

INDICE

Introduzione	1
1. Il senso di un progetto	1
2. I principali risultati	2
Parte prima - Il punto di vista dei cittadini	7
1. La diversa sostenibilità dei budget familiari come nuova forma di disegualanza sociale	8
1.1. Il rapporto tra redditi mensili e spese	8
1.2. L'integrazione dei redditi insufficienti	11
1.3. La sostenibilità percepita	16
2. Reti e flussi informali e ruolo nel supporto alla sostenibilità	22
2.1. Le reti dell'economia sociale	29
3. Gli effetti della crisi: la regressività sociale del <i>meno welfare</i>	32
3.1. Spese che fanno <i>traballare</i> la sostenibilità delle famiglie	32
3.2. Le spese per il welfare: lo specifico della sanità	37
3.3. Altre voci di spesa welfare in aumento: <i>istruzione, formazione e assistenza</i>	40
3.4. Le modalità dello spostamento di costi dal pubblico al privato	45
3.4.1. Più esborsi monetari diretti	45
3.4.2. Il razionamento intenzionale	46
4. <i>Nero, frode, sprechi</i> : volti patologici del welfare italiano	50
5. La cultura collettiva del welfare nella crisi	59
6. Il welfare dopo le manovre	65
7. Un approfondimento sui <i>Millennials</i>	76
7.1. Il profilo	76
7.2. L'autonomia difficile	76
7.3. Il rapporto con il lavoro e il welfare	81
7.4. La precarietà da vincere	83

8.	Le proposte in campo	87
8.1.	Servizi <i>versus</i> soldi	88
8.2.	Via i piccoli ospedali, se arriva l'assistenza territoriale	90
8.3.	Un fisco pro welfare	92
8.4.	Regole comuni per i soggetti che operano sugli stessi mercati	95
8.5.	L'obbligatorietà della <i>Long term care</i>	97
8.6.	Comunicazione trasparente ai pazienti dei costi delle prestazioni sanitarie di cui beneficiano	99
8.7.	Far pagare i servizi nel welfare pubblico in relazione al reddito delle persone che li utilizzano	101
8.8.	Campagne di comunicazione per far conoscere gli strumenti dei pilastri non pubblici del welfare	102
Parte seconda - Un'analisi qualitativa, micro, puntuale delle traiettorie post crisi di famiglie fragili, a elevata domanda potenziale di welfare		105
1.	Lo strumento del <i>panel</i>	106
2.	La diversità di traiettorie dei nuclei familiari più fragili e i rischi del non risparmio	108
3.	Le risposte allo <i>shortage</i> di reddito	111
4.	La sostenibilità minacciata	113
5.	Il welfare nell'ultimo anno e la sostenibilità dei bilanci familiari	115
6.	Ancora sul rapporto tra evoluzione delle spese di welfare e sostenibilità dei redditi familiari	118
7.	Breve focus sulle famiglie con anziano non autosufficiente	120
8.	Le prospettive della sostenibilità per le famiglie ad alta domanda di welfare	124
9.	Altri aspetti del rapporto con il sistema di welfare	126
10.	Fragilità diverse: l'articolazione degli impatti	129

Parte terza - I casi di studio internazionali	130
1. Svezia e Francia, due diverse storie di welfare	131
1.1. Una lettura trasversale dei casi di studio	132
2. La Svezia	136
2.1. L'origine del nuovo welfare svedese: la crisi degli anni novanta e le sue soluzioni	136
2.2. La logica dei cambiamenti attuati	137
2.2.1. Nella previdenza	137
2.2.2. Nel sistema sanitario	138
2.3. Il razionamento <i>intelligente</i> della domanda di prestazioni	140
2.4. La tassazione non è un problema in presenza di una alta redditività sociale delle risorse pubbliche nel welfare	141
2.5. Più spesa privata, ma in modo misurato...	142
2.6. I cardini della modernizzazione della sanità svedese	143
2.7. Altri settori di welfare	144
2.7.1. La copertura sociale contro le malattie e gli infortuni sul lavoro: un esempio di sostenibilità ripristinata	144
2.7.2. La <i>Long term care</i> : la residenzialità costa troppo	146
2.8. Fattori socioculturali di debolezza finanziaria del welfare svedese	147
2.9. Il meccanismo delle nuova sostenibilità e le sue contraddizioni	148
2.10. L'universalismo più a rischio in sanità	151
2.11. Il futuro delle assicurazioni	152
3. La Francia	154
3.1. Il contesto socioeconomico e il welfare	154
3.2. La sostenibilità percepita nella crisi	155
3.3. Altri fattori di contesto ineludibili	157
3.4. L'articolazione delle fonti di finanziamento e il suo valore per la nuova sostenibilità	159
3.5. <i>Pagare subito</i> , il costo del welfare percepito	160
3.6. Le <i>mutuelle</i> , pilastro fondamentale della sanità francese	161
3.7. Le virtù del pilastro complementare e integrativo	161

3.8. Le condizioni per l'accesso alla complementarietà solidale	162
3.9. La solidarietà universalista dentro la complementarietà	163
3.10. Le iniquità persistenti attribuite alla sanità complementare	164
3.11. Il rischio di erosione del consenso al sistema sanitario	165
3.12. I rischi di involuzione per eccesso di <i>concorrenzialità</i> tra le mutue sanitarie	166
3.13. Ulteriori sviluppi del modello francese	168
3.14. Un esempio in controtendenza: il caso Alsazia e Mosella	169
3.15. Un altro comparto del welfare: l'irrisolta questione della assistenza agli anziani non autosufficienti	169
3.16. Le indicazioni del caso di studio francese	171
4. Il modello sociale europeo	173
4.1. L'innovazione sociale per un nuovo welfare	173
4.2. Cambiare gioco per andare oltre l'austerità	175
4.3. Investimento sociale più che costo e spesa	178
4.4. Il pacchetto investimenti sociali	180
Parte quarta - Idee per un welfare equo e sostenibile	182
1. Il contributo della ricerca	183
2. Elementi di pensiero strategico	185
2.1. <i>Chi fa cosa...</i> il valore della logica di costellazione	185
2.2. Non più solo motore ridistributivo, ma pilastro di nuova crescita	186
2.3. La centralità ineludibile del territorio	188
2.4. Il valore della trasparenza	189
2.5. Universalismo selettivo tra bisogni e redditi	191
2.6. Il multipilastro anche nel finanziamento	192
2.7. Il valore dell'obbligatorietà per grandi rischi di massa	193
2.8. Tanti soggetti, stesse regole	194
3. Proposte operative sulle quali confrontarsi	195

INTRODUZIONE

1. Il senso di un progetto

Il progetto *Gli scenari del welfare* realizzato dal Censis in collaborazione con Forum ANIA-Consumatori, in questi anni, ha descritto e interpretato i mutamenti in atto nella protezione sociale sotto gli impulsi della crisi e delle risposte di politica economica e sociale.

Al centro della riflessione non è stata la descrizione istituzionale e formalizzata delle strategie di razionalizzazione delle spese e degli interventi per il welfare - dai piani di rientro sanitari alle varie *spending review* - ma il racconto della palpitante fenomenologia sociale indotta dal cambiamento profondo del rapporto dei cittadini e delle famiglie con il welfare. Punto di osservazione privilegiato è stato dunque quello delle famiglie, con un'attenzione particolare all'evoluzione delle modalità di copertura dei bisogni sociali.

Le dinamiche in atto sono state sempre incastonate in quelle lunghe derive che giocano un ruolo decisivo nelle vicende sociali ed economiche del nostro paese, e che rinviano a fattori diversi come la demografia, l'epidemiologia e l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

L'effetto netto di tali dinamiche è un complesso intreccio di fenomeni strutturali e congiunturali, da cui si evince una colossale riallocazione delle risorse pubbliche e familiari rispetto alle esigenze cautelative e di tutela dai tanti rischi.

Per questo la presente edizione degli *Scenari del welfare* si è focalizzata sull'obiettivo di analizzare la sostenibilità del welfare, non nel suo significato tradizionale di sostenibilità finanziaria nei bilanci pubblici, ma in una accezione più innovativa e concreta di sostenibilità per le famiglie, partendo da un contesto in cui i bilanci familiari già hanno subito nel tempo un robusto trasferimento delle spese per prestazioni sociali.

Il progetto è operativamente partito dallo stimolo fornito da domande molto puntuali; in particolare, l'approccio prescelto scaturisce dalla esigenza di trovare risposta al seguente quesito: *visto il complesso di risorse pubbliche e private disponibili e la necessità che il welfare garantisca equità e coesione sociale e comunitaria, quale welfare ci possiamo permettere?*

A partire da questa istanza conoscitiva, la ricerca ha di fatto realizzato un simbolico *bilancio di sostenibilità del welfare* che include anche la componente troppo spesso poco monitorata, se non per grandi numeri, della spesa privata delle famiglie, legandola alle dinamiche del pubblico.

Il presente studio va dunque inteso come un bilancio di sostenibilità *micro e macro* del welfare italiano che permette di leggere in modo efficace, impressivo, utile anche per scelte più operative, la riallocazione delle risorse private e pubbliche rispetto alla costellazione dei bisogni di tutela.

Esso ha anche il merito di definire i confini e gli esiti reali del welfare in questa fase, uscendo da un genericismo di dichiarazioni di principio che finisce per non comprendere fenomenologie sostanziali, come ad esempio il trasferimento del finanziamento di tante prestazioni in parte o in tutto sulle famiglie, o distorsioni patologiche rilevanti come gli sprechi di denaro pubblico o le prestazioni sommerse, *al nero*.

Obiettivo correlato al progetto è stato quello di fare chiarezza sulle dinamiche finanziarie della protezione sociale italiana, evidenziando che le politiche di razionalizzazione di questi anni hanno già cambiato in profondità il nostro sistema di tutele sociali e, pertanto, il pensiero strategico o le agende di iniziative concrete devono partire dal quadro reale, concreto, fenomenologico esistente, tagliando le gambe a discussioni puramente accademiche o ideologiche.

2. I principali risultati

La ricerca sulla sostenibilità del welfare italiano dal punto di vista delle famiglie ha fatto emergere alcuni risultati di estremo interesse:

- la sostenibilità finanziaria delle famiglie è sotto pressione per effetto di una pluralità di spese che tendono ad aumentare, in particolare quelle relative alla gestione della casa e alle tasse locali. È alta la quota di famiglie che ha una sostenibilità finanziaria precaria, disponendo di redditi che sono quasi interamente assorbiti dalle spese mensili;
- le voci di spesa per prestazioni di welfare pesano in misura significativa sui budget familiari. Dal costo delle prestazioni acquistate direttamente sui mercati privati ai ticket sanitari sino alle forme di compartecipazione, cresce l'incidenza e la pressione delle spese per welfare sui budget familiari.

A livello macro poi si riscontrano fenomeni assolutamente nuovi dal punto di vista della sostenibilità complessiva del sistema di protezione sociale,

intesa come la risultante della sostenibilità delle singole famiglie e di quella del bilancio pubblico.

In primo luogo, emerge che il ripristino della sostenibilità finanziaria della protezione sociale è stato interamente costruito attraverso il trasferimento di costi e spese di tipo sociale nei budget delle famiglie, e tale fenomeno ha determinato una duplice metamorfosi del sistema della protezione sociale rispetto alle sue caratteristiche più classiche:

- il primo cambiamento è che da fonte di integrazione dei redditi familiari attraverso sussidi monetari, servizi e prestazioni in natura si è trasformato in una fonte di nuove o aggiuntive voci di spesa. Che sia per acquistare prestazioni che il pubblico non garantisce più, o per pagare forme di partecipazione più o meno elevate a prestazioni in ambito pubblico, ormai sono tante le situazioni in cui il ricorso a prestazioni sociali accende voci di spesa nei bilanci familiari;
- il secondo cambiamento riguarda il Dna stesso della protezione sociale che da sistema di produzione di sicurezza sociale è diventato fonte di ansia e preoccupazione per le famiglie. E' infatti alta la quota che dichiara di essere molto o abbastanza preoccupata che ulteriori incrementi di spesa per il welfare a proprio carico possano far traballare ulteriormente la fragile sostenibilità raggiunta.

Attraverso l'analisi dell'evoluzione "micro" del livello di sostenibilità finanziaria da parte delle famiglie è stato dunque possibile mettere in evidenza come il sistema di welfare, sebbene in linea di principio ancora universalista, abbia subito modifiche sostanziali che, nei fatti, generano nuove e significative pressioni sui redditi familiari ed alimentano l'ansia sociale.

Vi è poi un secondo aspetto messo in luce dall'analisi dell'impatto che i diversi interventi effettuati sulla struttura della protezione sociale hanno avuto sugli equilibri dei bilanci familiari, e che consiste nel fatto che i tagli al welfare che si sono succeduti negli ultimi anni hanno avuto effetti regressivi, colpendo in misura maggiore le famiglie più fragili.

Le famiglie con figli, quelle con disabili e le monogenitoriali sono le tipologie più colpite dalla contrazione della copertura di welfare pubblico e dal conseguente trasferimento di spesa e costi sulle famiglie; anche l'analisi degli impatti sulle famiglie per livelli di reddito certifica la regressività della ridefinizione del sistema di welfare inteso in senso ampio, con costi sociali più alti per le famiglie dai redditi più bassi.

In buona sostanza, si può affermare che la protezione sociale, nata per generare inclusione e dare supporto ai nuclei familiari più fragili e che, in questa fase storica, dovrebbe essere d'ausilio a quelli più colpiti dalla crisi, in realtà finisce per ampliare le disuguaglianze.

Ecco un punto decisivo: l'esito, sul piano sociale, delle strategie e degli interventi attuati al fine di riportare la dinamica di crescita della spesa pubblica sociale su sentieri sostenibili è un ampliamento delle disuguaglianze a svantaggio dei gruppi sociali più fragili.

Si tratta di una distorsione profonda della logica e della pratica della protezione sociale, che provoca un'accelerazione dei processi di erosione della coesione comunitaria che invece dovrebbe promuovere e tutelare.

Una conseguenza sociopolitica evidente del quadro descritto è la *vacuità* delle dichiarazioni di principio a tutela del carattere universalistico di un sistema di welfare che ormai ha al suo interno meccanismi profondi di razionamento della domanda di prestazioni sociali, che penalizzano proprio i gruppi sociali più vulnerabili.

Tanto più che gli impatti delle politiche di contenimento della spesa pubblica sociale e dell'offerta di prestazioni sociali in ambito pubblico si sommano agli esiti della asimmetria tra matrice d'offerta del welfare e composizione della domanda sociale.

E' un paradosso di cui occorre avere consapevolezza: preservare modalità di finanziamento e organizzative di un welfare universalista ormai solo sulla carta finisce per incrementare disparità sociali e territoriali.

Per completare l'analisi della sostenibilità del welfare a livello di budget familiare, va anche sottolineato che le famiglie si trovano ad affrontare incrementi di spesa di vario tipo, anche per acquisto di prestazioni sociali, in un contesto in cui già vivono una elevata esposizione finanziaria rispetto alla tutela di alcuni bisogni sociali. L'esempio più eclatante è quello delle famiglie con figli, chiamate già da tempo ad acquistare su mercati privati, molecolari, una parte significativa di prestazioni integrative per l'istruzione e la formazione dei figli.

In estrema sintesi, si può dire che la minore copertura del welfare pubblico si materializza nella crescente esposizione delle famiglie nell'acquisto sui mercati privati di prestazioni sociali in precedenza garantiti proprio dal settore pubblico; e in parallelo cresce la quota di persone che razionalmente intenzionalmente il ricorso a prestazioni sociali perché non sono in grado di fronteggiare i costi crescenti delle prestazioni stesse che, come rilevato, vanno ad aggiungersi ad altre voci di spesa che stringono d'assedio i bilanci familiari.

Tale contesto difficile spiega la moltiplicazione di comportamenti sociali difensivi da parte delle famiglie italiane che, in una certa misura, possono anche sorprendere e scandalizzare; ci si riferisce, ad esempio, al ricorso all'acquisto *in nero* di prestazioni sociali e sanitarie che vede coinvolte in misura maggiore le famiglie a basso reddito.

Il sommerso, da fattore sistematico patologico, finisce per operare a livello micro come una delle modalità attraverso le quali le famiglie più fragili e con redditi bassi cercano di spuntare prezzi più abbordabili per prestazioni sociali che non riescono ad avere in tempi rapidi nel sistema pubblico. Paradossalmente il sommerso di welfare, che muove risorse consistenti a livello micro, diventa un veicolo di inclusione sociale.

Oltre al sommerso, nello scenario macro del welfare sono emersi ulteriori aspetti patologici che richiedono interventi rigorosi ed efficaci, soprattutto in questa fase in cui viene richiesto un supplemento di sacrificio anche ai gruppi sociali a più alta vulnerabilità.

Esiste, infatti, un diffuso fenomeno di frode, da parte di persone che accedono a benefici ai quali non avrebbero diritto, magari perché fondano la propria richiesta su dichiarazioni *Dsu* inesatte; così come sono rilevanti le distorsioni patologiche legate agli sprechi ed all'uso inefficiente e inappropriato delle risorse pubbliche in ambito sociale.

Sono aspetti che alimentano un'insofferenza sociale diffusa verso un utilizzo improprio delle risorse pubbliche e una richiesta esplicita di trasparenza nella loro gestione che consenta di verificare in che misura l'alta tassazione subita dalle famiglie si trasforma in una matrice di prestazioni utili, ed a vantaggio di coloro che più ne hanno bisogno.

Il welfare successivo alle manovre di contenimento della spesa pubblica è molto vicino ad un modello di *welfare minimo* che offre un set di base di prestazioni sociali essenziali, lasciando alle famiglie il compito di acquistare tutto il resto di cui hanno bisogno sui mercati privati.

E poiché in questa fase i budget familiari sono sotto l'assedio di una pluralità di voci di spesa, inevitabilmente si determinano forme di selezione intenzionali tra quest'ultime, fenomeno che spiega come possano coesistere il taglio alla spesa pubblica sociale, l'incremento della spesa privata (con un relativo rallentamento negli ultimissimi periodi) e il razionamento intenzionale di prestazioni giudicate non urgenti.

Come si esce in avanti da questa situazione? Puntando su quelle dinamiche e comportamenti sociali in atto più funzionali a promuovere un welfare sostenibile ed equo; non quindi attraverso la retorica della grande riforma risolutiva, bensì tramite la convergenza tra un pensiero strategico sui pilastri

del welfare, che nasca dall'attenta osservazione delle innovazioni reali in atto, e alcune proposte molto operative capaci di accompagnarne i processi virtuosi.

Un valore aggiunto supplementare del presente lavoro risiede proprio nella filiera di ragionamento che parte dalla descrizione dei complessi scenari di sostenibilità del welfare e approda alla messa a disposizione di utili elementi di pensiero strategico e di proposte operative di cui occorre verificare la fattibilità e il grado di condivisione che riescono a raggiungere tra gli *stakeholder*.

PARTE PRIMA

IL PUNTO DI VISTA DEI CITTADINI

1. LA DIVERSA SOSTENIBILITÀ DEI BUDGET FAMILIARI COME NUOVA FORMA DI DISUGUAGLIANZA SOCIALE

1.1. Il rapporto tra redditi mensili e spese

La crisi ha colpito duramente i redditi familiari. Nel periodo 2007-2012, essi hanno sperimentato una caduta verticale che ha costretto le famiglie ad una ridefinizione delle abitudini di acquisto e consumo, ad un mutamento radicale degli stili di vita, con una generalizzazione di alcune pratiche di contenimento degli sprechi e di sobrietà che in passato erano appannaggio di piccole minoranze (tab. 1).

Si sono avuti tagli a sprechi ed eccessi anche nelle spese di base, ad esempio quelle alimentari, ridimensionamenti delle spese voluttuarie, *downsizing* dei volumi e corsa al *low cost*, recupero di comportamenti improntati a temperanza nei consumi e forme di riciclo, riutilizzo, o prolungato utilizzo di beni non rinnovabili.

La sostenibilità dei bilanci familiari si è imposta in questi anni come una urgenza, un esercizio ineludibile al quale i nuclei familiari hanno dovuto sottoporsi.

Alla luce di queste dinamiche, è parso opportuno chiedersi quali effetti un simile contesto di crisi ha generato sulla sostenibilità economica delle famiglie e più precisamente se e in che misura il *reddito mensile delle famiglie* sia oggi in grado di coprire abitualmente le spese.

Dai dati dell'indagine sulla popolazione emerge che (fig. 1):

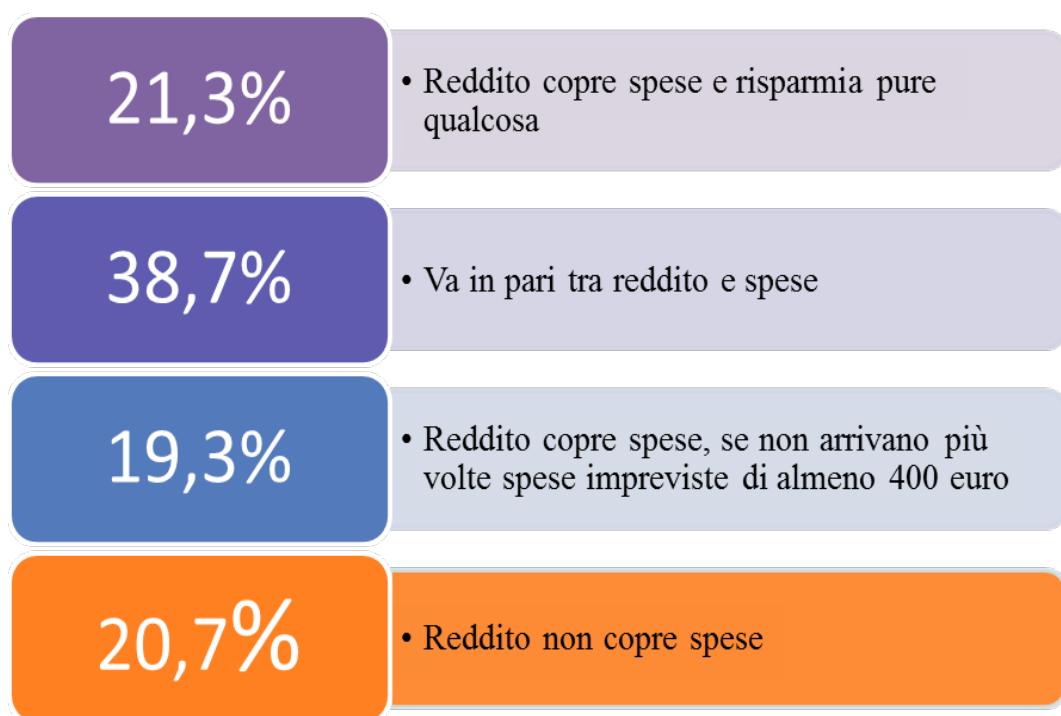
- oltre il 21% delle famiglie intervistate dichiara che il reddito familiare mensile di solito copre le spese e consente loro di risparmiare qualcosa;
- il 38,7% va in pari;
- poco più del 19% dichiara di andare normalmente in pari, a meno che non capitino più volte consistenti spese impreviste, dell'ordine di 400 euro;
- quasi il 21% delle famiglie non riesce a coprire le spese con il reddito mensile disponibile.

Tab. 1 - I numeri della crisi: andamento di alcune variabili macroeconomiche (var. ass. e var. %)

	Var. ass.	Var. %	
	2007- 2012	2007- 2012	III trim 2007-2013
(mln €correnti)			
PIL ai prezzi di mercato	-103.628	-6,9	-8,7
Reddito disponibile lordo delle famiglie	-96.240	-9,4	-10,6
Consumi delle famiglie	-53.555	-5,2	-7,7
Risparmio delle famiglie	-59.960	-31,9	-27,5

Fonte: elaborazione Censis e Forum ANIA-Consumatori su dati Istat

Fig. 1 - La sostenibilità delle spese familiari mensili: il rapporto tra il reddito familiare e le spese mensili delle famiglie (val. %)



Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

La maggior parte delle famiglie (58%) sembra dunque barcamenarsi in un fragile equilibrio, mantenendosi precariamente sul pelo dell'acqua del pareggio di bilancio, con redditi appena sufficienti a coprire le spese abituali, ma una quota non indifferente delle famiglie con sostenibilità al limite fa esplicito riferimento all'incubo delle spese impreviste.

Trovandosi nell'impossibilità di accantonare somme per le emergenze, basta poco per saltare, per ritrovarsi con flussi di uscite superiori alle entrate, vuoi per una cartella esattoriale non prevista, o per conguagli di bollette per l'energia o per il riscaldamento fino a spese mediche e diagnostiche dovute all'insorgere di patologie.

Trova conferma il nesso stretto tra condizione socioeconomica, e quindi anche grado di sostenibilità economica familiare, e livello di studio delle persone, poiché la quota di famiglie in cui il reddito familiare copre le spese mensili cresce al crescere del titolo di studio: dal 65,6% delle persone con basso titolo di studio, al 73,8% con licenza media, all'81,9% per i diplomati, al 92,4% per i laureati. Ancora più marcato è il ritmo incrementale della quota di famiglie che riescono anche a risparmiare, poiché si va da un esiguo 7,3% se l'intervistato possiede al massimo la licenza media al 41,4% di coloro che possiedono un titolo di livello universitario (tab. 2).

Ma all'interno dei diversi gruppi sociali vi sono tipologie familiari che più di altre appaiono indifese rispetto alla eventualità di dover effettuare spese non preventivate, come nel caso delle famiglie con figli o di quelle più giovani, in cui l'intervistato ha al massimo 34 anni. Si tratta rispettivamente del 41% e del 47,4% di nuclei familiari che dichiarano di avere redditi appena sufficienti a coprire le spese abituali.

1.2. L'integrazione dei redditi insufficienti

Oltre il 64% delle famiglie *che non hanno sostenibilità economica* riesce a coprire almeno parte delle spese che eccedono i propri redditi attingendo a risparmi pregressi, quasi il 44% ricorre a prestiti da parte di familiari, amici, parenti, il 13,6% utilizza lo scoperto di conto corrente, pagandone poi il costo, poco più dell'11% ricorre a prestiti di banche, finanziarie, ecc., e il 6,7% fa ricorso all'anticipo di contanti sulla carta di credito o semplicemente rinvia la copertura della spesa al mese successivo quando arriva il saldo della carta di credito (tab. 3).

Tab. 2 - La copertura delle spese mensili con il reddito mensile familiare, per titolo di studio (val. %)

<i>Il suo reddito mensile familiare di solito copre le spese mensili?</i>	Nessuno/ Licenza elementare	Licenza media/ Qualifica professionale	Diploma	Laurea o superiore	Totale
Sì	65,6	73,8	81,9	92,4	79,3
<i>di cui:</i>					
- ma andiamo in pari	41,5	39,5	40,3	30,2	38,7
- risparmiamo pure qualcosa	7,3	14,2	22,8	41,4	21,3
- a meno che non capitino più volte grandi spese impreviste	16,8	20,1	18,8	20,8	19,3
No, non riusciamo a coprire le spese	34,4	26,2	18,1	7,6	20,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 3 – La copertura delle spese che eccedono il reddito disponibile^(*), per tipologia familiare (val. %)

<i>Come copre le spese che vanno oltre il proprio reddito? Ricorre a:</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Propri risparmi	59,5	85,4	66,2	54,7	64,1
- Prestiti da familiari, amici, parenti	62,2	34,0	27,7	43,6	43,8
- Scoperto di conto corrente	7,8	3,1	15,2	28,0	13,6
- Prestiti da banche, finanziarie, ecc.	3,6	5,4	19,9	14,7	11,2
- Anticipo di contanti sulla carta di credito	0,9	2,5	10,3	13,9	6,7

(*) I dati sono relativi alle famiglie che non hanno sostenibilità finanziaria

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Non sempre dunque si riesce a coprire le montanti esigenze monetarie con risorse proprie accantonate, ma un ruolo rilevante hanno i flussi aggiuntivi di risorse prese a prestito da unità che ne hanno in avанzo, che siano familiari, parenti, amici o istituti di credito e finanziari.

Il 68% delle famiglie in difficoltà (tab. 4) ricorre ad una sola modalità di integrazione del reddito, soprattutto se si tratta di persone di una certa età, con oltre 65 anni (70,5%), che presumibilmente riescono a far fronte alla contrazione del proprio potere d'acquisto ed all'aumento delle spese con i risparmi pregressi, mentre fa ricorso ad una pluralità di fonti integrative il rimanente 39%, - con un'accentuazione in questo caso analoga tra *Millennials* (46,4%) e *baby boomers* (46,2%) e valori mediamente più elevati (oltre il 46%) tra le famiglie monogenitoriali rispetto alle altre tipologie di nuclei familiari.

La gamma di modalità e le fonti di copertura di spesa cui una famiglia ricorre non sono indifferenti, in quanto l'indebitamento implicito che comporta il ricorso a flussi aggiuntivi di risorse, rischia di generare ulteriore indebitamento, determinando una spirale debitoria da cui le famiglie potrebbero avere difficoltà a liberarsi.

Infatti, un conto è l'aiuto da parte di familiari, amici e parenti, un altro invece è l'indebitamento con istituti finanziari e banche, anche nella forma dello scoperto di conto corrente o dell'anticipo di contanti su carta di credito.

A questo proposito, l'analisi delle modalità più frequentemente utilizzate per la copertura delle spese a seconda della struttura familiare permette di evidenziare che le coppie senza figli fanno conto più delle altre famiglie sui propri risparmi (85,4%), mentre le famiglie unipersonali, nel 62,2% dei casi, e in misura minore quelle monogenitoriali (46,6%) ricorrono con maggiore frequenza delle altre all'aiuto di familiari, amici e parenti. Sono le coppie con figli che hanno spese eccedenti i redditi a ricorrere in misura maggiore a prestiti per canali formali, dalle banche agli istituti di credito: oltre il 15% utilizza lo scoperto di conto corrente, quasi il 20% ricorre a prestiti da banche, finanziarie ecc. ed il 10,3% all'anticipo di contanti sulla carta di credito.

Tab. 4 – Modalità di copertura delle spese che eccedono il reddito mensile, per età (val. %)

	18-34 anni (<i>Millennials</i>)	35 – 64 anni (<i>baby boomers</i>)	65 anni e oltre (<i>Aged</i>)	Totale
Una modalità	53,6	53,8	70,5	68,1
Due o più modalità	46,4	46,2	29,5	38,9

(*) Modalità di copertura: propri risparmi; prestiti da banche, finanziarie ecc.; prestiti da familiari, amici, parenti; scoperto di conto corrente; anticipo di contanti sulla carta di credito

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

1.3. La sostenibilità percepita

Se il quotidiano vivere ha assunto un assetto instabile per molte famiglie italiane, appare interessante analizzare la percezione soggettiva della sostenibilità soprattutto in prospettiva futura (tab. 5); anche da questo punto di vista, predomina un senso di vulnerabilità rispetto al sopraggiungere di spese non preventivate, sentimento che appartiene a quasi il 35% delle famiglie che dichiarano di riuscire attualmente a vivere con il reddito familiare (anche se magari con integrazioni da parenti, amici o con prestiti per fronteggiare spese impreviste), ma ritengono che tale equilibrio sia del tutto precario.

Con diverse sfumature, lo stesso messaggio proviene da chi definisce la propria sostenibilità come *difficile*, perché se sarà costretto a coprire altri bisogni non più garantiti dal welfare pubblico rischia di non farcela (22,2%), dall'8% di intervistati che fanno riferimento ad una sostenibilità *ad alto rischio*, perché hanno fonti di reddito insicure (hanno il timore di perdere il lavoro o di dovere chiudere l'attività) e da chi ritiene che sarà *da ridefinire nel futuro* perché è convinto che i bisogni familiari aumenteranno e il proprio livello di reddito non basterà (6,5%).

Ai due estremi, si collocano il 26,3% di famiglie che hanno una posizione economica solida, essendo riuscite a trovare un equilibrio tra *soldi che entrano e spese da affrontare* ed il 2% di intervistati che afferma di non riuscire comunque a vivere con il reddito familiare.

La soglia della solidità della sostenibilità familiare è data dai 2.000 euro netti mensili: infatti, solo il 10% di coloro che dispongono di un reddito familiare che non supera i 1.000 euro mensili definiscono solida la propria posizione economica, mentre tale valore balza al 49,9% tra coloro che hanno tra 2.000 e 4.000 euro mensili familiari e sale ulteriormente al 75,8% per chi ha oltre 4.000 euro di reddito familiare (tab. 6).

Tab. 5 –Il giudizio degli italiani sulla sostenibilità del proprio reddito, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Se lei riesce a vivere con il reddito familiare (anche se magari con integrazioni da parenti, amici o con prestiti per fronteggiare spese impreviste), ritiene che questa sostenibilità sia:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Precaria , con le spese correnti di fatto utilizzo tutto il reddito, questo mi rende vulnerabile a spese impreviste	38,2	25,4	38,3	34,6	34,7
- Solida , comunque sono riuscito a trovare un equilibrio tra soldi che entrano e spese da affrontare	33,9	34,1	17,4	20,5	26,3
- Difficile , perché se sarò costretto a coprire altri bisogni non più garantiti dal welfare pubblico rischio di non farcela	15,5	27,8	21,1	25,6	22,2
- Ad alto rischio , perché la mia fonte di reddito lo è	5,3	8,1	10,7	9,7	8,3
- Da ridefinire nel futuro perché già so che i bisogni aumenteranno e questo livello di reddito non basterà	5,6	4,2	8,7	7,4	6,5
- Non riesco comunque a vivere con il reddito familiare	1,5	0,4	3,8	2,2	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 6 –Il giudizio degli italiani sulla sostenibilità del proprio reddito, per livello socio-economico (val. %)

<i>Se lei riesce a vivere con il reddito familiare (anche se magari con integrazioni da parenti, amici o con prestiti per fronteggiare spese impreviste), ritiene che questa sostenibilità sia:</i>	Inferiore a 1.000 euro	Da 1.001 a 2.000 euro	Da 2.001 a 4.000 euro	Oltre 4.000 euro	Totale (*)
- Precaria , con le spese correnti di fatto utilizzo tutto il reddito, questo mi rende vulnerabile a spese impreviste	26,4	44,4	27,7	10,4	34,7
- Solida , comunque sono riuscito a trovare un equilibrio tra soldi che entrano e spese da affrontare	10,1	19,2	49,9	75,8	26,3
- Difficile , perché se sarò costretto a coprire altri bisogni non più garantiti dal welfare pubblico rischio di non farcela	36,2	23,0	10,4	13,8	22,2
- Ad alto rischio , perché la mia fonte di reddito lo è	18,2	7,9	2,7	0,0	8,3
- Da ridefinire nel futuro perché già so che i bisogni aumenteranno e questo livello di reddito non basterà	5,6	3,9	7,0	0,0	6,5
- Non riesco comunque a vivere con il reddito familiare	3,5	1,5	2,3	0,0	2,0
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Il totale comprende anche le risposte di coloro che non hanno indicato il proprio livello socio-economico

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Stare male è un concetto che ha una pluralità di forme concrete di materializzazione, tanto che tra coloro che dichiarano di non riuscire ad arrivare a fine mese spiccano i dati relativi ai malati cronici (40%) ed ai non autosufficienti (oltre il 24%).

Il contesto declinante e di crisi rende le diseguaglianze a rischio di ampliamento a seguito delle diverse traiettorie e dei diversi ritmi di movimento dei vari livelli di reddito: le difficoltà rendono le diseguaglianze ancor più penalizzanti per chi si trova nella parte inferiore della piramide sociale e del reddito.

La sostenibilità è figlia della collocazione sociale, e nella crisi c'è il duplice movimento di ampliamento delle forbici sociali e, più ancora, di fragilizzazione estrema delle posizioni più deboli.

Si evidenzia un pericoloso slittamento della parte più debole della società, secondo una dinamica centrifuga che trasforma le differenze in distanze e queste ultime in diseguaglianze, con alto rischio di mutare ulteriormente in fratture sociali.

Non bisogna però sottovalutare il fatto che comunque il senso di precarietà ha natura trasversale ai gruppi sociali, è una specie di pericolosa epidemia silente che si incunea nei contesti sociali più diversi.

A questo proposito, è indicativo il dato relativo alla definizione della sostenibilità che danno le famiglie che hanno redditi mensili che coprono le spese; infatti, reputa precaria la propria sostenibilità il 35,6% delle persone che riescono a vivere con il reddito mensile, magari integrato da qualche supporto familiare di tanto in tanto, valore superiore, anche se non in misura eccessivamente marcata, a quello relativo alle famiglie con stessa caratteristica che, invece, definiscono solida la propria condizione economica, pari al 32,7%.

Vi è poi un ulteriore 18,2% che parla di sostenibilità difficile soprattutto se nel prossimo futuro sarà chiamato a coprire ulteriori nuovi bisogni, magari di welfare.

In estrema sintesi, l'evoluzione della sostenibilità economica delle famiglie italiane nella crisi permette di fissare alcuni punti fermi:

- c'è una dinamica divaricante tra famiglie con redditi bassi e famiglie con più alta domanda sociale (famiglie con figli, con malati cronici, con non autosufficienti, monogenitoriali, ecc.) da un lato, e quelle che hanno redditi più alti dall'altro, in relazione alla tenuta della sostenibilità. Bassi

redditi si associano ad una più alta friabilità della sostenibilità finanziaria;

- un certo grado di precarietà in relazione alla capacità di mantenere la sostenibilità nel tempo si è comunque installata nel cuore della società e nasce anche dal timore di dover affrontare i costi legati ai bisogni sociali che il welfare non copre più.

Non a caso, pensando al loro futuro gli italiani sono preoccupati soprattutto dal rischio di fronteggiare spese impreviste legate alla perdita della salute, come l'insorgere di una malattia (37,8%) o di una condizione non autosufficienza (29,6%) (tab. 7).

Tab. 7 – Le principali preoccupazioni degli italiani per il futuro, per titolo di studio (val. %)

<i>Quali tra i seguenti problemi La preoccupano maggiormente per il futuro?</i>	Nessuno/ Licenza elementare	Licenza media/ Qualifica professionale	Diploma	Laurea o superiore	Totale
- L'insorgere di una malattia	44,5	39,8	34,5	39,0	37,8
- La disoccupazione/la perdita del lavoro	11,5	24,1	39,4	30,2	30,4
- La non autosufficienza	56,9	33,6	22,9	23,6	29,6
- L'inadeguatezza dei redditi di cui dispone	21,9	26,0	24,6	18,6	23,9
- La vecchiaia/il livello della pensione	37,9	32,5	24,6	18,5	27,5
- Le difficoltà dei figli nel lavoro, nel farsi una vita propria, autonoma	15,7	24,2	26,5	17,6	23,5
- La situazione abitativa	0,8	6,2	8,5	3,8	6,3
- Nessuna	1,2	1,8	4,3	12,8	4,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

2. RETI E FLUSSI INFORMALI E RUOLO NEL SUPPORTO ALLA SOSTENIBILITÀ

Il 30,2% delle famiglie intervistate dichiara di aver ricevuto contributi economici da parenti, amici o conoscenti: di queste, quasi il 9% riceve aiuto regolarmente e il 21,4% di tanto in tanto.

Quali sono le tipologie familiari più supportate economicamente dalle reti familiari? Ricevono contributi economici *con regolarità* il 18,9% delle famiglie monogenitoriali ed il 12,8% di quelle unipersonali; alte invece le quote di coppie con figli (25,4%) o senza figli (22,7%) che ricevono aiuto occasionale (tab. 8).

Il dato più eclatante riguarda i cosiddetti *Millennials*, giovani di età compresa tra 18 e 34 anni, tra i quali oltre il 20% riceve aiuto dalla rete familiare e amicale regolarmente ed il 28% di tanto in tanto; anche tra i *baby boomers* il fenomeno non è irrilevante, in quanto è quasi l'11% a ricevere aiuto con regolarità ed il 26,4% di tanto in tanto.

Il ruolo dirimente giocato dalle reti informali nei confronti delle famiglie con capofamiglia un *Millennials* emerge con forza se si considera che esse costituiscono oltre il 12,4% del totale delle famiglie che ricevono aiuto da familiari, amici, conoscenti, mentre sono il 7,7% del totale del campione; analogamente, le famiglie con capofamiglia un *baby boomers* sono oltre il 69% del totale di quelle che ricevono aiuto da reti parentali ed amicali e sono invece il 55,9% del totale del campione.

