



**Reti di *welfare*:  
protezione del singolo e  
sviluppo territoriale**

(Paper per la discussione)

Roma, 7 maggio 2014

## INDICE

1. Il modello europeo di welfare.....	1
2. Le sfide a livello europeo .....	3
3. Il caso italiano.....	7
4. L'evoluzione dei bisogni e dei comportamenti in ambito sanitario.....	12
5. Verso un cambiamento di paradigma.....	17

## 1. Il modello europeo di welfare

Il *welfare* europeo, così come è conosciuto nella varietà delle sue forme, è un sistema molto avanzato di tutela della cittadinanza sociale che ha visto i suoi albori solo poco più di un secolo fa - in concomitanza con la formazione degli stati nazionali - e che da allora è considerato fattore fondamentale dello sviluppo socio-economico e del benessere collettivo.

Nessuno dei tentativi di categorizzazione effettuati fino ad oggi è stato capace di spiegare fino in fondo le affinità e le differenze tra le diverse forme che il *welfare* ha acquisito in Europa, frutto mutevole delle varie epoche di appartenenza, con i propri assetti politici ed istituzionali, oltre che con i propri riferimenti ideali. Ciò nonostante sono oggi individuabili nel contesto europeo tre modelli principali, quello continentale, quello anglosassone e quello scandinavo, cui si aggiunge quello, da alcuni definito come un “non-modello”, dei paesi mediterranei. In particolare:

- il principio regolatore del *modello tedesco-continentale* (Germania, Austria, Francia, Belgio) è la solidarietà tra gli attivi e non attivi, che si sostanzia nelle funzioni delle assicurazioni sociali obbligatorie, dalle più tradizionali a quella introdotta negli anni 90 in Germania per la non autosufficienza (*Pflegeversicherung*), finanziate da lavoratori e datori di lavoro. Lo Stato ha il compito di dare gli indirizzi e di controllare il rispetto delle norme, anche attraverso le forti competenze regionali e locali, specie in campo socio-assistenziale. L'erogazione dei servizi è delegata ad istituzioni autonome pubbliche e private, secondo una logica di “economia sociale di mercato”;
- il *modello anglosassone* (Regno Unito e Irlanda) è esemplare per avere sperimentato, prima di altri, la realizzazione dei principi universalistici, ad esempio attraverso il sussidio di sussistenza uguale per tutti nel caso della disoccupazione, e l'unificazione delle responsabilità amministrative (con il *Social Insurance Fund* e il *National Health Service*);
- il *modello scandinavo* (Danimarca, Finlandia, Svezia, Paesi Bassi) è caratterizzato storicamente dal forte peso della leva fiscale e da investimenti cospicui da parte dello Stato, che destina una quota consistente del prodotto nazionale alle spese sociali. I principi di riferimento sono quelli della copertura universale e della parità tra tutti i cittadini;

- il *modello mediterraneo* (Italia, Grecia, Portogallo, Spagna) si basa sul ruolo della famiglia nel sostegno ai soggetti più deboli e sull'importanza della leva pensionistica e, dunque, della dimensione contributiva dei finanziamenti, con forti differenze tra tipologie e comparti economici ed occupazionali.

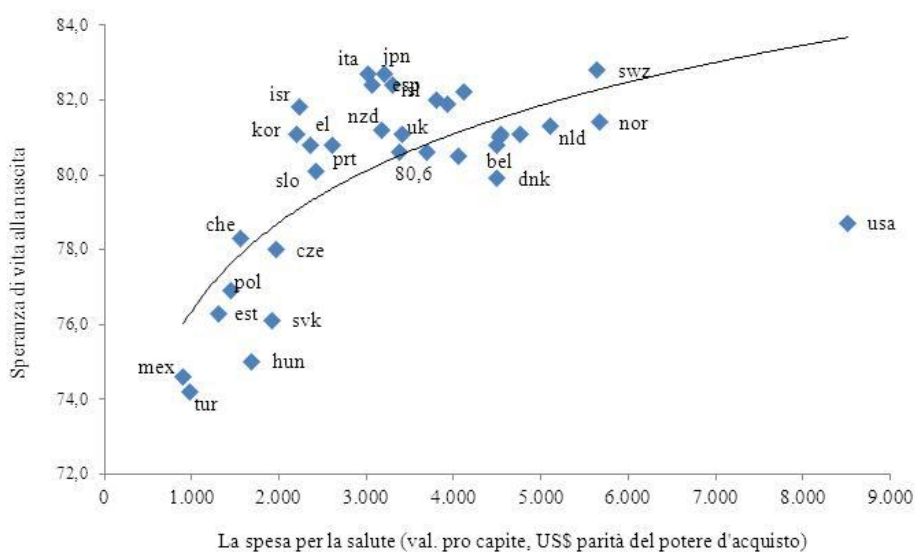
Le dinamiche evolutive hanno portato nel tempo allo sviluppo di sistemi, quelli attuali, molto complessi e variegati, nei quali le forme di tipo assicurativo e quelle di tipo universalistico si sono intrecciate variamente tra loro, dando vita ad assetti difficilmente riconducibili ai modelli iniziali. Vale per tutti il fatto che il rafforzamento degli interventi socio-assistenziali e la formazione di una struttura di *welfare* come oggi la conosciamo (sanità, previdenza e assistenza) è avvenuto principalmente, in tutti i paesi, a partire dagli anni 60 del secolo scorso, quando le democrazie ad alto tasso di industrializzazione hanno visto crescere, proporzionalmente al proprio sviluppo economico, la quota di prodotto nazionale lordo impiegata per scopi sociali.

Ne è sortito un assetto che, nel complesso, è stato influenzato da *fenomeni comuni a molti paesi europei*: la funzione redistributiva dello Stato; la tutela dei più bisognosi ed il ruolo dei legami parentali e comunitari; il peso del lavoro dipendente e della concertazione tra parti sociali; quello della dimensione locale e territoriale, specie in campo assistenziale e sanitario; il mix tra soggetti pubblici e soggetti privati per quanto riguarda l'erogazione dei servizi. Un assetto che si rispecchia nelle funzioni svolte dai soggetti attivi in ciascuno degli ambiti citati e nella necessità di curare in modo continuativo la concertazione tra di essi.

