WELFARE, ITALIA
LABORATORIO PER LE NUOVE POLITICHE SOCIALI

Integrare il welfare, sviluppare la white economy

Roma, 9 luglio 2014

Unipol GRUPPO

CENSIS

INDICE

Premessa - Welfare Italia, più strumenti per famiglie e persone 1

1. Integrare il welfare, generare nuova economia 2

   1.1. Per un sistema di protezione sociale più efficace ed efficiente 2
   1.2. La domanda crescente di cure e assistenza 3
   1.3. Tutto il valore della white economy 11

2. Strumenti di copertura integrativa per un welfare più efficace 15

   2.1. Le famiglie in un contesto sociale di fragilità 15
   2.2. Colmare la domanda inevasa di cure per generare nuova crescita 19
   2.3. Ridefinire e riposizionare l'offerta di strumenti di sanità integrativa 23
   2.4. L'approccio agli strumenti di previdenza integrativa 27

Premessa
Welfare Italia, più strumenti per famiglie e persone

La collaborazione fra Censis e Unipol ha dato vita, dal 2010, a un programma di riflessione e proposta sulle tematiche del *welfare*, nella comune convinzione che si debba sviluppare anche nel nostro Paese un più avanzato modello di sicurezza sociale, in cui le famiglie e gli individui possano ritrovare il massimo possibile di soddisfazione ai propri crescenti bisogni. Poiché il welfare tradizionale è messo in discussione dalle tendenze demografiche e dalla critica condizione in cui versa il bilancio statale, è indispensabile utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Da un'integrazione degli strumenti pubblici con il mercato sociale privato può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale, utile a risollevare l'Italia dalla prolungata stagnazione.

Il documento che segue propone sinteticamente alcuni spunti e temi di riflessione proprio sulle opportunità derivanti da una maggiore e migliore integrazione tra *welfare* pubblico ed intervento privato, individuando le condizioni affinché tale processo possa generare vantaggi per i singoli individui ma anche per l'intera collettività, ridisegnando i confini dell'economia dei servizi sanitari, previdenziali e alla persona.

La prima parte del *paper* delinea il quadro complessivo dei possibili processi di integrazione del *welfare*, specie in campo sanitario. E' un quadro in cui la domanda di cure mediche e di assistenza appaiono destinate ad una crescita progressiva, ma a cui il sistema pubblico non è in grado di dare risposte esaurienti.

Il Rapporto si sofferma, inoltre, sulle caratteristiche, sul perimetro di azione e sulle prospettive di sviluppo dell'economia della salute, del benessere e dell'assistenza, definita come *white economy*.

La seconda parte, attraverso l'interpretazione sintetica dei risultati dell'indagine realizzata dal Censis per Unipol nel maggio 2014 su un campione esteso di famiglie, fornisce elementi utili a comprendere l'attuale impatto della crisi sulla domanda di salute e assistenza anche in relazione alle più generali condizioni reddituali delle famiglie italiane.

Con particolare attenzione viene, infine, analizzato l'approccio che tuttora gli italiani manifestano verso gli strumenti integrativi di protezione sociale.

1. Integrare il welfare, generare nuova economia

1.1. Per un sistema di protezione sociale più efficace ed efficiente

Gran parte delle economie avanzate registra da tempo una domanda crescente di protezione sociale. Ciò vale, in particolare, per l'Italia in cui la spesa sanitaria, per assistenza e previdenza ha continuato ad aumentare, nonostante la prolungata fase di crisi ed i vincoli stringenti alla spesa pubblica imposti negli ultimi anni.

L'allungamento delle aspettative di vita, il marcato invecchiamento della popolazione, le previsioni di incremento di disabilità, lasciano immaginare che, negli anni a venire, *l'incremento della domanda di sanità e di assistenza potrebbe proseguire a ritmi serrati* determinando una crescita della spesa per cure. Si pone così il problema, inaggirabile, di conciliare il diritto di ognuno a cure e assistenza, con i limiti imposti dai processi di razionalizzazione della spesa pubblica.

Tra il 2007 e il 2013 la spesa sanitaria pubblica è praticamente rimasta invariata, con un +0,6% in termini reali. Cresce, viceversa, la spesa sanitaria privata a ritmi più che doppi rispetto a quella pubblica. Se si guarda il tutto dal lato dei consumi, il dato è ancora più sorprendente. Tra il 2007 ed il 2013, ad esempio, la spesa complessiva delle famiglie, in termini reali, ha registrato una flessione del 7,6%, mentre la voce "sanità" (spese per medicinali, servizi ambulatoriali e ospedalieri) è l'unica (insieme alle spese per le utenze domestiche) ad essere aumentata, con un +3,1%. Se da un lato, dunque, si razionalizza la spesa alimentare e si riduce tutto ciò che è considerato superfluo, alle cure non si rinuncia, anzi verosimilmente la loro domanda sarà in crescita.

Integrare pubblico e privato diviene, così, un'opportunità rilevante, per compensare una domanda cui la sola sfera pubblica non è più in grado di fare fronte. La presenza di operatori privati specializzati e qualificati sia nel campo delle prestazioni sanitarie che dell'assistenza (con servizi resi accessibili attraverso strumenti assicurativi integrativi), peraltro, permette di allargare il perimetro di un settore ad alto valore aggiunto, ovvero quello della così detta *white economy*, il *cluster* dei servizi, dei prodotti, delle tecnologie e delle professionalità per la cura e la tutela della salute, oltre che per l'assistenza personale. Oggi si stima che la *white economy* in Italia generi oltre 186 miliardi di valore della produzione e impieghi più di 2,7 milioni di addetti, tra personale medico, paramedico, addetti a servizi socio-assistenziali, addetti alla ricerca, addetti nelle produzioni del biomedicale, addetti all'industria farmaceutica.

Ma integrare può e deve significare, anche, attivare un percorso di razionalizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie.

Per rendere più concreto il discorso è possibile fare qualche esempio. Come si vedrà nelle pagine che seguono, la prima motivazione per cui le famiglie italiane oggi sono spinte a ricorrere massicciamente a prestazioni sanitarie pagate di tasca propria (*out of pocket)* è rappresentata dai lunghi tempi di attesa per accedere al servizio pubblico (non è la qualità del servizio pubblico ad essere messa in discussione). Il settore pubblico, dunque, pur offrendo servizi di buona qualità non è in grado sempre di rispettare criteri di efficienza, cui è possibile sopperire solo con un'offerta compensativa privata. Un secondo esempio è quello dell'assistenza domestica tramite badanti a persone anziane o

disabili, la cui domanda è decisamente in crescita, ma la cui offerta appare scarsamente coordinata, poco controllata in termini di professionalità e con forme di diffusa irregolarità lavorativa.

Coordinare, razionalizzare, rendere rapidamente accessibili i servizi di cura e la diagnostica, controllare e innalzare il livello qualitativo di alcuni servizi oggi caratterizzati da un limitato livello di professionalizzazione degli addetti (l'assistenza domestica è l'esempio paradigmatico) può essere un compito che, operatori privati qualificati possono effettuare, certamente nel rispetto di almeno tre condizioni essenziali:

- ✓ agire in una prospettiva di integrazione collaborativa (e non di sostituzione) con il settore pubblico;
- ✓ garantire e tutelare i diritti di chi accede alle cure ed alle prestazioni, a costi accessibili;
- ✓ essere sottoposti al controllo di organismi pubblici di vigilanza.

Il percorso che le politiche di protezione sociale, specie nella componente sanitaria e di assistenza, oggi hanno di fronte appare, dunque, di grande complessità, ma anche ricco di opportunità. La strada dell'integrazione tra pubblico e privato, in presenza di vincoli di spesa molto stringenti, appare come una delle poche strade percorribili per rispettare il principio di garantire a tutti il diritto di cure appropriate in modo efficace, nel contempo alimentando un sistema, quello della *white economy*, che può rappresentare un *driver* per lo sviluppo e l'occupazione del sistema Paese.

