abbiamo scritto, occorre consolidare il valore economico, ma soprattutto rafforzare il valore culturale, sociale e istituzionale delle SMS. Cerchiamo di spiegare meglio cosa intendiamo.

Il valore economico è garantito dai principi mutualistici e dalla natura senza scopo di lucro delle SMS. Mutualismo significa tutelarsi rispetto al rischio di spese improvvise grazie alla solidarietà reciproca.

Il valore culturale si traduce nella conservazione, nel rilancio e nell'attualizzazione dei principi e della storia del mutualismo⁷¹.

Il valore sociale si esprime attraverso la partecipazione e la democrazia interne. Entrambi elementi che caratterizzano senza dubbio le SMS nei principi ispiratori e nelle procedure adottate ma che, come già notava Ugolini, non sempre si traducono in un dato di fatto: i tassi di partecipazione alle assemblee sono infatti ancora ridotti⁷². Di più si può fare sul piano della partecipazione.

Il valore culturale e il valore sociale sono fortemente correlati. Soffermandosi sul caso delle SMS che si occupano di sanità integrativa va evidenziato che le attività culturali spesso sono orientate a promuovere una spesa sanitaria responsabile e l'adozione di stili di vita sani. Tali attività si possono configurare anche come momenti a valore sociale aggiunto, promuovendo le interazioni tra soci e la loro partecipazione. Per queste ragioni, queste attività già in essere, come testimoniato dalla recente ricerca Isnet⁷³, rappresentano un ambito da perseguire con ancora maggiore convinzione.

71. Si pensi all'importanza di eventi in grado di raggiungere un pubblico più ampio di cittadini (come il Festival del mutualismo, le Giornate della mutualità, conferenze tematiche), all'attività meritoria di due Fondazioni (Fondazione Centro per lo studio e la documentazione delle società di mutuo soccorso del Piemonte e Fondazione Cesare Pozzo per la mutualità) e del Museo storico del mutuo soccorso con sede a Pinerolo (FIMIV, *Il progetto sociale della mutualità italiana...*, cit.), oltre al neocostituito Museo Virtuale del Mutuo Soccorso.

72. C. Ugolini, *Modelli per un welfare plurale: il contributo delle società di mutuo soccorso*, in S. Maggi e C. De Pietro (a cura di), *Le prospettive del mutuo soccorso...*, cit., pp. 87-104.

73. Associazione Isnet (a cura di), *Seconda indagine su Società di Mutuo Soccorso in Italia...*, cit.

Il valore istituzionale si definisce come la capacità di essere “collettori di domanda”, quindi istituzioni in grado di orientare la propria base sociale verso un’offerta adeguata di servizi alla persona, di definire strategie di indirizzo della domanda di prestazioni verso il SSN. Le SMS in questa prospettiva possono fare ancora di più per promuovere scelte di consumo responsabili in termini di risorse finanziarie assorbite e appropriatezza⁷⁴, e farsi portavoce – insieme a una rete estesa di attori dell’economia civile – dei bisogni e delle richieste dei cittadini.

Tab. 2 – Le sfide principali per le SMS: uno schema

<i>Le 3 sfide principali per le SMS, oggi</i>	<i>Come affrontare la sfida?</i>	<i>Valore aggiunto su cui fare leva</i>	<i>Obiettivo finale</i>
<i>Nuove solidarietà vs. Nuove disuguaglianze</i>	Informare	Culturale	Organizzare nuove solidarietà orizzontali
	Fare <i>advocacy</i>		
<i>Partecipazione vs. Crescita organizzativa</i>	Includere i gruppi meno garantiti	Sociale	Promuovere nuove forme di partecipazione
	Sfruttare lo strumento della mutualità mediata	Sociale e istituzionale	
<i>Prevenzione vs. Consumismo sanitario</i>	Sperimentare nuove forme di dialogo con altre realtà associative e mutualistiche del territorio		Promuovere stili di vita sani
	Promuovere una corretta educazione alla spesa sanitaria	Culturale, sociale e istituzionale	
	Sostenere la prevenzione primaria		

Fonte: elaborazione degli autori.