## 2. Le sfide a livello europeo

Non vi è dubbio che il modello europeo di *welfare*, oltre che solido ed apprezzato universalmente, sia stato fino ad oggi anche di grande successo e di sostegno della competitività internazionale. Basti citare a questo proposito uno dei dati più eloquenti, quello del rapporto tra spesa per la salute e speranza di vita. La relazione tra i due fattori, misurata dall'Ocse nel 2011 (grafico 1) mostra, infatti, un evidente legame positivo, con risultati particolarmente lusinghieri per l'Europa continentale, ma anche per l'Italia e il Giappone.

**Grafico 1. Relazione tra spesa della salute e speranza di vita alla nascita nei paesi Oecd – anno 2011**



Fonte: Oecd, 2013

Da qualche anno a questa parte, però, la situazione appare caratterizzata da una sorta di “*crisi di maturità*” dei programmi di *welfare* europei, che si manifesta sia negli equilibri economici e nella sostenibilità, che nelle questioni di strategia e di contenuto.

Fattore determinante da questo punto di vista è dato dalla *dinamica di crescita della domanda*, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Dal punto di vista quantitativo, va innanzitutto considerata la modificata struttura demografica della popolazione, con la crescita della speranza di vita e della popolazione anziana. La speranza di vita alla nascita ha superato nel 2011 in quasi tutti i paesi europei gli 80 anni (83 per l'Italia, la Svizzera ed il Giappone) secondo i dati Ocse.

Ma è importante porre attenzione anche ai cambiamenti di carattere socio-culturale che hanno modificato la domanda, derivanti in larga parte dai processi di modernizzazione dell'economia e dei consumi e dall'influenza della globalizzazione: il valore dell'*individualità* e della personalizzazione, rispetto ad una recente passato di richieste uniformi; lo sviluppo dei processi di *autotutela*, in aggiunta o alternativa alla tutela istituzionale; il superamento dei *confini* tradizionali tra territori e settori della vita collettiva; il riconoscimento crescente del valore della *reciprocità* e del volontariato.

La *società europea si molecolarizza ed anche i soggetti della domanda sociale subiscono un processo di differenziazione e proliferazione*. Si moltiplicano le spinte al "fai da te" e all'autotutela ed emerge sempre più forte la domanda di *empowerment* da parte degli utenti dei servizi, che reclamano non solo interventi più cospicui ed adeguati, ma anche e soprattutto più voce in capitolo nelle decisioni, nelle scelte e nell'allocazione delle risorse.

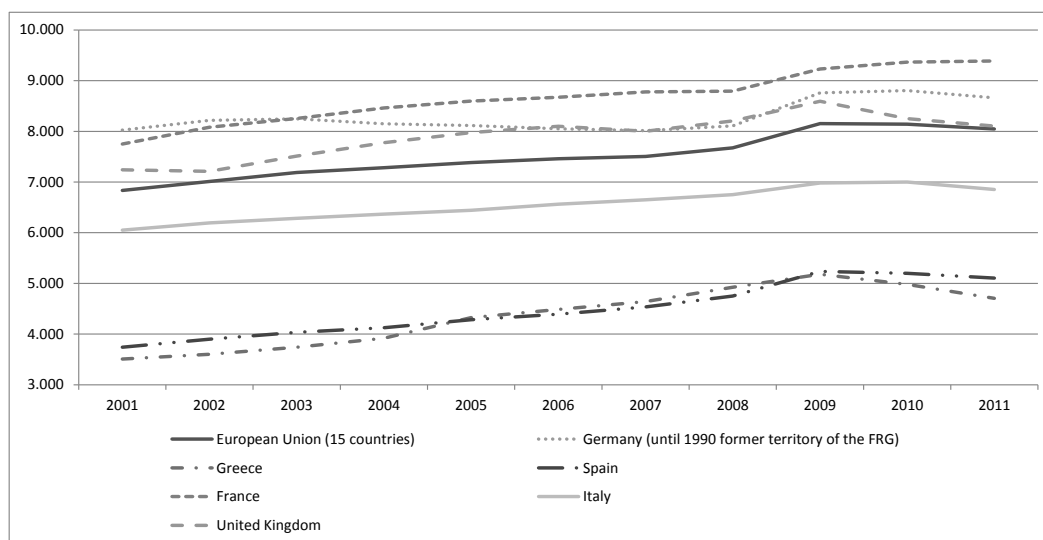
Si fanno strada nuovi *soggetti privati di offerta*, dal privato for profit a quello non profit, al volontariato, legati al sistema pubblico da rapporti di vario tipo. Crescono la spinta alla reinterpretazione progressiva di una domanda sempre più attenta e sofisticata, l'individuazione dei nuovi diritti oltre allo spostamento continuato in avanti della frontiera mobile dei diritti senza tutela.

Tutto ciò ha provocato una parallela estensione dell'offerta e della relativa spesa per la protezione sociale. Da cui il paradosso di un *welfare state* europeo all'avanguardia nel mondo, che entra in crisi nel momento del suo massimo sviluppo, per una sorta di incoerenza crescente tra i fattori costitutivi.

Per quanto riguarda *la spesa per protezione sociale nel suo complesso*, i più recenti dati Eurostat (grafico 2) mostrano come i trend si siano mantenuti sostenuti fino al 2009, quando la crisi di *sostenibilità economica*, che ha investito in modo particolare l'Europa, assieme ai *problemi di sostenibilità dei bilanci pubblici*, hanno provocato un rallentamento, ed in qualche caso

un regresso, dell'impegno economico per la protezione sociale in tutta Europa. In particolare i paesi con un modello di welfare tipicamente mediterraneo, come Grecia e Italia, mostrano un ridimensionamento della spesa per protezione sociale negli ultimi anni.