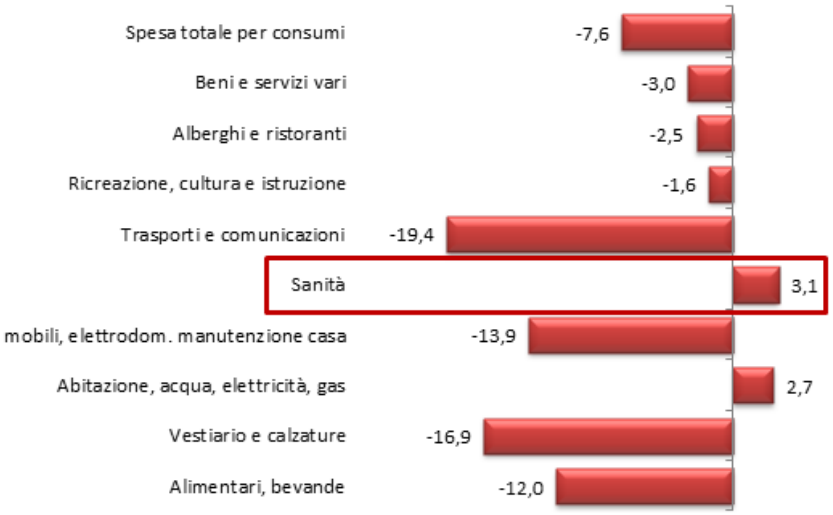
1.2. La domanda crescente di cure e assistenza

La domanda di cure e di assistenza che l'Italia ha di fronte difficilmente si manterrà nel medio e lungo periodo su livelli stabili; viceversa, lo scenario più plausibile sembra contrassegnato da una richiesta crescente di accesso a cure mediche, esami diagnostici oltre ad una forte richiesta di assistenza per determinati segmenti in espansione della popolazione, a cominciare dall'ampia categoria di persone disabili fino agli anziani destinatari di trattamenti di *long term care*.

Pochi dati sono sufficienti a definire i termini della questione.

In un quadro di crisi economica pervasiva, la rimodulazione al ribasso dei budget familiari ha riguardato tutte le voci di spesa ad eccezione di quelle per la salute e poche altre. Tra il 2007 ed il 2013, come indicato in precedenza, la spesa delle famiglie si è ridotta, in termini reali del 7,6%, con una flessione piuttosto marcata di voci quali trasporti e comunicazione (-19,4%), mobili ed elettrodomestici (-13,9%), vestiario e calzature (-16,9%), alimentari e bevande (-12%), a cui è *corrisposto, tuttavia, un incremento del 3,1% per cure mediche, esami diagnostici, spese per la salute in generale* (**fig. 1**). Si rinuncia sempre più al superfluo e si ridefiniscono le priorità di consumo, spesso risparmiando su spese essenziali, ma alle cure mediche difficilmente si rinuncia, anche perché spesso condizionate da situazioni di urgenza e necessità.

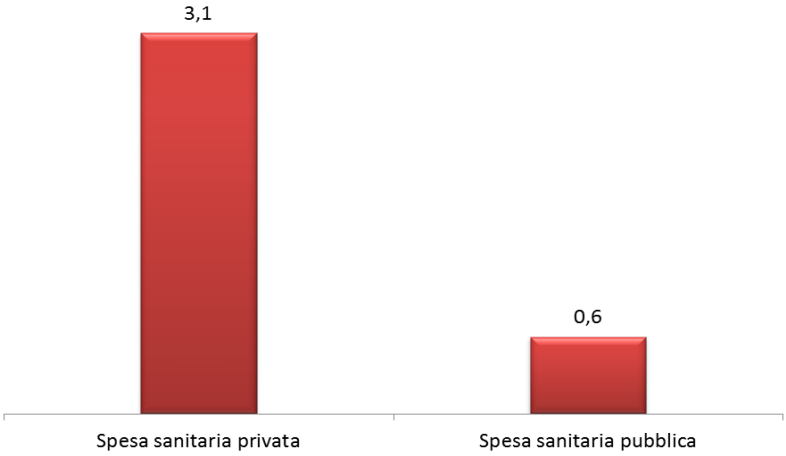
Fig. 1 - Variazione % della spesa per consumi delle famiglie italiane in termini reali, 2007-2013



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Questo fenomeno di incremento dell'*out of pocket* appare, per molti versi, il portato di un processo di forte razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria pubblica, quest'ultima cresciuta in termini reali, nel medesimo periodo, appena dello 0,6% (**fig. 2**).

Fig. 2 - Variazione % della spesa sanitaria pubblica e privata in termini reali, 2007-2013



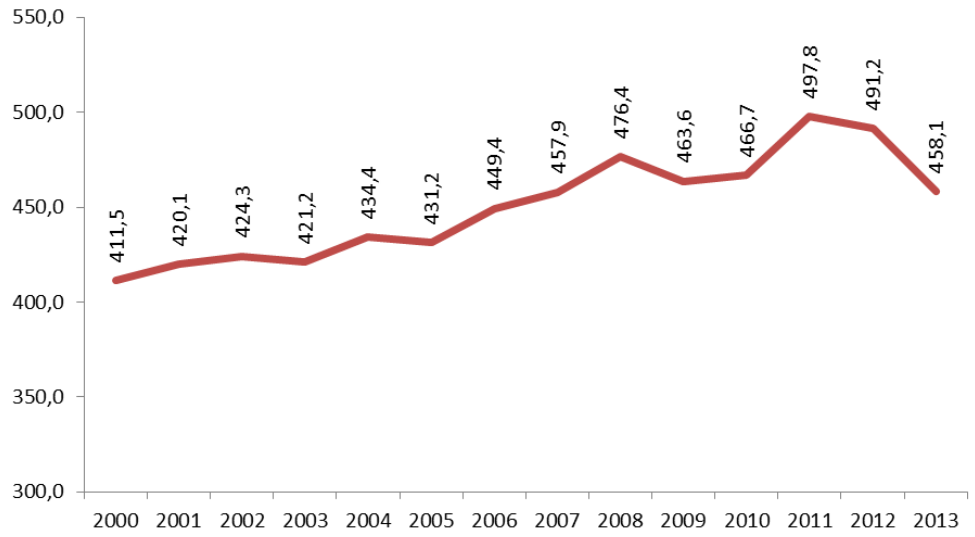
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

E' da tempo in atto, dunque *un fenomeno compensativo*, tale per cui al contenimento della spesa pubblica, si sopperisce con l'impiego di risorse familiari, quota che resta certamente una parte minoritaria del totale, ma comunque rilevante, attualmente il 20% della spesa sanitaria pro-capite complessiva, allo stesso livello di Paesi come la Germania e la Francia. Questo fenomeno compensativo appare abbastanza evidente e spinge a molteplici considerazioni, in particolare sulle ragioni per cui si ricorre all'*out of*

pocket e sul ruolo che strumenti di sanità integrativa possono svolgere a fronte di un incremento di questa particolare tipologia di spesa.

Il *trend* della spesa sanitaria pro-capite in Italia è stato a lungo crescente, con un rallentamento evidente solo negli ultimi due anni, probabilmente per effetto dell'acuirsi della crisi. Tra il 2007 ed il 2011 - il momento in cui si è registrata la spesa privata pro-capite più elevata degli ultimi 10 anni - l'incremento è stato in Italia del 9% (in termini reali), per poi ritornare nel 2013, grosso modo, agli stessi livelli del 2007. Se si osserva l'andamento nel lungo periodo, la forte spinta in avanti della spesa sanitaria privata è evidente, con un incremento dell'11% in termini reali tra i primi anni 2000 e oggi (**fig. 3**). Attualmente la spesa sanitaria privata ammonta a 26,9 miliardi di euro e quella pubblica ammonta a 108,8 miliardi di euro.