Le famiglie con capofamiglia un longevo sono invece con molta meno frequenza destinatarie di flussi di aiuti dalle reti informali: tra gli *aged* è poco più del 3% a ricevere aiuto regolarmente ed il 12,3% ne usufruisce di tanto in tanto.

Dunque, la dinamica intergenerazionale mostra una propensione molto più alta dei *Millennials*, i giovani, a prendere risorse di supporto dalle reti informali, familiari, mentre i longevi possono essere considerati come *unità in surplus* che immettono risorse nelle reti familiari.

I flussi monetari che corrono lungo le reti informali sono molto consistenti e i 2,2 milioni di famiglie che ricevono aiuto mensile con regolarità finiscono per ricevere un *flusso annuale pari a 9,1 miliardi di euro*.

Una colossale ridistribuzione orizzontale che consente a tante famiglie di garantirsi la sostenibilità economica, di tenersi a galla.

Tab. 8 - Famiglie che ricevono contributi economici da parte di parenti/amici/conoscenti, per tipologia familiare (val. %)

<i>Ci sono parenti/amici/conoscenti che danno contributi economici alla vostra famiglia?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
Sì	30,8	25,4	30,6	35,1	30,2
<i>di cui:</i>					
- regolarmente	12,8	2,7	5,2	18,9	8,8
- di tanto in tanto	18,0	22,7	25,4	16,2	21,4
No, mai	69,2	74,6	69,4	64,9	69,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Le cifre mensili medie erogate per i *Millennials* ammontano a 458 euro, per i *baby boomers* a 285 euro, per i longevi a 254 euro.

Ricevono contributi più elevati, mediamente circa 534 euro mensili, le coppie senza figli, seguite dalle persone che vivono sole (324 euro), mentre gli aiuti familiari ed amicali sono di entità inferiore quando sono presenti dei figli (quasi 263 euro mensili per le famiglie monogenitoriali e quasi 226 euro per le coppie con figli) (tab. 9).

Il dare e avere generazionale vede longevi con risorse molto robuste, soprattutto patrimoniali, e giovani, che invece sono destinatari di flussi consistenti di aiuti monetari, molto spesso con cadenza regolare, quasi mensile.

Dalle pensioni ai patrimoni i longevi sono in fondo oggi una componente forte della realtà economica italiana e, oltretutto, giocano tale ruolo con grande responsabilità verso le reti familiari di cui sono nodo vitale.

Il ruolo di finanziatori dei longevi nelle reti familiari risulta evidente poiché sono 7 milioni quelli che contribuiscono al sostegno delle famiglie dei figli, di cui 1,5 milioni regolarmente; i nonni attivano un flusso redistributivo di risorse pari a 5,4 miliardi di euro all'anno.

Per avere un quadro più generale del ruolo dei nonni è stato chiesto ad un campione di italiani se fossero a conoscenza di famiglie in cui i nonni con la propria pensione e/o risparmi garantiscono qualche forma di aiuto ad altri membri della rete familiare (tab. 10).

E' emerso che il 41,4% degli intervistati conosce famiglie in cui ciò avviene, e più precisamente:

- il 25% degli intervistati conosce famiglie in cui i nonni integrano i redditi delle famiglie dei figli o nipoti con una certa regolarità;
- il 24,7% conosce famiglie in cui pagano regolarmente o occasionalmente gli studi, lo sport e altre attività ai nipoti;
- il 21,7% conosce famiglie in cui erogano una tantum soldi per cose importanti, dall'acquisto della casa a quello dell'automobile.

Sono dati che rendono evidente il radicamento sociale, anche nella percezione ed esperienza collettiva del fatto che i *nonni* sono una risorsa economica significativa per tante famiglie, un terminale dei processi di ridistribuzione orizzontale ormai irrinunciabili per garantire la coesione comunitaria e, più in generale, la tenuta della società nella crisi.

Tab. 9 – La cifra mensile dei contributi economici che le famiglie italiane ricevono da altri soggetti della propria rete familiare, per tipologia familiare (v.a. in euro)

<i>Può indicare la cifra mensile dei contributi economici alla vostra famiglia?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore/Altro	Totale
Importo	324,1	543,6	225,8	262,7	305,5

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 10 – L'aiuto economico dei nonni alle famiglie italiane, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Lei conosce famiglie in cui i nonni con la propria pensione e/o risparmi garantiscono una delle seguenti forme di aiuto?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
Non conosco alcuna famiglia che riceve queste forme di aiuto	70,9	59,7	57,4	47,6	58,6
Conosco famiglie in cui i nonni garantiscono queste forme di aiuto di cui:	29,1	40,3	42,6	52,4	41,4
Integrano il reddito delle famiglie dei figli con una certa regolarità	19,0	18,8	29,6	31,3	25,0
Pagano studi, sport e altre attività ai nipoti	18,0	21,5	28,8	30,0	24,7
Erogano somme una tantum per cose importanti, dall'acquisto della casa a quello dell'automobile	11,4	20,6	29,7	26,2	21,7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Le reti familiari sono una componente di lunga deriva della realtà sociale italiana, costituendone da tempo un imprescindibile collante; quel che però è importante ribadire è che, in questa fase di crisi:

- non solo hanno esperito, come detto, un'amplificazione della portata del loro contributo alla tenuta delle tante molecole che costituiscono il tessuto sociale;
- ma, anche, al loro interno, si è distinto il ruolo strategico di supporto svolto dalla componente più anziana della popolazione. Un esempio lampante è il fatto che, con la crisi, la funzione di soggetto ridistributore di risorse, oltre che di pilastro delle reti familiari, è diventata ancora più significativa per tanti nonni: il 56,7% degli intervistati conosce famiglie in cui l'aiuto derivante dai nonni è aumentato nell'ultimo anno: in particolare, il 34,6% segnala che tale supporto ha integrato il reddito delle famiglie dei figli con una certa regolarità, il 28% rivela che, più che in passato, i nonni erogano somme una tantum per cose importanti, dall'acquisto della casa a quello dell'automobile (tab. 11).

Si tratta di un fenomeno per certi versi inevitabile visto il trend di concentrazione dei patrimoni di cui dispongono e la relativa stabilità del reddito pensionistico. Infatti, l'analisi di lungo periodo mostra che la ricchezza familiare netta delle famiglie anziane è cresciuta del 117,8% negli ultimi vent'anni (tra il 1991 e il 2012), cioè più del doppio di quella del totale delle famiglie italiane (+56,8%), e vale in media 273mila euro.

Nel 1991 gli anziani detenevano il 19,3% della ricchezza familiare netta totale in Italia, nel 2002 la percentuale era diventata il 28,4%, oggi è salita al 34,2%.

Esiste pertanto una dinamica di lungo periodo con un considerevole spostamento della ricchezza verso le fasce più anziane della popolazione, cui fa da *pendant* una sorta di spossessamento delle risorse che contemporaneamente i giovani hanno subito. Non a caso si rileva che il 79,6% delle famiglie anziane (rispetto al 71,6% del totale delle famiglie italiane) possiede almeno un immobile tra abitazione principale, seconda casa, cantina, box, ecc.

Perdipiù, se anche le pensioni sono oggettivamente basse, risparmi accumulati nel tempo, redditi da investimenti nel mattone e anche redditi da lavoro consentono agli anziani di integrarle e arricchirle.

Tab. 11 - L'incremento di aiuto economico dei nonni alle famiglie italiane negli ultimi 12 mesi, per ripartizione geografica (val. %)

<i>E conosce famiglie in cui questo aiuto è aumentato nell'ultimo anno?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
Non conosco alcuna famiglia in cui questo aiuto è aumentato	43,3	35,1	53,1	42,0	43,3
Conosco famiglie in cui questo aiuto è aumentato	56,7	64,9	46,9	58,0	56,7
<i>di cui:</i>					
Integrano il reddito delle famiglie dei figli con una certa regolarità	30,6	43,1	28,8	35,6	34,6
Erogano somme una tantum per cose importanti, dall'acquisto della casa a quello dell'automobile	25,6	30,6	24,1	29,7	27,9
Pagano studi, sport e altre attività ai nipoti	26,4	26,2	15,2	11,0	17,8

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il reddito da trasferimenti è mediamente di 1.284 euro mensili (anche se il 41% ha una pensione inferiore ai mille euro); in ogni caso, le pensioni costituiscono solo il 64,3% del reddito familiare degli anziani, il resto è dato da redditi da capitale (27,6%) e da lavoro dipendente o derivanti dalla libera professione (8,1%).

In conclusione, si può quindi sicuramente affermare che i redditi dei longevi sono *anche* reddito che transita dai conti correnti dei longevi a quelli delle famiglie di figli e nipoti; un finanziamento orizzontale che, con più o meno regolarità, integra redditi e capacità di acquisto delle famiglie.

E non può non colpire la quota di famiglie con capofamiglia giovane che ha bisogno dei redditi dei nonni per conservare la sostenibilità; naturalmente anche questa dipendenza da flussi di reddito esterni, provenienti per di più da longevi, rende la sostenibilità di tali famiglie molto precaria, visto che le pensioni sono un reddito non eterno.

D'altro canto, il trasferimento di risorse dai longevi alle famiglie di figli o ai nipoti non può non generare anche una riduzione del tenore di vita dei longevi stessi, che quindi sono chiamati a stringere la cinghia o almeno a non investire su se stessi per potere esercitare la funzione *di prestatori delle risorse mancanti*. Si è di fronte ad un welfare sommerso in cui i longevi sono il nocciolo duro, che è in grado di far fluire risorse nella rete, consentendo appunto a tanti giovani di sostenere la propria famiglia.

2.1. Le reti dell'economia sociale

Al fianco - e spesso intrecciate con le reti familiari - ci sono quelle che afferiscono all'azione degli organismi del terzo settore e in generale dell'economia sociale.

Oltre l'11% delle famiglie dichiara di avere un membro che ha ricevuto, negli ultimi dodici mesi, una qualche forma di aiuto economico o di erogazione di servizi/interventi da organismi dell'economia sociale; spicca il dato relativo alle famiglie monogenitoriali tra le quali è il 19% ad avere ricevuto supporto da organismi dell'economia sociale (tab. 12).

Tab. 12 – Italiani che hanno ricevuto aiuti da organismi dell'economia sociale negli ultimi 12 mesi, per tipologia familiare (val. %)

<i>Negli ultimi dodici mesi, un membro della vostra famiglia ha ricevuto una qualche forma di aiuto economico o di erogazione di servizi/interventi da organismi dell'economia sociale?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Sì	10,0	9,4	10,2	19,3	11,1
- No	90,0	90,6	89,8	80,7	88,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il ricorso al supporto delle reti informali dell'economia sociale ha una relazione inversa con il reddito degli intervistati: si passa dal 6,3% delle famiglie ad alto reddito, al 9,3% tra quelle con medio reddito, ad oltre il 12% per quelle con reddito medio-basso sino al 17,8% per quelle a basso reddito. Il ruolo di supporto dell'economia sociale risulta più significativo nelle regioni del Nord Est e del Sud e Isole.

Va poi sottolineato il ruolo svolto dall'economia sociale nei territori dei comuni più piccoli, sino a 10 mila abitanti e nelle grandi città con più di 250 mila abitanti; la crisi sembra avere messo a più dura prova la tenuta della sostenibilità delle famiglie nei grandi centri, laddove appunto la presenza degli organismi dell'economia sociale ha potuto svolgere un virtuoso ruolo di supporto alle famiglie in difficoltà.

I numeri sono importanti poiché complessivamente è possibile stimare che, in Italia, quasi 2,8 milioni di famiglie hanno almeno un membro il quale, negli ultimi dodici mesi, ha ricevuto una qualche forma di aiuto economico o di erogazione di servizi e/o interventi da organismi dell'economia sociale (organizzazioni volontariato, associazioni promozione sociale, *Onlus* ecc.).

Una caratteristica specifica dei destinatari dell'aiuto dell'economia informale è una maggiore distribuzione trasversale tra le classi di età e le tipologie familiari; infatti, sono presenti quote significative di famiglie con figli, ma anche di famiglie con longevi, spesso non autosufficienti o con patologie croniche.

Va sottolineato che dall'economia sociale arriva non solo aiuto economico, sussidi monetari, ma anche servizi, prestazioni sociosanitarie che sono particolarmente utili in presenza di disagi indotti da patologie e disabilità; questo spiega la relativa trasversalità del ricorso all'aiuto dell'economia sociale che coinvolge giovani e anziani, ceti meno abbienti ma anche segmenti dei gruppi sociali benestanti.

3. GLI EFFETTI DELLA CRISI: LA REGRESSIVITÀ SOCIALE DEL *MENO WELFARE*

3.1. Spese che fanno *traballare* la sostenibilità delle famiglie

La ricerca ha consentito di approfondire alcuni elementi caratterizzanti l’evoluzione della sostenibilità economica delle famiglie, i fattori di cambiamento, a cominciare dalla percezione relativa all’impatto che l’evoluzione di particolari spese, nuove o semplicemente in rialzo, stanno determinando.

Sono oltre il 62% gli italiani che dichiarano che negli ultimi mesi sono emerse nuove spese e/o aumenti di spese già esistenti che stanno facendo traballare la tenuta economica del proprio budget; è un dato che si mantiene trasversalmente elevato tra le tipologie familiari, con una punta più alta tra le famiglie con figli, ed è un fenomeno regressivo perché è molto più alta la quota di famiglie a basso reddito che vedono la propria sostenibilità vacillare sotto l’effetto della crisi (tab. 13).

E’, infatti, il 71% delle famiglie a basso reddito di contro al 45% di quelle con livello alto di reddito (valore comunque non indifferente) a percepire l’impatto negativo sul proprio budget di nuove spese o del rialzo di vecchie spese (tab. 14).

Si tratta di solito di spese incomprimibili, pur nella loro diversità, e tuttavia percepite da quote rilevanti di intervistati come sempre meno sostenibili: per più di 7 famiglie su 10 le spese che più contribuiscono ad intaccare l’equilibrio del budget familiare nel nuovo contesto sono le bollette di luce, gas, telefono fisso, ecc., per circa la metà sono le spese per generi alimentari e bevande, per poco meno di un terzo le spese condominiali, seguono poi le spese per affitto o mutuo per le famiglie che devono pagarli, ed infine l’11% richiama le spese per i trasporti pubblici. Un impatto marginale, segnalato solo dal 4,1% di intervistati, sembrano avere le spese per ricariche ed abbonamenti telefonici, che in effetti si caratterizzano per trend decrescenti delle tariffe ed i cui costi sono più facilmente gestibili dagli utenti (tab. 15).

E’ fondamentale sottolineare il carattere di regressività di queste spese, in relazione all’impatto che la loro dinamica ascendente esercita sui bilanci familiari; le bollette di luce e gas, l’affitto, le spese condominiali e quelle per ricariche e abbonamenti alla rete mobile hanno nella percezione degli intervistati un impatto sul budget soprattutto sui budget bassi e medio-bassi (tab. 16).

Tab. 13 – L’emergere di nuove spese e/o aumenti di spese già esistenti che fanno traballare i budget delle famiglie italiane, per tipologia familiare (val. %)

<i>Negli ultimi mesi sono emerse nuove spese Unipersonale e/o aumenti di spese già esistenti che stanno facendo traballare la tenuta economica del suo budget familiare?</i>	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Sì	58,9	68,1	63,4	62,2
- No	41,1	31,9	36,6	37,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 14 – L'emergere di nuove spese e/o aumenti di spese già esistenti che fanno traballare i budget delle famiglie italiane, per livello socio-economico (val. %)

<i>Negli ultimi mesi sono emerse nuove spese e/o aumenti di spese già esistenti che stanno facendo traballare la tenuta economica del suo budget familiare?</i>	Alto/ Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	Totale*
- Sì	45,0	61,3	67,0	71,0	62,2
- No	55,0	38,7	33,0	29,0	37,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Il totale comprende anche le risposte di coloro che non hanno indicato il proprio livello socio-economico

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 15 - Tipologie di spese impreviste che fanno traballare i budget familiari, per tipologia familiare (val. %)

	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Bollette luce, gas, telefono fisso, ecc.	75,3	77,1	74,1	86,7	76,7
- Spese per generi alimentari e bevande	49,6	49,7	48,9	48,2	49,1
- Spese condominiali	30,5	36,1	29,0	32,3	31,2
- Affitto	18,8	14,6	11,0	19,1	15,0
- Mutuo	8,6	20,3	14,1	9,2	13,0
- Spese per trasporti pubblici	7,8	9,4	8,9	25,4	10,9
- Ricariche e/o abbonamenti cellulari	4,5	0,5	4,0	8,4	4,1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

**Tab. 16 – Tipologie di spese impreviste che fanno traballare i budget familiari, per livello socio-economico
(val. %)**

	Alto/ Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	Totale*
- Bollette luce, gas, telefono fisso, ecc.	78,6	72,1	81,1	78,2	76,7
- Spese per generi alimentari e bevande	47,6	45,5	55,3	45,0	49,1
- Spese condominiali	14,0	28,1	33,6	34,5	31,2
- Affitto	17,8	7,4	20,8	20,5	15,0
- Mutuo	17,4	12,7	14,0	12,3	13,0
- Spese per trasporti pubblici	18,7	8,0	10,9	13,0	10,9
- Ricariche e/o abbonamenti cellulari	1,8	4,0	3,6	6,4	4,1

(*) Il totale comprende anche le risposte di coloro che non hanno indicato il proprio livello socio-economico

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Anche tra le famiglie con redditi medio-alti le diverse voci di spesa non sono esenti da criticità legate alla loro sostenibilità attuale ed in prospettiva. In particolare, pesano sempre più sui bilanci familiari, in misura maggiore che non per le altre famiglie, le spese per il mutuo (17,4%) e quelle per i trasporti pubblici (18,7%).

3.2. Le spese per il welfare: lo specifico della sanità

Anche le *spese di welfare* sono richiamate come esempio di nuove spese o spese pregresse in rialzo in grado di far traballare la sostenibilità familiare; sono il 34,9% le famiglie che negli ultimi dodici mesi hanno visto emergere nuove spese e/o aumenti di spesa relativi alla salute che stanno intaccando la tenuta economica del proprio budget. In particolare (tab. 17):

- oltre il 34% degli intervistati indica come spese che stanno generando impatti destabilizzanti sul reddito familiare la spesa per i ticket per farmaci e/o visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici;
- il 32,4% segnala la spesa per le visite mediche specialistiche interamente a proprio carico;
- oltre il 20%, gli accertamenti diagnostici interamente a proprio carico.

Tali dati pongono l'accento sull'effetto particolarmente regressivo che hanno le spese sanitarie private, quelle interamente a carico dei cittadini, presumibilmente non rinviabili, che derivano da prestazioni che i cittadini stentano ad avere tempestivamente nel pubblico a causa delle lunghe liste di attesa. Le spese per visite mediche ed accertamenti diagnostici a pagamento impattano negativamente sui bilanci, rispettivamente, del 37,6% e del 27,4% delle famiglie a basso reddito.

La regressività della spesa sanitaria privata quindi è legata solo in parte alle manovre di finanza pubblica che hanno colpito la sanità, perché rinvia anche alla insufficiente offerta pubblica rispetto alla dinamica della domanda, che in alcuni contesti rende inevitabile il ricorso alla sanità privata se si vuole avere accertamenti o terapie in tempi rapidi, o percepiti come tali.

Tab. 17 - Nuove o aggiuntive spese per la salute e socio assistenziali che fanno traballare i budget familiari (val. %)

	Totale
- Ticket per farmaci e/o visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici	34,3
- Visite mediche specialistiche interamente a suo carico	32,4
- Accertamenti diagnostici interamente a suo carico	20,3
- Farmaci interamente a suo carico	16,9
- Spese odontoiatriche interamente a suo carico	15,4
- Spesa per polizze assicurative di vario tipo	11,3
- Tutori, ausili, dispositivi medici	3,9
- Spese assistenziali	3,7
- Diete speciali/alimenti per seguire una dieta	3,3
- Fisioterapista/Riabilitazione	3,1
- Infermieri	1,2
- Eventuali rette per presidi diurni e/o permanenti per membri come minori, anziani, disabili, ecc.	0,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Non è improbabile che, con la crisi, si sia determinata un'articolazione di processi anche contraddittori, con un flusso di rientro nel pubblico di cittadini che in passato si rivolgevano al privato, cosa che ha determinato un allungamento di liste di attesa costringendo tanti che, invece, hanno bisogno di accertamenti o cure rapidi a rivolgersi direttamente al privato.

Peraltro, non va dimenticato in questo processo un fenomeno che riguarda specificamente l'evoluzione della matrice di offerta sanitaria che è connotata, da un lato, da una persistente lunghezza delle liste di attesa per l'accesso alle strutture pubbliche con il pagamento del ticket o con l'esenzione e, dall'altro, da una indubbia riduzione media del costo nel privato di tante prestazioni.

In altre parole, negli ultimissimi anni è cambiato il trade off tra pubblico e privato, poiché il costo di molte prestazioni nel privato si è drasticamente ridotto rendendo abbordabile, o comunque non impossibile l'acquisto diretto di molte prestazioni.

Comunque sia, va ribadito che l'esito di tali processi è socialmente regressivo, perché costringe troppo spesso anche cittadini a basso reddito a internalizzare il costo di prestazioni sanitarie che, rispetto ai propri equilibri di budget, finiscono per avere effetti squilibranti.

Nell'ambito del welfare è chiaro che le dinamiche della offerta e della spesa sanitaria stanno impattando in misura considerevole sulla condizione economica dei cittadini, con una vera e propria torsione del senso profondo del welfare in generale e del Servizio sanitario in particolare: da fattore di rassicurazione e integrazione dei redditi familiari a fattore ansiogeno e destabilizzante i redditi delle famiglie.

Del resto la spesa sanitaria privata è non lontano da 27 miliardi di euro annui, valore ancora superiore al suo livello dell'ultimo anno precrisi, anche se in lieve riduzione nel biennio 2012-2013.

Si può dire che le successive manovre di *spending review* associate alle ristrutturazioni imposte in alcune Regioni dai Piani di rientro sanitario hanno generato uno *shift* di spesa dal pubblico al privato; tuttavia, i budget familiari sembrano essere arrivati al tetto superiore e presumibilmente si va generando un effetto spiazzamento anche rispetto alle spese per la sanità da parte di altre voci di spesa familiare.

Non bisogna dimenticare che in testa all'elenco delle spese nuove o in crescita indicate dalle famiglie vi sono quelle relative alla gestione della casa, dalle bollette per l'energia al condominio; il peso crescente di queste

voci probabilmente ha generato anche lo stop alla dinamica crescente della spesa sanitaria privata. Le famiglie, quindi, sempre più sono costrette ad un complesso processo di selezione e scelta tra voci di spesa, e anche all'interno del welfare si registrano forme di selezione rispetto all'acquisto di prestazioni alternative.

Lo dimostra il fatto che, ad esempio, nel periodo di crisi sono crollate le visite a pagamento presso gli odontoiatri con un taglio di oltre un milione di visite nel periodo 2005-2012; nel frattempo si registra, invece, un maggiore ricorso al pagamento intero di analisi del sangue e accertamenti diagnostici di vario tipo.

Aumentano le prestazioni di welfare per le quali nei budget familiari si accendono i *led* che indicano una voce di spesa, nel mentre crescono in generale le spese in capo alle famiglie, con una sorta di obbligo a fare selezione, razionando talune spese a beneficio di altre.

3.3. Altre voci di spesa per welfare in aumento: *istruzione, formazione e assistenza*

Non è solo la sanità a impattare negativamente sui bilanci delle famiglie italiane, ma ci sono altre voci di spesa relative al welfare, dall'istruzione all'assistenza; nella percezione collettiva c'è stato un cambiamento sostanziale della *mission* del welfare, non più piattaforma di rassicurazione e integrazione dei redditi diretti, piuttosto un altro ambito che genera spese nuove e/o incrementi di spesa.

Nel *dare e avere* del bilancio familiare da cui dipende la sostenibilità, il welfare ormai da tempo compare come origine di spesa e non solo come fonte diretta e indiretta di risorse aggiuntive per le famiglie. Negli ultimi dodici mesi sono emerse:

- per il 12,5% delle famiglie con minori, nuove spese e/o aumenti di spese relative a istruzione e formazione;
- per il 27% delle famiglie con figli fino a tre anni, quota che sale ad oltre il 44% tra quelle con genitore fino a 34 anni, il costo dell'asilo;
- per il 6% delle famiglie con figli, nuove o incrementate spese per attività extrascolastica (inglese, musica, ripetizioni materie, ecc.) e per il 7,7% gli esborsi per le attività che si svolgono a scuola oltre l'orario scolastico.

Il 9,3% delle famiglie dichiara, inoltre, che negli ultimi dodici mesi sono emerse nuove spese e/o aumenti di spese relative all'assistenza, che contribuiscono anch'esse ad incidere sui delicati equilibri di bilancio.

Nel 5,5% delle famiglie, infine, negli ultimi 12 mesi sono emerse nuove spese e/o aumenti di spese per attività sportiva, wellness (palestra, piscina).

Alla luce di questi ultimi dati, comunque, è possibile avvalorare l'affermazione che epicentro di nuove spese e/o aumenti di spese preesistenti nel welfare è la sanità, sia perché esiste una domanda sostanzialmente incomprimibile di prestazioni di diagnosi e cura che sono percepite come necessarie e da realizzare in tempi rapidi, sia perché è stata al centro di una ridefinizione dei meccanismi di distribuzione dei costi tra bilancio pubblico e budget privati. Il trasferimento dei costi dal pubblico al privato non è stato lineare, in quanto spesso indotto tramite l'accentuazione di fenomeni di razionamento.

In ogni caso, tutto il sistema di welfare, nelle sue diverse componenti, è sempre più percepito dalle famiglie come foriero di instabilità economica. Come evidenziato nella tabella 18, oltre il 94% degli intervistati teme che nuove spese di welfare (per la sanità, per la scuola, ecc.) a proprio carico possano minacciare la tenuta del reddito familiare; di questi il 29% ha molto timore, il 49,6% abbastanza timore e il 15,6% un po' di timore.

La dinamica crescente dei costi del welfare ha un effetto regressivo anche dal punto di vista della percezione sociale e dell'ansia che genera; infatti, si passa dal 7% di persone ad alto reddito familiare che dichiarano di essere molto preoccupate che nuove spese di welfare possano minacciare la tenuta del reddito familiare, al 20,3% dei redditi medi, al 30,4% per i redditi medio-bassi, fino ad oltre il 53% delle famiglie a basso reddito.

Inoltre, quasi il 51% delle famiglie che dichiarano di avere redditi che non coprono le spese mensili, e quindi ricorrono di frequente a forme di integrazione, si dichiara *molto preoccupato* del fatto che nuove spese di welfare a proprio carico, possano minacciare la tenuta del reddito familiare; un ulteriore 41% si dichiara abbastanza preoccupato, con un totale di oltre il 90% di famiglie in serie difficoltà economiche che guardano con grande ansia all'evoluzione futura del welfare e ai suoi impatti sui livelli di spesa che si troveranno ad affrontare.

Tab. 18 – L’opinione degli italiani sulla capacità di tenuta del proprio reddito familiare a fronte di nuove spese di welfare a proprio carico, per livello socio-economico (val. %)

<i>Lei teme che nuove spese di welfare a Suo carico/di tasca Sua (per la sanità, per la scuola, ecc.) possano minacciare la tenuta del suo reddito familiare?</i>	Alto/ Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	Totale*
Sì	89,4	92,1	94,3	99,4	94,2
<i>di cui:</i>					
- molto	7,2	20,3	30,4	53,1	29,0
- abbastanza	45,4	54,1	49,6	43,2	49,6
- poco	36,8	17,7	14,3	3,1	15,6
No, per niente	10,6	7,9	5,7	0,6	5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Il totale comprende anche le risposte di coloro che non hanno indicato il proprio livello socio-economico

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

La spesa per welfare, del resto, è ormai una voce significativa dei budget familiari alle prese, come si è detto in precedenza, con ristrettezze e dinamiche inflazioniste di numerose spese fisse.

Più nello specifico, per il 71,5% degli intervistati tali spese (sanità, scuola, assistenza, formazione, sostegno a familiari disoccupati o precari, trasporto, ecc.) pesano molto o abbastanza sul bilancio della propria famiglia ed il dato rimane trasversalmente elevato per le varie tipologie familiari, con un picco di quasi l'80% per le famiglie con figli (tab. 19).

Spese sanitarie, per istruzione, per *care* sono ormai componenti significative dei budget familiari per quei nuclei che hanno al loro interno membri che esprimono i bisogni corrispondenti; la partecipazione privata alla spesa per welfare non è più un aspetto residuale e la spesa privata non è più riservata in via esclusiva a coprire bisogni sanitari.

Si è dinanzi ad elevate e crescenti spese per istruzione e formazione, soprattutto per le famiglie con figli, vista anche l'articolazione di bisogni a cui occorre rispondere: le attività scolastiche sono ormai continuativamente integrate da attività extracurricolari svolte a scuola, di solito a pagamento o comunque con un contributo, e da attività extrascolastiche, dalle lezioni di lingua a quelle di musica sino alle semplici ripetizioni per dare supporto alle performance scolastiche dei ragazzi.

Anche il *care* inteso in senso ampio, dal sociosanitario al socioassistenziale, è oggi una costellazione di bisogni che attiva flussi di spesa privata consistenti; la presenza di longevi, soprattutto se non autosufficienti, obbliga a mettere in campo rilevanti risorse per acquistare i servizi e le prestazioni necessarie.

Si conferma un fenomeno che l'analisi della sostenibilità pubblica e privata del welfare ha continuamente evidenziato durante la ricerca: la garanzia della sostenibilità del welfare pubblico viene pagata con uno spostamento del costo sulle famiglie, ma questo processo accelerato ha oggi un effetto regressivo poiché sono le famiglie a più basso reddito a subire in proporzione più alta la realtà di una dinamica crescente della spesa per prestazioni di welfare.

Tab. 19 – Il peso delle spese di welfare sul bilancio delle famiglie italiane, per tipologia familiare (val. %)

<i>In questo momento, quanto pesano le spese di Unipersonale welfare (sanità, scuola, assistenza, formazione, sostegno a familiari disoccupati o precari, trasporto, ecc.) sul bilancio della sua famiglia?</i>	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
Molto + Abbastanza	60,2	66,2	81,3	79,7
<i>di cui:</i>				71,5
- molto	15,2	19,1	22,3	23,6
- abbastanza	45,0	47,1	59,0	56,1
Poco + Per niente	39,8	33,8	18,7	20,3
<i>di cui:</i>				28,5
- poco	28,8	26,3	17,2	19,3
- per niente	11,0	7,5	1,5	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

La tutela non ha più una grande coperta pubblica ma è fatta di una monetizzazione dei bisogni, che determina inevitabilmente differenziazioni in base a redditi, patrimoni e ai bisogni da coprire. Questo è un aspetto decisivo: le disuguaglianze legate al welfare privato non dipendono solo dall'entità del reddito e del patrimonio disponibile, ma anche dalla tipologia di bisogni che le persone esprimono.

La presenza di una persona affetta da patologie cronico-invalidanti genera costi alti e crescenti che necessitano di risorse familiari private particolarmente elevate, tali da mettere a rischio la tenuta dei nuclei familiari.

3.4. Le modalità dello spostamento di costi dal pubblico al privato

3.4.1. Più esborsi monetari diretti

Lo *shift* del costo delle prestazioni dal bilancio pubblico ai budget privati delle famiglie risulta evidente poiché:

- oltre il 51% delle famiglie dichiara che pensando alle prestazioni sanitarie, assistenziali, per istruzione, in sostanza alle prestazioni di welfare di cui l'intervistato o un membro della famiglia, negli ultimi dodici mesi, ha beneficiato ci sono una o più prestazioni per le quali è aumentato il contributo che già pagava;
- quasi il 40% segnala che ci sono prestazioni che prima aveva gratuitamente e ora prevedono una compartecipazione da parte dell'assistito;
- poco più del 24% indica prestazioni che prima aveva gratuitamente o con un contributo e ora paga per intero.

Sono dunque di più le prestazioni per le quali si paga e ci sono costi in più per le prestazioni per le quali *già* si pagava. Un trasferimento di costi articolato in una molteplicità di modalità e tipologie di prestazioni, ma che ha l'effetto netto di colpire i budget familiari già provati da incrementi di spese di altro tipo, generando anche ansia nel corpo sociale su quel che potrebbe accadere.

3.4.2. Il razionamento intenzionale

Un fenomeno in crescita imposto dalla ristrutturazione del welfare consiste nella contrazione del ricorso a prestazioni sociali, dalla sanità all'assistenza sociale. I numeri sono consistenti poiché oltre ai quasi nove milioni di italiani che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie si registra che sono (tab. 20):

- il 10,9% le famiglie in cui uno o più membri hanno dovuto rinunciare e/o rinviare almeno una prestazione legata all'istruzione/formazione;
- il 5,9% le famiglie con almeno un minore e/o un anziano non autosufficiente che dichiara di avere uno o più membri che hanno dovuto rinunciare ad una o più prestazioni di tipo socioassistenziale;
- il 14,8% i nuclei familiari, in cui almeno un componente ha dovuto rinunciare e/o rinviare una o più prestazioni di benessere.

Nel complesso circa metà delle famiglie italiane ha dovuto rinunciare in un anno ad almeno una prestazione di welfare, dalla sanità all'istruzione al socioassistenziale al benessere.

Le quote sono più elevate nei comuni con al massimo diecimila abitanti (dove è oltre il 59% delle famiglie ad essere state razionate di fatto nel welfare), nelle regioni del Sud e Isole (57%), tra le famiglie monogenitoriali e i *Millennials*.

Considerato lo scenario finora complessivamente descritto, non sorprende che anche in relazione alla rinuncia o al rinvio delle varie prestazioni di welfare emerga esplicitamente dai dati rilevati la sussistenza di un effetto regressivo. Infatti, nel dettaglio di alcune prestazioni sanitarie:

- si registra un 13% di famiglie in cui almeno un membro ha dovuto rinunciare a visite sanitarie specialistiche private, valore che sale al 41,3% tra le persone a basso reddito;
- per l'odontoiatria le quote sono rispettivamente del 14,2% come dato medio e del 32,3% per le persone a basso reddito;
- per gli accertamenti diagnostici si passa dal 7,5% dato medio generale a quasi il 29% per i bassi redditi.

Tab. 20 - Rinunce e/o rinvii nell'ultimo anno delle prestazioni di welfare da parte degli italiani per ragioni economiche, per livello socio economico (val. %)

<i>Negli ultimi 12 mesi Lei o uno dei suoi membri in famiglia avete dovuto rinunciare e/o rinviare le seguenti prestazioni di welfare per ragioni economiche?</i>	Alto/Medio-Alto	Medio	Medio-basso	Basso	Totale (1)
Prestazioni di benessere	7,0	10,8	16,8	25,3	14,8
Prestazioni legate all'istruzione/formazione (2)	5,5	9,6	13,4	12,4	10,9
Prestazioni socio-assistenziali (3)	5,7	6,0	3,3	7,8	5,9

(1) Il totale comprende anche le risposte di coloro che non hanno indicato il proprio livello socio-economico

(2) Per 100 famiglie con almeno un figlio minore

(3) Per 100 famiglie con almeno un minore e/o anziano e/o anziano non autosufficiente

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Altri esempi dettagliati di razionamento intenzionale della famiglie nel welfare possono essere estrapolati sul piano dei sacrifici relativi ad attività educative o ad esse correlate, oppure sul versante dei servizi di cura:

- oltre il 10% delle famiglie con almeno un figlio minore ha dovuto rinunciare ad attività extrascolastiche come inglese, musica, ripetizioni varie, l'11% al centro estivo, il 4% alle attività che i figli svolgono in orario scolastico ma a pagamento ed il 3,4% alla mensa scolastica;
- il 5,3% dichiara di avere dovuto rinunciare alla baby sitter o alla badante, quota che sale ad oltre il 12% nelle regioni centrali.

Il taglio delle prestazioni, come rinuncia o almeno rinvio riguarda poi oltre il 12% dei cittadini per le attività sportive, valore che supera il 22% tra i cittadini a basso reddito.

Colpisce la misura in cui nei vari ambiti del welfare la rinuncia alle prestazioni di fatto toglie l'anima al sistema proprio perché ha effetti regressivi evidenti che fanno saltare l'obiettivo della ridistribuzione delle opportunità sociali.

Dalla sanità alle attività di supporto alla formazione dei figli sino alle attività della *wellness* è evidente che la crisi non fa che accentuare una serie di disuguaglianze di opportunità, in termini di possibilità di acquistare direttamente sul mercato certe prestazioni.

Particolarmente penalizzate sono le famiglie a basso reddito con figli, vista l'alta esposizione finanziaria per l'acquisto di una pluralità di attività che la scuola non garantisce. Una serie di materie pur curriculare hanno assoluto bisogno di essere integrate da lezioni private, come nel caso dell'inglese e di altre lingue o della musica o delle attività sportive; la rinuncia obbligata all'acquisto di tali servizi o prestazioni sul mercato privato finisce per generare una disuguaglianza nel cuore della società anche in termini di opportunità per le nuove generazioni.

E' evidente che il welfare c'entra solo in parte, poiché già in precedenza tali prestazioni erano fuori dalla copertura del welfare pubblico e venivano acquistate direttamente dalle famiglie; oggi però che quote crescenti di famiglie a basso e medio reddito di fatto non possono più acquistarle sul mercato è chiaro sono queste ultime a subirne maggiormente l'impatto negativo sul portafoglio di opportunità individuali.

Occorre poi considerare che se il welfare italiano è stato a lungo molto più della copertura pubblica, e le famiglie hanno dunque orientato quote del

proprio reddito verso l'acquisto diretto di prestazioni e servizi sul mercato, con gli effetti della crisi il pilastro privato si sfrangia, perde progressivamente gruppi sociali che non riescono a stare dietro al costo delle prestazioni, visto che tali spese sono spiazzate da altre voci di spesa assolutamente ineludibili, soprattutto come si è visto quelle per le bollette per l'energia o per affitti o mutui.

Il welfare pubblico dismette pezzi di copertura, ma le famiglie non riescono ad aggiungere alla copertura che acquistavano e finanziavano direttamente altri pezzi; piuttosto, le famiglie a basso reddito tendono a loro volta a non acquistare più alcuni servizi e prestazioni che reputano meno urgenti; mentre per la sanità ci sono alcune prestazioni di fatto ineludibili, magari perché così definite da prescrizione o consiglio medico, a cui si finisce per rinunciare, così come accade per alcune prestazioni relative alla formazione dei figli o alla *wellness*.

La copertura dei bisogni sociali diventa così una pericolosa macchina creatrice e/o moltiplicatrice di disuguaglianze attuali e soprattutto future.

4. *NERO, FRODE, SPRECHI: VOLTI PATOLOGICI DEL WELFARE ITALIANO*

Nero, frode e sprechi sono tre pilastri del welfare poco conosciuti e che tuttavia per gli italiani sono componenti reali della protezione sociale concretamente vissuta nella loro esperienza.

Sono altrettante modalità di utilizzo inappropriato di risorse, flussi che o non emergono esplicitamente nella matrice relativa al welfare oppure hanno una finalità distorta rispetto alla *mission* di garantire tutela a chi ne avrebbe bisogno ed è eleggibile.

Il 32,6% degli intervistati ha dichiarato che nell'ultimo anno è capitato a lui direttamente o ad un membro della sua famiglia di pagare prestazioni sanitarie o di welfare *al nero*: di questi, oltre il 21% ha pagato senza fattura o ricevuta visite medico specialistiche, il 14,4% visite odontoiatriche, il 2,4% ripetizioni di matematica, di lingue, l'1,9% prestazioni infermieristiche.

Nel meridione è il 41,6% degli intervistati a dichiarare che la propria famiglia ha pagato prestazioni di welfare al nero negli ultimi dodici mesi, al Centro è il 38,4%, al Nord Ovest il 28,6% ed al Nord Est il 17,1% (tab. 21).