**Grafico 2. Spesa per la protezione sociale pro-capite a prezzi costanti 2005- Anni 2001-2011**



Fonte: Eurostat, 2013

Si accentua di conseguenza il processo di ripensamento delle strategie europee di *welfare* avviatosi già nel periodo precedente per i citati problemi di incongruenza tra domanda e offerta. Una società a lavoro flessibile, si dice sempre più spesso, deve diventare anche una “*società a welfare flessibile*”, articolata su più pilastri (il pubblico, il privato “a contratto”, il privato di mercato e il non *profit*), con al proprio interno “efficienti reti di sicurezza attiva” gestite da lavoratori, famiglie, datori di lavoro, enti pubblici e Stato.

Si comincia a riconoscere che buona parte del benessere, come del disagio, trae origine da situazioni che si collocano in contesti estranei al *welfare* stesso. E' il mercato del lavoro, è la qualità dei rapporti interpersonali e familiari, sono le condizioni ambientali e le relative politiche energetiche, è il contesto culturale, sono i progressi della scienza i fattori che influenzano

il benessere e che provocano inclusione, esclusione o disagio. I confini esterni del *welfare* si presentano per la prima volta diversi da quelli che si credeva che fossero, e cioè dai confini della sanità, della previdenza e dell'assistenza, e vanno ad abbracciare la socialità, l'economia, altre politiche ed altri servizi alla collettività. L'approccio corrente va pertanto riconsiderato, puntando all'allargamento del quadro concettuale di riferimento ed alla revisione degli obiettivi del *welfare*, dalla prevenzione, alla presa in carico del disagio, alla riabilitazione e risocializzazione, ricostruendo un *continuum* di interventi e di responsabilità, che coinvolgano tutti i soggetti, ognuno per il suo ambito di azione.

Si consolida il concetto di "*mercato-sociale*", come sistema caratterizzato da alta responsabilità individuale e di gruppo, accentuato pluralismo dei soggetti erogatori dei servizi, coinvolgimento sempre maggiore del volontariato, valorizzazione dei soggetti associativi, delle organizzazioni di rappresentanza della domanda, e dei soggetti privati, allargamento del contratto sociale tradizionale fino a toccare forme di contratto individualizzato, sotto l'egida della responsabilità strategica pubblica.

Nell'evoluzione in corso appare sempre più evidente la tendenza a consolidare una sorta di tripartizione nell'ambito dei sistemi di protezione europei sulla base di tre pilastri: quello delle prestazioni obbligatorie, a ripartizione e con gestione pubblica; quello delle prestazioni contributive a capitalizzazione, gestite da enti separati, sulla base di normative pubbliche; e quello della contribuzione privata e volontaria, a gestione totalmente privata.

#### **Box 1 – I tre pilastri dei moderni stati sociali**

1. Livello di base, proprio delle prestazioni essenziali per tutti, da erogare e finanziare sulla base della fiscalità pubblica (grandi rischi della salute, reddito minimo, pensione sociale, ecc.).
2. Livello intermedio di prestazioni integrative, definibile ed erogabile nel rapporto tra cittadini, organizzazioni di mutualità collettiva professionale e territoriale, terzo settore e reticoli di solidarietà sociali.
3. Terzo livello, svincolato da assetti e schemi statuali o categoriali, liberamente gestito attraverso rapporti con il mercato e con soggetti assicurativi.



### 3. Il caso italiano

Nel tentativo di delineare i tratti portanti del modello italiano di stato sociale, si è fatto riferimento di volta in volta alle definizioni di “mediterraneo”, “particolaristico-clientelare”, “assicurativo universalistico”, “familistico”, “di comunità” o “solidaristico”. Nel suo insieme, la situazione italiana è in realtà molto più complessa ed articolata rispetto ad un unico modello, vista anche la quantità di soggetti e strutture che operano al suo interno.

Innanzitutto, l’area del *welfare* appare composta in Italia da una quota cospicua di prestazioni monetarie (pensioni ed altri emolumenti) - per le quali vigono logiche contributive e redistributive di natura previdenziale -, e da un’ulteriore quota di prestazioni, quelle dei cosiddetti servizi alla persona, per le quali vige un meccanismo di finanziamento di natura fiscale.

Particolarmente tormentato è il rapporto del sistema di *welfare* italiano con le esigenze ed i diritti di tutti i territori e di tutte le categorie sociali, caratterizzata come è la situazione da *squilibri molto forti*, per territorio e per area di intervento, con ritardi ed inadempienze particolarmente accentuati in alcuni settori del comparto (prevenzione, cronicità, assistenza sul territorio e a domicilio, integrazione degli svantaggiati, solitudine, prima infanzia, anziani, ecc.). La crescita progressiva e rapida delle esigenze e della domanda, unitamente a risposte non sempre appropriate rispetto ai reali bisogni, ha reso particolarmente eclatante nell’ultimo periodo anche la presenza di sprechi e duplicazioni, che condizionano negativamente la sostenibilità del sistema. E d’altra parte corrispettivo speculare degli sprechi sono proprio le *iniquità e le inadempienze*, legate in gran parte al ritardato o mancato accesso alle prestazioni necessarie di particolari soggetti, aree geografiche ed ambiti di intervento, ed alla carente qualità dei servizi.