Fig. 3 - Spesa sanitaria privata pro-capite, euro correnti, 2000-2013

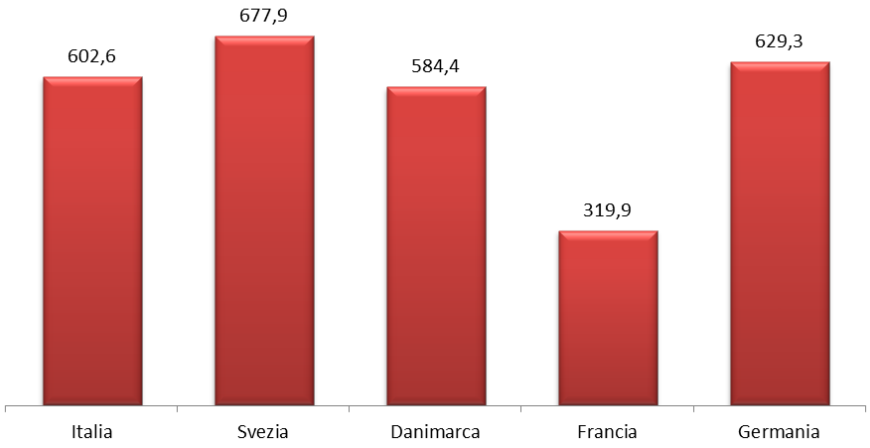


Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La spesa *out of pocket* pro-capite in Italia si attesta, inoltre su livelli non eccessivamente distanti da quelli registrati in Paesi i cui livelli di reddito sono sensibilmente più elevati ed i cui sistemi di *welfare* pubblico sono riconosciuti come particolarmente efficienti. L'*out of pocket* pro-capite, a parità di potere d'acquisto, in Italia è superiore a ciò che si registra in Francia e non molto distante dai valori registrati in Germania e in Danimarca. Anche con la Svezia la distanza non è abissale (**fig. 4**). Il livello piuttosto elevato e crescente dell'*out of pocket*, in sostanza, non appare inversamente correlato al grado di efficienza del *welfare* pubblico (maggiore efficienza del welfare pubblico = minore spesa sanitaria privata), ma quasi indipendente da esso. In tutte le economie avanzate e, forse, ancor più in Italia, la spesa sanitaria privata tende a essere piuttosto sostenuta sia per compensare la caduta di offerta pubblica, ma anche perché *la domanda di benessere è consustanziale agli stili di consumo e sarà probabilmente destinata a espandersi ulteriormente*. Il *trend* di crescita della spesa *out of pocket* sostenuta dalle famiglie ha, inoltre, riguardato le principali economie avanzate, anzi nei Paesi in cui il *welfare*

pubblico risulta più efficiente, la componente privata ha registrato livelli di incremento ancora più sostenuti che in Italia (**fig. 5**).

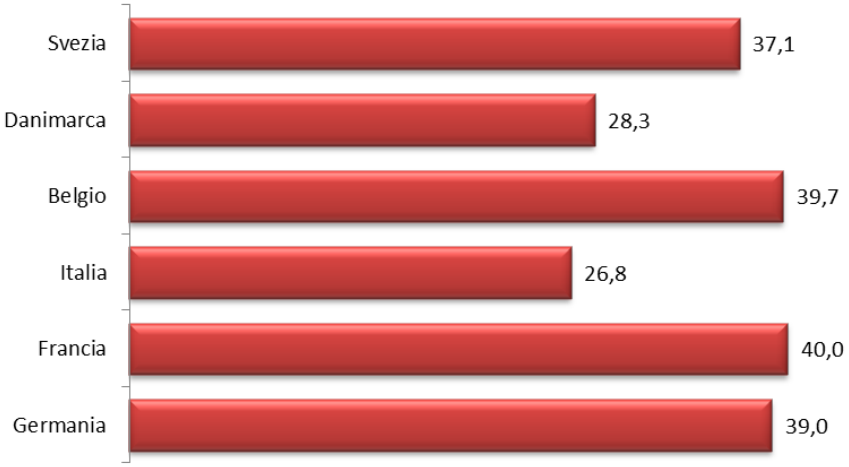
Fig. 4 - Spesa sanitaria privata pro-capite, dollari Usa a parità di potere d'acquisto*, 2012



(*) per il confronto a parità di potere d'acquisto non sono disponibili dati in euro

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

Fig. 5 - Variaz. % della spesa sanitaria out of pocket pro-capite a parità di potere d'acquisto, 2005-2012



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

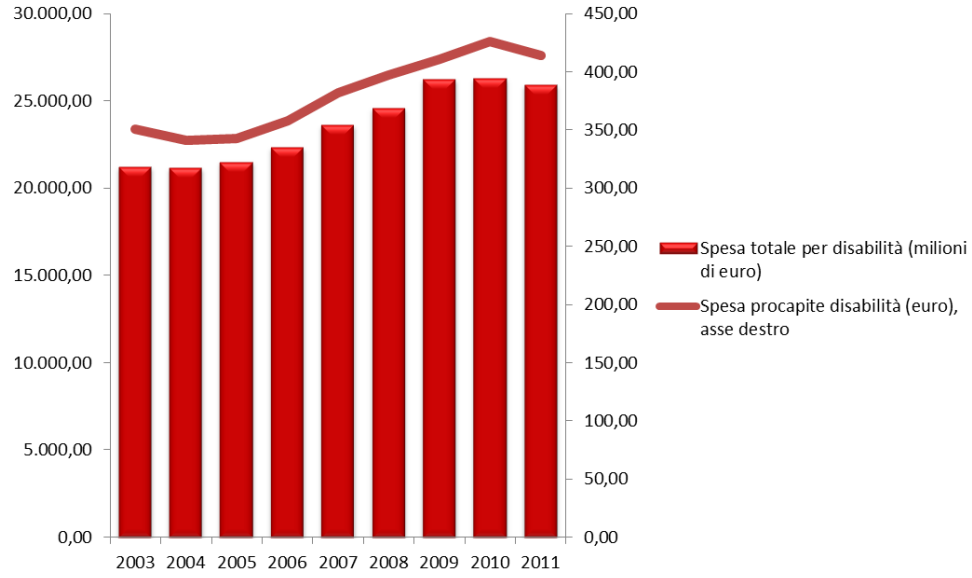
Non è facile fare considerazioni sui dati di confronto internazionale, tuttavia le informazioni disponibili spingono a ritenere che, come oggi accade nella grande maggioranza delle economie avanzate, anche in Italia la domanda di prevenzione, cura e riabilitazione rientra nel paradigma dei nuovi stili di vita; una domanda che, peraltro, ricerca un'offerta adeguata. Inoltre, se la spesa *out of pocket* è considerevolmente aumentata negli ultimi anni in Paesi in cui l'offerta pubblica presenta elevati livelli di copertura e si dimostra particolarmente efficiente, è difficile pensare che in Italia, dove

le carenze del sistema pubblico spingono a compensare ricorrendo al privato, proprio la domanda di cura e di assistenza private tenderà a non espandersi ulteriormente.

La dinamica di crescita, nel breve e medio periodo, appare verosimile anche sul fronte dell'assistenza. Disabilità e assistenza domiciliare integrata (*long term care*), in particolare, sono ambiti in cui la combinazione tra pubblico e privato può rappresentare una *risposta efficace a bisogni crescenti*.