Colpisce il dato relativo alle visite mediche specialistiche che il 31% nel Sud e il 23,7% al Centro ha dovuto pagare al nero, si scende poi al 19,2% nel Nord Ovest ed è fenomeno marginale (5%) nel Nord Est. Significative anche le quote di persone che hanno pagato prestazioni odontoiatriche al nero: il 19,2% al Centro, il 17,9% al Sud e Isole, il 12,7% al Nord Ovest ed il 5,8% al Nord Est.

Il Nord Est, poi, si distingue per il dato relativo alle ripetizioni di matematica, lingue, ecc., poiché è il 4,5% degli intervistati residenti in questa ripartizione ad aver acquistato tale servizio *al nero*, di contro al 2,7% al Centro, all'1,1% al Sud e Isole ed allo 0,5% al Nord Ovest. Si stimano in 566 mila le famiglie che pagano in nero le ripetizioni scolastiche per i propri figli.

Sono dati rilevanti, in quanto segnalano un fiume carsico di risorse che passano direttamente dai cittadini agli operatori del welfare, dalla sanità all'assistenza e all'istruzione, che di fatto non sono contabilizzati e non generano flussi fiscali.

Tab. 21 – Le prestazioni sanitarie o di welfare pagate *in nero* nell’ultimo anno, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
<i>Le è capitato negli ultimi dodici mesi di Nord-Ovest pagare prestazioni sanitarie o di welfare al nero?</i>					
Si	28,6	17,1	38,4	41,6	32,6
<i>di cui:</i>					
- visite medico specialistiche	19,2	5,0	23,7	31,0	21,2
- visite odontoiatriche	12,7	5,8	19,2	17,9	14,4
- ripetizioni di matematica, di lingue	1,2	4,5	2,7	2,1	2,4
- infermiere	1,7	2,8	1,4	1,9	1,9
- badante	0,5	3,0	1,8	1,1	1,4
No, mai	71,4	82,9	61,6	58,4	67,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Sono uscite di cassa che pesano molto sui bilanci dei cittadini e che presumibilmente hanno un ruolo non marginale nel determinare l'attuale difficoltà delle famiglie a dare solidità al proprio equilibrio finanziario, ma che spesso non hanno evidenza statistica proprie perché non dichiarate.

Del sommerso di welfare troppo poco si parla, eppure è una realtà consistente che non può essere sottaciuta quando si parla delle dinamiche finanziarie del welfare.

Già oggi le famiglie hanno una partecipazione significativa al welfare, sanità in testa, di cui non è facile delineare con precisione la dimensione quantitativa anche a causa dei flussi sommersi.

Individuarli con maggiore precisione e lavorare per farli emergere darebbe sicuramente un contributo importante alla ricerca di nuovi equilibri finanziari nella protezione sociale.

Non può non colpire che il pagamento in nero è pratica diffusa di più tra le tipologie familiari che, in genere, hanno maggiori difficoltà economiche: infatti, il 35,1% delle monogenitoriali ed il 35,6% delle famiglie con figli dichiarano di avere pagato prestazioni sanitarie o di welfare al nero negli ultimi dodici mesi.

Il 24,3% delle monogenitoriali ha pagato visite mediche specialistiche al nero, il 20% visite odontoiatriche, il 3,5% prestazioni infermieristiche; tra le coppie con figli, il 21,3% ha pagato visite mediche specialistiche, il 14,4% visite odontoiatriche ed il 4,3% lezioni di matematica, lingue ecc. (tab. 22).

A sborsare risorse monetarie al nero per prestazioni di welfare sono, quindi, quelle famiglie che in media hanno maggiori difficoltà di bilancio; si crea una perversa alleanza tra gli operatori che vogliono sfuggire a controlli fiscali e cittadini che sono a caccia di prestazioni a costo ridotto, quantomeno tagliato del carico fiscale.

D'altro canto sono le persone con più basso titolo di studio a ricorrere di più a prestazioni di welfare al nero, così come sono le persone con redditi più bassi. Il nero è quasi una sorta di meccanismo di facilitazione dell'accesso alle prestazioni per le persone con minore disponibilità di reddito.

Tab. 22 – Le prestazioni sanitarie o di welfare pagate *in nero* nell’ultimo anno, per livello socio-economico (val. %)

<i>Le è capitato negli ultimi dodici mesi di pagare prestazioni sanitarie o di welfare al nero?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
Si,	29,3	30,9	35,6	35,1	32,6
<i>di cui:</i>					
- visite medico specialistiche	18,7	23,0	21,3	24,3	21,2
- visite odontoiatriche	13,2	12,7	14,4	20,0	14,4
- ripetizioni di matematica, di lingue	2,2	-	4,3	1,6	2,4
- infermiere	0,7	3,5	1,4	3,5	1,9
- badante	1,7	1,6	1,3	0,7	1,4
- altro	0,6	0,3	1,7	0,4	0,9
No, mai	70,7	69,1	64,4	64,9	67,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il costo della prestazione al netto della tassazione rende le prestazioni nel privato più accessibili ai redditi in difficoltà: è questa connivenza perniciosa la radice di una perversa allocazione di risorse e prestazioni, che alla lunga incide negativamente sulla sostenibilità di bilanci familiari e bilancio pubblico e che però, nell'immediato, all'interno della molecolare compravendita di prestazioni sanitarie e di welfare, genera un beneficio per acquirente e venditore di prestazioni.

La contraddizione tra il beneficio immediato, diretto, per i cittadini che acquistano a prezzo ridotto le prestazioni e l'impatto sistematico sulla sostenibilità del welfare è evidente; così come è indubbio che la moltiplicazione di scambi molecolari diretti, al nero, genera uno svantaggio per gli acquirenti nel lungo periodo, giacché con processi di accorpamento della domanda presumibilmente si spunterebbero prezzi più bassi, accrescendo enormemente il *value for money*.

Ecco un punto troppo spesso poco considerato: esistono flussi consistenti di risorse al nero che afferiscono al welfare, che si muovono in un pulviscolo di scambi molecolari, puntuali, di cui c'è ridotta visibilità. Sono flussi che vanno aggiunti al valore complessivo del welfare ampiamente inteso e che potrebbero essere riutilizzati per *altri modelli* di interscambio ed erogazione delle prestazioni.

Altro capitolo molto delicato e tuttavia non eludibile è quello della *frode*, perché incide sul corretto funzionamento del welfare, sui meccanismi di allocazione dell'equità e sulla sostenibilità del sistema.

Il 29,4% degli italiani dichiara di avere esperienza di persone che hanno accesso gratuitamente o con riduzioni nei contributi da pagare grazie ad *un Isee non veritiero*.

Dagli asili nido alle mense a molte altre prestazioni per famiglie o sociosanitarie, tramite l'Isee si può arrivare ad ottenere sconti significativi e la frode mina dall'interno le fondamenta del welfare perché finisce per premiare i furbi piuttosto che i bisognosi. E' un male antico in Italia e non solo, e tuttavia oggi nella scarsità di risorse ha effetti ancora più negativi sulla psicologia collettiva.

Ad avere maggiore esperienza diretta del problema sono i *Millennials* (il 40,1% dichiara di avere conoscenza di persone che accedono a benefici con Isee non veritiero), i residenti al Nord Ovest (oltre il 33%) e le coppie con figli (33,8%) (tab. 23).

Tab. 23 - Conoscenza degli italiani di casi di persone che hanno accesso gratuito o con riduzione dei contributi a prestazioni di welfare a seguito di dichiarazioni Isee non veritiero, per tipologia familiare (val. %)

<i>Nella sua esperienza può dire che ci sono persone che hanno accesso gratuito o con riduzioni nei contributi da pagare grazie ad un Isee non veritiero?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Sì	26,7	24,3	33,8	31,4	29,4
- No	15,0	20,7	20,7	14,2	18,1
- Non saprei	58,3	55,0	45,5	54,4	52,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Alla frode nel welfare viene prestata un'attenzione estemporanea, a fortissima mediatizzazione per singoli casi eclatanti: ad esempio, si sono registrate vere e proprie campagne sui finti disabili che beneficiano di pensioni di accompagnamento non dovute o di parcheggi ad hoc nei pressi della propria abitazione; ma la questione merita un'attenzione esperta, affinché non si passi da un pernicioso lassismo che consente ogni forma di frode ad improvvise strette nei controlli che spesso finiscono per penalizzare chi invece ha diritto e bisogno di determinate prestazioni.

Un'ulteriore dimensione importante relativamente all'utilizzo delle risorse nel welfare è quella degli *sprechi* (tab. 24):

- il 71,4% degli intervistati rileva che ci sono troppi sprechi ed eccessi nella sanità, con troppi accertamenti inutili, analisi, consumo di farmaci, ed il fenomeno è presente trasversalmente nelle quattro ripartizioni geografiche;
- il 71,3% rileva presenza di sprechi nell'assistenza sociale, con pensioni d'invalidità troppo generosamente concesse, operatori sociali di cui si potrebbe fare a meno, ecc.;
- il 54,2% riscontra sprechi nell'istruzione, con troppi bidelli e/o altro personale nella scuola, oppure presunto spreco di materiale didattico.

Può sorprendere, ma i dati indicano l'esistenza di una convinzione diffusa, trasversale, relativamente all'esistenza di sprechi nel welfare italiano; dalla sanità all'assistenza alla scuola non c'è comparto che, nella visione degli italiani, non sia caratterizzato da una cattiva allocazione di risorse e un utilizzo inappropriato delle stesse.

Anche su questo campo, quindi, sarebbero possibili iniziative socialmente condivise di razionalizzazione e utilizzo più efficiente delle risorse.

Sempre nell'ambito degli sprechi, spicca il dato relativo agli intervistati che ritengono che siano stati prescritti loro accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che si sarebbero dimostrati inutili; a dichiararlo è il 19% degli intervistati, quota che sale al 27% tra i residenti al Centro ed al 23,9% tra gli anziani (tab. 25).

L'elevata inappropriatezza percepita rinvia anche al costo della medicina difensiva, all'atteggiamento di operatori sanitari che di fronte all'atteggiamento sfidante dei pazienti tendono a cautelarsi moltiplicando gli accertamenti e le visite.

Tab. 24 - L'opinione degli italiani riguardo l'esistenza di sprechi nel welfare attuale, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Nel welfare attuale, in quello che utilizza e conosce ci sono sprechi?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Nella sanità (troppi accertamenti inutili, analisi, consumo di farmaci, ecc.)	74,0	72,7	70,1	69,3	71,4
- Nell'assistenza sociale (pensioni d'invalidità troppo generosamente concesse, operatori sociali di cui si potrebbe fare a meno, ecc.)	72,8	73,7	67,2	71,3	71,3
- Nell'istruzione (troppi bidelli e/o altro personale nelle scuole, spreco di materiale didattico, ecc.)	54,5	64,2	49,7	50,9	54,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 25 - Esperienze non positive relative al welfare vissute dagli italiani nell'ultimo anno, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Le è capitato nell'ultimo anno</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Che le prescrivessero accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche che secondo lei si sono dimostrati inutili	22,0	10,7	26,9	16,4	19,0
- Di essere consigliato/incoraggiato da medici/personale sanitario di rivolgersi ad una struttura/servizio di un'altra regione	17,4	8,4	12,1	19,4	15,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

E' piuttosto diffusa la tendenza di tanti pazienti a richiedere sempre e comunque accertamenti ed a reagire in modo aggressivo di fronte a risposte mediche contrarie.

L'inappropriatezza clinica di tali prestazioni è evidente e tuttavia il contesto in cui maturano quelle prescrizioni non è facile da gestire e non può essere imputato solo agli operatori sanitari.

5. LA CULTURA COLLETTIVA DEL WELFARE NELLA CRISI

Il rapporto con il welfare ha anche una dimensione più culturale che consiste nella visione che dei suoi diversi aspetti, nella fase attuale, hanno i cittadini e da tale dimensione non si può prescindere per costruire una maggiore responsabilizzazione dei cittadini.

Il welfare ha assolto e continua ad assolvere funzioni fondamentali per la vita collettiva: è volano di crescita e piattaforma di integrazione sociale e tuttavia sono oggi evidenti anche alcune torsioni patologiche, anche sul piano delle culture collettive.

Infatti, nel tempo in molti gruppi sociali è maturata la convinzione di una sorta di diritto intoccabile ad avere prestazioni di welfare gratuite, senza forma alcuna di compartecipazione.

Il fenomeno è probabilmente meno eclatante rispetto a quello che si registra in altri paesi, in cui la retorica antiwelfare si è nutrita anche di una sorta di collettiva riprovazione per le *Regine del welfare*, donne e famiglie che nella percezione collettiva tendono ad adagiarsi nel ruolo di percettori di benefici sociali.

Nella fase di crisi, nel nostro Paese va emergendo una percezione collettiva prevalente fondata sulla convinzione che occorra *spingere* tutti i gruppi sociali ad avere consapevolezza che il *welfare ha un costo* e che, compatibilmente con le possibilità, tutti devono concorrere a finanziarlo.

Di fronte ad un richiesta motivata di compartecipazione al costo di alcune prestazioni di welfare sono in tanti a sottolineare come siano ingiustificate le lamentele che insorgono; infatti, il 70,6% degli italiani intervistati ha dichiarato che la *gente si lamenta per pagare un ticket per una prestazione sanitaria e poi spende tanto per un telefonino*. E' un'affermazione che ottiene maggioranze consistenti in modo trasversale ai gruppi sociali e ai territori, a testimonianza della convinzione diffusa che una riallocazione delle risorse nelle famiglie italiane non sia poi così sconveniente (tab. 26).

Tab. 26 - Il punto di vista degli italiani su alcuni fenomeni presenti nel welfare, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Ci sono tante frodi, persone che beneficiano di prestazioni alle quali non avrebbero diritto	86,8	80,2	91,9	87,3	86,8
- La qualità dei servizi sanitari, scolastici, di welfare, si va abbassando	77,1	82,7	84,6	85,6	82,5
- La gente si lamenta per pagare un ticket per una prestazione sanitaria e poi spende tanto per un telefonino	75,0	67,7	74,4	66,0	70,6
- Molti dei tagli nel welfare (sanità, pensioni, ecc.) in fondo hanno colpito anche tanti sprechi	66,6	35,2	70,0	56,1	57,8
- Ci eravamo abituati a vivere al di sopra dei nostri mezzi	67,2	48,9	66,0	43,3	55,8
- Il nostro welfare era troppo generoso, dava troppo e per questo ora è in crisi	65,3	51,2	49,9	37,7	50,6

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il passaggio dai consumi privati per i quali si è disposti a spendere spontaneamente quote significative del proprio reddito ai consumi di welfare viene percepito oggi come un processo socialmente accettabile; le prestazioni sanitarie, socioassistenziali, formative non sono viste come un diritto di cui beneficiare sempre e comunque gratuitamente, ma come servizi ai quali accedere, se necessario, anche con un proprio esborso monetario.

Non appare quindi in discussione l'idea che i servizi di welfare abbiano un costo al quale contribuire, piuttosto si concentra l'attenzione sulla dimensione del costo e sulla sua distribuzione tra i gruppi sociali.

Sul piano culturale emerge una richiesta, sia pure implicita, di riparametrazione dell'utilizzo del reddito da parte dei cittadini, di costruzione di una consapevolezza estesa a tutti i gruppi sociali sulla necessità di compartecipare finanziariamente al costo delle prestazioni.

Per il 50,6% degli italiani il nostro welfare era troppo generoso e per questo ora è in crisi; lo pensa il 65,3% degli intervistati del Nord Ovest, il 51,2% di quelli del Nord Est, poco meno del 50% di quelli al Centro, mentre è opinione ancora minoritaria tra i residenti del meridione (37,7%).

E' radicata l'idea che il welfare sia destinato a cambiare ancora rispetto al passato, che non è un erogatore di servizi e prestazioni gratuite, che se lo è stato sino ad un recente passato non può più esserlo. Esiste una consapevolezza profonda della necessità di dare sostenibilità al sistema ed anche la convinzione che ciò ha bisogno del contributo di tutti.

Negli ultimi anni si è avuto una specie di apprendimento di massa accelerato del fatto che dalla sanità al sociosanitario le prestazioni non possono essere gratuite. Anzi, di fronte al razionamento di fatto indotto dalla lunghezza delle liste di attesa o semplicemente dall'asimmetria della matrice di offerta rispetto alla composizione dei bisogni, le famiglie italiane si sono abituate ad associare al ricorso alle prestazioni di welfare un'uscita di cassa.

Dal ricorso ai mercati privati di prestazioni di welfare al pagamento di ticket e compartecipazioni varie, è chiaro che è ormai radicata la convinzione che anche il welfare si paga e che una generosità eccessiva non è più possibile.

Quasi il 56% degli intervistati ritiene che gli italiani si erano abituati a vivere al di sopra dei propri mezzi, quota che sale ad oltre il 67% al Nord Ovest, al 66% al Centro, al 49% al Nord Est ed al 43,3% al Sud e Isole.

I dati esprimono la consapevolezza diffusa che la crisi ha segnato un passaggio radicale nello stile di vita degli italiani, che riguarda non solo il

livello dei consumi, ma anche il rapporto con il consumo, con la necessità di superare la *compulsione al consumo* che è stato al centro della dinamica economica e dello stile di vita del *mainstreaming* italiano fino all'insorgere della crisi stessa.

E quando si parla di consumo compulsivo non si può non fare riferimento anche ai servizi e alle prestazioni di welfare, tanto più a quelle con terzo pagante. Esiste ad esempio un'ampia anneddotica sui farmaci accumulati e mai utilizzati nelle dispense di tanti italiani.

Il riposizionamento che la crisi ha imposto riguarda la dimensione socioculturale del consumo, con la messa in discussione dell'eccesso e dello spreco come valori e volani di crescita.

E, come rilevato, ciò ha riguardato non solo la sfera dei consumi privati, ma lo stesso welfare, dalla sanità alla formazione, con fenomenologie patologiche ben note, dall'iperprescrizione all'eccesso di ricorso a prestazioni sanitarie molto spesso inappropriate.

Quella fase di consumismo compulsivo che ha toccato anche il rapporto con il welfare è da considerarsi superata anche nella *vision* degli italiani; per questo ha pieno supporto sociale l'idea di liberare il welfare da sprechi, eccessi ed inappropriatezze, innestarla nel sentiero della sostenibilità economica e sociale, stimolando a compartecipare tutti coloro che possono, secondo un principio di responsabilità sociale diffuso.

Il nuovo welfare italiano non può che avere una diversa cultura sociale collettiva; il welfare universalista costruito nel secondo dopoguerra fino alla istituzione del servizio sanitario nazionale nel 1978 rispondeva all'esigenza sociopolitica di andare oltre storiche diversità socioeconomiche ed esclusioni antiche, favorendo l'accesso rapido a livelli più alti di benessere a famiglie che vivevano il retaggio antico della povertà.

Il welfare italiano ha fatto da sponda alla saga dell'arricchimento collettivo fatto di imprenditorialità di massa, redditi familiari combinatori, accesso alla proprietà della casa e diffusione di massa di consumi di base e poi di acquisizione (dalla seconda casa alla vacanza estiva ecc.); il welfare ha reso gli italiani sicuri rispetto sia ad alcuni grandi rischi ad alto costo, dalla malattia alla vecchiaia sino all'inabilità al lavoro, che ad alcuni bisogni di base come la formazione dei figli, liberando risorse che sono state appunto accumulate per far lievitare il benessere socioeconomico delle famiglie stesse.

Liberati del costo di copertura di bisogni di base essenziali, dalla salute alla scuola, rassicurati rispetto all'insorgere di alcuni grandi rischi, gli italiani hanno potuto assumersi altri rischi a forte redditività individuale, che fosse la costituzione della propria attività (artigiana, commerciale, manifatturiera) o la sottoscrizione di uno o più mutui per l'acquisto di un immobile.

Quel welfare di accompagnamento alla lunga corsa al benessere collettivo è necessariamente finito; oggi emergono nuove, più articolate esigenze, e soprattutto sul piano della copertura finanziaria del welfare ampiamente inteso è chiaro che è possibile procedere a forme di ridistribuzione dei costi che coinvolgano esplicitamente e in modo equo fasce di cittadini.

Questo è il punto chiave: si è passati da un welfare a forte titolarità pubblica ed ampia copertura universalistica, ad una rete pubblica slabbrata che viene integrata informalmente, in modo molecolare, su più mercati di servizi e prestazioni dalle risorse private.

Tutto ciò rende plausibile e potenzialmente efficiente l'individuazione di nuove modalità di compartecipazione dei cittadini, che di fatto consentano di incrementare la produttività delle risorse private investite e garantire maggiormente l'equità sociale.

6. IL WELFARE DOPO LE MANOVRE

Se il welfare di un tempo è oggi percepito come troppo generoso, figlio di un'era in cui ci si era abituati a vivere al di sopra dei propri mezzi, oggi la percezione collettiva è quella di un sistema che copre sempre meno nella sua componente pubblica, senza che la componente privata riesca a compensare adeguatamente.

Infatti, rispetto alle prestazioni di welfare che la famiglia dell'intervistato più utilizza nella copertura pubblica per il 53,6% degli intervistati si è registrata una contrazione, quota che sale ad oltre il 58% nelle regioni del Centro e del Sud e Isole. Per il 46% è rimasta uguale e lo pensano soprattutto i residenti nel Nord Ovest (tab. 27).

Riguardo invece all'andamento percepito della spesa privata, il 52,8% degli intervistati e il 61,5% delle famiglie monogenitoriali rileva che si è registrato un ampliamento delle spese di tasca propria, mentre il 44% ritiene che siano rimaste inalterate (tab. 28).

La copertura si va assottigliando e in parallelo cresce, anche nella percezione collettiva, l'esposizione finanziaria diretta, privata delle famiglie.

Per il welfare si spende di più su mercati privati e si è chiamati a contribuire con ticket e altre forme di partecipazione più alte; sono dinamiche di cui esiste piena consapevolezza e che nella percezione degli italiani fanno piazza pulita di un'idea idilliaca del welfare fatta di sola universalità.

Oggi la protezione sociale ampiamente intesa è composta di una componente pubblica prevalente e da una pluralità di soggetti e processi; da tempo ci si è allontanati da una organizzazione prettamente pubblica e prevale un'articolazione di soggetti, processi e contesti sia sul piano del finanziamento che su quello dei provider.

Il non profit ed il privato sono componenti attive della rete di welfare, e tuttavia sono il risultato più delle *defaillance* del vecchio sistema di protezione sociale che di una riarticolazione intenzionale e nuova.

Il taglio della copertura pubblica, l'allungamento delle liste di attesa sono all'origine del robusto e crescente ricorso al privato in sanità; così come la mancanza di una matrice di offerta adeguata nel sociosanitario e socioassistenziale ha determinato lo sviluppo dei mercati privati di assistenza, dall'infermieristico al domestico al *caregiving* ampiamente inteso.

Tab. 27 – La percezione degli italiani sull’evoluzione del welfare nell’ultimo anno, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
<i>Nell’ultimo anno rispetto alle prestazioni di welfare che la vostra famiglia più utilizza secondo Lei si è verificata una contrazione, un ampliamento o nessun cambiamento riguardo all’ampiezza della copertura pubblica e/o della spesa di tasca propria?</i>					
La copertura pubblica:					
- Ridotta	46,7	50,5	58,6	58,2	53,6
- Rimasta uguale	53,1	49,2	40,6	41,8	46,1
- Ampliata	0,2	0,3	0,8	-	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La spesa di tasca propria					
- Ridotta	4,0	8,0	1,0	1,6	3,4
- Rimasta uguale	44,6	51,2	37,9	42,4	43,8
- Ampliata	51,4	40,8	61,1	56,0	52,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 28 – La percezione degli italiani sull’evoluzione del welfare nell’ultimo anno, per tipologia familiare (val. %)

<i>Nell’ultimo anno rispetto alle prestazioni di Unipersonale welfare che la vostra famiglia più utilizza secondo Lei si è verificata una contrazione, un ampliamento o nessun cambiamento riguardo all’ampiezza della copertura pubblica e/o la spesa di tasca propria</i>	Coppia	Coppia	Monogenitore	Totale
	senza figli	con figli	/Altro	
La copertura pubblica:				
- Ridotta	51,4	49,6	56,5	53,6
- Rimasta uguale	48,0	50,4	43,3	46,1
- Ampliata	0,6	0,0	0,2	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La spesa di tasca propria				
- Ridotta	3,1	6,4	2,4	3,4
- Rimasta uguale	49,7	45,8	40,2	43,8
- Ampliata	47,2	47,8	57,4	52,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Le dinamiche e percezioni sociali descritte delineano un quadro problematico della copertura garantita dal welfare pubblico in relazione alle prestazioni di cui gli intervistati e i relativi familiari hanno bisogno; infatti, il 55,6% ritiene che esso garantisca le prestazioni di base, ma il resto se lo paga da solo di tasca propria; il 25,3% ritiene che non garantisca nemmeno più le prestazioni essenziali ed il 19% ritiene che garantisca le prestazioni di cui hanno bisogno (tabb. 29 e 30).

Esiste ovviamente una relazione stretta tra l'ampliarsi della spesa privata e la riduzione della copertura pubblica; il ritrarsi di quest'ultima tende ad essere integrata con più spesa privata da parte delle famiglie, almeno nei limiti della sostenibilità di budget.

In particolare, il 73,7% delle famiglie in cui si è registrato un incremento della spesa privata parla esplicitamente di una contrazione dell'ombrellone pubblico; c'è poi un ulteriore 25% di famiglie che ha avuto un aumento di spesa privata per welfare anche se non ritiene che per le prestazioni alle quali sono interessate ci sia stata una riduzione della copertura pubblica.

Esiste quindi una componente di spesa privata per welfare integrativa rispetto a quella pubblica o meglio che tende a sostituirla man mano che quella pubblica si ritrae; esiste però una componente esogena di incremento della spesa privata che non è associata alla contrazione della copertura pubblica, piuttosto alla dinamica dei bisogni dei cittadini.

Si spende di più per la tutela sociale anche perché si vanno articolando e complessificando i bisogni, e quindi c'è richiesta di personalizzazione, qualità, nuovi prodotti e nuovi servizi. D'altro canto, esiste una evoluzione tecnologica di prodotti e servizi che afferiscono al welfare e che richiedono uno sforzo economico diretto dei cittadini.

La ritrazione del welfare pubblico è fenomeno evidente, socialmente percepito, che però impatta su bisogni diversi che beneficiano di gradi di copertura diversificati nel nuovo welfare.

Occorre infatti ricordare l'attuale asimmetria della protezione sociale che indubbiamente penalizza in misura maggiore alcune tipologie di soggetti.

Infatti, le persone con patologie croniche (38,1%) e le famiglie con i *neet* al loro interno (34,5%) sono quelle più convinte che il welfare ormai non garantisce più nemmeno le prestazioni essenziali; seguono con quote inferiori le famiglie con longevi con almeno settanta anni (26,7%) e quelle con non autosufficienti (25%).

Tab. 29 - Opinioni degli italiani sul grado di copertura del sistema di welfare pubblico, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Come valuta il grado di copertura del sistema di welfare pubblico, in altri termini tenuto conto della sua esperienza recente il sistema pubblico offre le prestazioni di cui ha bisogno?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Garantisce le prestazioni di base, ma il resto me lo pago io	58,1	54,8	55,7	53,5	55,6
- Non garantisce più nemmeno tutte quelle essenziali	18,9	20,1	27,8	32,7	25,3
- Garantisce le prestazioni di cui io e miei familiari abbiamo bisogno	23,0	25,1	16,5	13,8	19,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Tab. 30 - Opinioni degli italiani sul grado di copertura del sistema di welfare pubblico, per tipologia familiare (val. %)

<i>Come valuta il grado di copertura del sistema di welfare pubblico, in altri termini tenuto conto della sua esperienza recente il sistema pubblico offre le prestazioni di cui ha bisogno?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
- Garantisce le prestazioni di base, ma il resto me lo pago io	51,2	54,0	62,6	48,3	55,6
- Non garantisce più nemmeno tutte quelle essenziali	28,0	25,4	20,1	33,5	25,3
- Garantisce le prestazioni di cui io e miei familiari abbiamo bisogno	20,8	20,6	17,3	18,2	19,1
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

La distribuzione delle famiglie per soggetti fragili al loro interno riflette, quindi, l'asimmetria tra offerta di servizi e bisogni sociali, poiché ad essere più critici rispetto al grado di copertura garantito dal welfare italiano sono proprio i nuclei familiari che sono alle prese con i disagi oggi meno coperti dalla protezione sociale.

Che siano i giovani che non studiano o non lavorano o i non autosufficienti o persone con patologie croniche, in particolare anziani, che hanno bisogno di assistenza continuativa sul territorio, si è dinanzi a bisogni sociali che trovano una parte decisiva delle risposte assistenziali e di welfare dentro le famiglie piuttosto che dall'offerta formalizzata e strutturata.

In sostanza, la ridefinizione del welfare colpisce i soggetti meno forti, già ora meno coperti.

Più in generale si può affermare che si è entrati nell'era del *welfare minimo*, inteso come un sistema che offre copertura per alcuni segmenti di grandi rischi (dalla sanità alla scuola alla previdenza), ma ha bisogno sempre più di essere integrato a livello micro con l'acquisto diretto di prestazioni e servizi da parte delle famiglie e a livello macro con l'affiancamento della spesa pubblica con flussi di spesa privata.

La sostenibilità attuale del welfare rinvia a questa dinamica pluralista delle fonti di finanziamento e ad un consapevole coinvolgimento nella spesa da parte delle famiglie, in primo luogo quelle che sono alle prese con bisogni sociali non coperti o a causa dei tagli o per il fatto che i bisogni sono nuovi, asimmetrici rispetto alla matrice di offerta consolidata.

In termini di tipologie familiari, colpisce il senso di solitudine delle famiglie con figli convinte dalle proprie esperienze che esiste un welfare basico da integrare robustamente con proprie spese sui mercati privati delle prestazioni; le persone sole invece sono particolarmente convinte che lo stock di base del welfare sia sotto ad un livello minimo.

Nel complesso, quindi, oggi le famiglie percepiscono una pericolosa erosione della tutela pubblica e alla già consistente esposizione finanziaria nell'acquisto di servizi e prestazioni private sentono di dovere aggiungere ulteriori iniezioni di tutela privata, cosa che ovviamente nel contesto della crisi genera pericolose differenziazioni.

Ancora una volta ci si trova di fronte a fenomeni fortemente regressivi rispetto al livello di reddito delle famiglie, con una percezione di taglio della tutela pubblica molto più forte tra le famiglie a più basso reddito.

Infatti, ritiene che la copertura pubblica si sia ridotta negli ultimi anni oltre il 65% delle famiglie che hanno redditi bassi che spesso non coprono le spese mensili, mentre è il 50% tra le famiglie con maggiore sostenibilità economica; è inoltre il 68,7% delle famiglie che beneficiano di forme di integrazione del proprio reddito a sottolineare l'incremento della spesa privata per welfare dell'ultimo anno.

Meno welfare per tanti cittadini che pure ne avrebbero bisogno: questo in sintesi è il *mood* che emerge dalle opinioni degli italiani; e tale convinzione va inquadrata in un contesto in cui il peso rilevante di *frode, nero e sprechi* contribuisce a generare disuguaglianze diffuse.

E' una dimensione cruciale del sistema in questa fase: la spesa pubblica va tagliata, i servizi e le prestazioni vengono ridotte, si investe sempre meno nei vari compatti di welfare, e c'è una spinta forte al coinvolgimento finanziario privato dei cittadini.

Sono dinamiche spontanee che inevitabilmente erodono l'inclusione sociale, attivano processi non governati e spesso poco conosciuti di razionamento dei servizi, il cui impatto netto è una drastica contrazione della coesione delle comunità.

Chi ha risorse adeguate può acquistare sui mercati privati la quota di tutela di cui ha bisogno e che non ottiene dal pubblico; chi froda può tentare comunque di stare dentro al sistema e ci prova anche chi si rivolge al nero tentando di acquistare a prezzi più bassi le prestazioni.

La ridefinizione del welfare indotta dai nuovi sentieri di contenimento della spesa pubblica sociale non è neutrale nei suoi effetti: infatti, oltre l'82% degli italiani rileva che la qualità dei servizi sanitari, scolastici, di welfare in generale si va abbassando, e il dato ha un andamento crescente passando dal Nord Ovest con il 77% che condivide tale opinione, all'82,7% al Nord Est, all'84,6% al Centro, all'85,6% al Sud e Isole.

Le dinamiche di ridefinizione del welfare hanno un effetto regressivo anche di tipo territoriale perché la qualità dei servizi tende a peggiorare di più dove già era più bassa; quindi è vero che nella percezione collettiva la dinamica discendente della qualità dei servizi di welfare coinvolge tutti i territori, ma il disinvestimento in sanità e nel welfare taglia la qualità in misura maggiore proprio nelle regioni che hanno livelli di qualità più bassa.

Una perversa e iniqua caduta a cerchi concentrici in cui *chi meno ha più perde*; e tale logica vale sia a livello sociale che a livello territoriale.

E' in questo modo che il welfare vede snaturata la sua funzione, perché se un tempo partecipava dei processi inclusivi e di integrazione sociale e territoriale, oggi è elemento attivo dei processi centripeti sul piano sociale e territoriale.

Il rapporto con il welfare distingue i cittadini a seconda della fascia sociale e del territorio di residenza, li discrimina in relazione alla capacità di accedere ai servizi o perché hanno le risorse o perché vivono nel territorio più fornito.

Un welfare produttore di iniquità è il rischio più evidente di questa fase, se non si mette mano alle dinamiche spontanee che al di là della volontà dei protagonisti vanno togliendo l'anima dell'intero sistema di protezione sociale.

La differenziazione territoriale qualquantitativa dell'offerta, dalla sanità al sociosanitario al socioassistenziale all'istruzione e formazione è profondamente radicata nell'esperienza collettiva; oltre il 19% degli intervistati del Sud e Isole segnala di essere stato consigliato, incoraggiato da medici e/o personale sanitario di rivolgersi ad una struttura e/o servizio di un'altra regione, di contro ad una media del 15% a livello nazionale, ed a quote inferiori sia al Centro (12%) che al Nord Est (8,4%).

Altri aspetti di *cattiva qualità* riguardano l'accesso alle prestazioni, la difficoltà ad individuare nella matrice di offerta, in presenza di un problema sanitario o di un non autosufficiente, gli interlocutori giusti.

Infatti, al 49% degli italiani è capitato di andare di ufficio in ufficio senza trovare risposte esaurienti, il 47% di non sapere bene a chi rivolgersi, ed il 23,6% di doversi rivolgere ad una struttura o servizio fuori del proprio comune (tab. 31).

L'assenza di un *gate* unico è oggi un problema reale in molti territori perché impedisce di trovare un riferimento diretto, competente, in grado di dare le indicazioni per i percorsi adeguati.

I non autosufficienti, in particolare longevi, e le famiglie con bambini fino a 3 anni sono le due tipologie di famiglie che più hanno vissuto l'esperienza dello spaesamento rispetto ai soggetti ai quali rivolgersi per affrontare le proprie problematiche.

Il welfare locale agli occhi delle persone fragili, bisognose di aiuto, spesso a basso capitale culturale o semplicemente fragilizzate dal trascorrere degli anni, è una giungla impenetrabile che richiede supporto, tempo, risorse culturali e spesso anche economiche.

Tab. 31 - Esperienze di problemi di accesso nella sanità e nell'assistenza alla non autosufficienza, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Le è capitato di avere, lei o un membro della sua famiglia, un problema sanitario o di non autosufficienza e:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Di andare in un ufficio senza trovare risposte esaurienti	40,9	43,0	64,0	50,3	49,0
- Di non sapere bene a chi rivolgersi	39,5	37,3	59,1	52,2	47,2
- Di dover rivolgersi ad una struttura/servizio, ufficio/sportello fuori dal suo comune	19,6	13,9	18,4	36,3	23,6

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Individuare gli interlocutori giusti, decriptare le procedure burocratiche da risolvere, gli uffici competenti, i tanti e diversi adempimenti sono altrettanti labirinti in cui chi più ha bisogno stenta ad orientarsi da solo.

Anche su questo aspetto il welfare crea nuove ingiustizie perché sono barriere all'ingresso che penalizzano le persone più deboli e presumibilmente quelle che più hanno bisogno di supporto.

Un sistema opaco non può generare inclusione, piuttosto è aggredibile da chi ha sufficienti risorse culturali ed economiche, molto meno da chi è fragile o con ridotte risorse culturali.

7. UN APPROFONDIMENTO SUI *MILLENNIALS*

7.1. Il profilo

Molto si parla dei giovani in Italia, troppo spesso con stereotipi di scarso valore euristico, laddove è invece fondamentale analizzare la matrice dei comportamenti sociali specifici dei 18-34enni all'interno dei contesti in cui vivono.

Per questo è utile, parlando di famiglie, sostenibilità e welfare, realizzare un focus specifico sui *Millennials* per enucleare un profilo di riferimento e percorsi e criticità reali, essenziali per costruire anche il welfare del futuro.

A tale scopo sono presi in considerazione aspetti diversi della vita dei giovani italiani di età compresa tra 18 e 34 anni, dalla condizione economica agli stili di vita alle aspettative sul futuro, ambiti utili ad enucleare i fattori che contribuiscono a determinare il rapporto con il welfare.

Emerge una profonda evoluzione della condizione dei giovani, anche rispetto a pochi anni fa, con un coinvolgimento significativo anche del rapporto con il welfare. E' un quadro per molti aspetti inedito dal quale non si può prescindere per ogni riflessione operativa riguardante una fascia di età decisiva per il futuro del nostro paese.

7.2. L'autonomia difficile

In dieci anni l'Italia ha perso oltre 1.959.000 giovani di età compresa tra 18 e 34 anni, pari al -14,9%. I quasi 11,2 milioni di giovani stanno cambiando rapidamente gli stili di vita: oltre a rimanere sempre più con i genitori (lo fanno infatti oltre 6,9 milioni di *Millennials* pari al 61% del totale nel 2013, erano il 59,6% dieci anni prima), tendono a sposarsi sempre meno: nel 2013 il 22,1% sono coniugati, erano il 30,6% dieci anni prima. In variazione percentuale i giovani coniugati/e sono diminuiti in dieci anni del -38,7%.

Tra coloro che vivono per conto proprio, cresce la quota di persone che vivono sole: sono diventati il 6,7% del totale dei *Millennials* rispetto al 5,5% di dieci anni prima.

Dei 758.000 giovani che vivono soli, l'83,3% (pari a 631 mila persone) dichiara di avere scelto tale condizione e di questi oltre l'82% (518 mila) dichiara che gli piace vivere da solo.

Se vanno via dall'abitazione dei genitori i giovani lo fanno per vivere, senza attivare relazioni stabili, soprattutto senza sposarsi. Vivere da soli non è ovviamente una condizione di disagio di per sé, tuttavia in un Paese dove è essenziale il ruolo della famiglia nei meccanismi di welfare, è chiaro che il vivere da soli espone ad una certa fragilità, obbligando a dipendere dalla famiglia di provenienza in caso di difficoltà.

Dei circa 4,4 milioni di giovani che vivono per conto proprio - da soli o sposati/conviventi - 948.000 non riescono a coprire le spese mensili con il proprio reddito; sono invece 2,3 milioni quelli che ricevono *regolarmente o di tanto in tanto aiuto* economico dai propri parenti.

Ai 948 mila *Millennials* che formalmente vivono per conto proprio e *che ricevono aiuto economico regolare*, le rispettive famiglie erogano un totale di 4,8 miliardi di euro annui; ciò significa che ogni mese circa 396 milioni di euro transitano dai bilanci dei genitori verso i conti correnti dei figli che, formalmente, vivono da soli, in coppia, con o senza figli (tab. 32).

Inoltre, negli ultimi dodici mesi è capitato di dovere integrare almeno una volta il proprio reddito mensile con una o più modalità tra risparmi, prestiti, aiuti da familiari a 687 mila *Millennials* ai quali non era mai capitato in passato ed a 1.085.000 *Millennials* è capitato più che in passato; inoltre, 300 mila hanno avuto una qualche forma di aiuto monetario o in servizi da organizzazioni di volontariato o del terzo settore.

Si è dinanzi ad una generazione di giovani in cui tanti non riescono solo con le proprie risorse a garantirsi l'autonomia economica e pertanto hanno bisogno del supporto monetario in primis dei genitori.