Il rafforzamento del valore culturale, sociale e di quello istituzionale (a fianco al consolidamento di quello economico) rappresenta la strada maestra per ampliare le prospettive di sviluppo del mutualismo oggi (tabella 2).

74. C. Ugolini, *Modelli per un welfare plurale...*, cit., pp. 87-104.

Su questo piano si individuano maggiori margini di cambiamento e innovazione per le SMS e per gli attori che con esse collaborano e hanno stretti contatti (Terzo settore, mondo cooperativo, filantropia, ASL, scuole, mondo delle imprese, ecc.).

Le quattro dimensioni del valore aggiunto del mutualismo si iscrivono all'interno della stessa idea di salute, più volte richiamata in questo capitolo, quella di "benessere fisico, psichico e sociale".

Da questa prospettiva, appare chiaro come organizzare nuove solidarietà orizzontali, promuovere nuove forme di partecipazione (anche attraverso momenti di convivialità, informazione e formazione) e l'adozione di uno stile di vita sano sono tutte azioni che rispondono all'obiettivo di rafforzare il valore culturale, sociale e istituzionale delle SMS, oltre a consolidare il valore economico.

Di seguito, nella figura 2, vogliamo infine sintetizzare i principali risultati emersi dalla ricerca attraverso un'analisi SWOT⁷⁵ delle SMS nel campo della sanità integrativa. Questo tipo di analisi serve per richiamare i principali punti di forza e di debolezza interni alle SMS e le principali opportunità e le principali minacce che provengono dallo scenario nel quale agiscono le SMS.

In sintesi, i punti di forza riguardano in particolare le specificità del mutualismo (la logica *non profit*, il principio della "porta aperta", la forte identità culturale, l'adozione della salute intesa secondo la definizione olistica dell'OMS).

I punti di debolezza riguardano in alcuni casi l'effettiva partecipazione alla dimensione associativa delle SMS, la difficoltà di comunicare verso l'esterno, di intercettare precari e nuove generazioni. Le opportunità derivano dai cambiamenti legislativi favorevoli allo sviluppo delle SMS, dalla diffusione di bisogni sociali inascoltati e dalla necessità di innovazione sociale in diverse aree del *welfare* territoriale. Le minacce derivano dalla presenza sul mercato di *competitor* con una logica orientata al *business* e con maggiori dimensioni economiche, dalla diffusione di atteggiamenti individualistici e orientati al consumismo.

75. L'analisi SWOT (conosciuta anche come matrice SWOT) è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (in inglese *Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce (*Threats*) di un progetto, di un'impresa o di un'organizzazione. L'analisi riguarda l'ambiente interno (analizzando punti di forza e di debolezza) o esterno di un'organizzazione (analizzando minacce e opportunità).

Fig. 2 – Una fotografia delle SMS: punti di forza, punti di debolezza, minacce e opportunità

	<i>Fattori positivi</i>	<i>Fattori negativi</i>
<i>Fattori interni (controllabili)</i>	<i>S</i> (punti di forza)	<i>W</i> (punti di debolezza)
	Regole improntate alla partecipazione	Debolezza della vita associativa
	Logica <i>non profit</i> ; principio della “porta aperta” e altri principi mutualistici	Difficoltà a intercettare nuove generazioni
	Adesione alla nozione dell’OMS, fatta propria anche dal SSN, di salute come “benessere” bio-psico-sociale	Difficoltà di comunicare verso l’esterno la specificità delle SMS
	Comunicazione e trasparenza all’interno	Ancora da rafforzare il valore aggiunto sociale e istituzionale, da attualizzare il valore culturale
<i>Fattori esterni (non controllabili)</i>	<i>O</i> (opportunità)	<i>T</i> (minacce)
	I cambiamenti normativi relativi a mutualità mediata, <i>welfare</i> aziendale; Riforma del Terzo settore	Competizione da parte di attori con maggiore capacità economica ma logica <i>profit</i>
	Aumento di bisogni sociali a cui non riesce a rispondere il sistema pubblico	Diffusione di comportamenti improntati al consumismo sanitario
	Necessità di innovazione sociale e forme di mutualismo e auto-organizzazione	Comportamenti individualistici e scarso riconoscimento della specificità delle SMS

Fonte: elaborazione degli autori.