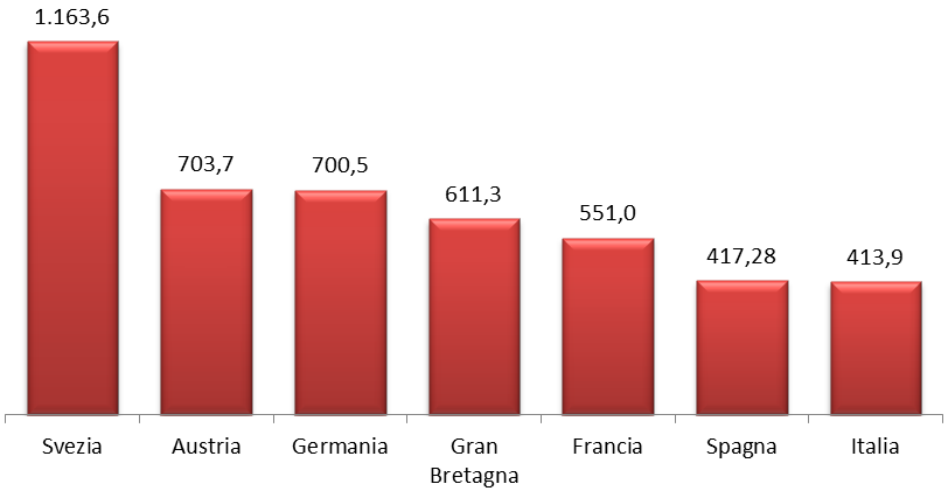
La spesa per disabilità nel nostro Paese ha registrato negli ultimi anni un incremento costante, sia in termini complessivi, che pro-capite (**fig. 6**). Tra il 2003 ed il 2011, l'incremento in termini reali in Italia è stato superiore al 20%, con una spesa complessiva pubblica passata da 21,2 miliardi di euro a quasi 26 miliardi. Eppure la spesa pro-capite italiana, se messa a confronto con i principali Paesi europei, si attesta su livelli piuttosto contenuti, considerevolmente più bassa rispetto ciò che si registra in Francia, in Germania, oltre che ovviamente nell'area scandinava, ma anche più contenuta rispetto a Paesi come la Spagna (**fig. 7**). Il Censis, inoltre, stima che 4,1 milioni di persone in Italia siano attualmente portatrici di disabilità (6,7% della popolazione), che nel 2020 potrebbero diventare 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040.

Fig. 6 - Spesa totale e pro-capite per disabilità in Italia, in termini reali, 2003-2011



Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

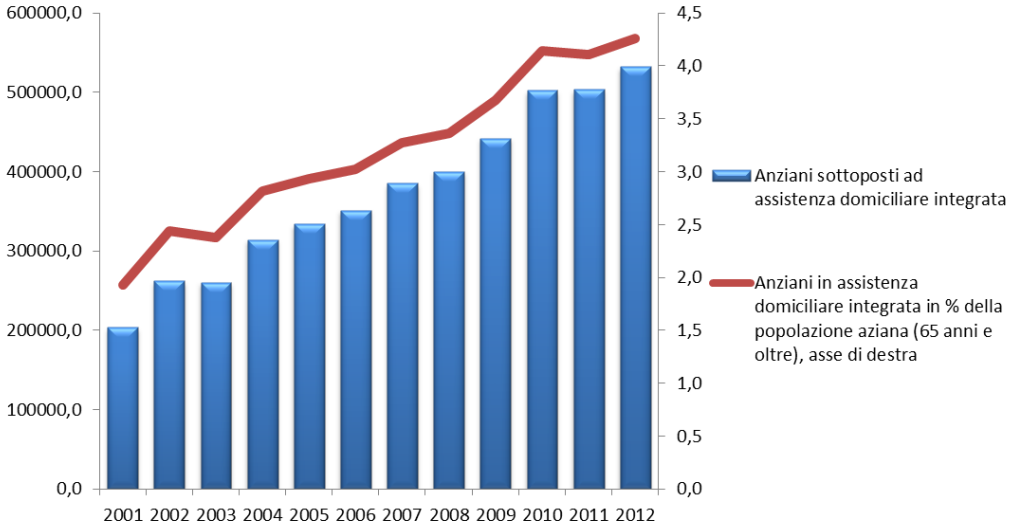
Fig. 7 - Spesa per sostegno alla disabilità pro-capite, euro a parità di potere d'acquisto, 2011



Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Un discorso simile può essere fatto per la popolazione anziana, la cui domanda di cure, trattamenti e soprattutto assistenza integrata, di tipo domiciliare o in strutture specializzate, sembra essere vertiginosamente aumentata negli ultimi anni. Solo per avere un'idea di come *la domanda di assistenza stia evolvendo e delle molte risposte che, a bisogni crescenti, gli strumenti e gli operatori del welfare devono dare*, è possibile citare i dati sul *long term care*. In Italia gli anziani sottoposti ad assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200.000 nei primi anni 2000 ad oltre 532.000 rilevati nel 2012 (**fig. 8**); si è passati in sostanza dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%.

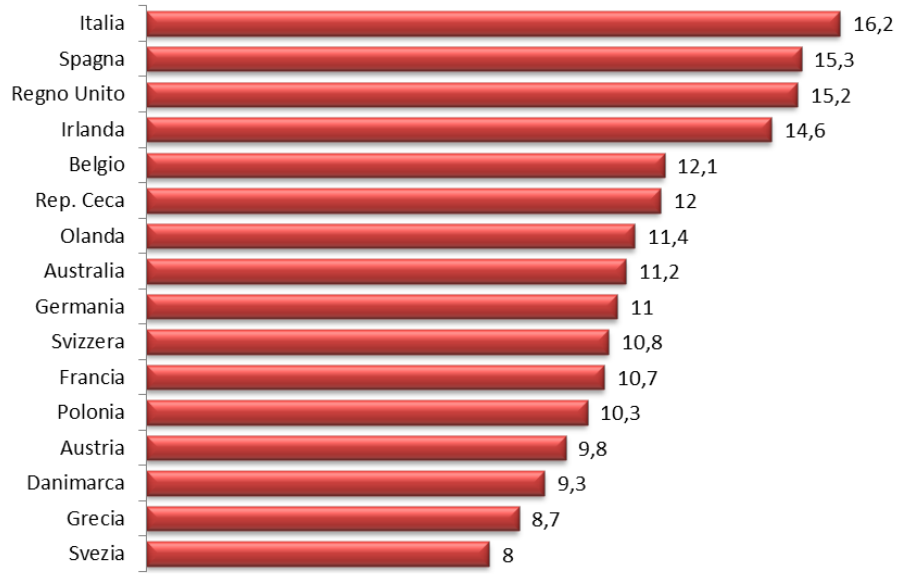
Fig. 8 - Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) in Italia, 2001-2012



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

L'Ocse stima che in Italia la spesa complessiva per anziani sottoposti a *long term care* sia pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 tale incidenza potrebbe attestarsi al 4%, date le dinamiche socio-demografiche che caratterizzano il Paese. Inoltre, nell'area Ocse, l'Italia è il Paese con la più elevata percentuale (sulla popolazione) di familiari e amici che prestano in modo continuativo assistenza a persone disabili (**fig. 9**), con costi sociali che probabilmente potrebbero essere mitigati o del tutto eliminati attraverso un'offerta, anche da parte di operatori privati, di servizi di assistenza facilmente reperibili, caratterizzati da elevati livelli di professionalità e a costi non elevati.