Il reddito familiare medio dei *Millennials* che vivono per conto proprio è di 22,9 mila euro all'anno, inferiore di oltre 7 mila euro al reddito familiare medio annuo degli italiani; la metà dei *Millennials* ha un reddito familiare entro i 18,6 mila euro annui.

Il 30,6% delle famiglie di *Millennials* risulta indebitato per ragioni familiari o professionali, ed il valore medio del debito sul reddito per i *Millennials* è pari a 190%, di contro ad un valore medio delle famiglie italiane pari a 144,8%.

Tab. 32 – Gli aiuti economici da familiari ai *Millennials* che vivono per conto proprio*Millennials:*

Vivono per conto proprio	4.409.000
Ricevono aiuto economico dalle famiglie <i>di cui</i>	2.284.000
- <i>di tanto in tanto</i>	1.336.000
- <i>regolarmente</i>	948.000
Aiuto economico annuale regolare dai genitori (<i>in euro</i>)	4.755.000.000

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Si possono stimare in oltre 2,7 milioni i *Millennials* perseguitati dall'incubo delle bollette di luce, gas, telefono fisso e mobile ed in 623 mila quelli il cui equilibrio finanziario è intaccato dalle spese condominiali. Si tratta dei costi i cui aumenti più stanno facendo traballare bilanci familiari già poco solidi. Si consideri inoltre che il 38,6% delle famiglie di *Millennials* vive in una abitazione in affitto di contro ad una media generale del 21,8%.

Per salvare la sostenibilità, quindi, i giovani 18-34 anni tirano la cinghia, con oltre l'81% che dichiara di aver dovuto rinunciare e/o rinviare anche prestazioni o consumi di welfare.

I tagli più bruschi hanno riguardato il dentista (quasi 1,1 milioni hanno dovuto rinviare e/o rinunciare a farsi curare i denti), la palestra e il fitness (1,3 milioni hanno rinunciato all'iscrizione in palestra, piscina, o per una qualche attività sportiva) e 476 mila hanno rinviato o rinunciato a diete speciali o particolari alimenti.

Le condizioni patrimoniali delle famiglie con capofamiglia giovane sono sempre più fragili (tab. 33): tra il 1991 ed il 2012 tali famiglie hanno visto una riduzione del -25% della propria ricchezza familiare netta che nel 2012 si attesta sui 106.766 euro; nello stesso periodo le famiglie con capofamiglia un *baby boomer* (età tra 35 e 63 anni) hanno visto un incremento del +40% e quelle con capofamiglia un anziano addirittura di quasi il 118%.

Se, nel 1992, la famiglia con capofamiglia giovane aveva una ricchezza netta media pari all'85% della ricchezza netta media del totale delle famiglie, 21 anni dopo tale valore è sceso al 40%; se nel 1991 i giovani avevano una ricchezza netta media superiore (del 14%) a quella delle famiglie con capofamiglia anziano, nel 2012 invece risulta inferiore, cioè pari al 76% della ricchezza netta media delle famiglie con capofamiglia anziano.

C'è una evidente erosione del patrimonio e quindi della possibile autotutela finanziaria dei giovani.

D'altro canto, oltre il 51% non è proprietario di alcun immobile, laddove è meno del 39% tra i 35-44enni, il 26,4% tra i 45-54enni, il 19,3% tra i 55-64enni ed il 21,4% tra gli anziani con oltre 65 anni.

Tab. 33 – Ricchezza familiare netta per classe di età del capofamiglia (1), 1991-2012
(valore medio in euro costanti e var. %)

	1991	2012 (2)	Variaz. 1991-2012
Fino a 34 anni	143.811	106.766	-25,8%
Da 35 a 64 anni	199.442	280.214	+40,5%
65 anni e oltre	125.281	272.887	+117,8%
Totale	169.008	261.295	+54,6%

(1) Inteso come maggior percettore di reddito

(2) Deflazionato utilizzando l'indice Foi

Fonte: elaborazione Censis e Forum ANIA-Consumatori su dati Banca d'Italia e Istat

7.3. Il rapporto con il lavoro e il welfare

Si registra un crollo dell'occupazione dei giovani poiché nel 2004 era occupato il 58,7% pari a oltre 7,6 milioni, nel 2011 lo era il 51,2% cioè 6 milioni, nel 2013, la quota di occupazione è scesa al 46% (circa 5,3 milioni).

In meno di dieci anni si sono persi oltre 2,3 milioni di occupati tra i *Millennials* con un cedimento di 12 punti percentuali della quota di occupati sul totale delle persone 18-34enni.

Dal punto di vista dei singoli giovani, l'impatto è devastante sulla produzione di reddito - da cui le forme di dipendenza dalle famiglie di provenienza - ed anche sulle prospettive di vita e sulla capacità di progettare concretamente il proprio futuro.

A essere preoccupati, però, non sono solo i giovani economicamente dipendenti o alla rincorsa di una occupazione che si sta sbriciolando: lo sono anche i giovani lavoratori del pubblico e del privato che mostrano di temere per le loro tutele.

Per quanto riguarda la previdenza, emerge che il 52,8% dei lavoratori di età compresa tra 18 e 34 anni ritiene che la propria pensione sarà pari al massimo al 50% del reddito da lavoro; inoltre, la pensione è una specie di miraggio per i giovani lavoratori, visto che il 60,6% dichiara di avere avuto una *contribuzione pensionistica intermittente*, perché in passato è rimasto senza lavoro o ha svolto lavori senza contributi pensionistici.

La precarietà diffusa del lavoro giovane sta generando il costo sociale evidente di percorsi contributivi molto fragili, incapaci di alimentare una posizione previdenziale adeguata.

Più in generale, è radicata tra i giovani la percezione che il welfare è oggi sempre meno in grado di garantire protezione sociale anche rispetto ai grandi rischi più importanti, dalla salute alla pensione.

Infatti, il 64,6% dei giovani intervistati ritiene che il welfare pubblico garantisca le prestazioni di base, ma il resto se lo paga da solo, il 16,5% pensa che non garantisca più nemmeno le prestazioni essenziali, mentre il 19% è convinto che garantisca le prestazioni di cui ha bisogno (tab. 34).

Tab. 34 – Il grado di copertura del sistema di welfare: confronto *Millennials* - totale italiani (val. %)

<i>Come valuta il grado di copertura del sistema di welfare pubblico? Tenuto conto della sua esperienza recente il sistema pubblico offre le prestazioni di cui ha bisogno?</i>	18-34 anni (Millennials)	Totale
Garantisce le prestazioni di cui io e i miei familiari abbiamo bisogno	18,9	19,1
Garantisce quella di base, ma il resto me lo pago io	64,6	55,6
Non garantisce più nemmeno tutte quelle essenziali	16,5	25,3
Totalle	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il 40,2% dei giovani dichiara che negli ultimi dodici mesi ha verificato che ci sono prestazioni di welfare (sanitarie, per istruzione, di altro tipo) che prima aveva gratuitamente e per le quali ora deve pagare un contributo, il 57,5% indica prestazioni per le quali è aumentato il contributo che già pagava e l'11,7% richiama prestazioni che prima aveva gratuitamente o con un contributo e che ora deve pagare per intero.

In sostanza, la grande maggioranza di giovani registra che sono aumentate le spese per prestazioni di welfare che si trovano a pagare; il 59% dei giovani di età compresa tra 18 e 34 anni che vivono per proprio conto dichiara di temere molto o abbastanza che nuove spese di welfare a proprio carico per la sanità, la formazione o altro possano minacciare la tenuta del proprio reddito familiare, un ulteriore 21,6% *teme un po'* che ciò possa avvenire, solo il 9,2% non teme l'impatto sul proprio bilancio di nuove spese di welfare.

Altro aspetto che segnala l'estrema criticità del rapporto dei giovani con il welfare è che il 93,9% dei *Millennials* è convinto che la qualità dei servizi sanitari, scolastici, di welfare si vada abbassando (superiore al dato medio che risulta pari all'82,5%).

7.4. La precarietà da vincere

Pensando al proprio futuro quasi il 43,2% dei giovani si dichiara inquieto, con un retroterra fragile, di contro al 29,2% dato complessivo dei cittadini italiani; il 26,6% dei giovani (di contro al 29% dato medio nazionale) si dichiara in ansia perché non ha un retroterra e una rete di copertura, il 17,9% sottolinea l'incertezza della situazione (è il 24,2% nel totale della popolazione) ed il 12,3% si dichiara abbastanza sicuro, con le spalle coperte, di contro al 17,6% dato medio generale (tab. 35).

L'idea della grande fuga pervade tanti giovani, li spinge a pensare che sia il caso di giocare altrove la propria voglia di fare, il progetto di vita. Non sorprende quindi che ben 3,2 milioni di persone di età compresa tra 18 e 34 anni ritiene che sarebbe il caso di *andarsene per sempre all'estero*, di fuggire per sempre dall'Italia.

**Tab. 35 – Le aspettative sul proprio futuro: confronto *Millennials* - totale italiani
(val. %)**

<i>Pensando al suo futuro Lei si sente</i>	18-34 anni (Millennials)	Totale
Abbastanza sicuro, con le spalle coperte	12,3	17,6
Inquieto, con un retroterra fragile	43,2	29,2
In ansia, non ho retroterra e rete di copertura	26,6	29,0
Non saprei, è tutto molto incerto	17,9	24,2
Totalle	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Malgrado la complessità del quadro, i giovani sono tra le energie vitali della nostra società, soprattutto quelli che vanno per il mondo in modo transitorio, magari periodicamente, e poi si collocano tra i più attivi promotori di iniziative imprenditoriali e di altro tipo che fermentano le realtà locali, da quelle urbane ai territori più rurali.

Il tratto più caratterizzante i *Millennials* è rappresentato dal rapporto con il digitale poiché l'85,3% è utente abituale di internet (contro il 63,5% dato medio complessivo), l'81,6% è utente di almeno un social network, di contro al 49% dato medio, il 66,6% utilizza lo smartphone (il dato medio nazionale è del 39,9%), il 35% di contro al 24,4% dato medio dichiara di avere effettuato acquisti online nei trenta giorni precedenti l'intervista.

L'Ict, i nuovi *device*, il virtuale in tutte le sue sfaccettature sono componenti costitutive della quotidianità dei *Millennials*, tanto da marcarla in modo unico, in linea con lo stile di vita prevalente negli altri Paesi.

Si possono stimare poi almeno 3,7 milioni le persone con al massimo 34 anni che, sia pure per qualche giorno l'anno, vivono all'estero.

Infine, l'87,6% dei *Millennials* dichiara di conoscere almeno una lingua straniera, di contro a meno del 59% dato medio della popolazione; il 79,8% dichiara di conoscere l'inglese (45,3% è il dato medio), il 32,6% il francese (28,3% dato medio), il 16,7% lo spagnolo (6,3% dato medio). La più alta conoscenza di lingue straniere è ulteriore segnale di una propensione alla globalità, che trafigge i confini, li taglia orizzontalmente, in modo fisico o anche con l'aiuto del web (tab. 36).

Tab. 36 - Conoscenza delle lingue straniere: confronto *Millennials* - totale italiani 2011 (val. %)

	18-34 anni (<i>Millennials</i>)	Totale
No	12,4	41,3
Si	87,6	58,7
<i>di cui:</i>		
- Inglese	79,8	45,3
- Francese	32,6	28,3
- Spagnolo	16,7	6,3
Totali	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2011

8. LE PROPOSTE IN CAMPO

Cosa è possibile fare nell'attuale sistema di welfare per accrescere la sostenibilità in modo socialmente equo, senza un trasferimento orizzontale di costi dal pubblico al privato, con inevitabili effetti regressivi sul piano del reddito e delle tutele? E' questa la domanda chiave rispetto alla quale la ricerca ha voluto produrre una risposta praticabile.

Non tanto un'agenda costruita per linee esterne, fatta di un elenco di nuove normative da mettere in campo, piuttosto una riflessione operativa a partire dalle dinamiche in atto a livello sociale e nelle modalità di tutela, con l'obiettivo di enucleare le più virtuose da accompagnare perché suscettibili di evolvere verso un welfare equo e sostenibile.

Il progetto di ricerca ha previsto un confronto prolungato tra *stakeholder* ed esperti sulle proposte operative, idee di cose che si possono fare; le stesse idee e proposte sono state anche sottoposte alla verifica del punto di vista degli italiani tramite diversi strumenti qualiquantitativi di ricerca sociale.

Va sottolineato che le proposte di cui si verifica la proponibilità sociale fanno riferimento ad un pensiero strategico sul welfare relativamente ai pilastri costitutivi di un sistema che spontaneamente è andato oltre il monopolio statuale e pubblico, trovando nuovi sentieri di crescita che però hanno bisogno di essere concettualizzati, accompagnati nel loro dispiegarsi.

La verifica delle tematiche scelte consente anche di capire cosa pensano gli italiani, se l'impalcatura emergente dalla ricerca è dentro al *mood* socioculturale.

E' importante condividere tale pensiero strategico a partire da proposte concrete che si fondano su dinamiche reali che coinvolgono milioni di persone. Non quindi le solite proposte di riforma fondate sulla *realtà come la si vorrebbe*, ma proposte ancorate al principio che *la realtà è*, ed occorre avere l'umiltà e l'intelligenza per interpretarla. Il pensiero strategico deve aiutare a fissare un'agenda di dibattito pubblico fuori da enucleazioni puramente di principio sul welfare *ottimo*, spostando l'asse sul welfare concretamente possibile, in linea con scelte individuali e processi sociali reali.

E' così che anche il pensiero strategico sul welfare può uscire da quel vizio di genericismo che molto pesa nel dibattito. Di seguito sono presentate le opinioni prevalenti su una serie di proposte molto concrete.

8.1. Servizi *versus* soldi

Esiste un tema antico che nasce dall'organizzazione e dalla modalità operativa del welfare italiano: la prevalenza di prestazioni monetarie rispetto a quelle in natura, fatte di strutture e servizi.

Questa sproporzione tra servizi e prestazioni monetarie è tra i fattori che hanno ulteriormente trasferito sulle famiglie il peso della gestione dei percorsi assistenziali, poiché sono state chiamate a individuare i servizi e/o i professionisti ai quali fare ricorso gestendo di fatto i percorsi assistenziali.

Un esempio è rappresentato dalle famiglie che si occupano di non autosufficienti chiamate a costruire il percorso assistenziale da sole e, nella migliore delle ipotesi, con l'aiuto dell'indennità di accompagnamento, un sussidio monetario di pura integrazione della spesa privata.

Non si possono non considerare le disuguaglianze che inevitabilmente si creano in relazione alla maggiore o minore capacità di accedere ai servizi, visto anche i dati relativi all'opacità che la matrice di offerta del welfare locale ha per i cittadini, in particolare per quelli a più basso capitale culturale.

A questo proposito, relativamente alle persone fragili che più hanno bisogno di supporto dalla rete di tutela, secondo il 38,5% degli italiani intervistati *c'è bisogno di avere maggiori servizi, strutture sul territorio alle quali rivolgersi e dalle quali avere aiuto*, di contro al 20,7% che invece fa riferimento alla necessità di aumentare le risorse disponibili sotto forma di *voucher* da spendere così da potere scegliere a quale servizio rivolgersi, inclusi i servizi privati esistenti; un ulteriore 6% invece ritiene che sarebbe opportuno mettere i membri delle famiglie che possono dare aiuto nelle condizioni economiche di dedicare più tempo ai propri cari bisognosi (fig. 2).

Il welfare che vogliono gli italiani, quindi, richiede una più solida impalcatura di infrastrutturazione sociale sul territorio; incontra il loro favore una strategia che metta in campo concreti servizi e strutture e non solo *diritti di acquisto* di servizi e prestazioni che si rischia di non trovare o di trovare di ridotta qualità o, peggio ancora, facendo ricorso a servizi inappropriati.

Investire in presidi, strutture, servizi, dando presenza fisica al welfare nei territori è per gli italiani una priorità strategica, un fattore sistematico di modernizzazione del welfare italiano.

Fig. 2 - Le opinioni degli italiani sull'investimento nell'infrastrutturazione sociale sul territorio



Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

8.2. Via i piccoli ospedali, se arriva l'assistenza territoriale

Nella ristrutturazione della sanità finalizzata a renderla più efficiente e appropriata rispetto ai bisogni di una popolazione che invecchia e in cui cresce la cronicità e la relativa domanda sociosanitaria e socioassistenziale, la chiusura dei piccoli ospedali è da tempo un punto sul quale converge l'opinione degli esperti.

Sono troppi i piccoli nosocomi in cui il numero di prestazioni è al di sotto dei parametri di sicurezza, oltre che di economicità.

Tradizionalmente gli italiani si sono opposti, come opinione pubblica e come cittadini di comunità minacciate appunto della chiusura dell'ospedale locale di riferimento.

In fondo, si è spesso evidenziato che la qualità localistica della vita delle comunità poggia anche sulla prossimità di un'offerta sanitaria a tutto tondo, in cui non può mancare l'ospedale, peraltro anche fonte di occupazione e di un indotto significativo in termini di creazione di reddito.

Nel tempo però è andato emergendo l'alto costo economico di nodi ospedalieri ridotti, nonché le tante criticità operative e sui livelli di sicurezza e sulla qualità delle prestazioni erogate.

La presente ricerca ha colto un'evoluzione nel punto di vista degli italiani, poiché emerge una positiva valutazione rispetto alla trasformazione dei piccoli ospedali in strutture che sul territorio danno assistenza ad anziani non autosufficienti, malati cronici, ecc.

Si dichiara infatti d'accordo con questa proposta oltre il 55% degli intervistati, in particolare (tab. 37):

- il 34,5% che però teme che i piccoli ospedali saranno chiusi senza creare le strutture territoriali promesse;
- il 20,8% che invece dichiara di essere a conoscenza di situazioni in cui già è stato fatto.

Questo dato costituisce una novità poiché, come già sottolineato, tradizionalmente la maggioranza degli italiani si era dichiarata contraria alla chiusura di piccole strutture ospedaliere, quale che fosse l'alternativa proposta.

Tab. 37 - L'opinione degli italiani sulla trasformazione dei piccoli ospedali in strutture assistenziali per anziani non autosufficienti e malati cronici, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Come valuta la trasformazione di piccoli ospedali in strutture che sul territorio danno assistenza ad anziani non autosufficienti, malati cronici, ecc.?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
D'accordo di cui	58,6	60,6	55,8	48,7	55,3
- ma temo che i piccoli ospedali saranno chiusi senza creare le strutture territoriali	37,0	29,7	33,9	35,4	34,5
- conosco situazioni in cui già è stato fatto	21,6	30,9	21,9	13,3	20,8
Contrario di cui	41,4	39,4	44,2	51,3	44,7
- c'è bisogno di piccoli ospedali nei territori in cui esistono ancora	36,0	19,7	40,7	40,5	35,3
- l'assistenza sul territorio la danno famiglie e persone a domicilio, niente strutture	5,4	19,7	3,5	10,8	9,4
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Oggi è maturata la consapevolezza che il paese ha bisogno di una infrastrutturazione sociale nuova, che non si può realizzare *ex novo* ed al fianco di quella preesistente e che pertanto occorre partire anche dalla ridefinizione dell'offerta per acuti che esiste.

Sul piano del pensiero strategico è fondamentale collocarsi dalla parte del *nuovo welfare* che è fatto di territorio, risposte alla cronicità, trasferimento di risorse, competenze, e anche da una fisicità di strutture, tutto orientato a potenziare una offerta rigorosamente di territorio.

8.3. Un fisco prowelfare

Le politiche fiscali hanno un notevole impatto sui comportamenti che incidono sulla produzione, la distribuzione e l'allocazione del reddito. Dalla scelta tra consumo e risparmio, a quella dell'allocazione del risparmio, il fisco è tra i fattori in grado di orientare le scelte delle famiglie, con effetti netti rilevanti sul sistema economico e su quello delle tutele sociali.

A questo proposito, emerge che (tab. 38 e fig. 3):

- quasi il 61% degli italiani è *molto o abbastanza favorevole* all'introduzione di vantaggi fiscali per alcuni strumenti assicurativi come le polizze sanitarie, l'iscrizione a mutue sanitarie, le polizze *Long term care* o i piani accumulo formazione per i ragazzi;
- il 65,5% è poi *molto o abbastanza d'accordo sulla possibilità di dedurre fiscalmente alcune spese per il welfare sostenute direttamente di tasca propria dalle famiglie* (spesa per badante, baby sitter, per la formazione).

Il consenso per scelte fiscali orientate a promuovere welfare va rilanciato in una fase in cui si è registrato un importante provvedimento che ha rimesso soldi in tasca agli italiani con obiettivo il rilancio dei consumi.

E' una dimensione socioculturale e sociopolitica di rilievo che richiede uno sforzo di persuasione e di esercizio di *soft power* intorno ad una idea nuova: se si vogliono utilizzare le risorse fiscali, ridistribuirle a beneficio di determinati comportamenti, è opportuno rendere prioritarie le opzioni virtuosamente orientate a produrre tutela nel sociale.

Tab. 38 - Opinione degli italiani su diversi dispositivi fiscali e monetari di sostegno per le esigenze sociali della propria famiglia, per titolo di studio (val. %)

<i>Tenendo conto delle esigenze dei membri della sua famiglia, per fronteggiare l'attuale situazione quali delle seguenti cose sarebbero più efficaci:</i>	Nessuno/ Licenza elementare	Licenza media/ Qualifica professionale	Diploma	Laurea o superiore	Totale
- Possibilità di dedurre fiscalmente alcune spese per welfare sostenute direttamente, di tasca propria (badante, baby sitter, spese per la formazione, ecc.)	64,5	59,0	70,1	67,5	65,5
- Sussidi monetari mirati, anche vincolati nell'utilizzo, per alcuni bisogni precisi di welfare (per istruzione/formazione, per acquisto beni figli, ecc.)	66,0	65,2	64,4	59,4	64,1
- Vantaggi fiscali per alcuni strumenti assicurativi (polizze sanitarie, iscrizione a mutue sanitarie integrative, polizze <i>Long term care</i> , piani accumulo formazione ragazzi, ecc.)	53,8	59,4	65,1	55,5	60,8

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Fig. 3 – Opinioni su un fisco pro welfare

Quasi il 61% degli italiani è molto o abbastanza favorevole all'introduzione di *vantaggi fiscali* per alcuni strumenti assicurativi come le polizze sanitarie, l'iscrizione a mutue sanitarie, le polizze long term care o i piani di accumulo formazione per i ragazzi

Il 65,5% è poi molto o abbastanza d'accordo sulla possibilità di *dedurre fiscalmente* alcune spese per il welfare sostenute direttamente di tasca propria dalle famiglie (spesa per badante, baby sitter, per la formazione)

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Il fisco *prowelfare* deve diventare un *mantra* nel prossimo futuro, perché allude ad una società molto diversa da quella pre-crisi, e soprattutto è in linea con un set di valori che hanno un notevole consenso sociale, a partire da una sobrietà responsabile.

Di fronte ad un'insistenza sociopolitica quasi incontenibile sulla necessità di rilanciare i consumi, in realtà è possibile ipotizzare destinazioni alternative del reddito privato, puntando ad accrescere non tanto il risparmio in generale, quanto un'allocazione verso opzioni di risparmio funzionali a costruire reti di tutela.

In termini di pensiero strategico, un fisco *prowelfare* dalla sanità alla previdenza, se stimola la creazione di polmoni finanziari complementari esercita effetti socioeconomici ben oltre la tutela sociale.

Infatti un fisco così orientato, puntella la sostenibilità finanziaria del welfare integrando la spesa pubblica, supporta la sostenibilità finanziaria delle famiglie chiamate a distribuire nel lungo periodo la spesa di copertura dai grandi rischi e stimola la crescita perché crea risorse destinabili all'investimento di lungo periodo.

Tramite il fisco è possibile orientare verso un diverso rapporto welfare ed economia, puntando su una crescita sostenibile.

8.4. Regole comuni per i soggetti che operano sugli stessi mercati

Esiste un tema più generale di welfare che attiene al contesto in cui devono operare i diversi soggetti e nel quale i cittadini dovrebbero essere chiamati ad esercitare le proprie scelte e che riguarda la regolazione ampiamente intesa; infatti, dall'operatore pubblico ai Fondi sanitari integrativi alle imprese assicuratrici *l'armonizzazione fiscale e di adempimenti* è importante per far funzionare bene il mercato e per generare offerte convenienti e vantaggiose per i cittadini (fig. 4).

E' un tema delicato, ma che tende a farsi largo anche negli altri Paesi, come testimonia la questione relativa al rapporto tra le *Mutuelle* e gli operatori assicurativi in Francia.

L'obiettivo della logica *regole uguali per chi opera sugli stessi mercati* è anche quello di promuovere semplicità, rapidità di lettura e comprensione dell'offerta così da facilitare le scelte per i cittadini.

Fig. 4 - Regole comuni per gli organismi che operano sugli stessi mercati della tutela sociale

Operatore
pubblico, Fondi
sanitari integrativi,
imprese
assicuratrici

**CI VOGLIONO ARMONIZZAZIONE FISCALE E DI
ADEMPIMENTI PER GENERARE OFFERTE PIÙ
CONVENIENTI E VANTAGGIOSE PER I CITTADINI**

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Distorsioni fiscali su prodotti che offrono coperture analoghe per bisogni uguali non fanno bene alla qualità della tutela e complicano inutilmente la scelta ai cittadini.

8.5. L'obbligatorietà della *Long term care*

Dall'indagine sulla popolazione emerge un notevole consenso sociale sulla proposta; infatti, una quota non lontano dal 74% degli italiani intervistati la giudica una buona proposta: di questi, il 36,1% perché è una buona soluzione per finanziare l'assistenza per i tanti non autosufficienti ed il 37,6% purchè si pensi poi a come garantire assistenza anche a coloro che non lavorano e/o non hanno reddito (tab. 39).

Il dato è sorprendente rispetto ad un trend antico e sino a non molto tempo fa molto radicato che vedeva gli italiani assolutamente contrari a qualsiasi proposta che generasse nuove tasse o contributi, fosse pure per una causa importante come quella della tutela della non autosufficienza.

Invece l'esperienza ormai di massa dei costi e delle tante difficoltà associate alla gestione della longevità fragile o non autosufficiente ha reso gli italiani pronti ad affrontare i costi di una assicurazione sociale obbligatoria contro la non autosufficienza.

Interessante poi il fatto che il consenso rimane alto tra i *Millennials* (i nati dal 1980 al 1996) e tra i *baby boomers* (nati tra il 1949 ed il 1979), poiché mostra una crescita della consapevolezza delle generazioni di longevi di domani sul tema. Anche questo è un dato nuovo e inatteso.

Emerge l'urgenza di elaborare una narrazione efficace e stringente sulla necessità di creare una tutela sostenibile per la non autosufficienza, cosa che il consenso sociale conferma e che nasce dai numeri relativi alla longevità, dall'entità dell'investimento diretto che già adesso le famiglie sono chiamate a fare all'insorgenza del rischio non autosufficienza e, quindi, dalla più generale necessità di rimettere al centro dell'attenzione e della pratica collettiva il risparmio finalizzato di lungo periodo.

Va tenuto presente che tra gli italiani che dichiarano di avere buona o discreta conoscenza di polizze o strumenti contro la non autosufficienza i favorevoli all'obbligatorietà della copertura sociale contro questo grande rischio sono il 92,2%. Ciò significa che promuovere conoscenza degli strumenti di tutela dai grandi rischi finisce per accrescere la disponibilità delle persone ad accettare che anche proprie quote di reddito siano utilizzate per finanziarle.

Tab. 39 - Opinioni degli italiani sull'obbligatorietà della copertura sociale contro la non autosufficienza (val. %)

<i>Lei ritiene che occorra rendere obbligatoria la copertura sociale contro la non autosufficienza (si paga un premio mensile e poi si ha diritto ad avere l'assistenza pagata)?</i>		Totale
Sì		73,7
<i>di cui</i>		
- è una buona soluzione per finanziare l'assistenza per i tanti non autosufficienti		36,1
- anche se bisogna pensare a come fare per coloro che non lavorano e/o non hanno reddito		37,6
No		26,3
<i>di cui</i>		
- ognuno deve pensare a se stesso, e quando diventa non autosufficiente trova la soluzione		6,2
- deve essere volontaria, chi paga ha l'assistenza pagata dall'assicurazione, gli altri troveranno altre soluzioni		20,1
Totale		100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

8.6. Comunicazione trasparente ai pazienti dei costi delle prestazioni sanitarie di cui beneficiano

La valutazione degli italiani alla proposta citata è molto positiva con oltre circa l'81% di intervistati che si dichiara favorevole.

In particolare, oltre il 40% lo motiva per il fatto che in questo modo tutti si renderebbero conto a cosa servono le tasse e la spesa pubblica, il 22,5% perché si può così confrontare il costo con la qualità e il 18,6% perché si potrebbero confrontare i costi di prestazioni uguali in strutture diverse, limitando gli sprechi.

Il 6% è contrario perché teme innescherebbe una corsa alla riduzione dei costi senza badare alla qualità, il 7,5% ritiene che non serve a niente ed il 5,2% pensa che si finirebbe per colpevolizzare i malati (tab. 40).

Sorprende per certi versi la dimensione del consenso alla proposta e la ridotta preoccupazione per gli aspetti etici, legati alla colpevolizzazione del malato.

E' forte la spinta nella cultura sociale collettiva a trovare forme efficienti di *controllo dei costi delle prestazioni e più ancora* di confronto trasparente tra spesa e qualità delle prestazioni.

Rendere trasparente i costi delle prestazioni sanitarie sarebbe benefico perché farebbe capire dove vanno i soldi pubblici, consentirebbe di confrontare i costi di strutture diverse e di comparare la spesa con la qualità delle prestazioni erogate.

A questa trasparenza puntuale dei costi si potrebbe affiancare un qualche *inventario di riferimento nazionale dei costi* che aiuterebbe a creare un efficace meccanismo di verifica sociale dell'utilizzo delle risorse pubbliche e delle tasse dei cittadini.

Le proposte che puntano con concretezza e praticità ad innalzare il *value for money* del welfare hanno un consenso trasversale molto alto, a riprova del pragmatico approccio degli italiani, stanchi di un sistema opaco nella allocazione e nell'utilizzo delle risorse.

Il welfare è molto amato e difeso dagli italiani, ma gli si chiede di cambiare nelle modalità concrete di azione.

Tab. 40 - L'opinione degli italiani sulla comunicazione trasparente dei costi delle prestazioni sanitarie, per titolo di studio (val. %)

<i>Come valuta la possibilità che sia data comunicazione trasparente dei costi di prestazioni sanitarie, ad esempio, del ricovero in un ospedale (costo intervento, infermiere, ecc.)</i>	Nessuno/ Licenza elementare	Licenza media/ Qualifica professionale	Diploma	Laurea o superiore	Totale
Positiva	75,8	78,6	82,9	84,8	81,2
<i>di cui</i>					
- tutti si renderebbero conto a cosa servono le tasse e la spesa pubblica	42,7	45,9	35,0	39,7	40,1
- si potrebbe confrontare conto e qualità	15,9	16,0	27,3	27,8	22,5
- si potrebbero confrontare i costi di prestazioni uguali in strutture diverse, limitando gli sprechi	17,2	16,7	20,6	17,3	18,6
Negativa	24,2	21,4	17,1	15,2	18,8
<i>di cui</i>					
- non serve a niente	10,5	8,1	7,0	6,1	7,5
- ci sarebbe una corsa a ridurre i costi senza badare alla qualità	2,8	5,9	6,6	7,3	6,1
- quasi si colpevolizza il malato per lo spreco	10,9	7,4	3,5	1,8	5,2
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Come in altri ambiti i soldi pubblici devono rendere, produrre benefici per chi paga le tasse. Una contabilità trasparente, comprensibile che lega soldi spesi e servizi resi è oggi molto attesa dagli italiani.

8.7. Far pagare i servizi nel welfare pubblico in relazione al reddito delle persone che li utilizzano

Il 78,5% degli italiani si dichiara favorevole a questa proposta, percentuale che rimane stabile trasversalmente ai gruppi sociali e ai territori.

E' evidente la propensione a cercare meccanismi discrezionali, condivisi, di gestione dell'accesso all'offerta e di ridistribuzione del finanziamento tra i gruppi reddituali.

E' infatti alto (anche se in fase di stabilizzazione) il ricorso degli italiani a risorse proprie, *out-of-pocket*: la cifra annuale ruota intorno ai 27 miliardi di euro.

Ed è elevata la quota di persone che semplicemente rinvia prestazioni sanitarie di cui avrebbe bisogno perché non dispone o non vuole impiegare le risorse per pagare direttamente il ticket o il costo dell'intera prestazione.

C'è una insoddisfazione evidente verso gli attuali equilibri tra l'offerta pubblica con ticket e la spesa privata per prestazioni interamente a carico dei cittadini e quindi la volontà che siano attivati meccanismi nuovi di distribuzione dei costi delle prestazioni. Si vuole rendere esplicito il riferimento al duplice criterio dell'intensità di utilizzo della sanità e della disponibilità di reddito.

E' una proposta non nuova, visto che il reddito è alla base dei criteri di accesso ad alcune forme di esenzione dal ticket. Tuttavia, quello che gli italiani sembrano volere è un mutamento a tutto tondo dei criteri di accesso e partecipazione finanziaria dei cittadini che utilizzano il welfare (la sanità in particolare).

8.8. Campagne di comunicazione per far conoscere gli strumenti dei pilastri non pubblici del welfare

Esiste una conoscenza molto limitata degli italiani relativamente agli strumenti, alle polizze della sanità integrativa, della previdenza complementare, dei piani di accumulazione per formazione dei figli, nipoti, e per la *Long term care*.

Le quote di persone che dichiarano di conoscere bene gli strumenti citati arriva al 14% in relazione alla previdenza complementare, sulla quale è stato fatto uno sforzo di comunicazione significativo qualche anno addietro, scendono a poco più del 13% per gli strumenti della sanità integrativa, e decrescono ulteriormente sino a poco più del 9,5% per quelli dei piani di accumulazione per la formazione di figli, nipoti e per quelli della LTC (fig. 5).

Sono valori ridotti, non in grado di fare da base per dinamiche espansive significative, adeguate alla necessità di attivare meccanismi di mutualizzazione dei rischi e di attivazione di risorse aggiuntive.

Occorre partire dal realistico quadro di quote significative di cittadini che hanno una superficiale conoscenza di questi strumenti e/o non sono interessati a conoscerli, fermo restando le differenze relative al livello di istruzione degli intervistati, poiché più alto è il titolo di studio dell'intervistato, maggiori sono le probabilità che ne abbia almeno una conoscenza per grandi linee.

Campagne comunicative capillari, che partono da vere e proprie iniziative di educazione e orientamento al risparmio, alla tutela dai grandi rischi, alla necessità di costruire nel lungo periodo situazioni di tutela, costituiscono un terreno inedito, ma da non sottovalutare per costruire una nuova cultura del welfare.

Promuovere una progettistica rivolta a target diversificati, dai vari gradi delle scuole agli studenti universitari agli occupati costituisce un investimento di lungo periodo sul quale è importante puntare; infatti, *strategie di comunicazione e promozione di nuova cultura del risparmio nel lungo periodo sono assolutamente essenziali in questa fase*.

Fig. 5 – Il grado di conoscenza degli italiani del welfare complementare e integrativo (*)



Conoscono...	Sanità integrativa	Previdenza complementare	Polizze LTC
Bene	13,3	14,3	9,8
A grandi linee	31,4	28,1	19,8

(*) Le percentuali si riferiscono gli intervistati che hanno indicato ciascuno degli item “bene”, “a grandi linee” in una batteria che includeva anche gli item “vorrei saperne di più” e “non mi interessa”

Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

Si gioca ora una sfida valoriale prima ancora che economica e finanziaria relativamente all'allocazione sociale delle risorse, le quali, nell'andare oltre la crisi, dovrebbero tornare a essere disponibili per individui, famiglie e imprese.

E' importante in particolare veicolare l'idea che eventuali nuove disponibilità di reddito non possono andare in via prioritaria a ripristinare i livelli di consumo pre-crisi.

Occorre si affermino, a livello di cultura sociale collettiva e di sistemi di valori individuali, criteri di scelta che non pongano come prioritari il ritorno ai livelli di consumo pre-crisi o il primato della spesa corrente rispetto ad altre ipotesi di utilizzo del reddito, in particolare l'accumulo di risorse per pagare prestazioni utili per il futuro della famiglia, dalla formazione per i figli alle strutture di eccellenza in caso di non autosufficienza.

I dati della ricerca mostrano che oltre il 35% degli italiani sarebbe disposto a ridurre o contenere i propri consumi per destinare reddito a prestazioni utili per il futuro familiare; tuttavia, il 46% è contrario perché ritiene che i propri consumi siano scesi ad un livello troppo basso ed il 19,6% perché vuole spendere il reddito solo per necessità correnti.

Un nuovo welfare, anche nelle modalità di finanziamento, richiede un salto di qualità nella cultura sociale collettiva, una piramide dei bisogni e delle priorità che torni a guardare al risparmio di lungo periodo finalizzato come ad una opportunità sulla quale puntare.

E' evidente che la dimensione culturale deve andare di pari passo con quella economica e fiscale che, a sua volta, deve premiare chi sceglie di allocare risorse nel risparmio finalizzato di lungo periodo.

Con redditi in caduta da molti anni e ben poche prospettive di crescere nel prossimo futuro senza incentivi fiscali consistenti sarà difficile far crescere in misura robusta il risparmio per la tutela.

PARTE SECONDA

**UN'ANALISI QUALITATIVA, MICRO, PUNTUALE DELLE
TRAIETTORIE POST CRISI DI FAMIGLIE FRAGILI, A
ELEVATA DOMANDA POTENZIALE DI WELFARE**

1. LO STRUMENTO DEL PANEL

Come affrontano gli esiti della crisi le famiglie più fragili, quelle nelle quali sono presenti situazioni di particolare vulnerabilità che generano una elevata richiesta di prestazioni e servizi di welfare?

La risposta a questa domanda emerge dall'analisi qualitativa su un panel di 40 nuclei familiari selezionati in modo da includere diverse tipologie di famiglie con aspetti specifici particolarmente significativi rispetto alla tematica della sostenibilità del welfare.

Le tipologie familiari rappresentate sono quelle con bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, con almeno tre figli, con anziani non autosufficienti, con disabili, monogenitoriali (separati, divorziati, vedovi ecc.), standard con figli e poi persone con età fino ad un massimo di 44 anni che vivono sole e hanno un lavoro precario.

Ovviamente il panel *non ha rappresentatività campionaria* poiché la sua funzione è stata quella di permettere un'osservazione e un'analisi nel merito e approfondita di dinamiche dei nuclei familiari in relazione agli impatti che concretamente, nel quotidiano, la crisi ha avuto e sta avendo:

- sulla organizzazione di vita e, più ancora, sul rapporto tra risorse di fonte diversa di cui dispongono e bisogni da coprire;
- sui bisogni legati al welfare e le modalità di copertura.

Altro aspetto metodologico operativo da segnalare riguarda i territori di residenza dei nuclei familiari coinvolti, scelti a partire dalla graduatoria provinciale del disagio socioeconomico nella crisi realizzata dal Censis, che ha consentito di individuare i territori in cui gli impatti sociali della crisi sono stati più alti.

Non quindi i territori provinciali in cui il disagio tradizionalmente è più elevato, ma quelli in cui l'incremento delle varie dimensioni del disagio socioeconomico, espresso da un indicatore sintetico, risulta più sostanzioso.

Le province in cui risiedono i nuclei familiari coinvolti sono Latina, Lecco, Livorno, Napoli, Novara, Oristano, Pesaro-Urbino, Pistoia, Potenza, Ragusa, Siracusa e Torino. L'elenco può forse sorprendere per qualche provincia inserita e per qualcuna esclusa, tuttavia esso è il portato di una metodologia di selezione ed elaborazione di un'ampia batteria di indicatori semplici di cui è stato misura l'incremento nel periodo di crisi 2007-2013.

Il panel ha permesso di guardare nel concreto al tema della sostenibilità enucleando una serie di dinamiche micro che consentono di uscire dal generico richiamo agli impatti negativi della crisi.