4. Una visione strategica per ritornare al futuro: “APRIRSI”

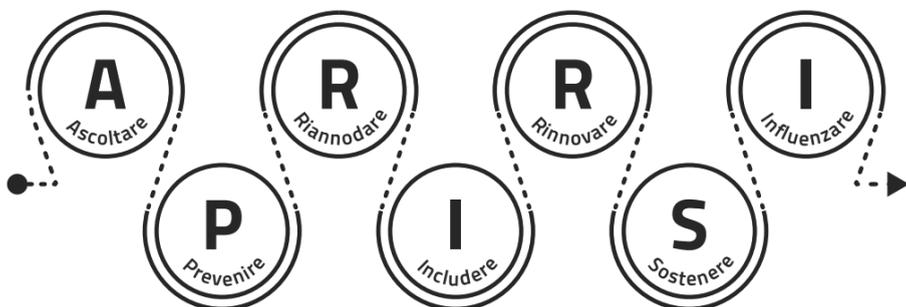
Può sembrare un paradosso, ma se le SMS vogliono oggi rafforzare le connessioni con “lo spirito delle origini” e rivendicare con ancora più forza la loro specificità dovranno avere il coraggio di innovare e di cambiare

sempre di più. Di fare, cioè, anche altro rispetto a ciò che tradizionalmente è stato ed è il mutualismo.

Per fare ciò, d'altra parte, la società civile, gli attori dell'economia sociale, gli enti locali, le istituzioni pubbliche e i *policy maker* sono chiamati a riconoscere il valore aggiunto del mutualismo e a contribuire al suo rafforzamento.

Nella figura 3 riportiamo 7 direttrici strategiche che bisognerebbe, a nostro avviso, perseguire per riconoscere, valorizzare, rafforzare il contributo delle SMS nella sanità integrativa e nel *welfare* territoriale oggi e in futuro. Si tratta di aspetti tra di loro interconnessi che afferiscono ad un'unica visione strategica che, in omaggio al principio della "porta aperta", abbiamo chiamato APRIRSI che è appunto l'acronimo di: Ascoltare, Prevenire, Riannodare, Includere, Rinnovare, Sostenere e Influenzare.

Fig. 3 – "APRIRSI": una visione strategica per le SMS



4.1. Ascoltare

Perché si realizzino dei cambiamenti positivi per la collettività è necessario che le SMS, in collaborazione con le organizzazioni *non profit*, le fondazioni filantropiche, le istituzioni pubbliche, le imprese, le associazioni di rappresentanza, i *policy maker* si mettano in ascolto dei soci, dei cittadini e dei territori per individuare i bisogni che non trovano risposta e per discutere delle possibili soluzioni.

Per esempio?

- Le società di mutuo soccorso potrebbero realizzare una *survey* rivolta ai soci e/o ai potenziali soci, proponendo poi di discuterne i risultati insieme ad una rete estesa di attori per individuare in modo condiviso possibili soluzioni a bisogni sociali che non trovano risposta adeguata.

- Potrebbero predisporre, insieme a questa rete, un documento condiviso riguardante le possibili progettualità da sviluppare per far fronte in modo adeguato ai bisogni rilevati.