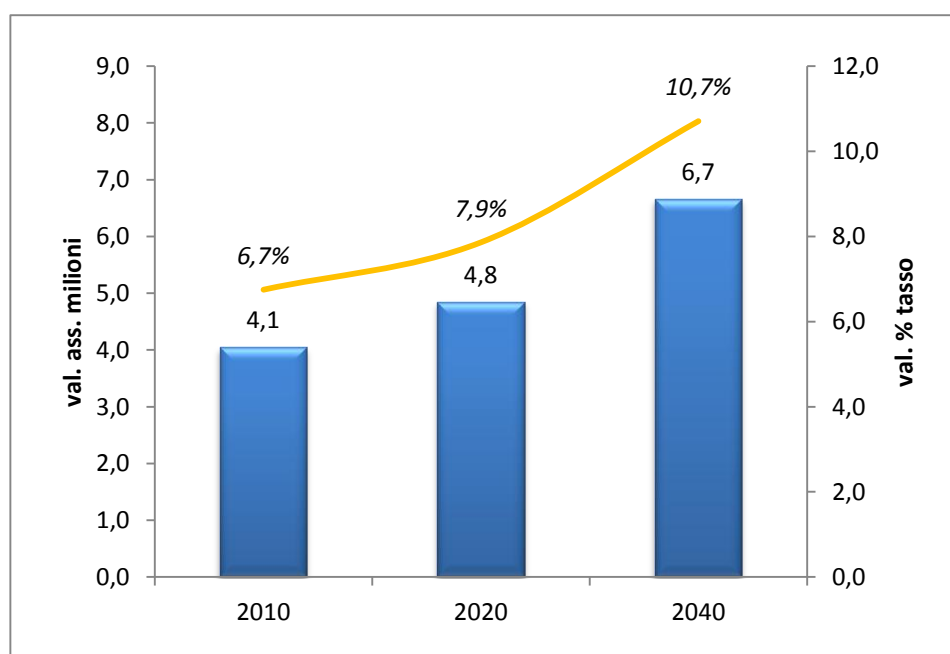
In questo quadro di sfondo si inseriscono le sfide che il sistema di protezione sociale italiano si trova ad affrontare. La spesa pubblica per la protezione sociale in Italia, come abbiamo visto, è cresciuta fino al 2009, per poi scendere tra 2010 e 2011 più che in ogni altro paese europeo. Il valore percentuale sul prodotto Interno lordo è lievemente superiore alla media dell’Europa dei 27, ma inferiore a quello di Francia, Germania, Svezia e Paesi bassi, e superiore a Regno Unito e Spagna. Soprattutto è stabile nel tempo la distribuzione della spesa sociale italiana, con *un’alta percentuale per vecchiaia e superstiti (le pensioni)*, di 15 punti al di sopra

della media Ue 27, e *basse quote per famiglia, maternità e disoccupazione*, largamente al di sotto della media europea.

Storica è la debolezza, accentuatasi negli ultimi anni, del Fondo nazionale per le politiche sociali, passato da 520 milioni nel 2009 a 263 milioni nel 2014, e di quello per la non autosufficienza, di 400 milioni nel 2009 e di 340 milioni nel 2014.

Secondo dati Eurostat, d'altra parte, già nel 2009 l'Italia spendeva 440 euro pro capite all'anno per i disabili, contro la media europea di 530, e particolarmente poco sviluppata è la spesa per i servizi in natura (solo 23 euro pro-capite annui, meno di un quinto della media europea, e inferiore anche al dato della Spagna). E ciò in presenza di una dinamica crescente del numero dei disabili, presente e futuro (grafico 3).

**Grafico 3. La progressione della disabilità in Italia. Stima FCS-Censis per gli anni 2010, 2020 e 2040 (val. %)**



Fonte: elaborazione Censis su dati Fondazione Cesare Serono, Censis e Istat

Un caso particolarmente grave è quello delle persone che vivono sole, che mettono a dura prova una organizzazione del *welfare* tradizionalmente centrata sulla famiglia, sia pure allargata. Certo, “vivere da soli” non vuol dire sempre ed in ogni caso “essere soli”, e tuttavia con il passare degli anni si configura sempre più spesso una condizione di fragilità potenziale degli anziani soli. Attualmente le domande di tutela stringenti (per esempio, il supporto in caso di patologia, l’assistenza continuativa in caso di non autosufficienza o disabilità, ecc.) sono, di fatto, in capo al coniuge e al figlio, e quasi sempre alla moglie ed alla figlia. Si manifestano, pertanto, segnali crescenti di erosione delle *reti informali*, che in passato hanno supplito alle carenze del sistema istituzionale di offerta, e che rinviano all’intreccio tra fattori congiunturali e processi di lunga deriva, a cominciare da quelli sociodemografici ed economici.

Le persone che vivono sole sono attualmente oltre 7,5 milioni in Italia, pari al 14,5% dei cittadini da 15 anni in poi. Rispetto al 2002 si registra un aumento del +36,6%, pari a quasi 2 milioni di persone in più, e tra gli anziani la quota di persone che vive sola è aumentata del 24,8% (+722.000). Quasi il 66% delle persone che vivono sole non ha scelto tale condizione di vita.

Più in generale va ricordato che, secondo le stime dell’Istat, la popolazione degli ultra sessantacinquenni in Italia passerà dal 20,3% di oggi al 33% nel 2030 e quella degli ultraottantenni da 2,9 a 7,7 milioni nel 2030. Anche considerando l’effetto positivo delle politiche di prevenzione ed il miglioramento degli stili di vita, l’aumento in termini assoluti della popolazione in stato di bisogno sarà considerevole.

Le complesse interrelazioni tra fattori demografici, economici, tecnologici e socioculturali determineranno, in Italia come in tutti i paesi industrializzati, sfide sempre maggiori e le necessità di un comparto così importante per il benessere di un paese sono tali, da non far prevedere all’orizzonte possibili riduzioni di spesa. Anzi il settore è destinato ad assorbire risorse quanto meno stabili, più probabilmente crescenti, anche in un periodo di crisi come quello attuale, e si può solo sperare da questo punto di vista in un riequilibrio interno alle diverse voci di costo e in un risanamento. Queste considerazioni, assieme alla necessità di distinguere tra *prestazioni e costi essenziali*, da coprire prioritariamente con il bilancio pubblico, e *prestazioni elettive e costi non essenziali* (a carattere soggettivo, integrativo, palliativo o superfluo), da finanziare attraverso altri canali, pone l’urgenza di un rapido

e consistente sviluppo delle *forme integrative* di copertura finanziaria delle prestazioni.

La situazione è da questo punto di vista già in fase di avanzato riaggiustamento spontaneo, ed accanto al *welfare* ufficiale è possibile già oggi rilevare i segnali di un'articolazione del sistema. Il box 2 documenta l'intreccio tra "*diversi welfare*" nell'Italia dei nostri giorni, che si sono andati sviluppando ed ampliando accanto a quello pubblico, come descritto nell'ambito dell'ultimo Rapporto Censis sulla situazione sociale del paese del dicembre 2013.