Fig. 9 – Quota percentuale (sul totale della popolazione) di persone che in qualità di familiare o amico presta in modo continuativo assistenza a persona anziana o disabile, 2010



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

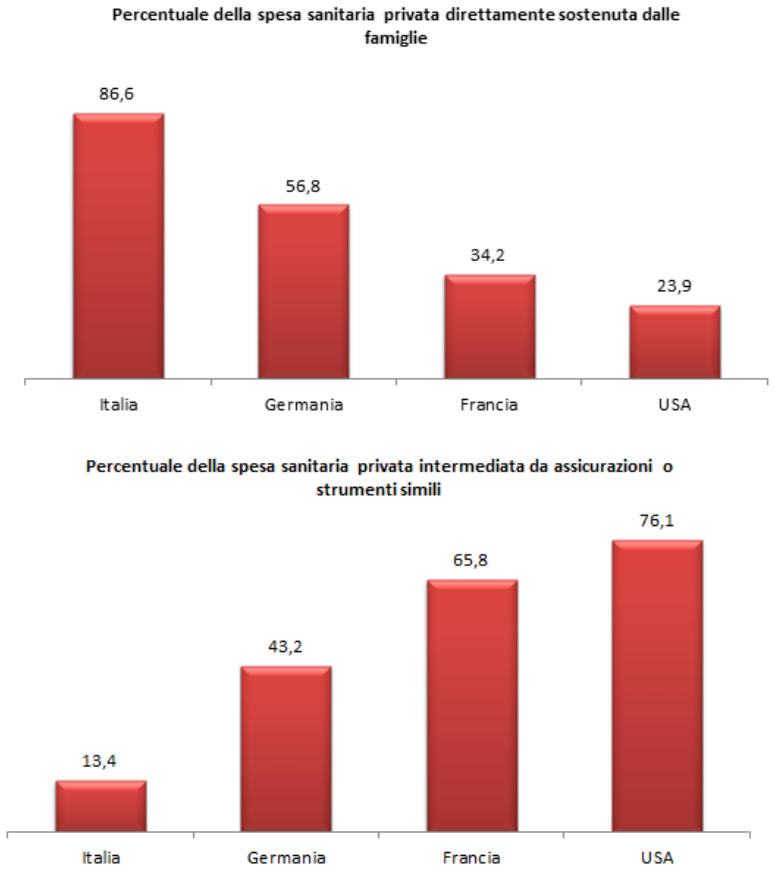
Se è piuttosto evidente che la sola offerta pubblica e la sola spesa pubblica non possono fare fronte a bisogni crescenti, come nel caso dell'assistenza domiciliare integrata destinata a una popolazione anziana in crescita, *l'idea di un'integrazione* tra offerta pubblica e strumenti assicurativi (che permettano di sottoscrivere polizze a costi accessibili per poter godere in futuro di servizi di assistenza, di cura e di *long term care*) e di intermediazione organizzata e professionale di servizi, diventa quanto mai attuale.

L'Italia, inoltre, resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa *out of pocket* intermediata, ovvero coperta da assicurazioni di tipo integrativo o da strumenti simili, rappresenta una quota molto bassa del totale della spesa sanitaria "di tasca propria". L'Ocse stima che in Italia l'*out of pocket* intermediato sia appena il 13,4% del totale, a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, 76,1% degli Stati Uniti (**fig. 10**). Si tratta di un dato che fa molto riflettere e che lascia immaginare lo spazio che esiste per allargare il perimetro di azione sia del pubblico che degli operatori privati, ma soprattutto per ridisegnare gli equilibri tra i due attori.

Occorre naturalmente stabilire le modalità precise per attivare tale percorso di integrazione, non tralasciando che molti fenomeni di cambiamento socio-demografico variano ed assumono sfumature differenti a seconda dei territori in cui si articola il Paese. Coinvolgere, pertanto, gli Enti territoriali nella definizione di *processi di*

integrazione pubblico-privato, ma soprattutto coinvolgerli nella definizione di strumenti integrativi di *welfare* può essere una pista di lavoro per attivare servizi maggiormente rispondenti ad uno scenario in cambiamento. In questa prospettiva si pongono le proposte, di alcuni operatori privati, *in primis* Unipol, di attivare fondi sanitari integrativi di tipo territoriale, con una forte compartecipazione degli Enti locali.

Fig. 10 -Distribuzione percentuale della spesa sanitaria privata in base alla modalità di pagamento, 2005



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

Vale la pena, infine, sottolineare che i dati ai quali finora si è fatto riferimento non solo confermano una domanda crescente i di cure e assistenza, ma per alcuni versi, indicano la presenza di una *domanda spesso inevasa*, frutto di un doppio fenomeno:

- ✓ da un lato un fabbisogno di cure e assistenza non coperta da prestazioni pubbliche e che, gioco forza, viene convogliata verso il settore privato;

- ✓ ma nello stesso tempo parte di questo processo di indirizzo verso il settore privato non viene finalizzato, poiché un numero consistente e crescente di famiglie rinuncia a visite e cure private, tagliando sulla spesa sanitaria. Il Censis stima che circa il 48% dell'ampia platea di famiglie che negli ultimi due anni ha o avrebbe avuto necessità di cure specialistiche o di esami diagnostici privati, ha rinunciato almeno

una volta a tale spesa per poter risparmiare non trovando, peraltro, risposta neanche nel servizio sanitario pubblico.

Oltre che la negazione di un diritto alla cura, si tratta, per molti versi, di una perdita di valore, a causa della mancata erogazione di servizi che avrebbero, viceversa, potuto alimentare il sistema economico e che potrebbero essere sostenuti attraverso strumenti privati integrativi di *welfare*.

Captare e soddisfare una tale domanda di cure, altrimenti persa, organizzandola adeguatamente attraverso l'intermediazione di soggetti professionali organizzati in un mercato sociale trasparente, è una delle sfide più immediate che il sistema Paese dovrebbe affrontare.

1.3. Tutto il valore della white economy

Trovare risposte alla richiesta crescente di cure ed assistenza, anche attraverso processi di maggiore integrazione tra tipologie diverse di offerta pubblica e privata, rappresenta un'opportunità di sviluppo per il futuro.

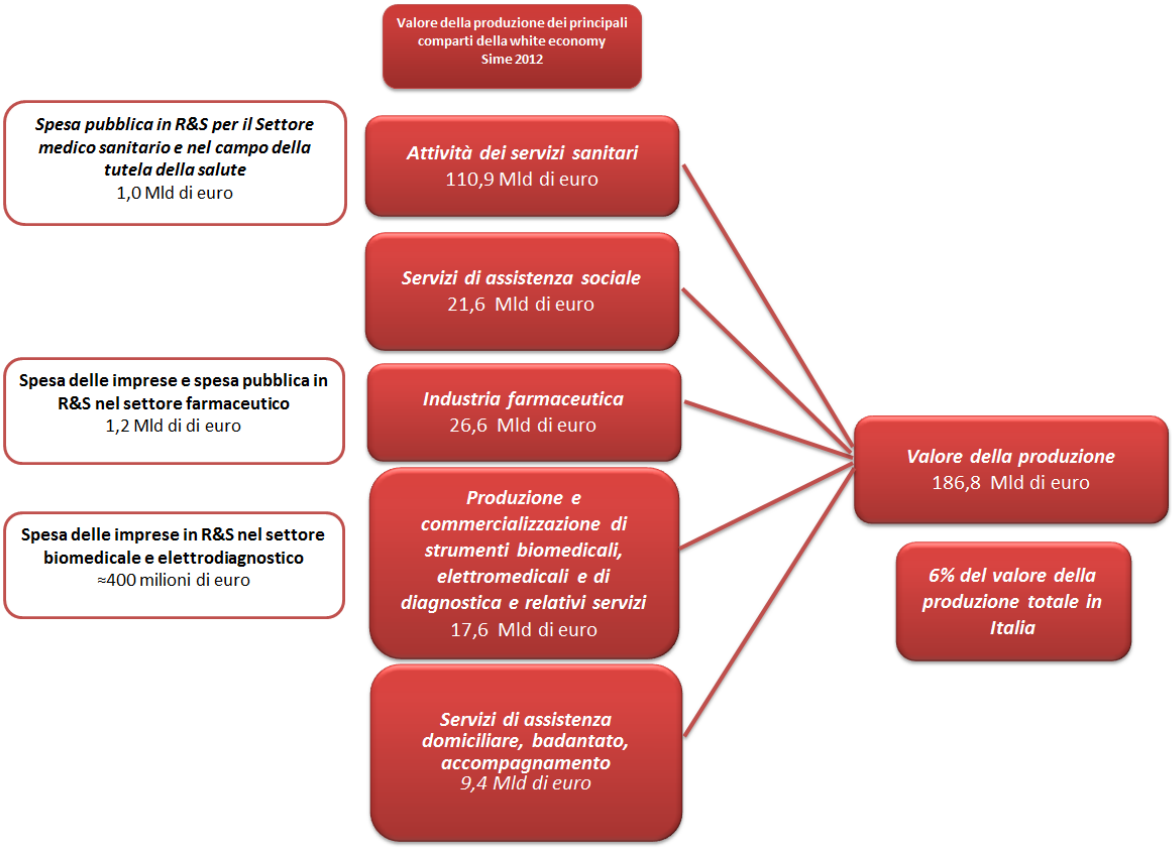
Il sistema che attualmente in Italia offre servizi di cura, strumenti diagnostici, farmaci, ricerca in campo medico e farmacologico, tecnologie biomedicali e servizi di assistenza personale a malati, disabili o ad altre tipologie di soggetti, genera *un valore della produzione superiore a 186 miliardi di euro annui, il 6% della produzione totale, con un'occupazione superiore a 2,7 milioni di unità* (**fig. 11**).