4.2. *Prevenire*

L'alternativa alla prevenzione come “consumismo sanitario” è la prevenzione primaria, non medicalizzata, che passa attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e di una maggiore consapevolezza nel ricorso alle prestazioni sanitarie, anche attraverso momenti di socializzazione, informazione e formazione. Formare le persone circa i comportamenti corretti rispetto alla propria salute fisica e psichica, organizzare momenti di interazione, incentivare le relazioni e lo scambio sono modi interconnessi di promuovere il benessere fisico, psichico e sociale.

Per esempio?

- Si potrebbero organizzare, come già avviene in diversi casi, “giornate” di formazione, conoscenza, scambio ma anche occasioni di convivialità (come gite e gruppi sportivi o culturali tra soci di una stessa mutua) che perseguano lo scopo di promuovere comportamenti corretti e insieme rafforzino la dimensione relazionale.
- Si potrebbero coinvolgere scuole, università, aziende sanitarie locali, medici di base in progettualità atte a promuovere stili di vita sani e la prevenzione primaria (in questa fase pandemica si tratterebbe anche di promuovere modelli di comportamento per prevenire il rischio di contagio da Sars-COV-2).

4.3. *Riannodare*

Il mutualismo storico sopravvissuto fino ad oggi ha due facce: quella delle SMS sanitarie che spesso hanno dimensioni organizzative di un certo rilievo e quella delle SMS di territorio che in alcuni casi partecipano al *welfare* territoriale, e più spesso assomigliano a piccoli circoli ricreativi locali. Adottando la concezione ampia di salute, a cui abbiamo fatto riferimento in questo capitolo, possiamo dire che entrambe le anime del mutualismo si occupano ancora oggi di promuovere il benessere.

Ma è importante non incorrere nel rischio che tra questi due mondi si scavi un solco sempre più ampio. Per questo il legame tra la capacità di offrire tutele e prestazioni delle mutue sanitarie e la dimensione di prossimità di alcune società di mutuo soccorso va riannodato, mettendo al centro il territorio.

Per esempio?

- Si potrebbe fare un bilancio della mutualità mediata e impegnarsi a rimuovere gli ostacoli al pieno utilizzo di questo istituto; inoltre, si potrebbero promuovere nuove forme di collaborazione tra le mutue come la mutualità tra mutue, intesa come volontà e capacità di unire operativamente le forze tra le società di mutuo soccorso di minori dimensioni in una forma organizzativa condivisa per una rigenerazione del mutuo soccorso sul territorio.
- Si potrebbe sempre di più riconoscere e comunicare, da parte del Terzo settore, sindacati e imprese, il valore aggiunto nella gestione da parte delle SMS dei fondi sanitari di derivazione contrattuale e negoziale. Si tratta infatti della riproposizione di quella solidarietà categoriale che aveva caratterizzato il mutualismo delle origini, insieme alla mutualità basata sulla prossimità territoriale.

4.4. Includere

Il tema dell'inclusione delle nuove generazioni, dei lavoratori autonomi, delle giovani famiglie, degli stranieri è un tema molto difficile da affrontare. Come abbiamo scritto, è più probabile che siano persone di mezza età e/o anziani ad avere insieme la disponibilità economica e la percezione del rischio che le induca ad aderire ad una mutua. Ci sembra però essenziale trovare risposte ai bisogni di queste fasce di popolazione più giovani e/o fragili anche nell'ambito del mutualismo e della cooperazione.

Per esempio?

- Si potrebbero sviluppare idee progettuali che vedano collaborare mutue, cooperative, altri enti *non profit* ed enti locali al fine di ampliare l'offerta di nuove prestazioni e favorire l'intermediazione nell'ambito

dei servizi di cura (come *baby-sitting* e assistenza domiciliare agli anziani) rivolti alle giovani famiglie e ai nuclei con figli con disabilità. Il potenziale contributo del mutualismo in questo campo andrebbe riconosciuto dagli enti locali, dall'intero mondo del privato sociale e dal mondo delle imprese.