**Box 2 – L'intreccio di diversi *welfare*, accanto a quello pubblico, secondo il rapporto Censis 2013**

- *Welfare privato*, basato sulla crescita dell'impegno finanziario diretto dei singoli e delle famiglie e realizzato attraverso il ricorso alla spesa "di tasca propria" e/o attraverso il ricorso alla copertura assicurativa.
- *Welfare comunitario*, dove i bisogni sociali sono coperti dall'impegno della comunità locale, che si attua attraverso la spesa degli enti locali, il volontariato, la socializzazione delle singole realtà del territorio.
- *Welfare aziendale*, che sembrava un reperto del passato e che tende a coprire bisogni specifici, nati e risolvibili all'interno delle singole imprese.
- *Welfare associativo*, con il ritorno a logiche mutualistiche (anch'esse fino a poco tempo fa considerate superate) e la responsabilizzazione di associazioni di categoria (specialmente nel mondo del lavoro autonomo).

L'ampliamento delle funzioni e delle titolarità avviene però in una situazione nella quale la spesa privata dei cittadini, che sta alla base delle modalità innovative di *welfare* citate, è solo in minima parte coperta da meccanismi di tipo assicurativo, come emerge dai dati di confronto della tabella 1. In Italia la spesa privata aggiuntiva per le prestazioni non coperte è per l'87% a carico dei pazienti e delle loro famiglie, mentre in altri contesti esistono forme di copertura di natura assicurativa e integrativa ormai consolidate.

**Tab. 1 – Finanziamento della spesa sanitaria privata nel mondo, (val. %)**

	Pazienti (*)	Assicurazioni private	Altro	Totale
Stati Uniti	23,9	66,6	9,5	100,0
Francia	34,2	62,0	3,8	100,0
Germania	56,8	39,8	3,4	100,0
Italia	86,6	3,9	9,5	100,0

(\*) Spesa “*out of pocket*”, che comprende la spesa “*over the counter*” e la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket, ecc.)

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse-Health Data, luglio 2007

Il passaggio che il *welfare* italiano sta vivendo a inizio del nuovo millennio può essere definito, pur nelle difficoltà, come *passaggio dalla protezione pubblica alla sussidiarietà*. Un passaggio, cioè, che conserva e rafforza le funzioni pubbliche di indirizzo strategico e controllo, ampliando però al contempo le soggettualità coinvolte e le modalità di tutela, in un mix rinnovato tra pubblico e privato, e con maggiore attenzione per i bisogni in continua modificazione e per il ruolo di nuovi soggetti di responsabilità collettiva collocati nell’area del terzo settore, e non solo. Il che rimanda ad un’ottica di responsabilità concertative, di poliarchia, di sussidiarietà attiva e promozionale, di coordinamento e collaborazione, nonché di *empowerment* di tutti i soggetti validi e attivi.

## 4. L'evoluzione dei bisogni e dei comportamenti in ambito sanitario

La necessità di un rilancio e di una svolta nel *welfare* italiano è resa particolarmente urgente dalla situazione che si è venuta a creare, soprattutto a partire dal 2010 in poi, a seguito dell'intreccio tra fattori evolutivi di lungo periodo e crisi economica, ed in particolare nell'ambito della salute, dove vanno emergendo particolari effetti paradossali a seguito delle manovre di bilancio, che si aggiungono ai fattori di crisi storici.

In Italia la sanità muove circa 115 miliardi di euro di spesa pubblica (pari al 7,3% del Pil) e circa 30 miliardi di euro di spesa privata, per un totale - tra pubblica e privata - superiore al 9% del Pil. La filiera produttiva del settore sposta più di 152 miliardi di euro (calcolati sommando il valore aggiunto diretto e indiretto), pari all'11,2% del Pil, e vede un numero totale di addetti di 1 milione 570 mila unità circa (pari al 6,4% dell'intera economia nazionale). Poche cifre per rendere evidente *l'imponenza economica* ed il contributo sostanzioso dato dal settore sanitario all'economia del paese, oltre che alla salute delle persone, nell'ambito della vita sociale.

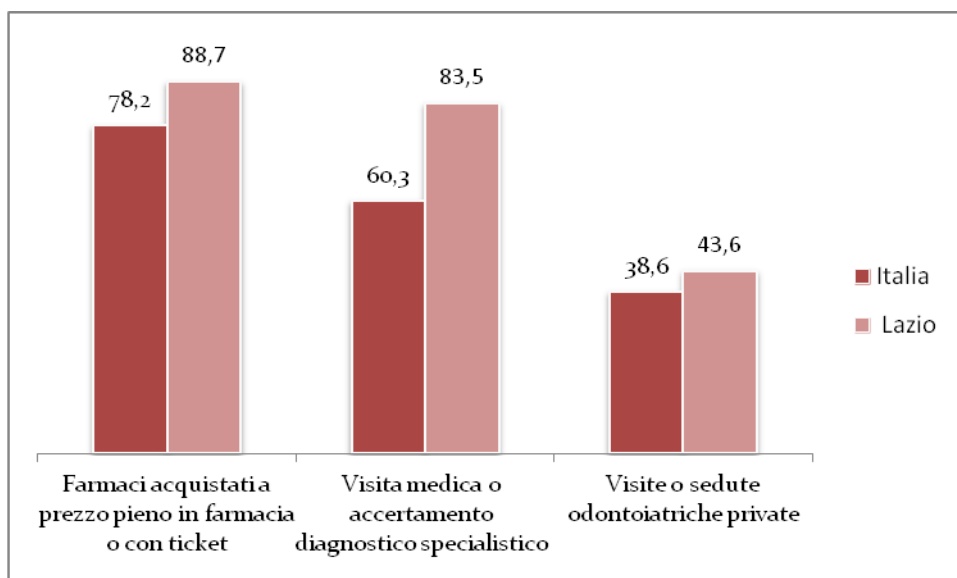
A fronte di tanto peso e di tanto significato, sta una situazione del settore complessa e densa di trasformazioni e di criticità. Lo dimostrano la diffusione di *stili di vita* negativi per la salute, dal consumo eccedentario di prodotti alimentari inadatti, alla sedentarietà, al fumo di tabacco tra i giovani, all'alcol, con la conseguenza dell'aggravarsi di alcune sindromi quali la sindrome metabolica e l'obesità; il persistere, ed in molti casi l'aggravarsi, di forme di disagio psicofisico, legate in particolare a condizioni di lavoro e di vita negative, cui si collegano anche l'abuso di sostanze psicotrope e la diffusione delle forme di ansia e della depressione; una risposta insufficiente ai problemi posti dal prolungamento della vita e dalla diffusione esponenziale delle patologie croniche; la difficoltà a perseguire il necessario equilibrio tra obiettivi di salute e politiche ambientali e sociali, attraverso cui promuovere il superamento della cosiddetta società "a somma zero", nella quale da un lato si produce malattia e disagio - attraverso le attività produttive, la circolazione stradale, la mancata prevenzione primaria, le carenze educative, ecc. - e dall'altro si fatica a reperire le risorse necessarie per combattere gli effetti negativi sulla