Emerge il quadro di un anno vissuto pericolosamente dalle famiglie più fragili e bisognose di welfare, e tuttavia si è dinanzi a traiettorie differenziate, sia per gli effetti che la crisi sta effettivamente avendo sulla vita quotidiana sia per la capacità di mettere in campo risposte alle nuove difficoltà insorte.

E' importante uscire dal richiamo generico al peggioramento delle condizioni di vita delle famiglie ed entrare invece in una descrizione qualitativa delle traiettorie che aiuta a definire un'agenda delle cose utili, fattibili, che potenzialmente possono confluire in proposte concrete.

Operativamente, nel corso di un anno le famiglie coinvolte hanno avuto una somministrazione in tre diversi momenti di schede, che vanno intese come diari di bordo relativi a mutamenti avvenuti in un certo arco di tempo e che sono rinviabili concretamente agli esiti della crisi e alle politiche di downsizing del welfare.

I nuclei familiari sono stati oggetto *di tre contatti in un arco di tempo di sei mesi* con tre ondate di dati e informazioni che sono stati oggetto di interpretazione.

2. LA DIVERSITÀ DI TRAIETTORIE DEI NUCLEI FAMILIARI PIÙ FRAGILI E I RISCHI DEL NON RISPARMIO

Il primo dato che emerge dalle successive ondate di contatti con le famiglie del panel consiste in una notevole differenziazione relativamente agli impatti che crisi e *downsizing* stanno avendo sui singoli nuclei, a testimonianza di un'articolazione delle condizioni socioeconomiche e di bisogni di tutela dalla quale non si può mai prescindere.

Infatti, ogni lettura semplificatoria, standardizzante, magari intorno a qualche formula particolarmente efficace come quella dei nuovi poveri, finisce per riunire in un unico contenitore realtà molto diverse, che esprimono differenziate esigenze di tutela, di *care*, di autotutela e di welfare fai da te, anche in reazione agli effetti della crisi.

Esiste infatti una prima evidente linea di differenziazione che connota nella loro specificità le famiglie con figli, che siano figli con al massimo tre anni o che siano famiglie numerose con almeno tre figli o monogenitoriali che però hanno criticità specifiche aggiuntive.

La condizione delle famiglie con anziani non autosufficienti, poi, tende a sua volta delinearsi come specifica, con tratti forse sorprendenti che vanno tenuti in debito conto per elaborare soluzioni di *care*; occorre evitare semplicistiche sovrapposizioni con la condizione delle famiglie con disabili che presentano a loro volta problematiche molto diverse, che rinviano a potenziali soluzioni di contenuto e forma diversa.

Infine c'è l'universo delle famiglie di giovani (fino a 44 anni) che vivono soli con lavoro precario, una realtà che vive la crisi a partire dal rapporto problematico con il mercato del lavoro, tenuto presente che il lavoro atipico è il più esposto alle turbolenze occupazionali che la crisi ha reso particolarmente intense.

Il valore di questa indagine è legato alla capacità di guardare dentro esperienze micro che, invece, in letture più quantitative rischiano di finire in un unico contenitore.

Non c'è più un welfare standardizzato non perché l'offerta si è andata articolando per sue dinamiche autoreferenziali, ma perché la domanda sociale di prestazioni, servizi e tutele è differenziata, perché diverse sono le

dotazioni socioeconomiche e di capitale sociale dei nuclei familiari e molto diversi i bisogni da coprire.

La crisi sta anche rendendo ancora più evidenti gli esiti dell'asimmetria tra domanda e offerta di welfare, perché rattrappisce il welfare più tradizionale e perché riduce la capacità delle famiglie di produrre propri pezzi di rete di tutela e di *care*.

La verità è che i filamenti non pubblici di welfare vivono gli esiti della crisi almeno quanto i pilastri pubblici, e diventano più fragili, meno capaci di svolgere quella funzione di integrazione di nodi di welfare pubblico insufficienti o di copertura dei nuovi bisogni che semplicemente non trovano copertura nel welfare tradizionale.

Un aspetto culturale di lunga deriva va sottolineato: se oggi esiste una dimensione familiare del welfare che integra quella formale e consente di attenuare anche gli impatti della crisi è perché nelle generazioni precedenti è stato possibile promuovere investimenti sociali diffusi nei nuclei familiari e nelle comunità.

Il finanziamento del *care* socioassistenziale e infermieristico in fondo è il portato del risparmio che i nuclei familiari hanno effettuato nel tempo e che nel caso degli anziani significa la disponibilità di patrimoni investibili nell'acquisto di care.

Le stesse pensioni attuali, per quanto in molti casi basse, sono in fondo l'esito di percorsi contributivi continuativi e relativamente stabili nel tempo che quindi permettono di potere contare su un reddito pensionistico in tutto o in parte investibile in acquisto di servizi di *care* sui mercati.

Anche il ricorso alle pensioni di accompagnamento e di invalidità in fondo è il portato di un welfare che ha puntato tutto sulla messa a disposizione di quote integrative di reddito monetario rispetto alle disponibilità reddituali e patrimoniali dei singoli, così da poterli giocare quando il rischio sociale, ad esempio di non autosufficienza, emerge.

Le strategie di autotutela delle famiglie sono il portato di opzioni di lungo periodo che si sono fondate sull'accesso alla proprietà della abitazione in cui si vive e sulla creazione di risparmio investito e messo a fruttare in forme varie, che ha alimentato le varie opzioni di *care* prescelte di fronte all'inverarsi concreto del rischio di non autosufficienza.

Questo è un punto cardine da fissare: *il welfare familiare è già qui*, nella forma di risorse accumulate trasformate in redditi correnti messi in campo per l'acquisto di servizi e prestazioni sui mercati del welfare.

Che siano prestazioni per i figli o per gli anziani non autosufficienti o per i giovani precari, il dato fondamentale è che a mettere in campo risorse sono nuclei familiari che in fondo possono contare su un pregresso di accumulazione che in moltissimi casi richiama l'azione di generazioni precedenti, quando il risparmio era possibile, praticato e giudicato una virtù irrinunciabile.

Nel tempo la quota di risparmio nei redditi si è andata restringendo e il consumo ha finito per saturare per molte famiglie il reddito disponibile.

A ciò ha per certo contribuito anche l'inerzialità dei redditi che hanno ridotto la loro capacità di produrre risparmio. Va però richiamato il fatto che a lungo ha prevalso un approccio consumerista alla vita, che ha significato una corsa incontenibile verso livelli quantitativamente più alti di consumi in ogni campo.

Non c'è in questo un giudizio moralistico, ma non si può non prendere atto delle conseguenze di questa fenomenologia, laddove il welfare non pubblico è di fatto finanziato con risorse accumulate nel passato.

Lo scenario disegnato è piuttosto evidente dal punto di vista delle traiettorie future: una società che risparmia sempre meno non avrà quella disponibilità di patrimoni e redditi accumulati da mettere in campo per fronteggiare il rischio in modo molecolare quando si manifesta; così come nuclei familiari sempre più piccoli, fino alla famiglia unipersonale, non riusciranno a garantire quel *care* che oggi è fondamentale per rispondere alla non autosufficienza.

Il modello di welfare attuale, quindi, è caduco nel lungo periodo; d'altra parte la crisi moltiplicando quantità e tipologie di soggetti che hanno bisogno di prestazioni di welfare di vario tipo, non fa altro che accelerare la crisi strutturale del nostro welfare.

3. LE RISPOSTE ALLO SHORTAGE DI REDDITO

Scoperto di conto corrente bancario e ricorso a più alti aiuti da familiari e amici: sono queste le due principali strategie di integrazione del reddito, molto diverse tra loro anche sul piano delle conseguenze, che sono richiamate dai nuclei familiari del *panel*.

In particolare, l'aiuto monetario dalla rete familiare è aumentato in modo significativo per le famiglie con figli, da quelle con bimbi fino a tre anni a quelle numerose.

Integrare reddito in questa fase è importante perché, come si vedrà, ci sono alcune spese che hanno attaccato direttamente la sostenibilità dei redditi familiari in particolare delle famiglie con figli.

Il supporto monetario delle reti familiari è decisivo per i giovani che hanno lavori precari, non solo e non sempre perché si resta senza lavoro e quindi senza reddito, ma perché molto spesso il rinnovo di contratto ha coinciso con riduzioni di reddito che hanno obbligato a cercare aiuto monetario da parenti o amici.

Lo scoperto di conto corrente per integrare redditi insufficienti, invece, è più utilizzato dalla famiglia standard, dagli anziani e nel Sud Italia, e ciò indica la tendenza di alcuni gruppi sociali e in alcune aree a utilizzare il conto corrente bancario come una sorta di polmone (ovviamente pagato e spesso anche ad alto prezzo) per sanare il gap tra entrate e uscite che, in molti casi, è solo temporale.

Sempre sul piano della condizione socioeconomica in generale delle famiglie del panel, è interessante rilevare come sono state portate avanti strategie di contenimento delle spese che non potevano non toccare i consumi; e tuttavia emerge una gerarchia di consumi incomprimibili diversificata e che, in alcuni casi può anche stupire. Ad esempio, per le vacanze estive, è evidente la propensione delle famiglie standard e di quelle con figli a preservarle.

Infatti, le famiglie con figli hanno fatto ricorso a soluzioni alternative, come ad esempio quello di recarsi in casa di parenti, amici rispetto a quanto fatto negli anni precedenti; ci sono anche famiglie con figli che hanno dovuto rinunciare alle vacanze, ma il fenomeno è meno eclatante rispetto a quanto accaduto per le famiglie monogenitoriali e per quelle con un anziano non autosufficiente.

La piramide dei bisogni essenziali e voluttuari anche per le famiglie più vulnerabili non è, dunque, rigorosamente predefinita secondo canoni classici; le vacanze per chi ha figli sono considerate un bisogno essenziale da mettere nel ristretto stock di cose irrinunciabili.

Particolarmente critica la situazione delle monogenitoriali che hanno dovuto attivare strategie piuttosto incisive, tangibili di riduzione e contenimento delle spese, tanto da non potere realizzare vacanze come fatto negli anni precedenti.

4. LA SOSTENIBILITÀ MINACCIATA

In corso d'anno le famiglie monogenitoriali, quelle con almeno tre figli e quelle con giovani precari hanno dichiarato di avere avuto insorgenza di nuove spese e/o aumenti di spese già in essere che stanno facendo traballare la tenuta economica del budget familiare.

Sono queste le tipologie familiari che più esplicitamente oggi parlano di un rischio sostenibilità finanziaria del loro budget, inteso come capacità di finanziare con i redditi di cui si dispone le spese che si devono e/o vogliono affrontare.

Queste famiglie, in pratica, sono quelle che esplicitamente parlano di un loro ingresso in un nuovo stadio in cui la tenuta finanziaria familiare è minacciata da nuove o più alte spese.

Questa dimensione di tenuta o di minaccia alla sostenibilità è meno rilevante invece per le famiglie con presenza di un giovane precario o per quelle con un anziano non autosufficiente.

È molto interessante articolare le tipologie di spese che sono indicate dai nuclei familiari come minacciose rispetto alla propria sostenibilità:

- nelle famiglie con bambini, da quelle con figli fino a 3 anni a quelle numerose, alle monogenitoriali, a pesare di più sono le spese per bollette luce, gas, telefono e anche quelle per generi alimentari e di altro tipo;
- nelle famiglie con un anziano non autosufficiente è stato avvertito particolarmente l'aumentato peso delle spese di tipo sanitario, dai ticket alle prestazioni interamente a proprio carico;
- nelle famiglie standard con figli, oltre alle spese per bollette varie e per alimentari e non, sono richiamate anche le spese per polizze assicurative di vario tipo.

Complessivamente la gestione economica nell'ultimo anno risulta cambiata soprattutto per le famiglie diverse da quelle con anziano non autosufficiente; in particolare, in quelle con un giovane precario si registra una riduzione di reddito, legata presumibilmente alle dinamiche sfavorevoli del mercato del lavoro.

Per le famiglie numerose invece emerge soprattutto la difficoltà a sostenere le spese irrinunciabili (alimentazione, salute, trasporti, ecc.) con il reddito a disposizione, e questa difficoltà gestionale coinvolge di fatto anche alcune delle famiglie standard con figli.

L'inflazione delle spese afferenti alla casa è un aspiratore al centro dei conti correnti familiari che però conta meno per le famiglie longevi e non autosufficienti che, invece, sentono di più lo *shift* di costi nel privato indotto dalla *spending review* sanitaria.

5. IL WELFARE NELL'ULTIMO ANNO E LA SOSTENIBILITÀ DEI BILANCI FAMILIARI

L'indagine sul panel di nuclei familiari ha permesso di analizzare in modo approfondito anche l'impatto che l'evoluzione delle politiche e delle spese per il welfare ha avuto su redditi e comportamenti familiari; infatti, è stato verificato se, a partire dalle prestazioni che i membri delle famiglie coinvolte avevano dal welfare (ad esempio, dalla mensa per i figli all'assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti alle riduzioni sui trasporti, ecc.) nella loro concreta esperienza si sono verificati una serie di cambiamenti nell'ultimo anno.

In particolare, è stata analizzata l'evoluzione del grado di copertura rispetto ad alcuni bisogni, e quindi la misura in cui è cambiato il modello di fruizione della prestazione; se da gratuita è diventata a *copayment* o interamente a proprio carico, oppure se addirittura si è arrivati a dovervi rinunciare.

Si è così al cuore della tematica del rapporto tra ratrappimento del welfare e condizione delle famiglie più vulnerabili, o almeno di quelle che più hanno bisogno di prestazioni di protezione sociale.

Va rilevato che l'area che di fatto dichiara di avere subito un qualche cambiamento nel rapporto con le prestazioni è grossso modo pari alla metà delle famiglie coinvolte nel panel.

L'analisi qualitativa dei dati consente di evidenziare che sono state soprattutto le famiglie con figli a internalizzare i costi di alcune prestazioni che in precedenza erano gratuite o con solo *copayment*; in particolare, quelle con tre figli sottolineano che ci sono alcune prestazioni che ormai sono interamente a loro carico e altre alle quali di fatto devono rinunciare.

Anche nelle famiglie che hanno al loro interno una persona disabile viene sottolineato che ci sono prestazioni che ormai sono interamente a carico del portafoglio familiare e non è irrilevante il richiamo anche a prestazioni alle quali si deve rinunciare.

Quello che è accaduto nell'ultimo anno rispetto al rapporto con le prestazioni di welfare va inquadrato all'interno della più generale evoluzione dei bilanci familiari, letteralmente stretti d'assedio da una inflazione non più strisciante dei costi fissi legati alla gestione dell'abitazione.

Bollette e spese condominiali impattano pesantemente sui bilanci familiari e, ovviamente, risucchiano redditi, che in alcuni casi si sono anche ridotti; se a questo si aggiunge che il rattrappimento del welfare ha spostato proprio per le famiglie con figli una parte o tutto il costo delle prestazioni in capo ad esse, ecco che si delinea una situazione in cui la sostenibilità dei bilanci familiari forse non sarà direttamente minacciata dai nuovi costi del welfare, ma è chiaro che essi vanno a innestarsi in una situazione che è già di sovraesposizione dei bilanci familiari.

Da questo angolo micro si delinea prepotente un cambio di paradigma per il welfare che è assolutamente in contrasto non solo con la sua tradizione e missione, ma con le stesse indicazioni più recenti della Commissione europea relativamente alla natura anticiclica che le sue spese dovrebbero assumere.

Di solito, in presenza di crisi e *shortage* di reddito, per perdita di lavoro o perché l'inflazione rende più costosi alcuni beni, il welfare dovrebbe esercitare una funzione anticiclica, sostenendo i redditi in primo luogo delle famiglie più esposte e vulnerabili; il caso delle famiglie con figli mostra una dinamica inversa, perché di fronte all'erosione inflazionistica del reddito indotta dal rialzo del costo di alcuni servizi e beni che spiazza inevitabilmente altre destinazioni di utilizzo del reddito familiare, si verifica un rialzo anche della spesa per prestazioni di welfare perché tali prestazioni o non sono più disponibili gratuitamente oppure si è costretti addirittura a caricarsi l'intero costo.

C'è una sorta di accumulo delle spese aggiuntive al quale contribuisce anche il welfare con una pericolosa rincorsa che fa vacillare la sostenibilità dei redditi familiari.

L'analisi qualitativa fondata sull'osservazione delle famiglie nel panel non lascia margini di dubbi: le famiglie con figli, quelle monogenitoriali più ancora, e quelle numerose o con disabili, stanno transitando pericolosamente verso la frontiera del rischio insostenibilità e il welfare invece di rallentare, frenare, se non addirittura bloccare questa transizione, finisce per accelerarla, rinforzarla.

Da questo visuale micro si vedono bene gli effetti sociali della *spending review*, dei tagli orizzontali, di politiche che erodono il sostegno al reddito che viene dalle varie fonti di finanziamento del welfare, non ultimi i bilanci comunali tanto tartassati negli ultimi anni.

Aumentano le spese *non welfare* e in contemporanea aumentano le spese per welfare; forse gli aumenti di queste ultime non saranno eclatanti, però sono

sicuramente distribuiti in modo difforme a seconda del bisogno, e comunque resta il fatto che finiscono per *aggiungersi alle spese aggiuntive a fronte di redditi fermi o in diminuzione*.

In termini sociali il dato è la difficoltà crescente di garantirsi sostenibilità, in termini macroeconomici e di politica economica, con il cambio di paradigma del welfare che non svolge più alcuna funzione anticyclica, come sanno bene le famiglie chiamate a tappare buchi o a rinunciare a prestazioni di welfare.

E lo sguardo sul futuro è preoccupato, perché le famiglie coinvolte nel panel ritengono che nuove spese di welfare possano arrivare a minacciare ulteriormente la tenuta dei redditi familiari di quote significative di famiglie con figli, monogenitoriali e con disabili che già sono sotto pressione; e anche nella percezione del panel emerge che sono quelle citate le tipologie familiari fragili che più possono subire ulteriori impatti dal rattrappimento del welfare e dal rialzo dei costi della copertura sociale.

Va sottolineato che se l'evoluzione della sostenibilità indica una transizione accelerata verso l'area del *rischio insostenibilità* da parte delle famiglie indicate, le spese di welfare ampiamente inteso pesano molto o abbastanza già adesso anche sulle famiglie con un anziano non autosufficiente e sulla famiglia standard con figli.

In pratica l'analisi sincronica, puntuale, mostra come le famiglie ad alto bisogno di prestazioni di welfare, al di là della copertura universalistica del welfare pubblico, si ritrovano con spese che non sono irrilevanti per il budget familiare; l'analisi diacronica mostra che l'evoluzione delle spese di vario tipo, unita con le dinamiche specifiche del welfare in termini di prestazioni erogate e di partecipazione richiesta ai cittadini, sta minacciando di più la tenuta finanziaria di alcune delle famiglie coinvolte, in particolare quelle con bambini o con un disabile.

6. ANCORA SUL RAPPORTO TRA EVOLUZIONE DELLE SPESE DI WELFARE E SOSTENIBILITÀ DEI REDDITI FAMILIARI

L'indagine sul panel di famiglie consente comunque di tirare alcune somme, sia pure da un punto di vista qualitativo, relativamente all'impatto che sulle diverse condizioni delle famiglie ad alta domanda di prestazioni di welfare hanno avuto l'andamento delle spese per le prestazioni di welfare e, soprattutto, il grado di copertura delle stesse in termini di pagamento parziale o totale da parte delle famiglie.

In generale, sono le famiglie con almeno tre figli e quelle che hanno un disabile al loro interno ad avere vissuto una contrazione più robusta della copertura di welfare; e più delle altre sottolineano di avere verificato che la coperta del pubblico si è ratrappita per prestazioni e servizi che utilizzavano.

Ed è cresciuta in modo particolare l'area della compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni di welfare di cui beneficiano; a questo proposito, viene sottolineato l'impatto avuto ad esempio dalla riduzione di alcune esenzioni/agevolazioni sui trasporti a livello locale, nonché i ticket sanitari.

La visione dell'evoluzione del welfare dal punto di vista delle famiglie consente di recuperare quella globalità che invece si spezzetta dal punto di vista dei bilanci pubblici, delle fonti di finanziamento o degli enti erogatori.

E' infatti evidente che sui bilanci familiari si scaricano sia i ticket sanitari imposti da politiche centralizzate di orientamento delle scelte regionali in materia di spesa sanitaria, sia i tagli al trasporto pubblico e più ancora ai sussidi sociali alle spese per il trasporto pubblico.

L'erosione del welfare pubblico e delle spese a sostegno delle famiglie è molto più ampia di quello che appare osservando il fenomeno dal solo lato dell'offerta dei grandi comparti del welfare o delle istituzioni centrali; i tagli ai bilanci comunali generano spese aggiuntive per le famiglie che tendono a nascondersi nelle pieghe di letture macro o focalizzate sui soli conti pubblici centralizzati o sulle sole manovre esplicitamente orientate al taglio del welfare.

E' chiaro che i tagli alle spese per la salute hanno un impatto molto alto e sono sentite con particolare virulenza dalle famiglie con disabili e da quelle con un anziano non autosufficiente.

Si pensi, poi, agli impatti sulle famiglie con figli laddove alle spese più classiche per oculistica e odontoiatria si aggiungono le spese per altre prestazioni sanitarie sino a poco tempo fa interamente coperte dal pubblico.

A questo proposito, si capisce bene l'alta esposizione delle famiglie con figli all'evoluzione delle spese per prestazioni di welfare se si guarda nel micro al processo cumulativo di spese; infatti, è da sottolineare che attualmente sono oltre il 28% le famiglie con figli in cui almeno uno dei figli indossa un apparecchio odontoiatrico e oltre il 40% quelle in cui almeno un figlio indossa occhiali.

Si tratta di esigenze di salute, oltre che di qualità della vita, che sono irrinunciabili e che rendono le famiglie con figli particolarmente esposte sui mercati privati, molecolari, dove si finisce per spendere cifre particolarmente elevate.

Questo stress da spesa sanitaria impatta pesantemente sui bilanci familiari, ed è inevitabile che ulteriori spese vanno a pressare bilanci già saturati.

7. BREVE FOCUS SULLE FAMIGLIE CON ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

Le famiglie con anziani non autosufficienti notoriamente affrontano alti costi per il *care*, direttamente con il ricorso alle badanti e indirettamente con l'erogazione del *care* da parte dei familiari.

E' un welfare privato, integrato sul piano finanziario dal finanziamento pubblico tramite indennità di accompagnamento o pensione di invalidità, che costituisce forse il risultato più sorprendente e originale del welfare nostrano, vera e propria risposta fai da te alla marea montante della non autosufficienza, e all'inadeguata articolazione di compatti, servizi e prestazioni del welfare formalizzato.

L'analisi effettuata tramite il panel consente di focalizzare alcune dinamiche che più connotano le famiglie con non autosufficienti, in particolare quelle con *anziani* non autosufficienti al loro interno. Va detto che nell'attuale fase alcune scelte strategiche di queste famiglie in relazione al *care* per i propri membri non autosufficienti non sono minacciate sotto il profilo della sostenibilità.

In sintesi le opzioni strategiche sono:

- l'opzione domiciliare, la scelta prevalente delle persone non autosufficienti e dei rispettivi familiari di volere vivere *in casa propria*, magari con il ricorso alla badante. Ebbene non sono moltissime le famiglie che hanno dovuto rinunciare alla badante, magari sostituendola con il *care* erogato da una persona di famiglia;
- il ricorso ad un reddito combinatorio per finanziare l'assistenza di cui hanno bisogno, mettendo insieme pensioni, indennità di accompagnamento, pensioni di inabilità, invalidità, risorse familiari di vario tipo ecc.;
- la proprietà della casa in cui vivono come garanzia e fattore di rassicurazione. La proprietà immobiliare come primo pilastro del sistema di welfare per non autosufficienti.

La tenuta finanziaria del sistema di welfare privato legato all'erogazione di *care* tramite le badanti nella fase alta del ciclo, quindi prima che esplodessero in modo diffuso le conseguenze della crisi del 2008, era minacciata da una inflazione strisciante delle retribuzioni, resa ancora più stringente dalla regolarizzazione che di fatto aveva consentito al segmento

neoregolarizzato di spingere maggiormente sul pedale della retribuzione richiesta, almeno rispetto alle badanti straniere che non erano riuscite a regolarizzarsi.

L'equilibrio di domanda e offerta sembrava di fatto minacciato dall'eccesso di domanda rispetto alla disponibilità di badanti in grado di dare quella garanzia di capacità, affidabilità e anche qualità delle prestazioni che sono richieste dalle famiglie.

Allo stadio attuale le difficoltà economiche in senso ampio delle famiglie, le ristrettezze effettive, percepite o scelte in via precauzionale le hanno rese meno disponibili a concedere adeguamenti retributivi; è cambiato di fatto il clima socioeconomico gelando quella spinta all'inflazione strisciante delle retribuzioni delle badanti.

Peraltro ciò ha finito per alimentare anche flussi ulteriori di lavoratrici straniere irregolari, disponibili a lavorare per retribuzioni più basse di quelle ufficiali sul mercato e soprattutto senza tutele (dai contributi pensionistici alle assicurazioni contro gli infortuni).

Nei casi in cui le famiglie si sono ritrovate incapaci di finanziare il pagamento delle retribuzioni delle badanti, il carico assistenziale è stato internalizzato ed è finito in capo alle donne delle famiglie, in primo luogo mogli e figlie.

Si può dire che, se in generale la sostenibilità della soluzione assistenziale per i non autosufficienti che si è andata strutturando nel tempo nel nostro paese non è minacciata, tuttavia si assiste nella crisi e nelle difficoltà delle famiglie ad un assestamento complessivo del mercato verso una bassa qualità dell'assistenza.

Domina una *domiciliarietà povera* che però ha permesso al sistema di tenere, trovando un equilibrio praticabile nel nuovo contesto riguardo alla sostenibilità.

Per il futuro, ovviamente, non è improbabile che cresca la quota di famiglie marginali, cioè le famiglie che riescono oggi a garantire con estrema difficoltà la sostenibilità delle scelte di *care* e che di fronte a ulteriori aumenti di alcune voci di bilancio, magari di welfare come le spese sanitarie, uscirebbero dal mercato privato del *care*.

Guardando a queste famiglie marginali ed ai fattori che tendono a spingerle fuori dal mercato perché le spese sono insostenibili, emerge sul piano delle cose che si possono fare una richiesta piuttosto difensiva, quella della

deduzione fiscale per la spesa per badanti. Naturalmente ha il suo valore come richiesta e probabilmente nel breve periodo potrebbe aiutare nuclei familiari a tenere in casa una persona affidandola alla badante, alleviando quindi il peso del *care* per i familiari.

Tuttavia nel lungo periodo appare come una soluzione tampone, che di fatto alimenta un mercato che già prima della crisi rischiava di perdere l'equilibrio interno a seguito dell'inflazione retributiva e che si era adagiato comunque su due livelli, quello delle regolari con buone retribuzioni e tutele e quello delle irregolari con basse retribuzioni e senza tutele.

Peraltro, il *care* delle badanti, al di là dello straordinario impegno che connota l'azione delle donne coinvolte, della pesantezza di una professione che ha al suo centro la relazionalità con una persona sofferente e anche della straordinaria volontà comune di badanti e familiari di garantire il meglio per la persona non autosufficiente, non può che incorrere in molte fasi in forme di inappropriatezza, almeno per quelle componenti di *care* più professionali, che richiedono competenze, tecnicità, magari anche il ricorso a dispositivi di vario tipo, ausili, ecc.

In sostanza, la *soluzione chiavi in mano* rappresentata dal ricorso alla badante convivente ha finito per mettere in secondo piano l'esigenza di un'assistenza di qualità, che è fatta in primo luogo di relazionalità umana (e su questo aspetto la stragrande maggioranza delle badanti ha saputo rispondere con notevole capacità) ma anche di spazi adeguati, opportunamente dotati, allestiti, di pacchetti integrati di prestazioni capaci di operare nella logica della valorizzazione delle potenzialità residue, non solo quindi garantire assistenza passiva ad una persona ormai priva di autonomia.

Peraltro, in questa organizzazione di mercato la residenzialità non è mai entrata in partita ed è sempre rimasta come ultima spiaggia, assolutamente non competitiva rispetto alla soluzione della domiciliarità. I numeri degli ospiti delle varie residenze sono particolarmente bassi, sia per gli anziani che per i non autosufficienti.

Ad oggi, infatti, laddove si creino le condizioni per un ricovero in una delle strutture esistenti si finisce per trovarsi di fronte ad ipotesi non certo allettanti: o soluzioni di alta qualità associata ad altissimi costi difficili da fronteggiare anche per le soluzioni combinatorie di redditi, oppure ci si deve accontentare delle soluzioni modello "parcheggi per vecchi", secondo le logiche dei cronicari di una volta, riattualizzati nella forma ma inalterati nella sostanza.

La residenzialità è oggi la grande assente nel panorama del *care* per anziani non autosufficienti e non sorprende la propensione delle famiglie dei non autosufficienti ad un massiccio investimento in infrastrutturazione sociale, intesa come una rete integrata di strutture e servizi sul territorio.

D'altro canto, anche la domiciliarità oggi è una opzione povera centrata appunto sull'impegno di familiari e badanti, piuttosto che su strategie intenzionali di *care*, fondate su logiche e pratiche in grado di alleviare la condizione dei non autosufficienti, di uscire dalla pura assistenza passiva.

E' fondamentale l'amore dei familiari e l'impegno umano delle badanti, ma non basta se non è accompagnato da una più complessa strategia per un'assistenza di qualità che allentti anche la pressione del carico assistenziale oggi in capo alle famiglie coinvolte.

In questo senso è interessante il richiamo che viene fatto ad una serie di possibili cose da fare:

- investimenti per dotazioni tecnologiche domiciliari e di rete con il territorio;
- strumenti di accesso sostenibile alla residenzialità, laddove venga scelta dal longevo e dai rispettivi familiari.

Due linee di azione che convergendo ampliano lo spettro di opportunità per le persone non autosufficienti rendendo competitiva la residenzialità e innalzando anche la domiciliarità verso forme di assistenza moderne, di qualità, che puntano a migliorare nei fatti la condizione anche delle persone non autosufficienti.

Si tenga presente, poi, che esiste una domanda potenziale di residenzialità che non riesce ad esprimersi, o meglio non riesce a presentarsi sul mercato come domanda pagante in grado di trovare offerte adeguate.

A questo proposito, infatti, ci sono famiglie che non sono in grado di affrontare i costi privati di mantenimento di una persona in una residenza, e tuttavia potrebbero essere interessate a percorsi di accumulo di risorse sufficienti e/o di diluizione nel tempo dei pagamenti.

Non è improbabile che, su questo versante, il ricorso a prodotti assicurativi che prevedono accumulo di premi nel tempo, connesso alla possibilità di scegliere concretamente la *location* e i contenuti dell'assistenza in caso di insorgenza della condizione di non autosufficienza, potrebbero far emergere quote di domanda che oggi non riescono ad accedere al mercato della residenzialità.

8. LE PROSPETTIVE DELLA SOSTENIBILITÀ PER LE FAMIGLIE AD ALTA DOMANDA DI WELFARE

Le politiche di welfare applicate in questa fase e soprattutto la loro subordinazione alle esigenze di ripristino del vincolo di bilancio e di riduzione del debito devono misurarsi ormai con la citata tendenziale insostenibilità dei bilanci familiari.

Come rilevato, il fenomeno investe quote significative di famiglie che hanno intensa domanda di prestazioni di welfare, che vedono così non solo ridursi il supporto alla propria condizione socioeconomica, ma finiscono per vedere nel welfare una fonte di costi aggiuntivi, da integrare con risorse proprie o addirittura da evitare, con riduzione della copertura.

L'analisi dei risultati del panel mostra che è circa un terzo delle famiglie coinvolte nel panel a giudicare solida la sostenibilità intesa come capacità di coprire le spese mensili, incluse eventuali spese impreviste, con i redditi disponibili; in particolare, è interessante il dato relativo alle famiglie con un anziano non autosufficiente che ritiene solido questo equilibrio (che ovviamente può anche essere al ribasso), nel senso che dichiarano di avere trovato un equilibrio tra soldi che entrano e spese da affrontare.

Non è improbabile che questa solidità percepita delle famiglie con anziano non autosufficiente, il cui *caregiver* di solito è o una badante o, in moltissimi casi, un altro familiare (nella maggioranza dei casi la moglie anch'essa anziana), nasca anche da una sobrietà di vita che consente di ridurre all'essenziale la matrice delle spese facendo confluire risorse proprio nel finanziamento del *care*.

Anche nelle famiglie con disabili va sottolineato che, malgrado le preoccupazioni, esiste una sorta di tendenza alla concentrazione degli impegni finanziari verso le esigenze del familiare disabile, cosa che presumibilmente aiuta a pensare che l'equilibrio raggiunto, se non intervengono nuove spese aggiuntive magari legate al welfare, sia destinato a durare.

Ancora una volta a percepire un futuro fragile, di potenziale erosione della propria condizione, sono le famiglie con figli, che parlano di una *sostenibilità precaria*, poiché per coprire le spese correnti viene utilizzato tutto il reddito, cosa che le rende vulnerabili soprattutto a spese impreviste o *difficile* perché sono convinte che nel prossimo futuro saranno chiamate a

coprire ulteriori bisogni non più garantiti dal welfare pubblico e ciò apre la strada all'area del rischio di non farcela.

Per le famiglie con un giovane con età fino a 44 anni in condizione lavorativa instabile, è proprio la precarietà la chiave di lettura delle traiettorie future, anche per quanto riguarda la sostenibilità del reddito; infatti, anche tale sostenibilità è definita come precaria, poiché tutto il reddito è assorbito dalle spese ordinarie e niente rimane per quelle impreviste e non programmabili.

La sostenibilità ad alto rischio si registra in particolare nelle regioni meridionali ed è più trasversale rispetto alle condizioni socioeconomiche e di domanda di tutela delle famiglie coinvolte; infatti, nel meridione si registrano più famiglie che esplicitamente fanno riferimento al rischio che le fonti di entrate si restringano, con particolare riferimento al rischio perdita del posto di lavoro e relativo reddito.

9. ALTRI ASPETTI DEL RAPPORTO CON IL SISTEMA DI WELFARE

Se il panel è stato interrogato soprattutto sulle dimensioni che coinvolgono gli aspetti della sostenibilità finanziaria dei loro bilanci, tuttavia sono state prese in considerazione altre dimensioni che riguardano appunto il funzionamento del welfare ed eventuali cose che si potrebbero fare o di cui si ritiene di avere bisogno.

Un aspetto di solito poco trattato e che invece operativamente le famiglie ad alta domanda di prestazioni di welfare giudicano essenziale è quello della accessibilità alle strutture e ai servizi, dal punto di vista delle informazioni su esistenza, caratteristiche e del concreto accesso alle stesse, in termini di lunghezza delle liste di attesa, di ottenimento della erogazione della prestazione di cui si aveva bisogno.

La fase della individuazione della struttura/servizio alla quale rivolgersi per la problematica specifica che ci si trova ad affrontare è particolarmente complessa per le famiglie con un anziano non autosufficiente; di fronte a bisogni, esigenze di strutture, servizi, le famiglie con un anziano non autosufficiente sottolineano le difficoltà che hanno dovuto affrontare.

Colpisce comunque il richiamo da parte di una quota complessivamente importante di famiglie alla difficoltà di questa fase di individuazione dell'unità di offerta dalla quale avere la prestazione appropriata di cui si ha bisogno.

La fase di accesso è particolarmente difficoltosa per le famiglie che risiedono nelle regioni centrali, e non è improbabile che su questo dato pesi la lunghezza delle liste di attesa in alcune regioni come il Lazio. Ancora una volta, però, la dimensione dell'accessibilità coinvolge in modo particolare le famiglie con un anziano non autosufficiente che stentano ad avere in tempi accettabili l'erogazione della prestazione/servizio di cui hanno bisogno.

Riguardo invece alle cose di cui, secondo le famiglie coinvolte, ci sarebbe più bisogno pensando alla domanda di welfare che li connota, viene richiamata la necessità di avere più servizi e strutture sul territorio dalle quali ottenere aiuto.

E' questo un punto molto rilevante: il nostro welfare è molto più caratterizzato, soprattutto in alcuni ambiti, da erogazioni monetarie, supporti reddituali che poi sono utilizzati dal destinatario e dalla famiglia.

Invece le famiglie ad alta domanda di prestazioni indicano come sia importante potenziare le strutture e i servizi sul territorio, la matrice di *care* territoriale, di continuità assistenziale sanitaria, sociosanitaria, socioassistenziale e anche su altri segmenti di welfare.

Anche perché le erogazioni monetarie, se danno vita ad un ammontare complessivo significativo, ad esempio nel caso della indennità di accompagnamento, si traducono in cifre molto basse per singolo beneficiario.

In sostanza, le risorse del welfare pubblico sotto forma di erogazioni monetarie finiscono per rappresentare una integrazione, spesso ridotta, di risorse private utilizzate per acquistare servizi e prestazioni sui mercati.

A volere più servizi e strutture sul territorio sono le famiglie con anziani non autosufficienti, quelle con bambini fino a tre anni o con almeno tre figli, che evidentemente sentono il bisogno di una rete di supporto materiale, laddove le risorse monetarie pubbliche non sono in grado di fare acquistare sul mercato i servizi di cui si ha bisogno.

Inoltre, occorre non sottovalutare che per alcune tipologie di bisogni sociosanitari o anche formativi e di animazione per i bambini, i costi nel mercato privato sono particolarmente elevati e in molti territori non esiste una offerta adeguata.

Più strutture e servizi per anziani non autosufficienti e bambini, questa l'indicazione che emerge dalle famiglie del panel, peraltro in linea con le indicazioni della Ue a livello macro che mettono in evidenza la centralità sociale, oltre che economica, di una ampia spinta all'infrastrutturazione sociale.

E' un errore puntare tutto su erogazioni monetarie puntuali per specifici bisogni e/o target di persone fragili, perché non esiste una disponibilità di risorse capace di alimentare un mercato di dimensioni adeguate alla domanda potenziale.

Come rilevato, il paradosso di questa fase è che la sostenibilità del welfare pubblico o comunque dei bilanci pubblici che finanziato il welfare pubblico è ricostruita spostando costi sui bilanci familiari e, di fatto, mettendo a rischio o comunque facendo traballare la sostenibilità delle famiglie.

E' però evidente che non è possibile risolvere la questione solo dentro il circuito risorse pubbliche-risorse familiari, anche perché tali risorse sono una forma di finanziamento corrente all'erogazione di servizi e prestazioni;

e d'altro canto una parte delle risorse familiari messe in campo sono il portato di risparmi plurigenerazionali di cui attualmente i membri delle famiglie beneficiano, ma che sono destinati a ridursi.

Oggi si risparmia molto meno e si trasferiscono intertemporalmemente meno risorse rispetto al passato, e questo disinvestimento finirà per depauperare il sistema di welfare nella sua interezza. In altre parole, se oggi le risorse private riescono a integrare almeno in parte quelle pubbliche che diminuiscono, questo processo è destinato a entrare in evidente difficoltà laddove non c'è ricostituzione di patrimoni o nuovo accumulo di risparmi.

Allora ricominciare a investire intertemporalmemente diventa una priorità per le famiglie, perché solo così si riesce come comunità ad allentare il nodo scorsoio della sostenibilità globale del sistema; non sono irrilevanti le quote di famiglie, anche tra quelle ad alta domanda di welfare, che oggi hanno chiara la necessità di ridurre la spesa per consumi, o semplicemente di non rimettere il suo rialzo al centro delle politiche di risposta alla crisi, impiegando invece eventuali risorse per pagare prestazioni utili per il futuro dei membri della famiglia: dalla formazione per i figli alle strutture di eccellenza per la fase in cui si sarà longevi e non autosufficienti.

In altre parole, è interessante la disponibilità delle famiglie a utilizzare risorse per processi di accumulazione nel tempo orientati a specifici bisogni, che sia la formazione dei figli o l'opportunità di scegliere una struttura in cui trovare ospitalità in caso di non autosufficienza.

Le famiglie ad alta domanda potenziale di prestazioni di welfare sono propense ad una diversa cultura di utilizzo del reddito.