4.5. Rinnovare

Questo punto è legato a quello precedente. Per ampliare il raggio di azione del mutualismo bisogna rinnovare le modalità di intervento. Insieme agli enti del Terzo settore e al mondo dell'economia civile le SMS possono ricorrere a nuove forme di finanziamento (come il *crowdfunding* e la partecipazione a bandi di fondazioni e istituzioni nazionali, europee e internazionali). Enti filantropici e istituzioni pubbliche dovrebbero sempre di più riconoscere l'importanza di rilanciare i valori, la storia e le pratiche del mutualismo e della cooperazione, incoraggiandone lo sviluppo.

Per esempio?

- Si potrebbe investire su alcune “buone pratiche” e sperimentazioni: si tratta in alcuni casi di idee progettuali ancora da sviluppare, ma promettenti. Si pensi alla progettazione di interventi che vedono come protagoniste le mutue insieme a cooperative di comunità al fine di favorire il ripopolamento delle aree interne da parte di giovani generazioni e liberi professionisti. Si pensi all'esempio pinerolese in cui sono nati progetti di *social housing* e di ambulatorio sociale⁷⁶.
- Le risposte alla pandemia messe in campo da diverse mutue esemplificano in modo efficace la capacità di rinnovarsi del mutualismo, anche in situazioni di emergenza. Come mostra la tabella 3, le società di mutuo soccorso hanno agito tempestivamente mettendo in cam-

76. Si tratta di “*Casa Annalisa*”, progetto che ha previsto l'affidamento al Comune di un immobile di proprietà della società di mutuo soccorso di Pinerolo. L'immobile, acquistato oltre un secolo fa a scopo mutualistico e multigenerazionale, oggi accoglie persone in stato di disagio (<http://www.fimiv.it/pinerolo-apre-le-porte-social-housing-casa-annalisa>, ultimo accesso 17 novembre 2020). Un altro progetto merita poi una menzione, quello dell'ambulatorio sociale ospitato nella sede della stessa società di mutuo soccorso di Pinerolo, anch'esso rivolto alle fasce deboli della popolazione, che si avvale della collaborazione a titolo gratuito di una rete di medici e infermieri (<https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/mutualismo/a-pinerolo-nasce-lambulatorio-sociale.html>, ultimo accesso 17 novembre 2020).

po per i propri soci una serie di misure per fronteggiare l'emergenza sanitaria e sociale (come ad esempio forme di sostegno al reddito in caso di ricovero, isolamento domiciliare e convalescenza; attività di prevenzione e rimborsi per visite specialistiche), ma si sono distinte anche per interventi sul fronte della responsabilità sociale d'impresa e per il sostegno al territorio (ad esempio per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale e per la distribuzione di beni di prima necessità).

Tab. 3 – Le iniziative messe in campo da alcune SMS durante la prima fase della pandemia

<i>SMS</i>	<i>Tipo di iniziativa</i>
SNMS Cesare Pozzo	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera per ricovero e isolamento domiciliare. - Misura di sostegno al reddito: finanziamento a tasso agevolato. - Iniziative di responsabilità sociale e sostegno economico a progetti di raccolta e distribuzione di beni di prima necessità.
SMS Insieme Salute	<ul style="list-style-type: none"> - Proroga dei termini di prescrizione delle richieste di rimborso e posticipazione degli incassi dei contributi associativi (sia per i soci che per i lavoratori). - Diaria giornaliera in caso di ricovero. - Misura di sostegno al reddito: sussidio <i>una tantum</i> nel caso in cui uno o più membri della famiglia siano positivi al virus. - Rimborso delle spese per visite pneumologiche e video consulto specialistico. - Iniziative finalizzate alla prevenzione.
SMS Mutua Ligure	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera in caso di ricovero e di isolamento domiciliare.
SMS Reciproca	<ul style="list-style-type: none"> - Diaria giornaliera in caso di ricovero e di isolamento domiciliare. - Misura di sostegno al reddito: sussidio per la convalescenza. - Donazioni per progetti di acquisto di strumentazione sanitaria (a favore di Legacoop Toscana e Legacoop Emilia-Romagna).
SMS Solidea	<ul style="list-style-type: none"> - Sportello di ascolto per i soci colpiti dal Covid-19 (es. ricerca badante, recupero documenti per 104, certificazioni).
SMS L'Assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle esigenze dei volontari della Società Volontaria di Soccorso (SVS) per far fronte alla carenza di dispositivi di protezione o a necessità economiche.