salute; ritardi accumulati nel tentativo più volte dichiarato di spostare le risorse impegnate dalla medicina per le acuzie, prevalentemente in regime di ricovero, a quella per le cronicità e le disabilità, in regime di prevenzione, riabilitazione, territorio e assistenza domiciliare; i fallimenti registrati nel tentativo di ricentrare il sistema sulla persona umana e sulla sua famiglia

Da alcune indagini condotte dal Censis nel 2013 rispetto al punto di vista degli utenti, risulta un giudizio decisamente negativo da parte degli italiani rispetto alle manovre di finanza pubblica in materia di sanità, che accentuerebbero, a detta del campione intervistato, le iniquità e ridurrebbero la *qualità dei servizi*. A ciò si collega il fatto che, all'interno del campione di italiani intervistati, meno della metà ritiene che il Servizio sanitario copra le prestazioni "di cui di fatto si ha bisogno", quota che scende al 34,5% nel Sud e nelle Isole. Molto numerosi sono coloro che ritengono di ricevere solo le prestazioni essenziali (41,2% nella media), cui vanno sommati i giudizi decisamente negativi di chi ritiene di ricevere un'offerta insufficiente (14%).

Nell'ambito del Rapporto Unipol-Censis di settembre 2013 sono stati evidenziati i dati relativi al ricorso alla *spesa sanitaria out of pocket* in Italia e nel Lazio (grafico 4).

**Grafico 4. Famiglie che hanno sostenuto nell'ultimo anno spese sanitarie *out of pocket* per prestazioni private o compartecipazione (val. %)**



Fonte: indagine Censis – Unipol 2012

Secondo le analisi del Censis, sono oltre 12,2 milioni gli italiani che dichiarano che negli ultimi anni hanno fatto ricorso, più frequentemente che del periodo precedente, alla *sanità a pagamento*, e sia alla sanità privata che a quella in *intramoenia*. In particolare è pari al 25% la quota di italiani che ha intensificato il proprio ricorso alla sanità privata, mentre è pari a quasi il 12% la quota di coloro che si rivolgono di più all'*intramoenia*. Inoltre si rivolgono di più alla sanità privata gli abitanti del Sud e delle isole (quasi il 35% vi ha aumentato il ricorso), ed all'*intramoenia* gli italiani tra i 30 e i 45 anni (oltre 14%) e gli abitanti del Sud e delle isole (17%).

Per molte attività diagnostiche ed accertamenti il *livello raggiunto dai ticket* rende di fatto più conveniente il ricorso alla sanità a pagamento nei laboratori e ambulatori privati o in *intramoenia*, e la spinta al privato è ulteriormente rafforzata dai problemi posti dalla lunghezza delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni in ambito pubblico. Riguardo alle tipologie di prestazioni che gli intervistati più hanno svolto in strutture private a pagamento intero, esse riguardano (tab. 2):

- l'odontoiatria, con quasi il 90% dei cittadini che vi ha svolto estrazioni dentarie semplici, con anestesia;
- la ginecologia, con oltre il 57% delle intervistate che vi ha svolto l'ultima visita in ordine di tempo;
- la riabilitazione motoria in motuleso semplice che concerne oltre il 36% degli intervistati;
- le visite ortopediche riguardanti il 34,4% degli intervistati;
- l'ecografia di addome completo svolta dal 29% degli intervistati, la mammografia (19,5%) e la colonscopia (16,7%).

Opta più spesso per il privato una domanda diagnostica o terapeutica tendenzialmente più *light* e/o meno coperta dal Servizio sanitario nazionale, come ad esempio l'odontoiatria connotata da sempre da mercati privati, molecolari, oggi sotto l'impatto del *low cost* nell'offerta.



**Tab. 2 - Il ricorso degli italiani alla sanità privata e all'intramoenia per alcune prestazioni sanitarie**  
(val. %)

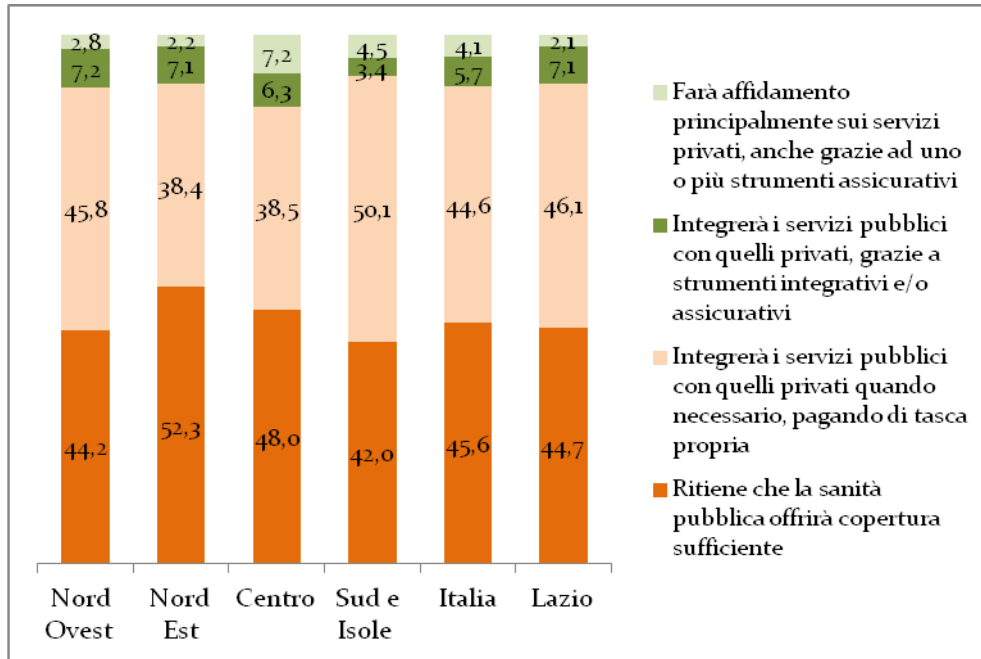
	Cittadini che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso:		Cittadini che negli ultimi anni hanno aumentato il ricorso	
	al privato	all'intramoenia	al privato	all'intramoenia
Estrazione dentaria semplice compresa anestesia	89,6	3,0	23,2	14,7
Visita ginecologica	57,2	5,4	31,5	13,5
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	36,3	30,7	38,6	23,3
Visita ortopedica	34,4	7,6	33,8	16,7
Ecografia addome completo	28,7	14,7	34,0	16,8
Mammografia	19,5	8,1	29,9	13,2
Colonscopia	16,7	8,3	35,4	7,4