10. FRAGILITÀ DIVERSE: L'ARTICOLAZIONE DEGLI IMPATTI

La crisi ha colpito duramente le tipologie familiari ad alta domanda di welfare e lo ha fatto in modo differenziato.

Ci sono evidenti situazioni di *shortage* di reddito rispetto alle spese nelle famiglie con figli nei confronti delle quali appare urgente una qualche forma di integrazione monetaria.

Ai costi fissi relativi alle abitazioni si sono aggiunti costi di welfare locale dovuti ai tagli ai bilanci comunali, dalle mense scolastiche ai trasporti pubblici, generando criticità sulle quali occorre in qualche modo intervenire subito, restituendo franchigie sociali che allievino l'impatto cumulativo delle nuove spese sui redditi declinanti.

Famiglie con longevi non autosufficienti sono alle prese con criticità più strutturali che richiedono investimenti su presidi e servizi che rinviano a processi allocativi di medio-lungo periodo.

Ci sono poi le tipologie familiari legate ai giovani, dai precari ai *Neet*, un universo la cui condizione attuale rinvia all'inadeguato funzionamento del mercato del lavoro.

Il welfare non offre molto a questi giovani e alle loro famiglie, e d'altro canto non potrà mai colmare da solo il vuoto di un lavoro che non c'è. Però è urgente dotarsi di dispositivi più efficaci per promuovere autonomia di vita, dalla casa al lavoro. Troppo profonda è la disuguaglianza reddituale, di patrimonio e soprattutto di concrete opportunità di sviluppo per giovani colpevolizzati di non essere abbastanza capaci di tagliare il cordone ombelicale coi genitori. Il welfare può contribuire a creare condizioni di contesto migliori per la voglia di crescere dei giovani.

PARTE TERZA

I CASI DI STUDIO INTERNAZIONALI

1. SVEZIA E FRANCIA, DUE DIVERSE STORIE DI WELFARE

Il progetto di ricerca ha previsto la realizzazione di due *case studies* internazionali in Paesi appartenenti alla Unione Europea, che stanno affrontando in modo diverso il tema sostenibilità.

Come noto, il problema della tenuta finanziaria della protezione sociale è trasversale ai paesi, ed è andato emergendo come criticità comune al di là delle diversità di contesto socioeconomico, istituzionale e di organizzazione del welfare.

Nei *case studies* non si è proceduto all'analisi istituzionale o storico-sociale dei sistemi di welfare, ma sono stati affrontati aspetti specifici che afferiscono alla sostenibilità ed alle risposte operative per preservarla o ricostruirla. Ciò è ovviamente funzionale ad individuare potenziali proposte operative trasferibili.

I due casi di studio sono stati realizzati in:

- *Svezia*, perché paese ad antica e consolidata tradizione di welfare con ampio pilastro pubblico, che viene considerato come una *best practice* e che ha una storia recente di riconfigurazione del welfare molto interessante;
- *Francia*, paese connotato sicuramente dalla ricerca di nuove modalità per preservare una tradizione ormai antica di coesistenza tra un ampio welfare statuale ed una robusta presenza di soggetti mutualistici e assicurativi. È un esperimento rilevante di preservazione della tenuta finanziaria.

Operativamente sono stati realizzati un'analisi desk di dati e informazioni di diversa fonte, un'ampia metanalisi di ricerche, studi, indagini e di materiale documentario di fonte varia e anche *mission on the field* con incontri diretti con esperti e responsabili del welfare.

Dai *case studies* sono emerse indicazioni utili per il nostro welfare ma anche criticità particolari, per certi versi inattese, per due paesi che solitamente sono considerati come migliori del nostro, e che invece sono anch'essi alla ricerca di nuovi equilibri tra la tutela sociale, la competizione economica e le aspettative dei cittadini.

Sul piano della sostenibilità sono evidenti gli scricchiolii non solo in Francia ma anche in Svezia, paese che pure ha avuto una notevole lungimiranza nell'affrontare una serie di criticità finanziarie del welfare per tempo, attivando già all'inizio degli anni novanta processi di ridefinizione dell'accesso alle prestazioni e del costo di produzione delle stesse che hanno generato risultati importanti.

1.1. Una lettura trasversale dei casi di studio

E' di particolare utilità procedere ad una lettura trasversale dei due casi di studio che consenta sia di andare oltre le tante differenze socioeconomiche, socioculturali e istituzionali dei due paesi valorizzando il cuore delle analisi fatte sia, soprattutto, di fissare una serie di indicazioni significative e potenzialmente trasferibili al contesto italiano.

Un *primo aspetto* comune è relativo ai fattori di inflazione della spesa sociale per il welfare, tenuto conto che esiste in entrambi i paesi, in linea con un trend globale, una dinamica intensa di crescita della spesa sociale.

L'analisi dei due casi di studio impone di distinguere tra diversi fattori inflattivi che rinviano anche a terapie diverse.

Un primo gruppo di fattori è legato alla generosità dei sistemi di welfare che hanno ampliato la platea dei beneficiari delle prestazioni monetarie e in natura in misura tale da rendere il sistema progressivamente insostenibile sul piano finanziario. *Troppi beneficiari per troppe prestazioni* è il *leit motiv* di coloro che sottolineano la tendenza all'elefantiasi organizzativa e finanziaria dei sistemi di welfare nei due paesi.

L'eccesso di generosità dei criteri di eleggibilità alle prestazioni è stato anche all'origine di forme di frode, che gettano un'ombra di delegittimazione sull'intero welfare.

Sia in Svezia che in Francia nel tempo sono andate emergendo, spesso con una copertura mediatica scandalistica, forme di frodi di persone che beneficiavano di prestazioni a cui o non avevano diritto o semplicemente utilizzavano in modo inappropriate. Vale per tutti il caso dell'integrazione degli stipendi dei lavoratori svedesi in caso di malattia e infortunio che aveva condotto a tassi di

assenteismo estremamente elevati, gonfiati dalla facilità con cui era possibile starsene a casa dichiarandosi malati e preservando il proprio stipendio.

In questi casi la delegittimazione implicita nell'uso distorto della generosità dei sistemi è stata combattuta con rigore applicando restrizioni robuste dei criteri di accesso alle prestazioni. Non è un caso, ad esempio, che in Svezia il tasso di assenteismo è letteralmente crollato dal 2008, anno di avvio della nuova più rigorosa disciplina.

Analogamente in Francia si è avuta una più rigorosa definizione dei criteri di accesso alle prestazioni, mettendo al centro anche la lotta alle frodi in vari ambiti del welfare, con l'obiettivo esplicito di evitare sacche di pericolosa disuguaglianza legata a furbizie piuttosto che a reali diversità nelle condizioni socioeconomiche o epidemiologiche delle persone.

Solo a bisogni reali devono corrispondere prestazioni e inoltre la dinamica di copertura dei bisogni non può mai diventare variabile indipendente rispetto alla tenuta finanziaria del sistema nella sua interezza.

Un secondo fronte di fattori inflattivi delle spese sociali consiste nelle variabili sociodemografiche (a cominciare dalla longevità crescente della popolazione) e nelle dinamiche di costo delle prestazioni legate all'incorporazione di nuove tecnologie che hanno costi legati non solo all'utilizzo ma, ad esempio, nel caso dei farmaci, all'ammortamento dei massicci investimenti per ricerca e sviluppo.

Proprio alla luce dei fattori inflattivi per certi versi ineludibili, legati alla demografia e alla ricerca e innovazione, nei due paesi è considerato indispensabile procedere ad un robusto intervento sui fattori inflattivi che invece sono legati ad una generosità che non è più sostenibile e/o apre la strada a utilizzi inappropriati delle risorse pubbliche a tutto vantaggio di vere e proprie frodi.

Esiste poi un terzo gruppo di fattori inflattivi che invece sono legati alla dinamica della crisi e al fatto che gli ammortizzatori sociali crescono al crescere del disagio occupazionale.

Va detto che sia in Francia che in Svezia questa funzione anticyclica del welfare è particolarmente significativa e viene letta con un mix di favore e preoccupazione. Infatti, tramite gli ammortizzatori sociali viene attenuato l'impatto sociale della crisi sulle comunità e, tuttavia, il protrarsi della crisi

stessa finisce per ingigantire i livelli di spesa pubblica creando non poche preoccupazioni sul finanziamento e le ricadute sulla tassazione.

Anche in questo caso è un questione di misura, vale a dire che in entrambi i paesi la funzione anticyclica e di ammortizzazione sociale delle prestazioni ha giocato un ruolo molto positivo.

Tuttavia, esiste una radicata consapevolezza che se non riparte l'economia e la creazione di nuova occupazione sarà molto difficile preservare gli equilibri finanziari del welfare e nel lungo periodo l'effetto spiazzamento che tali prestazioni producono sulle risorse pubbliche rispetto ad altri utilizzi rischia di diventare un costo non sopportabile.

Esiste poi un secondo aspetto trasversale di lettura dei due casi di studio oltre quella relativa ai fattori inflattivi e riguarda il *contenimento dei costi di produzione delle prestazioni*, almeno per le componenti di costo per le quali è possibile.

Si è infatti già fatto riferimento all'impulso inflattivo della tecnologica medico-sanitaria la cui incorporazione nelle prestazioni inevitabilmente genera un rialzo della spesa; tuttavia, ci sono altri componenti dei costi di produzione delle prestazioni sulle quali è possibile procedere a drastici ridimensionamenti.

Si tratta degli aspetti legati all'organizzazione e gestione della produzione di prestazioni, sui quali in Svezia e anche in Francia sono state applicate misure di efficientizzazione.

La sanità svedese, in particolare, è stata sottoposta ad una cura gestionale con l'ingresso negli anni novanta di provider privati chiamati a introdurre criteri manageriali, quindi a innalzare la produttività delle risorse impiegate e dell'intero sistema di cura.

Di fronte quindi alla spinta inflattiva di fattori non controllabili diventa prioritario contenere quei fattori che invece possono essere controllati, dal grado di espansione dell'accesso alle prestazioni ai fattori gestionali e organizzativi.

La riflessione sui due casi di studio mostra che sia in Svezia che in Francia nel dibattito pubblico sul welfare esiste una profonda consapevolezza della necessità di legittimare l'utilizzo per prestazioni sociali delle risorse pubbliche derivanti da tassazione. In sostanza, si ritiene che debba essere evidente e

inattaccabile il fatto che le tasse servono a finanziare un sistema di protezione sociale efficiente ed equo, capace di produrre servizi di qualità in modo sostenibile.

In sostanza le strategie vincenti non sono quelle di taglio orizzontale delle risorse, ma quelle che chirurgicamente mirano a generare appropriatezza dell'accesso e del costo delle prestazioni sociali.

Una diversità radicale nel welfare dei due paesi riguarda invece il ruolo di finanziamenti non pubblici e anche il ruolo dell'assicurativo inteso in senso ampio, dalla mutualità alle società di assicurazione.

Infatti, anche nella fase attuale in Svezia esiste una centralità assoluta della tassazione come fonte di finanziamento della protezione sociale e alle assicurazioni sono attribuiti spazi molto ridotti, mentre in Francia il complementare gestito da fondi privati, dalle *mutuelle* alle assicurazioni, è una componente decisiva del meccanismo di finanziamento.

Sono dinamiche opposte, anche se va sottolineato che in Svezia si è registrata una esperienza molto positiva nell'ambito delle assicurazione sociali, con il successo registrato dalla società di gestione dell'assicurazione sociale votata all'integrazione dello stipendio dei lavoratori in caso di assenza per malattia o infortuni.

In questo caso, infatti, una disciplina rigorosa delle regole di accesso alle prestazioni, unita ad una gestione manageriale e virtuosa della società assicurativa creata ad hoc e delle forme di investimento realizzate, ha dato risultati particolarmente brillanti che spiegano la volontà di utilizzare il modello per altre prestazioni come i congedi parentali.

Si può dire che di fronte al problema di garantire un appropriato utilizzo di risorse nel sociale innalzando la redditività sociale delle risorse pubbliche utilizzate, i due paesi studiati hanno scelto strade diverse che finiscono per attribuire al soggetto non pubblico, incluso quello assicurativo, ruoli profondamente diversi.

Però, come rilevato, la sensazione generale è che anche in Svezia l'evoluzione del problema delle sostenibilità del welfare e le buone prove date dalla logica assicurativa nelle esperienze concrete, finirà per ampliare il ruolo dei soggetti non pubblici, anche nel finanziamento.

2. LA SVEZIA

2.1. L'origine del nuovo welfare svedese: la crisi degli anni novanta e le sue soluzioni

La scelta della Svezia come caso di studio è stata determinata dal fatto che è da sempre considerata come una *best practice* nella Unione Europea anche in relazione all'evoluzione del sistema di welfare.

La Svezia, infatti, è connotata da un welfare in cui risulta particolarmente equilibrato il rapporto tra la dimensione e le modalità di finanziamento dell'offerta di prestazioni e il flusso di servizi e benefici che il sistema concretamente garantisce ai cittadini.

Il welfare attuale è l'esito di una evoluzione profonda del più tradizionale welfare svedese fortemente statizzato; infatti, il sistema ha subito una profonda modificazione a partire dall'inizio degli anni novanta quando il Paese, in controtendenza rispetto al ciclo economico internazionale, entrò in una grave crisi economica, che impose una revisione radicale del modello sociale.

Quello che colpì la coscienza nazionale fu proprio che la crisi svedese era originale per intensità e modalità di manifestazione ed esplodeva in un momento in cui in fondo gli altri paesi erano in una fase alta del ciclo economico.

La particolarità della crisi, la sua dimensione esplicitamente endogena ebbe l'effetto di un elettroshock sull'autostima nazionale e attivò una riflessione attenta, con un meccanismo di autocoscienza collettiva in grado di creare i presupposti per quel consenso sociale al cambiamento che nel tempo si è rivelato assolutamente essenziale.

Infatti, nel dibattito pubblico, politico e mediatico, la Svezia ebbe all'ordine del giorno la necessità di ripensare addirittura il modo in cui veniva prodotta la ricchezza e tutelata la popolazione.

Dopo essere stati indicati per anni come l'esperienza più virtuosa di coesistenza tra alto reddito, alta tassazione e alta copertura sociale pubblica, il paese si ritrovava nelle condizioni di vedere convivere bassa crescita o addirittura

stagnazione e pericolosa incrinatura della sostenibilità finanziaria dell'ampia copertura sociale.

Di fatto, il mito del welfare svedese universalista, molto generoso, in grado di garantire sempre e comunque benefici crescenti a quote crescenti di popolazione entrò in una crisi strutturale, tanto che nella pubblicistica divenne luogo comune sottolineare che tale modello semplicemente non esisteva più.

In tale contesto, ricostruire equilibri finanziari sostenibili per il welfare svedese divenne una priorità e soprattutto lo divenne in una fase in cui il tema non era così stringente per il welfare di altri paesi.

Il dato più significativo era che la Svezia doveva misurarsi con un tema che era sembrato praticamente irrilevante: quello della sostenibilità finanziaria della protezione sociale, con la priorità di cercare un equilibrio tra il costo delle prestazioni e il finanziamento delle stesse.

Il paese visse una sorta di psicodramma collettivo, venne costituita una Commissione incaricata di studiare il sistema svedese e di elaborare un pacchetto di proposte in grado di rivitalizzare l'economia e la società.

La Commissione elaborò un pacchetto molto ampio di soluzioni che ebbero il merito di orientare il dibattito pubblico, offrendo riferimenti concreti sotto il profilo delle iniziative. E ciò valeva per l'economia, il sociale e anche per il sistema di welfare che, soprattutto sul piano politico, era diventato oggetto di attacchi duri, considerato che la sua generosità inopinata era collocata tra le cause primarie della crisi svedese.

2.2. La logica dei cambiamenti attuati

2.2.1. Nella previdenza

Relativamente al welfare, prioritari furono considerati gli interventi sul lato degli *entitlement*, cioè del diritto ad avere accesso a prestazioni e benefici.

Uno dei punti di attacco fu il sistema pensionistico che fu scorporato dal bilancio statale così da rendere evidente il rapporto tra contributi da un lato e prestazioni pensionistiche dall'altro; pertanto, all'iniziale riduzione del tasso di

sostituzione tra salari e pensioni fu affiancato un sistema automatico di ulteriori potenziali riduzioni di tale tasso, qualora la sostenibilità finanziaria del sistema risultasse minacciata.

La scelta fu quella di esplicitare il senso della sostenibilità dei segmenti più traballanti del welfare sotto il profilo della tenuta finanziaria; infatti, questa visibilità della evoluzione finanziaria del sistema pensionistico viene oggi considerata un valore importante perché in grado di legittimare socialmente eventuali interventi di ulteriore riduzione delle prestazioni.

D'altro canto, furono potenziate le forme di previdenza complementare tramite le quali almeno alcuni settori forti del mondo del lavoro erano chiamati ad integrare le proprie pensioni non più adeguate con la sola componente statuale pubblica.

Il sistema di tipo contributivo divenne più fortemente orientato a responsabilizzare individualmente i lavoratori chiamati a costruire il percorso previdenziale tramite opportuna contribuzione nel corso della propria vita.

Per certi versi nella previdenza il sistema è simile a quello del nostro paese, fatta salva l'automaticità molto marcata tra dinamica delle prestazioni future e dinamica della sostenibilità del sistema previdenziale.

Il dato rilevante è comunque la costruzione di una responsabilità collettiva condivisa nella pubblica opinione, a livello mediatico e politico; una sorta di consenso costruito su un percorso trasparente di modifica dei benefici, saldati strettamente alle dinamiche finanziarie del sistema.

2.2.2. Nel sistema sanitario

Se per la previdenza i processi di aggiustamento dei sentieri di sostenibilità di lungo periodo sono stati particolarmente brillanti, diversa è invece la situazione per quanto riguarda il sistema sanitario svedese, che va considerato come uno dei pilastri meno solidi del welfare.

Nella ridefinizione del welfare degli anni novanta, in sanità sono state attivate modificazioni che hanno avuto quale epicentro la gestione delle prestazioni sanitarie, con la concessione di spazi crescenti a *provider* privati; infatti, mentre sul piano delle modalità di finanziamento si è rimasti ancorati alla tassazione, sul piano della gestione, soprattutto nella sanità territoriale, si è avuto uno

spostamento significativo della gestione di servizi e presidi nelle mani di soggetti privati.

L'obiettivo prioritario evidente è stato quello di accrescere la produttività sociale delle risorse impiegate, cioè fare in modo che l'alta tassazione convivesse con una alta disponibilità di servizi di qualità.

La scelta per la sanità svedese, quindi, è stata di dare legittimazione sociale ad un'alta tassazione generata appunto dalla dinamica dei costi del welfare; è come se avesse prevalso l'idea di generare consenso sociale ad una elevata tassazione per il sistema sanitario a partire da un'elevata qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari messi a disposizione della popolazione.

Operativamente, occorre considerare che la gestione della sanità da un punto di vista istituzionale avviene a livello locale, ed è a tale livello che sono scelti i provider chiamati a gestire gli ospedali e gli altri servizi sanitari; in pratica, l'offerta sanitaria è parte integrante del Servizio sanitario pubblico svedese e tuttavia è localmente che avviene l'attribuzione della gestione di servizi e strutture a provider privati.

Ogni cittadino svedese ha quindi diritto ad avere accesso ai servizi della sanità quale che sia il gestore del servizio o della struttura; e ogni cittadino ha libertà di scegliere il provider al quale rivolgersi. Nel processo di ridefinizione delle modalità organizzative e gestionali è prevalsa la persistenza di un criterio di totale apertura e libertà di scelta nei vari segmenti del sistema sanitario.

Il cambiamento in sanità quindi è avvenuto a livello organizzativo e di gestione dei servizi, con l'ingresso di logiche e pratiche privatistiche in grado di accrescere l'efficienza delle singole strutture e dei singoli servizi, puntando così a rendere complessivamente più efficiente tutto il sistema. Una strategia di potenziamento del *value for money* rivolta ai cittadini che pagano alte tasse e che se hanno servizi di qualità finiscono per giudicare positivamente l'impiego dei propri soldi nella tutela della salute.

2.3. Il razionamento *intelligente* della domanda di prestazioni

Trasparenza delle scelte strategiche finalizzata alla costruzione di un consenso sociale e politico trasversale rispetto alle modalità di ripristino della sostenibilità del welfare; creazione di clausole di salvaguardia della sostenibilità trasparenti che responsabilizzano i cittadini; efficientizzazione della produzione di prestazioni e servizi, con un robusto ingresso di provider privati.

Queste le linee guida della modificazione del welfare svedese e della costruzione della sua sostenibilità di lungo periodo nel nuovo contesto.

In concreto, però, come sempre accade per beni e servizi ad accesso universale in cui non c'è il prezzo a discriminare ed eventualmente razionare la domanda, finiscono per svilupparsi meccanismi più o meno occulti di razionamento. E il welfare svedese, in particolare la sanità, non ha fatto eccezione.

Infatti, attualmente la Svezia condivide con il nostro paese un meccanismo di razionamento costituito dalla lunghezza delle liste di attesa che, non senza sorpresa, è stato riscontrato essere una criticità particolarmente sentita nel paese scandinavo.

Nella *mission on the field* infatti, molto più che da ricerche e studi desk o dall'analisi desk di dati e informazioni, è emerso che l'accesso ad alcuni servizi sanitari soprattutto per piccole patologie è condizionato da lunghe liste di attesa che finiscono per razionare la domanda dei cittadini.

Per le grandi acuzie invece la capacità di risposta del sistema è particolarmente veloce.

Questo è un punto cruciale: il sistema ha realizzato una sorta di prioritarizzazione di fatto della domanda, puntando a massimizzare la capacità di risposta rispetto alle grandi patologie, attivando invece un meccanismo più o meno occulto di razionamento e ridimensionamento della domanda di prestazioni legate a piccole patologie.

In sostanza, il meccanismo attraverso il quale è stata riorganizzata la domanda sanitaria è stato, da un lato, il razionamento cioè la spinta a rinunciare alle prestazioni non urgenti e indispensabili e, dall'altro, *mettendoli in fila* in

relazione all'urgenza e al momento della prenotazione; c'è una sorta di gestione tendenzialmente intelligente delle liste di attesa che se riconduce la domanda al livello dell'offerta disponibile e finanziabile, lo fa in modo non indiscriminato e orizzontale, ma facendo prevalere criteri di gravità e urgenza delle prestazioni.

Il razionamento nella sanità svedese è realtà concreta e tuttavia non assume quella dinamica perversa tipicamente italiana che finisce per moltiplicare le diseguaglianze, a causa di criteri discriminatori legati al territorio di residenza, al grado di connessione con operatori sanitari (le famose raccomandazioni) e ad altre variabili che sono in contrasto con una maggiore efficienza della sanità.

2.4. La tassazione non è un problema in presenza di una alta redditività sociale delle risorse pubbliche nel welfare

In questa fase non sono ancora molti gli esperti e osservatori che mettono in rilievo la fragilità finanziaria del sistema sanitario svedese; peraltro, rimane fortissimo il consenso sociale per il finanziamento pubblico tramite tassazione, mentre le fonti alternative di finanziamento, non ultimo quello assicurativo, sono considerate residuali e come alternative non praticabili.

Infatti nel welfare svedese il circuito assicurativo riguarda ancora quote ridotte di popolazione; nel concreto, ci sono cittadini che tramite la sottoscrizione di polizze riescono ad avere accesso accelerato ad alcuni servizi sul territorio soprattutto in presenza di patologie lievi o di media gravità.

Tuttavia, gli stessi sottoscrittori di polizze sanitarie in Svezia rilevano che in presenza di una patologia grave tutti tendono a ricorrere al sistema pubblico e quindi a passare tramite le modalità di accesso che gli sono tipiche.

In sostanza, i meccanismi di razionamento tramite liste di attesa sono comunque socialmente visti come efficienti e anche equi, o almeno in grado di garantire le risposte assistenziali in relazione alla gravità della patologie e all'esigenza di avere risposte terapeutiche tempestive.

Non c'è in questa fase una crisi di legittimazione sul piano del finanziamento del welfare e della sanità in particolare, anche se la tassazione è alta; sembra invece ulteriormente matura la riflessione sulla necessità di ampliare la presenza dei privati nella gestione delle strutture sanitarie.

Il dato può sorprendere, ma gli svedesi non sembrano preoccupati della dinamica crescente della tassazione finalizzata a finanziare la sanità pubblica, piuttosto ritengono che occorra accrescere ulteriormente la produttività sociale delle risorse investite in sanità e nel welfare.

Sul piano socioculturale, quindi, il sistema svedese continua caratterizzarsi per un fortissimo *commitment* universalistico, pubblico, a cui si affianca la convinzione operativa che finanziare la sanità tramite le tasse costituisce ancora il modo migliore *per tenere tutti i cittadini dentro al sistema*, purché quel che poi si ottiene in termini di servizi sia di alta qualità, efficace e soddisfacente dal punto di vista dei cittadini stessi.

2.5. Più spesa privata, ma in modo misurato...

Negli ultimi anni si registra un aumento del contributo diretto pagato dai cittadini per accedere ad una serie di servizi e prestazioni in sanità; viene però rilevato che nel complesso su base annuale la compartecipazione richiesta ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari non è particolarmente elevata e soprattutto non è tale da spingere i cittadini a cercare forme alternative di copertura e finanziamento.

Nelle interviste realizzate è stato evidenziato che la compartecipazione finanziaria richiesta ai cittadini per accedere alla sanità non ha una funzione tanto di raccolta di risorse aggiuntive, quanto di limitazione e moderazione del ricorso ai servizi sanitari.

Nel sistema svedese, quindi, opera una logica da ticket moderatore, perché le cifre richieste ai portafogli delle famiglie non sono altissime, e possono servire a responsabilizzare rispetto all'uso e al costo della sanità.

Il ticket e la compartecipazione hanno giocato un ruolo positivo in Svezia perché laddove il meccanismo è stato interrotto, la corsa al rialzo della domanda di servizi sanitari ha subito una notevole accelerazione.

2.6. I cardini della modernizzazione della sanità svedese

Si può dire che la sanità svedese, il comparto più fragile del welfare, si muove lungo alcune linee evidenti:

- la centralità della tassazione pubblica, anche se elevata, come fonte di finanziamento;
- il ricorso alle liste d'attesa per ricondurre il livello della domanda a quello dell'offerta disponibile, soprattutto per le piccole patologie;
- la garanzia della tutela tempestiva ed efficace per le grandi patologie a più alta gravità;
- l'introduzione di ticket moderatori dei consumi sanitari che contribuisce a ridurre all'origine la trasformazione di bisogni sanitari in domanda sanitaria;
- il ricorso consistente ai privati come gestori dei servizi sanitari a livello locale e come veicolo di efficienza;
- il ruolo residuale, a circuito ridotto, per l'assicurativo che conta un po' nell'ospedaliero e meno nella sanità territoriale.

Il cuore della strategia per una sostenibilità finanziaria e sociale della sanità svedese consiste nell'incremento della produttività delle risorse pubbliche impiegate, che vuol dire anche una maggiore efficienza nella produzione dei servizi sanitari.

La sostenibilità tramite il finanziamento pubblico può tenere sul piano del consenso sociale se ai cittadini sono garantiti i servizi di cui hanno bisogno con tempestività e con un buon livello qualitativo medio.

2.7. Altri settori di welfare

2.7.1. La copertura sociale contro le malattie e gli infortuni sul lavoro: un esempio di sostenibilità ripristinata

Un altro settore della protezione sociale in cui si è proceduto ad una drastica ridefinizione è quello della tutela dalle malattie per gli occupati, vale a dire le modalità di copertura del reddito dei lavoratori in caso di assenze per malattie e infortuni.

In questo caso la ristrutturazione - nel senso di una maggiore rigorosità della disciplina di accesso alle prestazioni nonché delle modalità di erogazione e finanziamento delle stesse - è recente e data dal 2008; è a partire da quell'anno che, di fronte a evidenti rischi di insostenibilità finanziaria del sistema di tutela, è stata attivata una drastica riduzione della possibilità di avere copertura con la modifica dei criteri per poter ottenere il riconoscimento delle giornate di malattia

Si tenga presente che i dati relativi all'assenteismo erano arrivati a livelli poco compatibili non solo con la tenuta finanziaria del dispositivo, ma con una qualsiasi dinamica reale del rapporto tra ore di lavoro erogate e ore di assenza per malattia o infortuni.

Grazie ai correttivi restrittivi introdotti dal 2008 si è avuto un crollo verticale delle assenze. Anche in questo ambito, quindi, la logica di modificazione è stata ancora una volta quella della riduzione della generosità del sistema con criteri più restrittivi, così da chiudere le porte a vere proprie forme di frodi che si erano radicate con costi estremamente elevati, al punto da far vacillare l'intero edificio del welfare svedese.

In concreto, tramite accordi nazionali collettivi è stato stabilito che in caso di malattia e infortunio sul lavoro la quota risarcita dallo Stato è fissa e pari ad un massimo dell'80%; l'integrazione oltre il tetto fissato avviene tramite l'intervento di un operatore assicurativo che viene chiamato a raccogliere e investire i premi generati dall'obbligatorietà assicurativa.

Infatti, la normativa prevede che tutti i lavoratori svedesi sono obbligati ad assicurarsi in caso di malattia o inabilità; qualora il reddito percepito sia superiore ad un certa quota per avere una integrazione per la quota superiore al 70% della retribuzione si deve far ricorso a copertura assicurativa e quindi al pagamento di un premio. E' stata creata una impresa assicuratrice ad hoc il cui *board* è composto da membri di sindacati e Confindustria svedesi. Essa è chiamata ad operare come un'impresa assicuratrice privata, raccoglie i premi dei lavoratori e li utilizza per investimenti sui mercati finanziari, sia pure nel rispetto di regole cautelative.

Sono interessanti le caratteristiche della società che gestisce i fondi accantonati con questo sistema di assicurazione obbligatoria; infatti, la società *Afa*, creata per tramite di un grande accordo nazionale collettivo tra sindacati e rappresentanti degli imprenditori, viene gestita con logiche da management privato ed è un soggetto assicurativo a tutto tondo. Il suo compito è raccogliere i premi e far fruttare le risorse sui mercati finanziari con investimenti oculati e redditizi, al punto da dovere arrivare a coprire con il rendimento annuale degli investimenti sino al 50% dei flussi di prestazioni annuali erogate.

Ad oggi il crollo dell'assenteismo, associato all'obbligatorietà dell'assicurazione sociale con relativo pagamento del premio da parte dei lavoratori, ha generato un rilevante avanzo il cui investimento ha determinato ottimi rendimenti.

La solidità futura attesa di questo segmento di welfare che garantisce copertura per le assenza da malattie e infortuni sul lavoro dipende dalla sua progressiva espansione all'insieme della comunità dei lavoratori e soprattutto al fatto che le dinamiche dell'assenteismo mantengano i profili attuali che sono particolarmente bassi.

Come rilevato, sinora questa dinamica ha permesso addirittura di produrre, tramite il flusso annuale dei premi unito alla redditività degli investimenti sui mercati finanziari, un vero e proprio *tesoretto annuale* la cui gestione garantisce tranquillità sulla sostenibilità finanziaria.

Il meccanismo è considerato virtuoso al punto da volerlo replicare per i congedi parentali, che però alla luce delle esperienze maturate in altri contesti nazionali, ad esempio in Giappone, pone interrogativi non tranquillizzanti dal punto di vista della sostenibilità finanziaria.

2.7.2. La *Long term care*: la residenzialità costa troppo

Anche la Svezia è alle prese con il fenomeno sociodemografico dell'invecchiamento e gli associati percorsi di crescita della non autosufficienza, con la necessità di elaborare risposte sostenibili alla domanda di assistenza.

A questo proposito, va sottolineato che storicamente la Svezia ha avuto uno sviluppo consistente del sistema della residenzialità, perché le persone longeve di fronte ai problemi legati alla fragilità psicofisica, alla solitudine ed alle tante difficoltà quotidiane del vivere da soli a fronte del trascorrere degli anni e del venir meno della propria autonomia, tendevano a ricoverarsi presso case ad hoc, presidi e strutture residenziali specificamente dedicate.

L'opzione residenziale è stata progressivamente considerata come troppo costosa, fondata su livelli di finanziamento insostenibili nel lungo periodo.

Per questo, governo centrale e locale hanno messo in campo strategie di attivazione e potenziamento delle forme di assistenza domiciliare integrata con lo scopo di incentivare le persone longeve a rimanere in casa propria.

La Svezia quindi ha come l'Italia il problema della longevità crescente e della domanda di assistenza per i non autosufficienti e, tuttavia, ha una forma concreta di manifestazione del problema esattamente opposta, poiché in questo caso si registra un eccesso di residenzialità di contro all'eccesso di domiciliarità che esiste in Italia.

In sostanza, la Svezia ha avviato una sorta di esperimento sociale di grande portata che si svolge a livello locale e che, utilizzando la base finanziaria della tassazione generale, vuole creare una rete fitta di servizi domiciliari in grado di trattenere i longevi presso le proprie abitazioni, senza più chiedere di andare come ospiti presso residenze.

Allo stato attuale, dal caso di studio sono emerse rilevanti criticità, con in primo luogo il fattore socioculturale costituito dalle resistenza sociale dei longevi a rimanere in casa oltre una certa età, in particolare quando vivono da soli e hanno una autonomia ridotta.

Il fenomeno risulta strano visto dal contesto italiano, tanto che colpisce l'ampio spazio che hanno sui media i casi di persone longeve, spesso grandi anziani, costretti a rimanere in casa propria anche dopo la morte del coniuge.

La situazione delle *Long term care* è paradossale: la residenzialità per tutti costa troppo e la domiciliarità per tutti non piace agli svedesi.

Colpisce che la domiciliarità per gli svedesi sia una soluzione poco accettabile; e colpisce che essa venga vista come una risposta ai problemi di sostenibilità della *Long term care*, che costituisce l'esatto contrario di quanto si pensa in Italia, dove si misurano i costi dell'eccesso di domiciliarità e della carenza di una residenzialità di buon livello.

In realtà, si può dire che anche la Svezia, che pure è una buona prassi in molti ambiti del welfare, non è riuscita per la *Long term care* a trovare ad oggi soluzioni affidabili, anche da un punto di vista finanziario nel lungo periodo.

2.8. Fattori socioculturali di debolezza finanziaria del welfare svedese

Il welfare non è solo espressione di processi istituzionali, organizzativi e gestionali ma rinvia ad una pluralità di aspetti di tipo socioeconomico e socioculturale, che nel caso svedese fanno emergere una serie di problematiche in più rispetto al nostro Paese.

Infatti, storicamente gli svedesi hanno vissuto secondo una *logica da cicala*, visto che secondo gli esperti intervistati sono quasi il 30% le famiglie con una *ricchezza netta negativa* o, più precisamente, che vivono al di sopra dei propri mezzi senza alcuna propensione al risparmio, cioè senza mettere da parte soldi per fronteggiare un qualche tipo di rischio.

In un certo senso lo stile di vita svedese è stato a lungo tarato sul grado di copertura molto elevato garantito dal welfare statuale, pubblico: infatti, è stato messo in rilievo negli incontri effettuati con gli esperti locali che le famiglie svedesi a più alto reddito hanno a lungo avuto la propensione ad indebitarsi in misura massiccia per acquistare abitazioni di particolare valore, incentivate anche dalla dinamica crescente del mercato immobiliare.

Inoltre nella psicologia collettiva ha vinto quel senso di tranquillità dato da una ampia copertura delle spalle garantita da un welfare a forte impronta universalista e statuale.

Gli esperti hanno sottolineato questa sorta di deresponsabilizzazione individuale degli svedesi che nasce da un welfare pubblico ampio; le restrizioni negli *entitlement*, la spinta alla responsabilizzazione finanziaria, la trasparenza sul rapporto tra costi di welfare e grado di copertura sociale non sono riuscite a scalfire la logica classica dello stile di vita svedese: utilizzare tutto il reddito per consumi e investimenti privati, puntare tutto sulla copertura pubblica di fronte all'insorgere di grandi rischi su salute, vecchiaia o non autosufficienza.

Di fatto, la società svedese manca di forme diffuse di responsabilizzazione individuale rispetto all'evoluzione dei grandi rischi e si tende a scaricare sulla collettività il costo del rischio legato all'insorgere di una patologia o di un qualsiasi altro problema di tipo sociale.

Non a caso, la Svezia soffre di una ridottissima propensione al risparmio e del fatto che la maggioranza dei cittadini non concepisce una distribuzione del proprio reddito finalizzata a investimenti intertemporali, secondo logiche di assicurazione sociale.

L'abitudine al welfare *dalla culla alla tomba* è tutt'altro che superata e, se oggi ancora esiste una sostenibilità del sistema, tuttavia viene messo in rilievo come occorra un cambiamento radicale del modo di vivere, dalla gestione del reddito alla produzione di risparmio, alla responsabilità sulla propria vita.

2.9. Il meccanismo delle nuova sostenibilità e le sue contraddizioni

In sintesi si può dire che in questa fase il welfare svedese non sembra soffrire di difficoltà stringenti nella sostenibilità; finanziato con la tassazione pubblica mostra un sentiero di relativo equilibrio che convive con buoni risultati, come dimostra la qualità dei servizi offerti e la dichiarata soddisfazione dei cittadini.

Certo, ad un'analisi più approfondita qualche scricchiolio tende ad emergere soprattutto dal lato del sistema sanitario in cui negli ultimi anni si è registrato un incremento della quota di compartecipazione finanziaria richiesta ai cittadini.

Rimane comunque come connotato caratterizzante il welfare svedese la predominanza del pilastro pubblico, che continua ad essere il fattore qualificante. In tale contesto, la presenza delle imprese assicuratrici è molto ridotta, gestiscono quote residuali di risorse, e questo è un aspetto di similitudine con il caso italiano.

Il dato sicuramente molto positivo consiste nel rapporto che i cittadini svedesi hanno con il loro sistema di protezione sociale; infatti, il welfare beneficia a tutt'oggi di un giudizio complessivamente positivo da parte dei cittadini e in particolare non emergono segnali di rigetto o irritazione rilevante per una tassazione elevata a cui si è andata aggiungendo nel tempo una richiesta di compartecipazione finanziaria diretta dai budget familiari.

L'appropriatezza delle prestazioni erogate e dell'accesso ai benefici ha rappresentato il pilastro della ricostruzione della legittimità sociale del welfare dopo la fase in cui l'eccesso di generosità ne aveva minato la sostenibilità finanziaria e anche sociale.

Il giro di vite dalla previdenza alla sanità sino alla copertura contro le assenze per malattie e infortuni sul lavoro non è stato percepito come un taglio allo stato sociale, piuttosto come il modo per costruire un sistema equo, in grado di far sentire a tutti i cittadini che le tasse sono utilizzate in modo proficuo.

Maggiore rigore nelle pratiche di accesso ai servizi e alle prestazioni unito ad una più alta efficienza organizzativa con relativa riduzione dei costi di produzione delle prestazioni hanno prodotto un consenso sociale trasversale che ha ridato al welfare svedese una base sociale di consenso estremamente ampia.

L'insegnamento chiave per il contesto italiano risiede proprio nella logica della ridefinizione del welfare per la ricostruzione della sostenibilità finanziaria e sociale: la *fairness* nel welfare non nasce dalla generosità immotivata delle prestazioni erogate, ma dall'utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse per dare copertura ai bisogni di coloro che realmente ne hanno diritto e bisogno.

Questo rigore motivato unito ad una maggiore produttività sociale delle risorse pubbliche utilizzate nel welfare, con relativa riduzione dei costi di produzione delle prestazioni, consentono di far andare di pari passo la sostenibilità finanziaria con quella sociale.

Se questo è il trend prevalente non vanno però sottovalutate le criticità che vanno emergendo, alcune anche relative alla cultura sociale del welfare.

Infatti, viene messo in evidenza come siano di fatto esclusi del sistema una parte degli stranieri non regolari e una parte di disoccupati di lungo corso incapaci di generare il reddito necessario per poi produrre le prestazioni e i benefici.

Una specie di meccanismo discriminatorio di piccole minoranze particolarmente fragili, che finiscono per non riuscire a dare il loro contributo dal lato degli input e pertanto si trovano irrimediabilmente tagliati fuori dall'output.