4.6. Sostenere

Per attualizzare il mutualismo, è importante sostenere il nuovo mutualismo anche quando esso non appare legato alle forme del mutualismo storico, ma esprime principi e modalità che sono però coerenti con lo spirito del mutualismo delle origini e che rispondono a bisogni drammaticamente attuali. Si tratta di forme che sono nate in diversi territori in risposta alla crisi del *welfare* e dell'economia: con questo mondo non bisogna – a nostro avviso – mantenere le distanze, ma contaminarsi. Il fiorire di “fondi di mutuo soccorso cittadino” variamente denominati – promossi da diversi Comuni durante la pandemia per offrire protezione alle fasce più vulnerabili della popolazione raccogliendo contributi di singoli, imprese e associazioni – ci sembra testimonino tutta l'attualità e la forza dei valori mutualistici, anche quando declinati in modo diverso dal mutualismo inteso in senso più tradizionale⁷⁷. Questo mondo va valorizzato da SMS, Terzo settore, società civile e *policy maker*.

Per esempio?

- Una strada potrebbe essere quella di rivolgersi alle associazioni che promuovono forme di mutuo-aiuto organizzando soggetti esclusi dalle tutele⁷⁸, sostenere e partecipare a progettualità che mirino allo sviluppo di queste nuove forme di mutualismo. Sono diverse, infatti, le forme di mutuo-aiuto che si stanno diffondendo: forme di solidarietà tra giovani famiglie e/o anziani soli che vivono negli stessi condomini, banche del tempo di quartiere, *job club* per giovani disoccupati, portierato sociale⁷⁹.

77. Si pensi ai fondi istituiti a Milano (marzo 2020: <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/servizi-sociali/fondomutuosoccorso>) e a Bergamo (aprile 2020: <http://bergamoaiuta.it/dona/>).

78. Un esempio di questo tipo è costituito da Smart, organizzazione *non profit* nata a Bruxelles ma attiva anche in Italia. Smart, ovvero la Società Mutualistica per ARTisti, svolge una funzione di intermediazione nel rapporto tra committenti e liberi professionisti in modo da garantire a queste ultime continuità di reddito. Per quanto riguarda le modalità con cui il mondo delle mutue sanitarie e il mutualismo storico possono connettersi con queste nuove forme di mutuo soccorso segnaliamo che Insieme Salute e Mutua Piemonte (due SMS che aderiscono a FIMIV) hanno sottoscritto una convenzione con Smart, attraverso la quale i soci di Smart possono aderire a un piano agevolato di assistenza sanitaria integrativa.

79. Si pensi, per guardare all'esperienza internazionale, alla diffusione di *bread funds* in Olanda e nel Regno Unito: un *bread fund* è un gruppo tra le 25 e le 50 persone che contribuiscono ad un fondo con un versamento mensile allo scopo di tutelare chiunque tra i membri diventi inabile al lavoro per un certo periodo. Questi gruppi si basano sulla prossimità e la fiducia reciproca, non offrono soltanto sostegno finanziario ma anche pratico.

4.7. *Influenzare*

L'innovazione sociale va accompagnata da un'azione di *advocacy* al fianco dei cittadini che non vedono corrisposti i loro bisogni sociali e di assistenza. Si tratta di un'azione che va condivisa con una rete estesa di attori e organizzazioni *non profit* e dell'economia civile e che di fatto recupera una funzione che storicamente ha avuto il mutualismo e che viene attribuita al Terzo settore.