Fonte: indagine Censis, 2013

A proposito dell'impatto della crisi sulla sanità, non va dimenticato che esiste anche un effetto di diversa natura, quello delle persone che dichiarano di avere ridotto il proprio ricorso alla sanità a pagamento in questi ultimi anni; si tratta di oltre 5 milioni di italiani, poco più dell'11% per la sanità privata, e poco meno del 10% per l'intramoenia, valori che rimangono simili lungo tutto l'arco della penisola. Un'entità questa che si colloca nell'ambito dell'insieme degli italiani (oltre 9 milioni nel 2012) che dichiarano di aver rinunciato tout court ad una prestazione sanitaria per motivi legati alla erogazione (costo, ticket, lista di attesa). Chi ha diminuito il ricorso alla sanità privata e/o intramoenia lo ha fatto principalmente perché ha minori disponibilità economiche (87%), motivazione che tra coloro che hanno più di 64 è indicata dal 95,2% degli intervistati.

Interrogati sul futuro, pertanto, il 44,6% degli italiani dichiara di essere convinto di dover *integrare i servizi pubblici con quelli privati* per affrontare i rischi e le future necessità assistenziali (grafico 5).

**Grafico 5. Gli strumenti sui quali la famiglia potrà contare per affrontare i rischi e le future necessità assistenziali, per ripartizione geografica (val. %)**



Fonte: indagine Censis – Unipol 2012

## 5. Verso un cambiamento di paradigma

La difficile sostenibilità della spesa pubblica sanitaria e per assistenza appare un dato incontrovertibile, tanto da rendere sempre più attuale il dibattito sull'opportunità di integrare l'offerta pubblica con strumenti di copertura e con servizi privati di varia natura. Diviene, così, centrale, comprendere il ruolo che le mutue integrative ed i fondi sanitari integrativi possono svolgere, assecondando una domanda in rapido mutamento ed in espansione a causa di una molteplicità di fenomeni. In particolare:

- i cambiamenti demografici e soprattutto l'*invecchiamento* della popolazione;
- la crescita delle *patologie croniche* e la fragilità delle condizioni di salute in età anziana;
- lo *sviluppo scientifico e tecnologico* in campo sanitario.

Sorprende, peraltro, lo stupore con cui si guarda alla questione, visto che l'insostenibilità non è questione nuova, essendo all'ordine del giorno da tempo per gli addetti ai lavori, da quando cioè è apparso chiaro che la crescita della domanda di servizi, l'invecchiamento, i costi crescenti della ricerca e dell'innovazione tecnologica ed il peso degli apparati burocratici di gestione delle strutture stavano determinando una situazione di squilibrio crescente, aggravato in alcuni casi da sprechi e gestioni poco limpide del denaro pubblico. Oggi quindi raccogliamo i frutti di errori, i cui dati sono noti da tempo:

- basso investimento pubblico (sotto la media europea),
- forte peso della spesa di tasca propria dei cittadini (un quarto del totale);
- mancata copertura delle cure odontoiatriche e di quelle per i cronici e disabili (per i quali spendiamo quasi la metà di Regno Unito e Germania, e quasi tutto in sussidi);
- affollamento dei Pronto soccorso;
- crescita della spesa (pubblica ma anche privata) più veloce di quella del prodotto interno e dei consumi complessivi.

Volendo indicare quale sia l'agenda dei problemi sociali, politici ed economici che si presentano all'Italia rispetto allo sviluppo delle proprie

politiche sociali, si può dire che la prima grande questione sia proprio quella della revisione del modello sociale ed economico di sviluppo. In altre parole è necessario che il paese riveda rapidamente quel *rappporto tra statualità, mercato e socialità* che fino ad oggi ha visto il primo fattore, quello della statualità, sovraordinato, in una relazione di tipo protettivo ed egemonico rispetto agli altri due fattori, e che deve ora trasformarsi nel senso di una maggiore cooperazione.

Il problema è allora capire se i rimedi oggi proposti siano adeguati, e cosa si possa fare per ovviare alle lacune senza disporre di risorse pubbliche aggiuntive da investire. In merito alla paventata “privatizzazione” del sistema, va ricordato che la sanità italiana è già privatizzata per volume e andamento della spesa delle famiglie e per il ricorso crescente a prestazioni a pagamento. E si tratta di una forma di *privato non regolato*, lasciato al libero incontro di domanda e offerta, penalizzante per i più deboli economicamente e socialmente e rischioso per tutti.