E' un aspetto poco dibattuto e che tuttavia non è indifferente rispetto alla cultura classica del modello svedese storicamente noto per essere universalistico e che però da tempo si è incamminato verso un modello meno inclusivo, dove a contare su tutto è l'accordo tra le parti sociali, dai sindacati al padronato.

Certo il modello sociale svedese include circa il 90% dei lavoratori, ma è evidente che esiste una quota di popolazione, per ora marginale ma presumibilmente destinata a crescere, che è tagliata fuori dal mercato del lavoro e rischia di non avere accesso ai benefici del welfare locale.

Peraltro, il dato più preoccupante per il futuro riguarda il fatto che il recupero di sostenibilità finanziaria del modello svedese è stato molto più efficace nei comparti in cui si è proceduto a escludere quote di popolazione dal sistema di welfare, mentre dove il processo è stato meno netto, ad esempio in sanità, i problemi di sostenibilità potrebbero nel lungo periodo farsi più pressanti.

E' evidente che nel lungo periodo sembra condensarsi una logica che modifica in profondità l'essere del welfare svedese: i beneficiari delle prestazioni di welfare coincidono progressivamente con le persone dentro il mercato del lavoro, perché chi lavora riesce a contribuire al sistema e quindi può pagarsi le prestazioni e i benefici di cui ha necessità laddove insorgano grandi rischi.

All'orizzonte quindi spunta anche per la Svezia il rischio di erosione del mito di un modello universalistico capace di generare anche sostenibilità finanziaria nel lungo periodo.

2.10. L'universalismo più a rischio in sanità

In sanità, come si è visto, la sostenibilità tramite tassazione non è stata sinora messa in discussione, anche se di fatto molti cittadini sono stati chiamati a contribuire ulteriormente tramite ticket e compartecipazioni varie al momento dell'accesso alle prestazioni; per ora, poi, le modifiche sono avvenute soprattutto a livello gestionale e di responsabilità istituzionale con uno sviluppo della dimensione sussidiaria e, inoltre, sono entrati nella gestione operatori privati.

Le scelte fatte mostrano di avere dato risultati significativi e tuttavia il problema della sostenibilità finanziaria per la sanità svedese è tutt'altro che risolto. L'interesse per il caso svedese rinvia alla persistente volontà di evitare una *via assicurativa* alla ridefinizione del welfare, anche se nel comparto della copertura per malattia e infortuni si registra una sorta di best practice di nuova sostenibilità tramite una assicurazione.

Lo spartiacque risiede presumibilmente nella dinamica di crescita della compartecipazione aggiuntiva delle famiglie, che oggi è su livelli accettabili che non provocano irritazione. Non è però improbabile che se questo sentiero di crescita prosegue la capacità delle famiglie di starci dietro potrebbe incontrare ben presto un tetto superiore, anche vista l'elevata tassazione esistente.

Rispetto al caso italiano, il fattore positivo risiede nella quantità e qualità di offerta di servizi a livello locale che è sicuramente maggiore rispetto al nostro paese.

Da questo punto di vista si è dinanzi ad un atout del welfare svedese capace di offrire servizi e prestazioni di qualità in misura sconosciuta in Italia; e questo aspetto è in grado di generare consenso sociale per una elevata tassazione e quindi anche per l'esposizione finanziaria privata delle famiglie nella sanità.

Quando il rischio malattia, vecchiaia, infortuni insorge, il welfare svedese mostra ancora di essere capace di stare vicino ai suoi cittadini con uno *stock* di servizi, benefici e prestazioni tale da rispondere alle loro aspettative.

2.11. Il futuro delle assicurazioni

Riguardo alle prospettive future dell'assicurazione privata nei sistemi di welfare il caso svedese non dice moltissimo. Tuttavia, da esso emerge che non si può pensare di avere sostenibilità finanziaria se non si riportano segmenti rilevanti del welfare dentro un equilibrio tra contributi e benefici.

Non è un caso che si guarda con grande attenzione all'esperienza di *Afa* che si occupa dell'integrazione del reddito dei lavoratori in caso di assenze per malattia o infortuni; infatti, essa non è una società privata e tuttavia opera come una impresa di assicurazioni propriamente detta, gestendo con grande efficacia finanziaria il patrimonio che nasce dai premi erogati dai lavoratori.

Non è una forzatura immaginare che un domani quest'esperienza molto specifica del welfare possa rappresentare un riferimento per altri settori laddove si abbia come obiettivo quello di ridurre la componente della tassazione generale in carico allo Stato e di trasferire sui lavoratori una parte del costo con meccanismi assicurativi di ridistribuzione su ampie comunità.

In fondo, *Afa* costituisce un caso molto semplice il cui segreto svelato consiste nel meccanismo di costruzione di una grande comunità in cui praticare la ridistribuzione del rischio e dei costi; in tale meccanismo l'obbligatorietà è un punto ineludibile per dare copertura costruendo assicurazione in modo sostenibile ed efficiente. L'esperienza mostra di avere fatto propria una verità appunto semplice ma ineludibile: la sostenibilità assicurativa si fonda sul corretto rapporto tra i flussi dei premi e le prestazioni che nel tempo devono essere garantite agli assicurati.

Ogni dispositivo sociale che esca da questo confine finisce per essere altro da un meccanismo assicurativo e soprattutto di dovere fondare la propria sostenibilità su forme di solidarietà sociale propriamente detta.

In estrema sintesi si può dire che alcune indicazioni relativamente all'operare di soggetti assicurativi nel sistema sono emerse dal caso di studio svedese:

- il modello svedese per conservare il suo carattere universalistico restringe le maglie ed è questo un primo significativo paradosso dell'universalismo fondato sulla tassazione pubblica;
- la logica prettamente assicurativa è residuale, o meglio è relativa all'integrazione della quota di reddito eccedente il minimo garantito dallo Stato. L'assicurativo obbligatorio esteso a tutta la comunità di lavoratori funziona in modo efficace ed efficiente;
- non si intravede in questo momento in Svezia una spinta a generalizzare il meccanismo assicurativo sia pure nella forma della obbligatorietà per tutti i lavoratori. Piuttosto sembra essere molto forte il consenso sociale verso una regolamentazione rigida delle modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni.

3. LA FRANCIA

3.1. Il contesto socioeconomico e il welfare

L'analisi della sostenibilità della protezione sociale francese richiede la riconoscizione di una serie di aspetti di contesto utili ad introdurre la tematica.

Il sistema di welfare francese è tradizionalmente di buon livello, come dimostra la quota di cittadini convinti che esso è in grado di garantire elevati livelli di tutela. Non a caso la Francia si colloca tra i paesi europei come Belgio, Finlandia, Danimarca e Svezia in cui i cittadini sono in maggioranza soddisfatti della copertura sociale.

A questo proposito va detto che la spesa per protezione sociale rispetto al periodo pre-crisi in Francia ha registrato un incremento reale di quasi il 6%, dato che indica l'intensità con cui la spesa sociale e i benefici che alimenta hanno ammortizzato l'impatto sul mercato del lavoro della crisi.

Va detto che il Paese è connotato da un mercato del lavoro in evidente affanno, a cui si aggiunge un disagio socioeconomico di tipo più tradizionale che tende a concentrarsi in alcune aree dei grandi centri abitati (le cosiddette *banlieue*) e più di recente anche nelle aree dell'interno e della campagna.

Sono le cosiddette *fratture francesi*, vale a dire la scoperta di una povertà nuova, non solo l'*etnодисагіо* tipico delle *banlieue*, ma quello di tanti anziani e adulti a bassa qualificazione marginalizzati nel mercato del lavoro.

Altro punto di debolezza del welfare rispetto alla dinamica dei bisogni sociali emergenti riguarda i giovani intrappolati in sentieri di precarietà, di continua marginalità nel mercato del lavoro e conseguente difficoltà di produrre reddito su cui costruire autonomia e percorso di vita.

Il sociale in Francia è connotato da un altro problema che preme sul sistema di welfare: il disagio abitativo che soprattutto a Parigi genera una domanda di supporto estremamente elevata che stenta a trovare risposta dentro il sistema di welfare.

Sono poi da considerare le differenze che ci sono tra i sistemi di welfare italiano e quello francese; comparando le voci di spesa sociale in termini di quote emerge che:

- la quota della spesa sociale per pensioni è nettamente inferiore nel caso francese, fino a quindici punti percentuali in meno (60% in Italia, 45% in Francia);
- la spesa per disoccupazione è in Francia pari ad oltre il 6% del totale della spesa sociale di contro a meno del 3% in Italia;
- la spesa per il disagio abitativo in Francia è del 2,7%, in Italia è invece pari allo 0,1%;
- la spesa per sanità è in Italia inferiore al 26% e in Francia non lontano dal 30%.

La diversa articolazione delle spese pubbliche sociali disegna sistemi differenti di welfare, che garantiscono coperture diversificate alla composizione di bisogni di società che hanno anche molti tratti simili.

Il caso di studio francese è di estremo interesse per le modalità in cui vanno emergendo i problemi di sostenibilità e per alcune soluzioni che nel tempo sono state adottate. Una esperienza che non può essere considerata *sic et semplicitur* superiore a quella italiana che però, come nel caso svedese, offre elementi di riflessione operativa molto utili.

3.2. La sostenibilità percepita nella crisi

Nel welfare francese, come in altri ambiti, si registra una robusta presenza statuale che beneficia di una tradizione di centralizzazione che distingue nettamente l'esperienza d'oltralpe rispetto a quella italiana.

Storicamente il welfare francese ha avuto una connotazione fortemente lavorista con una copertura sociale legata alla capacità di contribuzione a sua volta resa possibile dall'internità al mercato del lavoro.

L'analisi storica della sanità mostra in modo paradigmatico una progressiva espansione della copertura, poiché alla iniziale protezione categoriale ha fatto

seguito nel secondo dopoguerra la normativa sull'assicurazione sociale obbligatoria con le casse malattia sino al più recente affermarsi di un regime generale con forme complementari e integrative.

Una delle connotazioni più tipiche di questa fase risiede nella capacità del welfare francese di integrare la logica lavorista, di copertura legata alla internità al mondo del lavoro, con forme universaliste estese anche a chi non ha lavoro; e altro aspetto virtuoso consiste nella capacità di integrare la contribuzione di imprese e lavoratori con quella proveniente dalla tassazione generale così da costruire un ombrello abbastanza ampio per dare copertura a tutti, lavoratori e non lavoratori.

La *mixité* dei sistemi di finanziamento ha garantito ad oggi la coesistenza di copertura universale e sostenibilità finanziaria del sistema.

Sul tema della sostenibilità colpisce la consapevolezza radicata nei cittadini francesi rispetto alle problematiche di tenuta finanziaria del sistema di welfare, poiché si riscontra che nel periodo di crisi è diventata maggioritaria la quota di cittadini convinta che il finanziamento della protezione sociale appesantisca il debito e sia un freno alla ripresa; da qui la convinzione che occorre rivedere le prestazioni concesse (ci sono quote intorno ad un terzo per i vari settori del welfare) o anche alzare la contribuzione, in particolare per il settore sanitario (oltre il 61% di francesi è favorevole, mentre per la previdenza è il 46% a ritenerlo necessario).

E' come se la crisi avesse operato come fattore di crescente consapevolezza nei francesi rispetto al costo del welfare e delle prestazioni sociali e alla necessità di avere una protezione sociale sostenibile e che non blocchi le potenzialità di ripresa economica del paese.

Colpisce questa lettura sociale prevalente della sostenibilità che cozza con l'immagine di un paese seduto sui comfort di un welfare ampio, dalla sostenibilità zoppicante, in cui i cittadini non hanno intenzione alcuna di ridurre una generosità costosa e sempre più difficile da sostenere.

Anche per la Francia e i francesi la crisi con il suo carico di sofferenza sociale diffusa e di pressione, anche sul ceto medio, ha finito per rendere evidente che il welfare ha dei costi da cui non si può sfuggire e che vanno coperti.

3.3. Altri fattori di contesto ineludibili

La situazione della protezione sociale in Francia richiede un'attenzione estrema ad alcune delle particolarità dell'economia e della società, a cominciare dalle difficoltà specifiche del mercato del lavoro e della dinamica occupazionale; infatti, è forte in Francia l'insistenza sui trend negativi della disoccupazione che generano un surplus di disagio sociale a causa della forte concentrazione, sia territoriale in alcune aree suburbane o dell'interno sia etnica con il coinvolgimento di alcune comunità, in particolare i giovani maschi delle *banlieue* figli di seconda e terza generazione dei migranti.

Questa dinamica socioeconomica ha impatti rilevanti sulla coesione sociale del paese e sulle dinamiche finanziarie e organizzative del welfare.

Va poi tenuto in debito conto il fatto che la Francia continua ad avere problemi di rispetto dei parametri fissati dalla Unione Europea tanto che, solo nel 2014, si sono susseguiti più piani di contrazione delle spese pubbliche, in particolare di quelle sociali, per rispettare i famosi parametri europei.

Come rilevato, le politiche restrittive di contenimento della spesa pubblica hanno finito per colpire in modo particolare la spesa per la protezione sociale e all'interno di essa la spesa per la sanità.

Per questo si può dire che in questa fase le politiche di austerità in Francia hanno assunto il volto di interventi massicci e ripetuti sul valore delle prestazioni erogate nonché sulle modalità di accesso alle stesse.

Il welfare francese, storicamente piuttosto generoso e articolato quanto a bisogni sociali coperti, viene oggi profondamente ridefinito a partire da strategie economiche di contenimento della spesa pubblica, piuttosto che da dinamiche di modulazione dell'offerta in relazione alle esigenze della domanda.

Al di là quindi delle dichiarazioni di principio, il welfare francese soffre forse più di quello italiano di una guida economicista dei processi di ristrutturazione, i cui impatti non sono necessariamente virtuosi sotto il profilo dell'equità sociale.

Questo aspetto socioculturale e di missione del welfare assume ancor più rilievo considerando il fatto che il welfare in Francia è esplicitamente chiamato ad

esercitare una funzione sociopolitica strategica, rendere la Francia uno dei paesi con i più bassi tassi di diseguaglianza nel mondo.

La ridistribuzione che passa dal fisco al welfare è infatti il meccanismo sociale che alimenta l'orgoglio nazionale di una comunità in grado, al di là dei conflitti, di tenere sotto controllo le distanze tra gli *have e gli have not*.

E questa dimensione di contenimento della diseguaglianza è ancora più importante nel periodo della crisi in cui si è registrato un vero e proprio salto in alto dei redditi dei pochi ricchissimi che vivono in Francia in parallelo con l'impoverimento di segmenti significativi del ceto medio.

E' evidente che un welfare sotto la pressione del rigore finanziario che arriva dalla Ue costituisce un problema sociopolitico potenzialmente esplosivo per la Francia.

D'altro canto, il tema dell'impatto che il deficit e il debito del welfare hanno su economia e sviluppo potenziale del paese è un dato di fatto: ad esempio, la sanità francese ha accumulato su più anni deficit significativi che hanno generato un debito molto consistente che naturalmente produce una spesa per interessi che nel contesto della crisi spiazza possibili utilizzi alternativi di risorse pubbliche.

Per questo anche la Francia, come il nostro Paese, sta vivendo in questi anni, sul piano di rifinanziamento del sistema sanitario, un passaggio da una contribuzione a carico dei lavoratori ad una basata sulla tassazione generale, integrata però da uno sforzo supplementare richiesto alle tasche dei cittadini, che sia *out-of-pocket* o tramite pagamento dei premi al complementare.

L'attenzione mediatica al deficit e debito sociale fa da sponda all'attenzione particolare che viene dedicata al rapporto tra il finanziamento del welfare e la capacità competitiva del paese. Si tratta di un elemento di maturità culturale perché lega la ricerca del consenso sociale verso un modello ottimale di protezione sociale alla voglia di competere come sistema nella globalizzazione.

Il nesso tra welfare, economia e sviluppo che è radicato nel dibattito pubblico rende anche evidente all'attenzione generale il fatto che le chiavi di tutto sono nella ripresa della crescita e, in particolare, nella capacità del mercato del lavoro di generare nuova, più alta domanda di lavoro. Se questa non riparte sarà molto difficile preservare gli attuali livelli di tutela e inevitabilmente ci sarà una

specie di escalation nel trasferimento di costi sui cittadini, unita ad una altrettanto inevitabile riduzione del grado di copertura del sistema.

3.4. L'articolazione delle fonti di finanziamento e il suo valore per la nuova sostenibilità

Concentrando l'analisi sulla sanità francese è possibile focalizzare alcuni aspetti originali particolarmente utili per enucleare indicazioni per il caso italiano.

L'aspetto forse più interessante della sanità francese consiste nel fatto che rispetto alla dicotomia fatta di copertura pubblica e di *out of pocket* in capo alle famiglie che si registra in Italia, si è imposta una articolazione di forme di finanziamento di varia provenienza che consente di attivare meccanismi redistributivi e inclusivi in linea con l'idea che il welfare deve essere solidale e sostenibile.

Infatti, in Francia si è progressivamente ridotta la quota di spesa sanitaria che viene coperta dal regime generale dell'assicurazione malattia (CAM) che attualmente è in media pari al 70% delle spese sanitarie sostenute.

Il resto è a carico del cittadino che però può fare ricorso ai fondi privati che sono gestiti da Mutue sanitarie (le Mutuelles), da operatori assicurativi, alcuni operanti secondo logiche assimilabili a quelle solidaristiche delle *Mutuelle* e altri invece *for profit*.

Lo sviluppo del mercato della copertura integrativa è un aspetto decisivo della sanità francese sul piano organizzativo e del finanziamento e nasce anche dal progressivo ritrarsi della copertura pubblica; il dato specifico francese consiste proprio nel fatto che il trasferimento delle spese sanitarie in capo ai cittadini viene *intercettato* dai cosiddetti organismi complementari.

E' chiaro che anche la protezione sociale francese non è ancora riuscita a risolvere in via definitiva l'equazione della coesistenza di *sostenibile e solidale*, come dimostra il fatto che si è dovuto fare ricorso ad ulteriori tagli dei costi sotto la pressione dei deficit di bilancio.

Tuttavia sarebbe errato non guardare al caso francese come ad un esempio virtuoso della capacità, all'interno del processo di ricostruzione della

sostenibilità, di non ricorrere *solo* ai tagli, ma di sapere articolare le fonti di finanziamento, con attivazione di nuovi meccanismi distributivi e di solidarietà.

E' questa la dimensione sulla quale è opportuno concentrare l'analisi perché fonte di utili riflessioni e indicazioni per il caso italiano.

3.5. *Pagare subito*, il costo del welfare percepito

Prima di entrare più nel merito di organismi e mercato della copertura sanitaria complementare, è importante fissare il valore dei meccanismi di responsabilizzazione finanziaria dei cittadini.

Esiste infatti nella sanità francese una pratica molto lontana dalla esperienza italiana: l'obbligo per il paziente di pagare direttamente il costo di una prestazione al momento dell'erogazione.

E' un aspetto che non può non sconcertare l'osservatore italiano abituato ad un terzo pagante invisibile che di fatto deresponsabilizza il cittadino.

Le forme di partecipazione di recente attivate in Italia in fondo hanno lo scopo di attivare una sensibilizzazione dei cittadini rispetto al costo delle prestazioni, ma ovviamente non riescono a generare quell'attenzione moderatrice che il pagamento diretto della prestazione genera.

Peraltro, il rimborso dai Fondi pubblici in Francia arriva ad un massimo del 70%, il resto proviene dai fondi complementari.

Il meccanismo risulta particolarmente efficace nell'evidenziare la spesa che fluisce laddove viene effettuata una prestazione sanitaria, che sia una visita medica, un accertamento diagnostico o analisi del sangue. Il meccanismo in sostanza rende visibile la spesa e spezza quella deresponsabilizzazione nell'utilizzo e nella generazione della domanda che risulta connaturata alla presenza di un terzo pagante che si incarica per l'utente di pagare i *provider*.

L'analisi del dispositivo però deve tenere presente che i tempi di rimborso dei cittadini sono particolarmente brevi.

3.6. Le *mutuelle*, pilastro fondamentale della sanità francese

Il sistema sanitario francese è fortemente marcato dalla presenza di un settore di fondi sanitari privati di integrazione, complementari rispetto al regime generale pubblico. Nel mercato operano le cosiddette *Mutuelle*, che rappresentano poco più del 60% del mercato, e le società di assicurazione, suddivise in quelle non a scopo di lucro e quelle a scopo di lucro.

Nelle *Mutuelle* il premio ha un valore medio generale e non è commisurato al profilo di rischio del sottoscrittore, a differenza di quanto accade ovviamente per le società di assicurazione *for profit* a cui è consentito di fissare contributi sanitari, almeno in parte, sulla base del profilo di rischio del sottoscrittore.

Il ruolo delle *Mutuelle* è assolutamente essenziale dal punto di vista del paziente, poiché il pubblico copre fino al 70% del costo della prestazione sanitaria, il resto è a carico del paziente per il quale la copertura integrativa diventa vitale anche per l'accesso a prestazioni di base. Come rilevato, il pagamento della prestazione da parte del paziente avviene al momento dell'erogazione e solo dopo avviene il rimborso, anche se il ricorso intenso all'informatica ha ridotto drasticamente i tempi di rimborso.

Il dato più significativo è che oggi la tutela sanitaria integrativa è di fatto obbligatoria, perché così viene garantita la tutela della salute a tutti, pur in presenza di tagli alla tutela pubblica.

3.7. Le virtù del pilastro complementare e integrativo

Le *Mutuelle* sono un pilastro del sistema francese e hanno il merito di avere consentito di articolare le forme di finanziamento della sanità, uscendo dalla pericolosa dicotomia, che nel caso italiano opera come una rigida tenaglia, tra spesa pubblica e spesa interamente privata.

In fondo le *Mutuelle* sono all'origine di una importante dinamica ascendente della spesa assicurativa, che però non perde il suo connotato di solidarietà sociale e strumento per una sanità universalista.

Certo le *Mutuelle* richiedono risorse adeguate per poterle pagare, possibilmente un lavoro retribuito per generare il premio, e tuttavia esse hanno adeguatamente affiancato il pilastro pubblico articolando virtuosamente le fonti di finanziamento e consentendo ai cittadini di potere integrare in modo sostenibile, per sé e a livello sistematico, il finanziamento pubblico.

Non mancano però gli aspetti critici, quelli che potrebbero generare esiti non certo positivi e che costituiscono anche una minaccia potenziale di lungo periodo per la sostenibilità.

Si tenga infatti presente che ormai l'iscrizione ai fondi complementari è obbligatoria per legge per i lavoratori; di recente è stato anche attivato un meccanismo di promozione della copertura integrativa anche per coloro che non sono in grado di pagare la propria copertura.

E' stata infatti introdotta una tassa pari al 6,25%, destinata ad aumentare, sul montante dei premi pagati dai lavoratori per le polizze sottoscritte con le *Mutuelle*. Viene così generato il montante per dare copertura ai non lavoratori, alle persone che non sono in grado di adempiere al pagamento del proprio premio.

In tal modo coesistono universalismo e complementarietà, con i lavoratori che finanziano la copertura integrativa per chi lavoro non ha e/o non ha risorse sufficienti per sottoscrivere le *Mutuelle* o altri strumenti integrativi.

3.8. Le condizioni per l'accesso alla complementarietà solidale

Per avere accesso gratuito alla copertura malattia complementare e al cosiddetto aiuto medico sanitario di Stato, dal 1° luglio 2014 occorre avere un reddito non superiore a 8.644 euro all'anno per singola persona.

La CMU-C è uno strumento complementare che di fatto rinforza la copertura malattia universale e consente al beneficiario di avere una copertura fino al 100% delle sue spese di salute, laddove la copertura tramite CMU è pari al 70% in media delle spese sostenute.

Per beneficiare della CMU-C occorre essere di nazionalità francese o avere un titolo di soggiorno, risiedere in Francia in modo stabile da almeno tre anni e

rientrare nei tetti di reddito indicati. Invece, uno straniero che non è in situazione regolare può beneficiare del cosiddetto aiuto sanitario di Stato.

Esiste poi un altro strumento solidale all'interno della complementarietà per la sanità ed è il cosiddetto aiuto per l'acquisizione di una polizza mutua sanitaria; in questo caso però occorre avere un reddito non superiore a 11.670 euro.

Di fatto si tratta di un dispositivo di supporto finanziario alle persone a basso reddito finalizzato a fare sottoscrivere una mutua sanitaria.

3.9. La solidarietà universalista dentro la complementarietà

Negli strumenti indicati nel paragrafo precedente risiede presumibilmente il valore più alto del modello francese in questa fase: unire la sanità complementare con strumenti di solidarietà che consentano di integrare la copertura a tutti, anche alle persone che non hanno lavoro o redditi sufficienti per pagarsi da soli gli strumenti.

E' un salto importante nel sistema, un *mixage* che ovviamente non è senza difficoltà o potenziali errori e tuttavia va visto come un tentativo di trovare nuovi sentieri di equilibrio tra equità e sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, notoriamente sottoposto alla pressione di tanti fattori inflattivi.

È chiaro che l'introduzione di una nuova tassa sui premi ha suscitato reazioni non sempre positive, ma ha consentito di evidenziare il costo opportunità che esiste tra la mutualizzazione della solidarietà verso chi non riesce a stare dentro il sistema sanitario e il costo, forse sommerso e meno esplicito ma molto rilevante, di un disagio crescente sul piano della salute pubblica che può nascere dall'esclusione dalla tutela sanitaria di gruppi consistenti di cittadini che non hanno lavoro e/o reddito.

3.10. Le iniquità persistenti attribuite alla sanità complementare

Sono molte le critiche che ovviamente sono mosse a questa riorganizzazione della sanità sul piano delle modalità di finanziamento e di accesso dei cittadini alle prestazioni.

Come rilevato, il costo delle prestazioni viene pagato dai cittadini al momento dell'erogazione, i quali sono poi rimborsati per un 70% circa dal regime generale e per il restante 30% dai Fondi complementari ai quali devono iscriversi.

Per i lavoratori l'iscrizione è ormai obbligatoria, mentre per coloro che non hanno reddito sufficiente la normativa prevede una copertura complementare tramite la CMU-C, associata alla CMU, che viene finanziata con una tassa applicata al montante dei premi pagati dai lavoratori per la copertura complementare.

D'altro canto, si è visto che esistono anche sussidi alla iscrizione alla mutualità sanitaria integrativa per coloro che, pur non potendo accedere alla CMU-C, non hanno redditi adeguati per affrontare una ulteriore uscita di cassa dal proprio budget.

A questo proposito, alcuni sottolineano che il meccanismo solidale nel complementare non riesce comunque a sanare le iniquità che si generano, lasciando fuori cittadini che non sono raggiunti nemmeno dal meccanismo solidale.

Peraltro, la mancata copertura integrativa incentiva le persone a non curarsi come dimostra il fatto che si stima nel 32% la quota delle persone non coperte che dichiarano di aver rinunciato alle cure di cui avevano bisogno, un tasso più che doppio rispetto a quello che si osserva presso le persone che hanno una copertura complementare.

Viene poi stimata nel 7% la quota di persone che comunque è senza copertura complementare e di questa la metà lo è per ragioni finanziarie, a testimonianza del fatto che persistono fattori di ostruzione, barriere all'accesso della copertura

complementare per le persone con basso reddito, che ne riducono la tutela e la qualità della vita.

3.11. Il rischio di erosione del consenso al sistema sanitario

Nella riorganizzazione del sistema sanitario finalizzato a renderlo sostenibile si registra anche una differenziazione tra i pazienti in relazione alla gravità delle patologie; infatti, il sistema offre una copertura elevata per le persone che hanno patologie molto gravi o per un particolare elenco di patologie croniche, garantendo invece una copertura di molto inferiore per coloro che sono affetti da piccole patologie.

In concreto, per i pazienti che rientrano nell'elenco dei *malati di lunga durata* si può parlare di una copertura pari al 100% per tutte le cure legate strettamente alla specifica patologia, mentre per le spese legate ad aspetti correlati e per altri costi sanitari che sono sostenuti viene applicato un ticket moderatore. Nel complesso i pazienti del tipo *malati di lunga durata* possono contare su un tasso medio di copertura delle spese sanitarie totali pari all'80% circa.

Si tratta di un tasso di molto superiore a quello che viene garantito agli altri assicurati che invece ruota intorno al 55%.

Di fatto con questo meccanismo all'interno del sistema sanitario francese si registra una ridistribuzione tra i pazienti con patologie gravi e gli altri, laddove la copertura piena dei primi è finanziata anche con la riduzione del tasso di copertura per i secondi.

E' un dato importante perché il tasso medio di copertura indicato intorno al 70% è in realtà la media di due diversi tassi di copertura: il primo pari a circa l'80% per i pazienti di lunga durata ed il secondo del 55% per tutti gli altri pazienti.

Un simile meccanismo viene considerato pericoloso per la tenuta della solidarietà interna del sistema, poiché non è improbabile che il basso grado di copertura garantito ad un numero molto elevato di cittadini determini forme di estraneità rispetto ad un sistema che comporta loro costi significativi ma offre ad altri copertura elevata.

3.12. I rischi di involuzione per eccesso di *concorrenzialità* tra le mutue sanitarie

C'è un altro aspetto di lungo periodo emerso dal caso di studio che riguarda la potenziale involuzione del sistema delle mutue sanitarie complementari.

Storicamente le mutue sono state caratterizzate da meccanismi di solidarietà interna in funzione del reddito e delle caratteristiche tipologiche delle famiglie.

In fondo, esse hanno radici nel movimento democratico e da sempre fanno riferimento a criteri partecipativi che ancora oggi sono considerati costitutivi della loro azione.

Tuttavia è stato rilevato che, all'interno di un mercato sempre più concorrenziale in cui devono fronteggiare aziende private, le mutue non riusciranno a preservare i loro caratteri solidaristici e partecipativi.

Un primo rischio è che le persone più giovani, in salute e presumibilmente con maggiore disponibilità di reddito semplicemente fuggano dalle mutue in cui devono pagare alti premi in cambio di ridotte prestazioni. O meglio potrebbe radicarsi in essi l'idea che sono i finanziatori di uno strumento che serve a dare copertura soprattutto a persone diverse da loro.

In questo modo si finisce per generare una selezione di fatto che lascia le mutue sanitarie complementari con una platea di iscritti con più alto profilo di rischio a cui inevitabilmente applicare premi più elevati.

E' chiaro che il meccanismo concorrenziale tra mutue e operatori assicurativi for profit rende quasi ineludibile il ricorso a pratiche di selezione del profilo di rischio, per combattere ad armi pari con i vari concorrenti assicurativi.

La concorrenzialità esasperata del mercato della sanità complementare sarebbe all'origine di altri rischi involutivi; infatti, è un settore in forte crescita se non altro perché il pubblico riduce la sua coperta e diventa ineludibile trovare altre fonti di copertura della spesa sanitaria.

Da questo punto di vista l'offerta vive una fase di vera e propria esplosione in termini di proposte ai cittadini; le mutue hanno pacchetti di prestazioni molto differenziati e articolati, tutti orientati ad ampliare la propria platea di iscritti.

Esiste un diffuso marketing e un impegno sistematico a conquistare segmenti di mercato e nuovi sottoscrittori; è chiaro che gli iscritti che arrivano tramite la contrattazione collettiva sono particolarmente appetibili e tuttavia anche il mercato che nasce dalla libera adesione individuale è oggetto di una concorrenza esasperata.

E qui emergono altri rischi involutivi poiché i diversi pacchetti di prestazioni generano inevitabilmente una diversificazione dei livelli di copertura che per i cittadini non è sempre facile comprendere.

C'è una certa opacità delle informazioni, o meglio una sorta di complessità intrinseca delle offerte che non favorisce la scelta consapevole, razionale, meditata dei cittadini.

Regna una confusione che i critici non stentano a definire consumerista nella logica e quindi poco in linea con un settore che si occupa di tutela sociale e aperto anche a persone fragili, con minori risorse culturali.

A questo proposito non va mai dimenticato che nei mercati sociali può generare iniquità rilevanti l'asimmetria che esiste tra chi offre prodotti e chi invece deve acquistarli. In questo quadro l'estrema aggressività dell'offerta rischia di essere all'origine di nuove disparità tra i cittadini.

E' indubbio che la concorrenzialità tra le mutue e le assicurazioni ha moltiplicato e articolato l'offerta e tuttavia è alto il rischio che questa ricchezza di offerta per i cittadini generi soprattutto un gran confusione in cui è difficile trovare un riferimento in grado di consentire una scelta razionale.

D'altro canto, si ritiene che la concorrenza nel lungo periodo tenda a generare anche costi di produzione dell'offerta che rischiano di ricadere sulla dimensione dei premi in capo ai cittadini.

Altro aspetto critico legato alla moltiplicazione delle unità di offerta è relativo alla dinamica dei costi amministrativi e burocratici che inevitabilmente sono destinati a crescere.

Anche questo viene da molti esperti considerato un dato quasi ineludibile: ogni unità di offerta è chiamata a costruire il proprio sistema gestionale e informativo, cosa che inevitabilmente genera un costo che si scarica sui premi.

L'esistenza di un alto numero di mutue sanitarie integrative, quindi, non è neutrale rispetto ai costi e d'altro canto trasferisce sui cittadini anche costi di ricerca e selezione delle informazioni, tanto più alti quanto meno standardizzati sono i contratti.

La possibilità di articolare le offerte di pacchetti di prestazioni senza vincoli, almeno sinora, rende più complessa la scelta dei cittadini, e quindi il costo di elaborazione della scelta stessa.

3.13. Ulteriori sviluppi del modello francese

Il sistema sanitario francese, in particolare nella sua componente complementare, è in piena evoluzione e nei prossimi anni si dovrà fare i conti con gli esiti di una serie di fenomenologie quali:

- la citata obbligatorietà di sottoscrizione per tutti i salariati e l'integrazione del pagamento dei premi con una quota in capo alle imprese;
- la definizione per via normativa e regolatoria di un pacchetto di prestazioni sanitarie che non possono non essere presenti nelle offerte che sono messe a disposizione dei cittadini dai fondi privati complementari. Così viene determinato uno stock comune di prestazioni per coloro che accedono a tale mercato, con una semplificazione netta del quadro dell'offerta dal punto di vista dei cittadini.

Poiché il complementare non si occupa solo di prestazioni integrative ma, di fatto, copre un pezzo di sanità di base, è chiaro che risulta fondamentale garantire a tutti, quale che sia la mutua sanitaria o l'assicurazione prescelta, che una serie di servizi e prestazioni basiche saranno garantite.

E' una operazione di regolazione del mercato che mira a mantenere un sostrato solidarista e di tipo universale.

Ancora una volta il modello francese tenta di trovare nuove modalità di coesistenza tra universalismo e sostenibilità tra responsabilità individuale e ridistribuzione solidale.

3.14. Un esempio in controtendenza: il caso Alsazia e Mosella

Nelle regioni dell'Alsazia e della Mosella, storicamente all'origine di contenziosi di guerra con la Germania, opera un regime sanitario diverso, rimasto in vigore dopo l'annessione alla Francia nel secondo dopoguerra.

Il modello viene considerato come tecnicamente efficace, fondato su un tasso di copertura garantito dalla sicurezza sociale pubblica di fatto intorno al 90%.

Tramite questo meccanismo il sistema sanitario locale eviterebbe tutte le distorsioni e le iniquità legate all'introduzione di un sistema complementare che finirebbe per trasferire sui cittadini, tramite pagamento diretto o tramite pagamento del premio dei fondi privati, la responsabilità del finanziamento del sistema.

Il sistema in vigore nelle regioni del Nord sarebbe efficiente ed efficace, oltre che semplice e in grado di evitare quelle distorsioni sociali che nel lungo periodo potrebbero compromettere i risultati della sanità complementare.

In estrema sintesi, è un sistema che risolve nel pubblico anche il problema della sostenibilità attraverso una sorta di assicurazione sociale che non ha bisogno di soggetti esterni non pubblici e di un mercato.

3.15. Un altro comparto del welfare: l'irrisolta questione della assistenza agli anziani non autosufficienti

Nell'estate del 2003 la Francia, come altri paesi europei, fu attraversata da un'ondata di afa il cui effetto inatteso consistette nelle conseguenze sanitarie, fino alla morte di un numero sorprendentemente elevato di anziani.

Ciò che più colpì di quell'evento non fu solo il numero di persone anziane coinvolte ma la totale solitudine in cui una parte rilevante di essi trovarono ad affrontare le difficoltà improvvise generate dalle avverse condizioni climatiche.

Di fronte all'insorgere di problemi sanitari e di supporto quotidiano dei longevi in difficoltà evidente, emerse con chiarezza la totale impreparazione delle reti familiari, ormai rese molto fragili dai processi sociodemografici e socioculturali, e del sistema di protezione sociale francese.

Divenne evidente, altresì, l'importanza dei problemi legati al crescente invecchiamento della popolazione e alla diffusione di malattie croniche e degenerative.

In seguito a quell'evento traumatico per la società francese si aprì un dibattito che, in diverse fasi, è stato al centro dell'attenzione politica e mediatica sulla necessità di creare un *sistema nazionale di assistenza per gli anziani non autosufficienti*.

Sono state create e messe al lavoro Commissioni ufficiali, elaborate proposte di legge e modelli organizzativi e operativi, ma tutte le proposte si sono scontrate con un dato fondamentale: l'alto costo per il finanziamento di un sistema nazionale sul modello del Sistema sanitario nazionale.

Ancora oggi, quindi, l'assistenza ai non autosufficienti in Francia è l'esito quasi improvvisato della persistente alta esposizione dei nuclei familiari che ancora esprimono una relazionalità interna significativa e di un mix di soluzioni tra assistenza domiciliare territoriale e residenzialità, senza però riuscire a garantire un'offerta adeguata rispetto alla dinamica della domanda di assistenza.

Anche in Francia il tema dell'assistenza ai non autosufficienti costituisce un colossale buco nero, in cui nemmeno i grandi gruppi che gestiscono residenzialità per anziani sono riusciti a proporre soluzioni sostenibili, di qualità, generalizzabili.

In estrema sintesi, si può dire che il caso di studio francese conferma che l'assistenza per non autosufficienti continua ad essere in Europa una dimensione di welfare rispetto alla quale non è stata ancora trovata una risposta operativa in grado di tenere insieme sostenibilità e qualità della copertura per gli anziani.

3.16. Le indicazioni del caso di studio francese

Cosa resta di insegnamento per la vicenda italiana dal caso di studio francese:

- la tenacia con la quale viene cercata una soluzione praticabile all'equilibrio tra sostenibilità e equità del welfare;
- la capacità di regolare l'attività di operatori di mercato *for profit* e *non profit* impegnati a garantire forme di copertura sociale;
- la logica multipilastro che sembra operare in ciascuna dimensione del sistema di protezione sociale. Pubblico, privato, non profit possono coesistere virtuosamente puntando a generare valore economico e sociale per i cittadini;
- una spinta alla responsabilizzazione dei cittadini che non significa necessariamente lasciarli soli a fronteggiare i costi economici della protezione sociale. I cittadini pagano subito le prestazioni, ma sono rimborsati rapidamente e possono integrare con mutue la quota non coperta dal regime pubblico;
- la capacità di distribuire lungo tutti i gruppi sociali, con costo differenziato in base alle capacità contributive ai bisogni, il finanziamento di un sistema di protezione sociale che cerca comunque di includere tutti cittadini, anche coloro che non hanno lavoro e non hanno reddito insufficiente.

Esiste poi una dimensione sociopolitica che non può essere sottovalutata che, in questa fase, costituisce un valore aggiunto per la società francese.

La consapevolezza del nesso che esiste tra deficit e debito pubblico, la necessità di finanziarlo e la capacità competitiva dell'economia e del paese in generale. Non può esistere nella logica prevalente in Francia una generosità sociale sganciata dal suo concreto finanziamento e quindi dalla capacità della società di sostenere il costo economico del welfare stesso.

Anche nel caso francese emerge che nella percezione collettiva a contare non è una generica e insostenibile generosità verso chi ha bisogno, ma la mala capacità di articolare il contributo dei cittadini mettendo però tutti nelle condizioni di avere tutela nel caso in cui dovesse insorgere un bisogno sociale.