La *White economy* rappresenta tutto ciò che afferisce, in primo luogo, all'offerta di cure mediche ed alla diagnostica oltre all'assistenza professionale, domiciliare o in apposite strutture, per persone disabili, malate, anziane. Questo nucleo centrale di attività si avvale del lavoro di un numero piuttosto consistente di addetti. In particolare, nel settore delle prestazioni sanitarie operano 1,2 milioni di occupati (personale medico, paramedico, oltre a quello amministrativo e ad altri profili professionali).

Ma la *white economy* è molto altro, configurandosi come un *cluster* produttivo dalle molteplici articolazioni. Nel suo perimetro ricade l'industria farmaceutica, che conta 174 fabbriche e più di 6.000 addetti e che in Italia è uno dei comparti industriali con la più elevata spesa di R&S per addetto. Rientra, inoltre, nel *cluster* produttivo l'industria delle apparecchiature biomedicali e per la diagnostica, che conta poco più di 800 imprese, tra produttori e contoterzisti, e poco più di 1.000 imprese di distribuzione, più di 52.000 addetti ed una consistente capacità di esportazione, cresciuta in modo significativo soprattutto tra i primi anni 2000 ed il 2008 (per poi attestarsi su livelli più stabili), passando da meno di 3 miliardi di vendite all'estero nel 2000 agli attuali 7 miliardi.

Nel *cluster* va considerato anche il vasto segmento dell'assistenza personale, delle badanti e dell'accompagnamento, che si stima generi più di 9 miliardi di valore della produzione e che appare in forte espansione.

Fig. 11 -Stima del valore della produzione dei comparti afferenti alla white economy, 2012



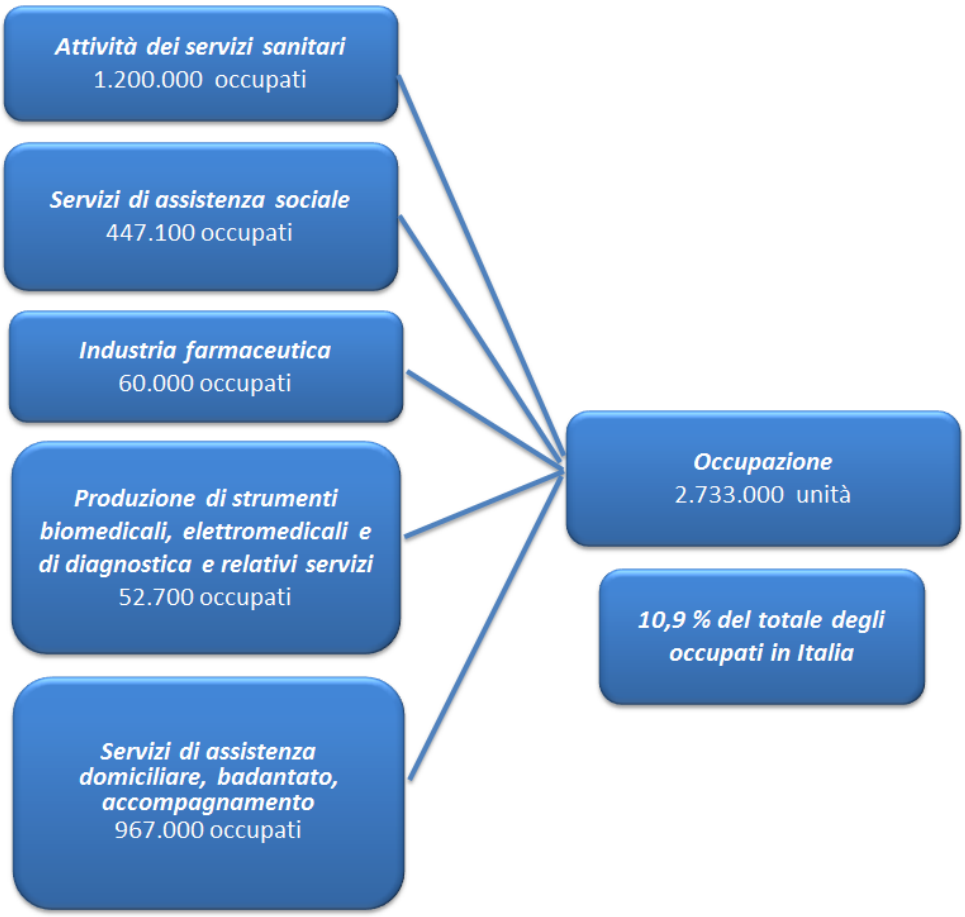
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Assobiomedica, Farmindustria

Nel calcolo del valore attivato dalla *white economy* andrebbero considerate ulteriori grandezze, come ad esempio le risorse annue, private e pubbliche, utilizzate per le attività di ricerca e sviluppo tecnologico. Quelle riportate nello schema sono solo una parte della spesa in R&S realizzate da questo *cluster* produttivo, quelle indicate dalle fonti statistiche ufficiali ed afferenti prevalentemente al comparto farmaceutico, mentre restano sottostimate le risorse private destinate alla la ricerca in campo medico. Ulteriori investimenti privati in ricerca e sviluppo tecnologico riguardano il comparto del bio ed elettromedicale, con una spesa media annua stimata intorno ai 400 milioni di euro, il 6% del fatturato del comparto stesso.

Tra il 2005 ed il 2012 il livello della produzione dell'intero *cluster* della *white economy* è stimato in crescita. A crescere non è stata tanto la componente manifatturiera (che anzi si è ridimensionata e ristrutturata), ma quella dei servizi di cura e assistenziali, la cui domanda risulta in continuo incremento, immettendo risorse nel sistema economico generale e alimentando il rafforzamento del *cluster* stesso.

L'impatto occupazionale risulta particolarmente rilevante, come detto, con oltre 2,7 milioni di addetti, anche questi in aumento dal 2005 ad oggi, nonostante la crisi, grazie soprattutto alle attività di servizio (personale medico, paramedico, ma soprattutto alle attività di assistenza domiciliare e badanti) (**fig. 12**).

Fig. 12 - Stima dell'occupazione nei comparti afferenti alla white economy



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Assobiomedica, Farmindustria, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Si tratta di un mosaico di professionalità molto articolato, che rappresenta la vera ricchezza, soprattutto in una prospettiva futura, del sistema della *white economy*. Si passa da figure altamente professionalizzate, così dette *highly skilled*, come il personale medico e paramedico, a profili tecnici operanti in comparti *knowledge intensive*, come il farmaceutico ed il biomedicale, fino ad arrivare al personale operante nella ricerca e sviluppo. Lo standard di conoscenze e competenze, i percorsi di studio, in molti ambiti della *white economy*, risultano pertanto particolarmente elevati e la capacità di mantenere tali standard è un elemento di forza del settore. Se è noto che i comparti in grado di crescere e di mantenere elevati livelli di competitività sono quelli *knowledge intensive*, allora buona parte del complesso sistema della *white economy* italiana è incanalata in questo percorso virtuoso.