Altra cosa è la realtà della *mutualità sanitaria integrativa*, i fondi e le mutue, cioè, che coprono il costo delle prestazioni pagate di tasca propria nell’ambito di accordi di origine contrattuale (aziendale o categoriale), in passato retaggio di poche categorie e settori privilegiati, ed oggi in espansione, sia nella direzione di comparti economici più ampi ed “interclassisti” (come il commercio o il mondo della cooperazione), che in quella delle forme cosiddette “aperte”, che possono essere sottoscritte da tutti, anche non lavoratori o lavoratori di settori meno protetti. Una realtà governata sulla base di accordi tra le parti sociali, che riguarda oggi, secondo le stime, 7 milioni di lavoratori e 12 milioni di cittadini (lavoratori e familiari), e che copre, oltre alle tradizionali visite specialistiche ed interventi (sostitutivi del Ssn), per quasi il 30% degli esborsi aree lasciate scoperte dal pubblico (soprattutto odontoiatria e cronicità), e per il 15% aree complementari alle prestazioni pubbliche (ticket e protesi in particolare). Ciò configura un mondo non identificabile con le forme assicurative di tipo statunitense, e separato e differente anche dalle assicurazioni individuali italiane. Certamente si tratta di tutele di natura categoriale e non universalistica, e soprattutto di forme non obbligatorie, e dunque con problemi attuariali e di redistribuzione del rischio, come risulta evidente sulla base dell’esperienza tedesca di 20 anni fa, quando la Germania ha introdotto il noto Fondo obbligatorio per la non autosufficienza. Siamo però ancora in tempo per spingere gli attuali fondi e mutue, e quelli che si stanno costituendo, ad orientare sempre più la copertura verso le aree deficitarie del settore pubblico secondo criteri di equità ed appropriatezza.

E' verosimile pensare, inoltre, che l'incremento del fabbisogno assistenziale e della spesa conseguente non potrà essere affrontato solo con politiche di razionalizzazione e di contenimento dei costi e che, per garantire la sostenibilità finanziaria dell'intero sistema dell'assistenza pubblica, occorra ripensare il sistema dell'offerta e delle risorse. In questa prospettiva di reperimento di risorse diventa necessario favorire lo sviluppo di forme di finanziamento aggiuntive/integrative rispetto a quelle pubbliche, a cominciare dai Fondi sanitari integrativi.

I Fondi Sanitari Nazionali – legati al mondo del lavoro – rappresentano una risposta essenziale e indispensabile, ma per altri soggetti (lavoratori autonomi, precari e semplici cittadini) non vi è alcuna possibilità di avvicinarsi alla sanità integrativa se non realizzando strumenti specifici, anche in ambito locale, che abbiano nel territorio il proprio punto di forza. Una soluzione potrebbe venire dalla creazione, da parte di enti pubblici territoriali e interlocutori privati virtuosi, di Fondi territoriali assicurati e gestiti da privati capaci (Fondi Doc), specificamente indirizzati alle prestazioni non fornite dal sistema pubblico. Secondo la normativa vigente i Fondi Doc devono garantire:

- prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (es. odontoiatria);
- prestazioni sanitarie erogate dal Ssn per la quota a carico dell'assistito;
- prestazioni socio-sanitarie quali quelle dedicate alla gestione delle non autosufficienza.

Cosa significa ciò in concreto per i cittadini? L'adesione al Fondo Doc consentirebbe di risparmiare sul costo delle prestazioni, per esempio odontoiatriche, ed al tempo stesso di accantonare una parte dei contributi versati per le eventuali future prestazioni legate alla non autosufficienza.

Il sistema dei Fondi integrativi in stretta sinergia con le parti sociali, il sistema assicurativo e le Istituzioni possono rappresentare anche un utile strumento per collegare due grandi settori, quello sanitario, ed il complesso mondo del socio-sanitario, che comprende la non autosufficienza e le disabilità.

E' ormai maturo il tempo di una più efficace collaborazione tra pubblico e privato, la possibilità è peraltro insita negli stessi strumenti messi a disposizione dall'ultima riforma sanitaria. La costruzione di fondi aperti – gestiti professionalmente - integrativi del Ssn può diventare una realtà partendo dalla gestione della assistenza domiciliare, sia per i casi gravi di non autosufficienza definitiva, ma anche per la gestione della post acuzie,

oggi oggetto di ricoveri impropri e di alti costi, che potrebbero essere meglio gestiti con modalità integrative di tipo socio sanitario allo stesso domicilio del paziente.

Inoltre uno dei temi di frontiera ed un nuovo possibile paradigma nell'evoluzione dei sistemi di copertura sanitaria integrativa riguarda la *cooperazione tra Fondi sanitari integrativi e realtà istituzionali del territorio* (Regioni, Comuni, Asl ed altri enti territoriali). L'obiettivo è ambizioso ma realizzabile e, soprattutto, conferirebbe all'offerta territoriale una maggiore articolazione tra:

- servizi sanitari;
- servizi socio assistenziali;
- servizi psicologici e di sostegno alla persona.

L'intervento e la partecipazione delle realtà istituzionali di territorio (ovvero con una marcata vocazione localistica) e l'operatività di Fondi sanitari integrativi consentirebbe di attivare una rete assistenziale che offrirebbe al non autosufficiente e alla famiglia una *presa in carico globale*, attraverso:

- punti di accesso e accoglienza funzionali ed unificati;
- una valutazione multidimensionale preliminare ed in itinere;
- la gestione della prestazione richiesta in forma coordinata;
- il monitoraggio della qualità del servizio erogato.

Simulazioni e progetti portati avanti in tal senso dimostrano come una simile offerta di cura e assistenza, impostata nell'ottica di un'integrazione completa di servizi, si porrebbe nei confronti della famiglia coinvolta come il vero *case manager*.

Infine, non va sottovalutato che da varie ricerche emerge l'esistenza di un vero e proprio *vuoto informativo* e di conoscenza, che rende difficile la promozione di una prospettiva di incremento delle potenzialità dei Fondi. Un concreto sforzo di promozione delle conoscenze della mutualità sanitaria integrativa sarebbe importante, anche alla luce dei dati rilevati in merito alla propensione all'investimento individuale e familiare nella copertura sanitaria integrativa: risulta infatti che circa il 19% degli intervistati sarebbe disposto a investire una somma mensile in questo comparto per accedere ad alcune prestazioni, quota che diventa del 28,6% tra i 30 e i 44 anni e del 23,4% tra le coppie con figli. Riguardo alla cifra che gli intervistati sarebbero disposti ad investire al mese, si tratta in media di circa 50 euro, che diventano oltre 56 euro per una famiglia con figli e 38 euro per una persona che vive sola.