La vera equità è quella che non esclude alcuno dal sistema di protezione sociale, che responsabilizza tutti i cittadini e che trova meccanismi sociali che sono compatibili con una buona capacità competitiva dell'economia e con la capacità di creare lavoro e reddito.

4. IL MODELLO SOCIALE EUROPEO

4.1. L'innovazione sociale per un nuovo welfare

Il progetto di ricerca prevedeva una ricognizione del modello sociale europeo quale emerge dal punto di vista della Unione Europea, inteso come l'insieme degli orientamenti sociopolitici riguardanti l'evoluzione della protezione sociale nei paesi membri nella fase della crisi.

Quali sono le indicazioni che vengono dalla Ue in relazione alla necessità di garantire un modello sociale sostenibile, equo, in linea con la tradizione europea che è fatta di sviluppo e coesione sociale?

Questa la domanda chiave da cui è partita l'analisi dell'ampia documentazione ufficiale che si occupa direttamente e indirettamente di welfare; l'obiettivo quindi non è stato quello di fare una descrizione dei fattori costitutivi istituzionali e organizzativi del modello sociale europeo, quanto degli elementi di novità che sono andati emergendo nel periodo di crisi e che sono significativi dal punto di vista dell'analisi della sostenibilità, come fattore da ricostruire su basi che non minaccino l'equità del sistema.

L'obiettivo è comprendere le direttive nuove del modello sociale europeo e le indicazioni Ue per promuovere sostenibilità finanziaria del welfare e nuova crescita economica nei singoli paesi.

La crisi ha innescato un'importante evoluzione del punto di vista degli organismi europei rispetto al modello sociale; in particolare, si registra una tendenza a *linkare* più strettamente la riconquista di un percorso di crescita dell'economia e la ridefinizione del modello di protezione sociale.

In sostanza, non c'è più una sorta di insistenza unica sul ruolo del welfare come produttore di coesione sociale, ma emerge un richiamo esplicito al suo ruolo di potenziale motore di una nuova dinamica di sviluppo dell'economia.

In questo senso, un primo elemento di grande novità consiste nel richiamo al ruolo che può giocare l'*innovazione sociale* che si materializza in primo luogo nella capacità creativa di produrre tutele, prestazioni sociali, servizi, progetti di

inclusione sociale, in modo diverso, originale, innovativo rispetto a quanto è stato fatto nel welfare più tradizionale.

L'innovazione sociale è appunto definita come lo sviluppo e l'implementazione di nuove idee (prodotti, servizi, modelli) per dare risposta a bisogni sociali e creare nuove relazioni e forme di comparazione.

Dalla Ue è venuto e sta venendo uno stimolo a generare innovazione sociale, vale a dire praticare modalità nuove di produzione di servizi e prestazioni di tutela; questo stimolo non ha perso la sua forza nemmeno di fronte alla difficoltà evidente di elaborare una definizione unica e condivisa del termine innovazione sociale.

Esiste infatti una massa sterminata di documenti che provano a delimitare il senso di una definizione complessa che può avere una forza rilevante soprattutto sul piano pratico.

Al di là però delle definizioni ufficiali, facendo riferimento alle esperienze concrete che a livello di Ue si prova a modellizzare e diffondere, emerge che il primo aspetto fondamentale nell'innovazione sociale consiste nel ruolo delle nuove tecnologie che consentono di immaginare modelli di erogazione di prestazioni sanitarie e socioassistenziali profondamente diverse, con un ampliamento dello spettro di beneficiari a costi contenuti.

La novità, quindi, consiste nella possibilità di soluzioni diverse rispetto a quelle più tradizionali e che puntano ad un equilibrio tra il flusso dei contributi pagati a vario titolo da lavoratori e cittadini e il flusso delle prestazioni erogate.

In sostanza, lo stimolo all'utilizzo massiccio di nuovi strumenti tecnologici e organizzativi da parte dell'Unione Europea punta a creare un welfare dalle caratteristiche profondamente diverse rispetto a quello tradizionale, in grado di generare imprenditorialità, nuova occupazione di qualità, creando reddito prima ancora di ridistribuirlo.

Un secondo aspetto di estremo interesse sempre legato alle nuove tecnologie riguarda l'uso razionale delle informazioni; infatti, si ritiene che attraverso il Web e altri dispositivi legati alle nuove tecnologie informatiche e della comunicazione sia possibile garantire una trasparenza del sistema di offerta e delle modalità di finanziamento del welfare che avrà un impatto positivo anche sull'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse stesse.

A fronte dell'attenzione generale sui parametri di austerità che sarebbero indotti dalla Ue, da quest'ultima arrivano stimoli innovativi e concreti sulle modalità per un cambio radicale del paradigma della protezione sociale dei vari paesi.

In tale ottica il welfare non è più il luogo della ridistribuzione di una ricchezza che viene prodotta altrove, piuttosto uno dei principali pilastri di creazione di nuova ricchezza in grado di fare convivere la produzione di reddito, l'occupazione di alta qualità e la creazione di tutele sociali, con un accrescimento della qualità della vita e della coesione comunitaria nei vari paesi.

4.2. Cambiare gioco per andare oltre l'austerità

Negli anni della crisi l'Unione Europea è stata considerata come la principale responsabile delle politiche di *austerity* e dei tagli alla spesa sociale e alla protezione sociale.

È chiaro che i parametri imposti dall'adesione alla Unione Europea hanno obbligato i vari paesi a contenere la spesa sociale per rendere sostenibili i bilanci pubblici.

In realtà, dall'Unione Europea giungono segnali significativi e importanti, dal punto di vista pratico, che anche nel sociale e nella protezione sociale è possibile cambiare gioco per andare oltre la crisi e l'austerità.

Come rilevato, il cuore di questa impostazione consiste nella innovazione sociale cioè nella necessità di cercare nuove modalità per rispondere alle domande sociali più pressanti, quelle che pesano sulle interazioni sociali e alle quali è indispensabile dare risposta per incrementare il benessere complessivo dei vari paesi.

L'innovazione sociale è un rinnovamento che ha sia contenuto sia finalità sociali. Tali innovazioni sono buone non solo per la società ma hanno anche la capacità di innalzare le capacità individuali.

È forte l'insistenza sulla necessità di individuare nuove risposte a bisogni sociali in modo da ottenere migliori risultati anche dal punto di vista della qualità della vita e del benessere delle persone.

Dalla documentazione Ue emergono gli elementi fondamentali attraverso i quali sarà possibile generare nuove risposte ai bisogni sociali:

- identificazione di nuovi bisogni sociali che non sono stati sinora soddisfatti o ai quali sono state date risposte insoddisfacenti;
- sviluppo di nuove soluzioni in risposta ai bisogni sociali esistenti;
- valutazione dell'efficacia delle soluzioni che sono state adottate;
- trasferibilità e radicamento delle innovazioni sociali che si sono dimostrate maggiormente in grado di promuovere un nuovo valore sociale.

In questa visione in sostanza è possibile costruire una sorta di pratica diffusa nei diversi Paesi Europei affinché la protezione sociale non sia più fondata in via esclusiva su flussi di soldi pubblici o su risposte messe in campo dalle imprese *for profit* che inevitabilmente tendono ad escludere i gruppi sociali più deboli.

Si parte dall'idea che la questione chiave non è che esistono bisogni sociali che possono essere finanziati con flussi di risorse pubbliche o private, ma la questione fondamentale è la capacità di trovare soluzioni che attivano modalità operative all'interno del welfare completamente nuove e in grado di creare occupazione di qualità, reddito e valore.

In questa ottica, quindi, la protezione sociale non è più un grande apparato pubblico in cui si innestano dei *provider* privati che su alcune specifiche prestazioni hanno una capacità operativa maggiore.

Nella protezione sociale è possibile immaginare un terreno estremamente ampio di sviluppo di una nuova imprenditorialità sociale per il contenuto della sua attività e per le finalità della sua azione.

Il valore che esso crea sta nel rispondere, con una qualità più alta e costi più bassi, in modo più efficace ai bisogni che sinora hanno avuto una copertura troppo costosa oppure a quei bisogni che sinora non hanno avuto alcuna copertura sociale.

In sostanza, il punto di vista della Unione Europea è che il welfare non è un'escrescenza costosa, ma un motore potenziale di crescita purché si inneschi un cambiamento profondo sia dei modelli organizzativi sia ancora più del modo di pensare il sociale nei diversi Paesi Europei.

Sul piano socioculturale si chiede di cambiare gioco, non di tentare di rimanere nella vecchia logica del welfare in cui tra bilancio pubblico e risorse private occorre coprire un certo ammontare di bisogni, ma l'attenzione viene spostata sul modo in cui bisogni vengono coperti di fatto, sulla qualità delle prestazioni che vengono messi a disposizione dei cittadini.

Su tutto deve prevalere il valore creato dalle risorse che sono destinate al sociale e più ancora il modo in cui sono utilizzate, per questo si ritiene che l'innovazione sociale, gli attori dell'innovazione sociale, in particolare le imprese che nascono intorno alle nuove idee, ai nuovi servizi, alle nuove modalità di fare prestazioni sociali costituiscono il punto centrale di questa nuova visione del welfare.

In questo modo, l'Unione Europea si pone come un riferimento per tutti quei soggetti che nei diversi paesi, che siano istituzioni oppure operatori del *non profit* o ancora del *for profit*, cioè tutti coloro che oggi ritengono che all'interno del sociale ci siano le opportunità per fare impresa, reddito e per promuovere un modo diverso di fare sociale in Europa.

Si tratta di indicazioni che consentono un'uscita in avanti rispetto alla scelta di preservare il welfare tradizionale ripristinando la sua sostenibilità semplicemente tagliando prestazioni finanziate tramite il pubblico e spostando sui cittadini il costo degli stessi.

L'indicazione che viene dalle opzioni innovatrici rappresentate da questo punto di vista dell'Unione Europea è che a poco serve cercare di trovare equilibrio tra equità e sostenibilità all'interno di un vecchio modo di fare sociale.

Solo se ci si incammina verso modalità nuove di rispondere ai bisogni sociali sarà possibile sia continuare a garantire tutela rispetto ai grandi rischi tradizionali, sia tentare di dare risposte praticabili e sostenibili anche a bisogni sociali che oggi non sono coperti.

Ne sono esempio evidente quelli relativi ai giovani che stentano ad entrare nel mercato del lavoro e ai longevi non autosufficienti per i quali nei diversi paesi a tutt'oggi non sono state trovate soluzioni in grado di dare risposte adeguate.

Solo un diverso modo di organizzare l'offerta di servizi sul territorio e la residenzialità, un diverso modo di utilizzare le nuove opportunità tecnologiche,

sviluppando forme di *care* a distanza, potrà aiutare a trovare una soluzione a questi ed altri bisogni sociali.

4.3. Investimento sociale più che costo e spesa

Il welfare quindi diventa sempre più investimento sociale, anche tramite un uso utile delle risorse variamente accantonate per finanziare lo stesso welfare.

Il riferimento è in primo luogo alle risorse previdenziali accumulate, che sempre più possono diventare polmoni finanziari utilizzabili per investimenti a lungo termine e in tale veste contribuire alla crescita nel lungo periodo attraverso massicci investimenti infrastrutturali.

In tal modo il welfare diventa il volano di una diversa dinamica economica non più centrata sul consumo e l'esasperazione del breve periodo, ma spostata sull'investimento e il finanziamento di lungo periodo.

Così nella visione del modello sociale europeo crescita e coesione sociale finalmente ritrovano un sentiero comune, che significa il contrario di quella dinamica divaricante che almeno in parte si è affermata nella crisi.

In pratica, far crescere la competitività di un paese non vuol dire più dover tagliare le risorse pubbliche, a cominciare da quelle destinate al sistema di protezione sociale. Infatti, nel welfare ad alta intensità di tecnologia, orientato sulla nuova composizione dei bisogni sociali, in cui viene dato spazio a *provider* privati, a innovative *start up* tecnologiche, il contributo alla crescita economia e occupazionale diventa componente costitutiva, tanto da farlo operare come volano fondamentale di un'economia altamente competitiva sui mercati mondiali.

Il caso della longevità è particolarmente indicativo, poiché l'assistenza alle persone longeve può far lievitare uno straordinario mercato di competenze e di capacità sistemiche in particolare in Italia, dove si possono individuare mercati ampi e remunerativi.

Le tecnologie informatiche e di comunicazione, la domotica, le nuove modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, le tante esigenze di supporto *remote* come, ad esempio, la gestione quotidiana della terapia

farmacologica, sono altrettanti aspetti di processi d'innovazione del welfare da cui possono nascere opportunità e benefici per l'economia e il lavoro.

Il welfare nel modello sociale europeo quindi è non solo pluralista, articolato, multipilastro, privo di elementi monopolistici; ma diventa una sorta di insieme di campi aperti in cui operano una molteplicità di soggetti e che sono connotati dalla forza strutturante dei cittadini, messi nelle condizioni di poter scegliere le soluzioni più adatte alle proprie esigenze nei vari ambiti.

E come rilevato, il presente caso di studio non è andato a caccia di fattori istituzionali o di altro tipo che esprimono la superiorità del modello sociale europeo rispetto a quello degli Stati Uniti o dei paesi asiatici; piuttosto ha consentito di fissare gli aspetti di modifica del sistema di welfare nei vari paesi che, tenuto conto delle specificità di ciascuno di essi, consentono al modello sociale europeo di stare dietro alle priorità della fase successiva alla crisi.

C'è a livello Ue la consapevolezza che il welfare non può essere la soluzione dei problemi economici o meglio non può essere la sola risposta alle insufficienze del mercato del lavoro; se non riparte la creazione di imprese e di lavoro, sarà molto difficile garantire flussi di finanziamento adeguati al sistema di protezione sociale.

Il welfare però attraverso i diversi meccanismi dell'innovazione sociale può sicuramente dare un suo specifico contributo al rilancio dell'occupazione e dell'economia, riattivando la capacità competitiva delle economie nazionali europee.

Si tratta di un aspetto molto poco considerato in Italia dove continua a prevalere un'idea pubblica del welfare o un'idea da parente povero del privato *for profit* dei mercati di beni e servizi di altri ambiti. Poco è emersa la potenzialità creativa del welfare, quel suo contributo specifico alla crescita che è invece il vero fulcro del nuovo welfare.

4.4. Il pacchetto investimenti sociali

In linea con la nuova *vision* in tema di welfare è sicuramente l'indicazione per nuovi investimenti sociali mirati a far utilizzare in modo efficiente ed efficace i budget sociali dei singoli paesi, allo scopo di garantire una protezione sociale adeguata e sostenibile.

Si tratta di interventi auspicati a livello di singolo paese che legano strettamente mercato del lavoro e percorsi di vita e che tendono a promuovere l'occupabilità e la tutela sociale delle persone.

In questo quadro è importante anche il riferimento esplicito per la sanità al primato della prevenzione rispetto alla cura, così da ridurre la pressione sui costi sanitari e liberare risorse da concentrare laddove esiste reale bisogno di tutela.

La Commissione europea in sostanza punta esplicitamente a potenziare la redditività sociale delle risorse pubbliche impiegate nel sociale; per fare questo ha messo in atto una metodologia di cooperazione con gli Stati membri per valutare efficienza ed efficacia delle politiche sociali.

Di fatto sono adottate metodologie di verifica di modificazioni sociali specifiche, in grado di impattare in modo significativo sulla vita delle persone e la coesione delle società nazionali.

Garantire sostenibilità e adeguatezza delle politiche sociali viene indicato come un percorso necessario per ritrovare anche crescita economica; troppo spesso, viene sottolineato, a eguali livelli di spesa corrispondono esiti differenziati in termini di impatto sui target sociali e sulla coesione nelle comunità.

Ciò richiede anche la fissazione di priorità che devono guidare le politiche sociali e su tutto deve prevalere la capacità di investire sulla crescente qualità del capitale umano.

Nel lungo periodo, politiche sociali e di welfare ben orientate verso l'attivazione delle persone tendono anche a ridurre la pressione della domanda sociale. In un certo senso un'altra indicazione strategica proveniente dalla Ue, anche con concrete indicazioni pratiche, è quella di lasciarsi alle spalle un welfare riparativo e redistributivo per andare verso uno della prevenzione e della creazione di lavoro, reddito e qualità sociale.

PARTE QUARTA

IDEE PER UN WELFARE EQUO E SOSTENIBILE

1. IL CONTRIBUTO DELLA RICERCA

L'analisi dei risultati del progetto di ricerca, dall'indagine di popolazione al panel ai casi di studio internazionale, mostra la necessità - peraltro condivisa a livello di sapere esperto e di pubblica opinione - che per costruire la sostenibilità del welfare nel lungo periodo occorrono ricette nuove, complesse, mentre non aiutano semplificazioni o il richiamo sistematico a riforme risolutive da imporre dall'alto.

Solo una strategia su più livelli, attenta a valorizzare le dinamiche in atto nella *realtà che è* piuttosto che in *quella che si vorrebbe che fosse*, può raggiungere più efficaci equilibri tra sostenibilità finanziaria e sociale ed equità di accesso alle prestazioni. Se così non sarà, risulterà molto difficile evitare un serio ridimensionamento del grado di tutela dei cittadini, con rischi evidenti per la coesione sociale anche in Italia.

La presente indagine, oltre ad offrire elementi di scenario, ha consentito di elaborare elementi di pensiero strategico, nonché proposte praticabili relativamente ai contesti, alle regole e all'azione dei vari organismi, contribuendo a delineare aspetti strutturali e funzionali del nuovo welfare.

Occorre infatti considerare che la crisi ha accelerato i processi di cambiamento nel welfare, come dimostra l'ampia fenomenologia legata al rapporto delle famiglie con la protezione sociale; ed è andata emergendo la coesistenza tra la notevole flessibilità adattiva delle famiglie che si misurano con una diversa configurazione della protezione sociale e la pesantezza istituzionale, sociopolitica che, mentre pratica massicci tagli alla spesa e al welfare, persiste a volere trovare soluzioni all'interno di un modello di finanziamento sempre meno efficiente e sostenibile.

In fondo l'analisi della sostenibilità del welfare che emerge dalla presente ricerca segnala che *coeteris paribus* per preservare l'attuale modello di protezione sociale si dovrà intensificare il trasferimento di costi dal pubblico al privato, insistendo su budget familiari già fortemente stressati.

Ecco il primo risultato di contesto che emerge dal presente bilancio di sostenibilità del welfare: non è vero che se il welfare rimane dichiaratamente universalista e fondato sulla tassazione si difende l'interesse dei gruppi sociali

più vulnerabili o del ceto medio in via di declassamento; su tale china piuttosto continuerà la metamorfosi del welfare da fattore di integrazione dei redditi familiari e di rassicurazione sociale a fonte di costi e moltiplicatore di ansia.

La precaria sostenibilità delle famiglie non trova puntelli nel welfare, piuttosto ha nelle spese di welfare pericolosi fattori che fanno traballare una sostenibilità molto fragile. Il welfare è da tempo una voce significativa dei bilanci familiari dispersa in tanti rivoli, dalla sanità, all'assistenza, all'istruzione; di questo esiste ampia consapevolezza sociale che spiega la preoccupazione di tante famiglie che ulteriori tagli al welfare pubblico possano minacciare in modo irreversibile la loro sostenibilità finanziaria.

La descrizione puntuale della realtà in atto è solo il punto di partenza per la ricerca di soluzioni che consentano di uscire dalla tenaglia dei tagli crescenti del welfare pubblico che, sinora, è stata di fatto la sola strada percorsa.

Costruire una uscita in avanti del welfare rispetto alle metamorfosi indotte dalla crisi richiede un duplice sforzo, di pensiero strategico e di elaborazione operativa, concreta di proposte praticabili.

Una volta fissato l'obiettivo di lungo periodo di un welfare equo e sostenibile sul piano finanziario e sociale, allora occorre uscire da genericismi ed entrare nel merito delle idee sul tappeto.

Un primo livello consiste nel delineare un *pensiero strategico sul welfare* che possa entrare nei grandi motori di formazione del senso comune, contribuendo a liberare il dibattito pubblico dai vincoli di pregiudizi e posizioni precostituite, spesso fondati su paradigmi sociopolitici superati da tempo dalla dinamica della realtà strutturale e fenomenologica.

Un secondo livello è quello della fissazione di una serie di proposte operative praticabili che possono accompagnare quelle dinamiche socioeconomiche in atto che, più di altre, muovono verso un sentiero di equità e sostenibilità.

Il valore del bilancio di sostenibilità che emerge da questo progetto consiste proprio nella individuazione di elementi di pensiero strategico in grado di diventare componenti della coscienza collettiva e proposte che possano diventare iniziative da attuare.

2. ELEMENTI DI PENSIERO STRATEGICO

Dibattito e iniziativa sociopolitica sul welfare sono da tempo prigionieri di stereotipi tarati su rappresentazioni della protezione sociale che sono molto lontane dal suo concreto funzionamento, come emerge dal bilancio di sostenibilità proposto in questa ricerca.

L'universalismo, la solidarietà, la natura squisitamente pubblica del welfare sono oggi aspetti che hanno subito una evoluzione profonda come messo in luce dalle dinamiche reali evidenziate.

Per questo è importante immettere nel dibattito pubblico riflessioni mature su cosa il welfare concretamente è in questa fase e cosa, presumibilmente, è destinato ad essere nel prossimo futuro se si dispiegano le dinamiche più negative evidenziate.

Ed è importante fissare una serie di risposte a domande semplici che aiutano a delineare il volto di un welfare possibile, in cui la tenuta finanziaria e l'equità non siano obiettivi in contraddizione evidente tra loro.

2.1. *Chi fa cosa...il valore della logica di costellazione*

La prima domanda semplice alla quale occorre dare una risposta in grado di fissare una dimensione strutturale, costitutiva del welfare del futuro è relativa ai soggetti e agli organismi che operano in esso ed eventualmente al ruolo che giocano e devono giocare.

Il welfare italiano è da tempo pluralista, con al suo interno una costellazione di soggetti e processi e con la convivenza di operatori pubblici, *non profit* e *for profit*.

Questa molteplicità di soggetti è presente ad ogni livello, dal finanziamento alla dimensione istituzionale, alla concreta gestione ed erogazione dei servizi e interventi, ed è un valore indiscutibile del sistema a cui si possono essere associate le sue performance migliori.

La costellazione di soggetti e processi va sempre più valorizzata, perché rappresenta una risorsa importante nella costruzione di sentieri di equità e sostenibilità.

Certo rimane ferma la volontà dei cittadini, come emerge anche dall'indagine di popolazione, di avere sempre un ruolo significativo dell'operatore pubblico nei vari ambiti del welfare, sia pure con intensità diversa; tuttavia, è acclarato che il ruolo di operatori for profit e non profit nel sistema non significa la morte del welfare equo.

Lo dimostrano tra l'altro anche i casi di Francia e Svezia che, con modalità diverse, si sono incamminate con decisione verso un welfare pluralista, in cui gli operatori non pubblici possono giocare ruoli significativi, che sia nel finanziamento come nel caso della sanità complementare in Francia o nella gestione dei servizi come nella sanità locale in Svezia.

La logica di costellazione va capovolta in positivo, puntando a valorizzare tutte le opportunità che nei vari segmenti del welfare si aprono facendo giocare più operatori. Come rilevato, ciò vale per la concreta gestione dei servizi, così come per i processi di finanziamento.

E allora una indicazione di pensiero strategico è quella di accompagnare la dinamica di crescente articolazione e pluralismo di soggetti e processi nel welfare.

2.2. Non più solo motore redistributivo, ma pilastro di nuova crescita

La crisi ha reso urgente precisare che tipo di relazione tra welfare e crescita economica deve operare; se infatti si resta ancorati ad una visione tradizionale la crescita economica è il processo che genera nuovo reddito e nuova ricchezza, in particolare attraverso la moltiplicazione delle attività di impresa e l'ampliamento della base occupazionale; il welfare invece è il motore ridistributivo di reddito e ricchezza, garantendo integrazione dei redditi inadeguati e dando copertura alle persone che non riescono comunque a entrare nei nodi di creazione di reddito.

Se prevale tale visione strategica allora non resta che seguire la logica delle politiche di *austerity* che richiedono un drastico taglio delle spese pubbliche, in particolare quelle sociali, considerate improduttive e addirittura perniciose poiché spiazzano usi più funzionali alla creazione di nuovo reddito delle risorse pubbliche.

In realtà, nella crisi è andato maturando un aspetto di pensiero strategico che trova posto anche nella visione della Ue ed è fondato su un *link* positivo, virtuoso tra welfare e crescita economica, laddove la spesa per il sociale diventa veicolo di creazione di imprese, occupazione, valore socioeconomico ampiamente inteso.

L'attenzione va spostata quindi non solo sugli impatti sociali delle spese, ma sui processi di produzione delle prestazioni sociali che, introiettando le tante opportunità delle innovazioni tecnologiche, generano occasioni uniche per creare nuova impresa, per attivare *start up* di qualità, che a loro volta generano occupazione di qualità.

E' la natura stessa della spesa sociale e per il welfare che cambia e si intreccia strettamente con quella di investimento in nuove tecnologie e con la ricerca di nuovi mercati in cui competere e generare valore.

Tutto ciò è possibile se però prevale una logica da *innovazione sociale* che vuol dire praticare una originale e inedita capacità creativa nella produzione di tutele, prestazioni sociali, servizi, progetti di inclusione sociale.

Il tema della longevità costituisce esempio paradigmatico poiché l'aumento delle persone longeve e della domanda di *care* legata alla fragilità e alla non autosufficienza generano un mercato mondiale in cui provare a collocare soluzioni innovative che vanno dalle tante forme di assistenza alla gestione delle terapie farmacologiche, ai tanti ausili e supporti tecnologici che innalzano il livello di autonomia individuale.

La domanda di domiciliarità e residenzialità per longevi apre mercati enormi sui quali è possibile andare a fare impresa, creare valore, produrre nuova occupazione, il tutto finalizzato anche a innalzare la qualità della vita delle persone.

Un secondo elemento di pensiero strategico quindi è altamente impressivo: il welfare può generare crescita economica di qualità per il nostro paese, purché alla logica della spesa corrente si sostituisca quella dell'investimento e dell'innovazione sociale.

2.3. La centralità ineludibile del territorio

Non basta un riferimento rituale al *welfare community*, occorre esplicitare che oggi l'innovazione concreta, operativa, vincente si va svolgendo a livello locale. Dalla sanità alla *Long term care* alla formazione, è sul territorio che vanno maturando *best practice* potenzialmente modellizzabili e trasferibili.

Ed è sul territorio che la logica di costellazione già citata trova modalità concrete per generare una matrice di servizi e prestazioni in linea con le esigenze della domanda sociale; ed è sempre sul territorio che pubblico, privato e *non profit* trovano forme virtuose di interazione.

Ogni logica di ricentralizzazione contrasta con questa spinta verso la comunità e il territorio che ha connotato il welfare in questi anni e che nulla ha a che vedere con le forme istituzionalizzate di *devolution* locale.

Le distorsioni della regionalizzazione in sanità non possono riportare il pendolo dei processi organizzativi e istituzionali verso il centro. Piuttosto, occorre seguire il filo del progressivo adattamento dell'offerta sociale alla domanda, ad esempio guardando ai contesti locali in cui l'integrazione sociosanitaria sta dando risultati positivi anche in relazione al difficilissimo tema della copertura per la non autosufficienza.

Il welfare deve andare verso il territorio, le comunità, perché è a tale livello che è possibile anche fare integrazione dei vari segmenti rompendo quelle suddivisioni per compatti che sempre più contrastano con la trasversalità necessaria dei servizi, laddove si voglia mettere al centro le persone con la complessità dei loro bisogni.

Che sia per rendere più efficienti i processi di gestione dell'erogazione dei servizi ai cittadini o che sia per moltiplicare la creazione di relazioni tra persone con età, sesso e bisogni diversificati, sono la comunità e il territorio le dimensioni su cui puntare. Ogni riverticalizzazione dei processi di welfare è

destinato a generare standardizzazione e spezzettamento dell'offerta con grave danno per i cittadini che più hanno bisogno.

2.4. Il valore della trasparenza

Un tema importante emerso dalla ricerca è quello della necessità di promuovere *trasparenza* nel welfare; nella scarsità di risorse diventano intollerabili frodi e sprechi di ogni tipo e da qui cresce la proposta di una comunicazione trasparente dei costi di welfare, ad esempio delle prestazioni sanitarie, cominciando da quelle più rilevanti come il ricovero in ospedale.

E' stato evidenziato che la proposta ha avuto un consenso largo e trasversale dai cittadini e tutto sommato una valutazione positiva dal sapere esperto variamente coinvolto (dai focus group online alle interviste qualitative).

Sul piano strategico è importante rispondere alla insofferenza verso gli utilizzi inappropriati delle risorse pubbliche, tanto più di fronte alla richiesta di sacrifici rivolta anche a gruppi sociali vulnerabili.

La trasparenza dei costi delle prestazioni consente di valutare con maggiore attenzione i vantaggi che il welfare garantisce e di apprezzarli in modo più consapevole.

D'altro canto, la fine dell'opacità è anche un fattore di responsabilizzazione dei cittadini, perché crea la consapevolezza che le risorse pubbliche generate dalla tassazione e dalla contribuzione sono il pilastro sul quale si costruisce il welfare, a cominciare dalla sanità.

Peraltro la dimensione dei costi affrontati stimola la responsabilità individuale complessiva anche con riferimento, ad esempio, all'adozione di stili di vita adeguati, di forme di prevenzione primaria e secondaria funzionali alla tutela della salute.

La trasparenza è anche veicolo di comparazione semplice dei costi in relazione alle performance e quindi stimolo potenziale alla razionalizzazione delle spese e dei costi da parte delle strutture che erogano prestazioni analoghe.

Il valore della trasparenza vince sui costi che essa può generare, in particolare sulle cosiddette *distorsioni*, come ad esempio un pericoloso incentivo alla

riduzione dei costi a danno della qualità o la connessa potenziale colpevolizzazione dei malati.

La trasparenza dei costi delle prestazioni costituisce un modo intelligente di rispondere alla stanchezza diffusa a livello sociale per l'uso distorto delle risorse pubbliche, perché parte dal concetto di appropriatezza; non tagli lineari, ma attenta attribuzione dei costi alle prestazioni, così da mettere i cittadini nelle condizioni di valutare se l'utilizzo delle risorse è motivato o meno.

D'altro canto, la trasparenza rende merito al welfare come sistema che genera benessere e qualità della vita e da un certo punto di vista produce *senso* civico. La trasparenza dei costi di produzione delle prestazioni sanitarie e di welfare non diventa un meccanismo per imputare ai singoli i costi delle cure, ma piuttosto un modo per:

- mostrare il senso concreto, sostanziale, della spesa pubblica per il welfare;
- indicare a ciascun cittadino tramite il costo delle prestazioni l'utilità di fatto di una spesa pubblica impiegata in modo appropriato;
- stimolare forme di razionalizzazione e innalzamento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

D'altro canto la trasparenza include anche un concetto più ampio che è quello della rendicontazione dell'utilizzo delle risorse verso i cittadini che pagano le tasse.

In questa prospettiva, la modernizzazione del welfare deve andare oltre la visibilità dei costi di produzione per arrivare a mettere a disposizione nel lungo periodo i risultati, gli esiti delle prestazioni sanitarie nelle varie regioni. Solo così sarà completo il nesso tra tassazione, spesa pubblica e benessere dei cittadini e delle comunità.

Anche l'analisi delle esperienze svedesi e francesi mostra come alla insofferenza crescente dei cittadini per una tassazione mal utilizzata si risponde con un innalzamento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e con una maggiore trasparenza sui costi di produzione, cosa che consente sia di generare consenso sociale sul welfare che di stimolare virtuosi processi di contenimento dei fattori inflattivi della spesa che derivano da inefficienze, sprechi ed impieghi inappropriati delle risorse stesse.

2.5. Universalismo selettivo tra bisogni e redditi

Esiste una proposta che da tempo ha un consenso trasversale nella pubblica opinione e tra gli esperti: fissare una contribuzione al costo dei servizi e delle prestazioni del welfare in rapporto al reddito di chi li utilizza.

Il successo di questa proposta è strettamente legato all'evoluzione di una capacità reale di accertamento della fiscalità dovuta. Nella percezione collettiva infatti occorre garantire copertura sociale alle persone che non hanno sufficiente disponibilità di reddito e tuttavia è indispensabile evitare frodi e furbizie varie che finiscono per generare un senso di iniquità pericoloso per la stessa legittimità del sistema di welfare.

Sul piano del pensiero strategico questa idea innesta un percorso concreto per oltrepassare sterili contrapposizioni tra visioni economiciste che tagliano fuori l'equità e visioni pseudosolidaliste che accantonano la questione chiave del “*chi e come si paga*”.

Ovviamente la partecipazione più alta richiesta ai cittadini va affiancata ad una attenta valutazione della dimensione della tassazione, altrimenti c'è il rischio di un incremento di fatto del costo per famiglie del welfare in un momento in cui i budget familiari sono già sotto la pericolosa pressione di voci di costo crescenti di ambiti diversi.

Far coesistere criteri di reddito e criterio di utilizzo è nella fase attuale una scelta importante per modernizzare il nostro welfare, tuttavia va attentamente calibrato l'impatto sui bilanci familiari laddove non si verifichi in contemporanea un contenimento della pressione fiscale.

La sostenibilità economica del sistema di welfare non può più essere ricostruita spostando costi dal pubblico ai privati perché la ricerca mostra come la sostenibilità delle famiglie oggi sia precaria e lo stesso welfare rischia di contribuire a far scendere sotto la soglia delle tenuta le famiglie che oggi sono al margine.

2.6. Il multipilastro anche nel finanziamento

Come può garantirsi la propria salute finanziaria il welfare del futuro? Come può integrare risorse pubbliche inferiori ai fabbisogni sociali? In primo luogo efficientando la produzione di prestazioni, poi mettendo in gioco altre forme di finanziamento.

Infatti è cresciuta negli ultimi anni nel nostro paese la consapevolezza della necessità di promuovere modalità alternative di finanziamento del welfare, a cominciare dalla copertura delle spese che ciascuna famiglia è costretta a fare di tasca propria.

E' ormai radicata nella esperienza sociale la convinzione che il costo del welfare è coperto solo in parte dalle risorse pubbliche, mentre è alto il contributo di fatto che viene dal privato, dalle famiglie, a cominciare dalla sanità sino alla non autosufficienza.

Prevale una individualizzazione di fatto del rischio, che trasferisce sulle persone e sulle famiglie che subiscono l'insorgenza dell'evento il costo della materializzazione del rischio e che, quindi, trasforma le spese per il welfare delle famiglie in altrettante voci di finanziamento di prestazioni correnti.

Non c'è più risparmio e accumulazione nel tempo, né trasferimento intertemporale e intergenerazionale di risorse orientato alla copertura di bisogni sociali e rischi; ovviamente questo costituisce un aspetto che ha importanti implicazioni socioculturali e che richiede anche un rilancio su tale livello del valore dell'investimento individuale orientato al futuro e alla copertura dei rischi sociali rispetto all'idea consumerista del *tutto il reddito per il consumo adesso* che la crisi peraltro ha reso molto difficile da praticare.

D'altro canto è difficile rilanciare un risparmio finalizzato, orientato al sociale, in grado di vincere sulla tentazione consumerista se non beneficia di un fisco *amico*, stimolante, in grado di offrire incentivi adeguati.

E' questa una dimensione quasi epocale rispetto alla cultura collettiva del nostro Paese; si tratta di vincere antichi riflessi condizionati ideologici che stentano a fare i conti con la realtà di una spesa privata per welfare che dalla

sanità alla *Long term care* ha ormai raggiunto livelli molto elevati e preme su budget familiari in piena pressione.

Non sorprende che all'incremento delle voci di spesa che si accendono nei bilanci familiari in presenza di una prestazione di welfare si affianca anche la crescente tendenza alla rinuncia di tutte quelle prestazioni che non sono considerate urgenti e stringenti.

Ne è testimonianza l'odontoiatria, mercato letteralmente evaporato nel periodo di crisi con una drastica riduzione delle visite a pagamento e quote particolarmente elevate di cittadini che rinunciano alle cure odontoiatriche.

2.7. Il valore dell'obbligatorietà per grandi rischi di massa

Di fronte alla difficoltà di praticare accumulazione di reddito, a causa della ridotta disponibilità di risorse e delle inclinazioni socioculturali, è probabilmente utile stimolare una soluzione sul modello tedesco - e in parte olandese - per grandi rischi potenzialmente spalmati su comunità enormi di cittadini, di rendere obbligatoria l'assicurazione sociale contro tale rischio.

E' un'opzione forse estrema, da accompagnare con una narrazione molto efficace e stringente sulla sua necessità.

E' importante mettere in evidenza anche la dimensione socioculturale della scelta obbligatoria, perché vuol dire rimettere al centro dell'attenzione e della pratica collettiva il risparmio finalizzato di lungo periodo, nonché un rapporto con la gestione delle risorse, tanto più se sono scarse, in cui il valore della costruzione del futuro fa premio su quello del consumo immediato che non costruisce.

Sul piano del pensiero strategico diventa cruciale la dimensione socioculturale di centralità del lungo periodo, dal risparmio finalizzato, di una nuova stagione di investimenti individuali di tutela ad alto impatto sociale.

2.8. Tanti soggetti, stesse regole

Dall'operatore pubblico ai Fondi sanitari integrativi alle imprese assicuratrici, l'armonizzazione fiscale e di adempimenti diventa un presupposto non solo per far funzionare bene il mercato, ma per generare offerte più convenienti e vantaggiose per i cittadini.

Non si tratta di dare libero sfogo a logiche di mercato, ma di creare clima, contesto e regole utili alla proliferazione virtuosa dell'offerta.

Le differenze introducono complessità, oltre che costi, e rendono l'offerta opaca, inintellegibile per i cittadini, che invece hanno bisogno di semplicità, rapidità di lettura e comprensione di quello che hanno potenzialmente a disposizione.

Certo, occorre accompagnare i cittadini nell'operare in mercati trasparenti, intellegibili, soprattutto se luogo di scambio di tutele sociali; ma proprio per questo occorre evitare scatole cinesi di differenze tra i soggetti di offerta che poi condizionano contenuto, qualità e confrontabilità dei prodotti.

Non va mai dimenticata l'asimmetria che regna in mercati sociali in cui la domanda promana da gruppi sociali fragili e vulnerabili.

3. PROPOSTE OPERATIVE SULLE QUALI CONFRONTARSI

A partire dagli scenari costruiti è utile analizzare la *proponibilità sociale* di alcune idee concrete, vale a dire la praticabilità di alcune proposte per un welfare equo e sostenibile.

La ricerca in pratica ha permesso di delineare una sorta di agenda costruita non *per linee esterne*, ma a partire da una riflessione operativa sulle dinamiche della società e delle tutele sociali, con obiettivo l'accompagnamento di quelle più positive, virtuose, suscettibili di evolvere verso un welfare equo e sostenibile.

Quindi al fianco del pensiero strategico sono state individuate una serie di iniziative concrete praticabili e, nel lungo periodo, con un effetto benefico anche sulla dimensione strategica.

Di seguito l'elenco delle proposte emerse dalla ricerca e che auspicabilmente dovrebbero essere collocate al centro del percorso di confronto e riflessione tra gli *stakeholder*:

- promuovere infrastrutturazione sociale con investimenti in servizi e presidi, piuttosto che in erogazioni monetarie;
- riconvertire i piccoli ospedali in presidi per residenze e servizi di assistenza territoriale;
- attivare strumenti di un fisco *prowelfare*, che promuove premiando gli investimenti delle famiglie negli strumenti di autotutela;
- fissare per tutti i soggetti (assicurazioni, mutue, ecc.) che operano sui mercati delle tutele sociali le stesse regole su fisco, prodotti, modalità di azione, ecc.;
- introdurre l'obbligatorietà della *Long term care* come assicurazione sociale;
- promuovere una comunicazione trasparente dei costi di prestazioni sanitarie, a cominciare da prestazioni sanitarie come il ricovero in ospedale (costo intervento, infermieri, ecc.);

- optare per una politica di compartecipazione finanziaria degli utenti ai servizi modulata sul reddito e le condizioni socioeconomiche degli utilizzatori;
- promuovere campagne di comunicazione per fare conoscere gli strumenti dei pilastri non pubblici del welfare.