Non mancano ovviamente ambiti in cui, viceversa, il grado di professionalizzazione di alcune figure si attesta ancora su livelli contenuti. L'ampia area del badantato e dell'assistenza domiciliare è forse il caso più evidente di un comparto in espansione, ma in larga misura privo di coordinamento e di controllo, spesso a totale carico di soggetti privati, con inesistenti economie di scala. Il Censis stima la presenza in Italia di poco meno di 1 milione di operatori nel *long term care* (*care workers*), dei quali il 72%

stranieri, gran parte dei quali offrono assistenza domiciliare. Il Censis, inoltre, prevede un incremento costante del numero di lavoratori in tale branca di attività, arrivando 1,2 milioni di *care workers* nel 2030

E' questo un fenomeno per molti versi sfuggente, eppure di grande rilevanza perché in prospettiva la domanda di *care workers* sarà verosimilmente destinata a crescere ulteriormente e questa dinamica può essere trasformata in un'opportunità di sviluppo. Creare (attraverso opportuni percorsi professionali) profili più adeguati, quindi innalzare il livello delle competenze, e coordinare e allineare meglio l'offerta di servizi di assistenza alla domanda rappresentano funzioni che operatori privati, radicati nel territorio, potrebbero gestire, operando, come già accade nell'ambito dei servizi sanitari, lungo la doppia linea di offerta diretta di servizi reali e di gestione di strumenti finanziari integrativi, che consentano la copertura dei costi derivanti dall'offerta delle prestazioni.

La *white economy* già oggi in Italia rappresenta un sistema produttivo ad alta generazione di valore e occupazione, con una domanda futura di servizi e di prodotti certamente in espansione. Investire in ricerca, competenze, formazione, sviluppo di nuovi servizi, significa verosimilmente attivare processi moltiplicativi di crescita con impatti positivi per l'intero Paese. Ma è evidente che la modernizzazione e la crescita della *white economy*, non possono passare solo per un investimento pubblico ma, viceversa, dovrebbero passare attraverso l'attivazione di un'offerta privata di servizi e di strumenti assicurativi e finanziari privati, di tipo integrativo, coordinati con l'offerta pubblica e sottoposti, ovviamente, alla vigilanza di organismi indipendenti competenti per materia.

2. Strumenti di copertura integrativa per un welfare più efficace

Vengono di seguito presentati, in forma sintetica, i risultati di un'indagine realizzata da Unipol e Censis con l'obiettivo di sondare l'approccio delle famiglie italiane alla spesa per cure ed agli strumenti integrativi di copertura delle spese sanitarie. Lo studio è stato realizzato su un campione di 1.200 famiglie e prende in considerazione molteplici aspetti riguardanti la "domanda di sanità", l'approccio al Sistema Sanitario Nazionale ed al sistema privato, l'approccio agli strumenti integrativi di *welfare*, i possibili percorsi di innovazione e di rafforzamento degli strumenti integrativi, a partire dai Fondi sanitari integrativi territoriali. L'analisi sulla domanda di *welfare* viene, ovviamente, contestualizzata in uno scenario più ampio, che tiene conto degli effetti che il lungo periodo di crisi economica ha generato sui comportamenti di consumo e di gestione dei budget familiari.

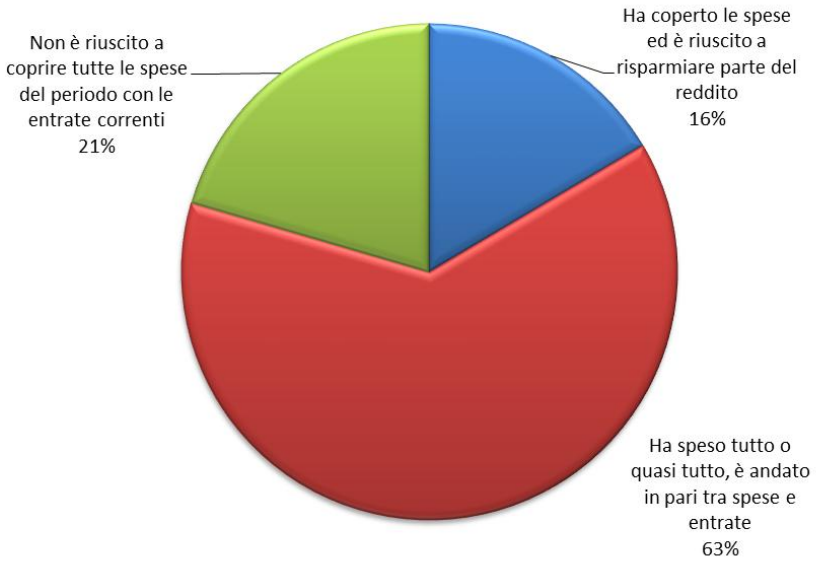
2.1. Le famiglie in un contesto sociale di fragilità

Che la prolungata fase di crisi abbia fortemente indebolito le condizioni socio-economiche di ampi strati della popolazione è noto; eppure la profondità con cui la recessione ha colpito il Paese continua a sorprendere, perché dopo più di cinque anni di difficoltà lo scivolamento verso il basso di molte famiglie sembra non ancora terminato e la mancanza di fiducia verso il futuro appare ancora ai minimi.

Questo quadro negativo, determinato sia da condizioni oggettive, di mancata crescita dei redditi e di erosione della capacità di spesa delle famiglie, che da una dilagante visione negativa del futuro, è il primo fattore da prendere in considerazione nell'elaborazione delle politiche di *welfare*, così come nella modulazione di interventi che portino ad una maggiore integrazione tra l'intervento pubblico ed il supporto di tipo privato, specie per ciò che concerne la domanda (crescente) e l'offerta di cure, di esami diagnostici e di assistenza. E' questo, comunque, un aspetto che va adeguatamente considerato per definire quanto e come le politiche di diffusione di strumenti integrativi, sanitari e previdenziali, possano avere successo e possano avere un senso nel Paese.

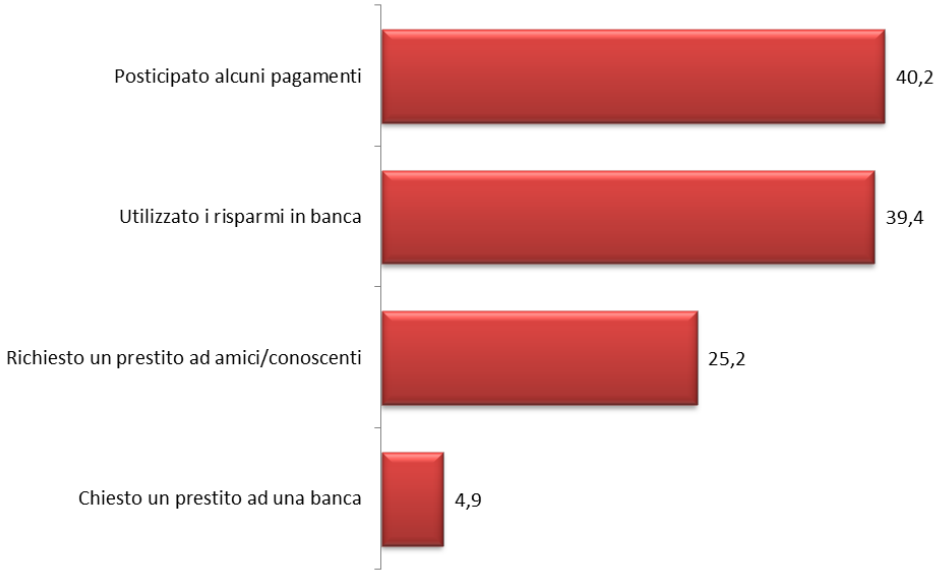
Il deterioramento della capacità di spesa e di risparmio di un numero molto consistente di famiglie italiane è il primo elemento che colpisce. Nell'ambito del campione analizzato, la larga maggioranza delle famiglie, il 63%, ha indicato di avere utilizzato tutte le entrate correnti, percepite negli ultimi sei mesi, per consumi. In sostanza una vasta parte delle famiglie è andata in pari, non riuscendo a risparmiare (**fig. 13**). Ma ben il 21% ha indicato di non essere riuscito a coprire le spese con le entrate correnti. Più di 5 milioni di famiglie, in sostanza, hanno dovuto sopperire alla mancanza di reddito, in massima parte, o ricorrendo ai risparmi o posticipando i pagamenti (ad es.: di bollette) (**fig. 14**). Solo il 16% delle famiglie ha indicato di avere potuto coprire tutte le spese mettendo, inoltre, da parte una quota di reddito.