Per esempio?

- Le SMS, insieme ad attori del mondo della cooperazione e dell'economia civile, potrebbero farsi portavoce, con ancora maggiore forza, di istanze che non trovano riconoscimento, suggerendo interventi al sistema pubblico e ai *policy maker* affinché si garantisca un'adeguata attenzione alle fasce della popolazione che non trovano risposta ai loro bisogni (come giovani coppie con figli, anziani soli, famiglie con disabili e/o persone non autosufficienti).

Le sfide che la mutualità sanitaria ha di fronte sono complesse.

Per vincerle, è necessario che le prospettive di sviluppo della strategia "APRIRSI" siano fatte proprie certamente dalle mutue sanitarie e dal mutualismo nelle sue varie forme, ma che siano anche comprese da quella pluralità di attori come le altre organizzazioni *non profit*, le fondazioni filantropiche, le istituzioni pubbliche, le imprese, le associazioni di rappresentanza, i *policy maker* che potrebbero (e dovrebbero) interessarsi (maggiormente) allo sviluppo del mutualismo per contribuire a favorire un incastro virtuoso tra sanità pubblica e sanità integrativa, e lo sviluppo di soluzioni innovative.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123675

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123675

La mutualità ha avuto nella storia una grande importanza, perché le società di mutuo soccorso hanno rappresentato in molti paesi del mondo un elemento fondamentale per arrivare ai moderni e complessi sistemi di welfare.

Dopo l'avvio della rivoluzione industriale, nel XIX secolo, operai, artigiani, impiegati si associarono e crearono una sorta di salvadanaio comune, in cui versare una "moneta", cioè una quota associativa, insieme ad altri abitanti di un paese o ai colleghi di lavoro, in modo da avere un soccorso in caso di bisogno, per malattia, infortunio, decesso e molto altro ancora. Si trattava di un inizio delle "assicurazioni sociali", con il principio di auto-organizzazione (in inglese *self-help*), un settore che sarebbe poi stato ripreso dallo Stato e da imprese private, e avrebbe avuto una crescita enorme nel corso del Novecento.

Il mutuo soccorso ha vissuto tante stagioni, con un continuo processo di adattamento ai tempi. Oggi è ancora vivo e vegeto, anzi è tornato di attualità tra fine XX secolo e inizio XXI, trovando una nuova vitalità nel settore della sanità integrativa e, più di recente, nel cosiddetto welfare aziendale. Ma anche in altri campi si registra attualmente una sorta di rigenerazione dei principi mutualistici, che trovano applicazione in settori innovativi, dalla bilateralità alla *share economy*.

I saggi contenuti in questo libro, frutto della ricerca di studiosi di diverse università e discipline, analizzano vari temi del mutuo soccorso, considerato come strumento per un sistema di protezione sociale inclusivo e solidale.

Dalla lettura emerge in tutta la sua forza l'importanza presente e futura della mutualità, la quale nasce dalla tradizionale volontà di stare insieme per fare fronte ai problemi che, da soli, sarebbe difficile risolvere.

Saggi di: Vera Zamagni, Stefano Maggi, Guido Bonfante, Mario Giaccone, Luca Nogler, Orlando De Gregorio - Federico Razetti - Franca Maino.

Stefano Maggi è professore ordinario di Storia contemporanea all'Università degli Studi di Siena, dove insegna Storia dell'economia e del territorio e Storia del welfare. Fra le sue pubblicazioni sul tema della mutualità, si ricordano: *Le prospettive del mutuo soccorso nel sistema sanitario italiano* (a cura con Carlo De Pietro), Bologna, il Mulino 2015; *Mutuo soccorso Cesare Pozzo. 140 anni di solidarietà (1877-2017)*, Bologna, il Mulino, 2017²; *Il tormento di un'idea. Vita e opera di Cesare Pozzo (1853-1898)*, Milano, FrancoAngeli 2018³.