Fig. 13 - Capacità di copertura delle spese familiari negli ultimi 6 mesi (risposte in %)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

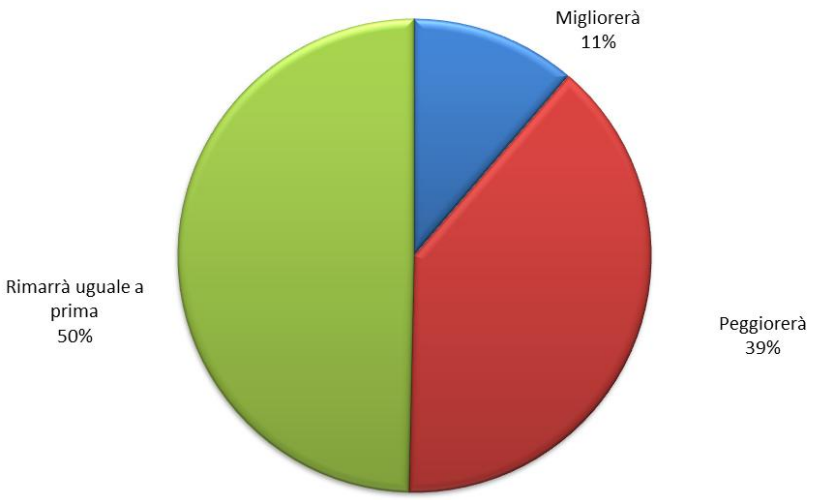
Fig. 14 - Copertura delle spese familiari, negli ultimi 6 mesi, nel caso in cui le entrate non fossero state sufficienti (dati riferiti al 21% del campione) (risposte in %)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Dato questo quadro, ovviamente, anche le previsioni non appaiono, per molti, improntare al miglioramento. Appena l'11% delle famiglie italiane ritiene che nell'immediato futuro la propria capacità di spesa potrà migliorare, mentre per il 50% resterà stabile. Ma ciò che colpisce è che quasi il 40% prevede un peggioramento delle proprie condizioni economiche (**fig. 15**).

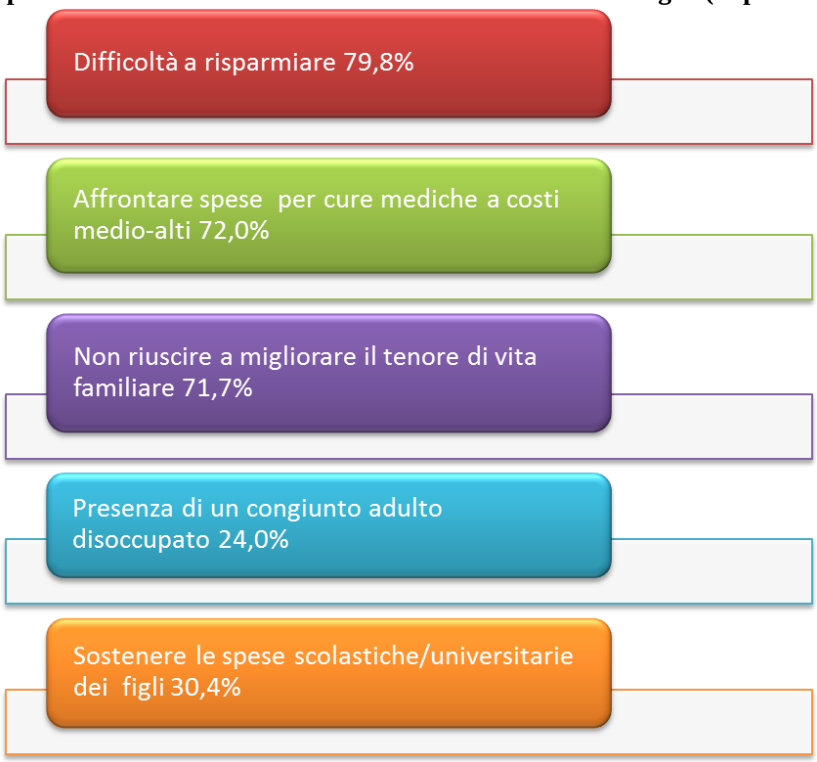
Fig. 15 - Previsioni a sei mesi della capacità di spesa della famiglia (risposte in %)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

In un quadro così articolato sembra prevalere un senso piuttosto diffuso di fragilità generato da timori per il futuro o da difficoltà effettive (**fig. 16**).

Fig. 16 -Principali timori e situazioni di difficoltà manifestate dalle famiglie (risposte in %)

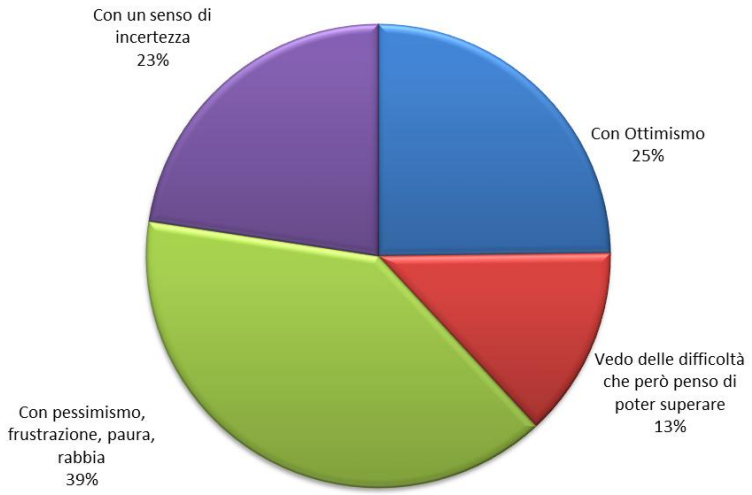


Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Quasi l'80% delle famiglie contattate ha indicato di fare più fatica, che in passato, a risparmiare, il 72% avrebbe difficoltà se dovesse affrontare spese mediche particolarmente impegnative dal punto di vista economico, il 71,7% teme di non riuscire a migliorare le proprie condizioni economiche, un quarto delle famiglie oggi registra un componente senza lavoro.

Si tratta per lo più di timori, che tuttavia, danno il senso di uno spaesamento diffuso e che pur non traducendosi, il più delle volte, in una difficoltà effettiva (se si esclude la quota di chi segnala la presenza di familiari disoccupati), certamente contribuiscono a rendere molto caute le famiglie nei comportamenti di spesa e di consumo. E in effetti, chi guarda con pessimismo o con un senso di incertezza e di indeterminatezza il futuro rappresenta la maggioranza degli intervistati. I primi sono quasi il 40% del campione ed i secondi il 23%, il restante 38% ha invece un atteggiamento più positivo (**fig. 17**), ma forse tale quota della popolazione non esprime una forza in grado di imprimere una spinta in avanti in termini di capacità di consumo.

Fig. 17 - Con quale stato d'animo guarda all'immediato futuro? (risposte in %)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

E' evidente che qualunque strategia legata alla rimodulazione delle politiche di *welfare* e alla definizione di strategie per una maggiore e più consapevole diffusione di strumenti integrativi di tipo sanitario o previdenziale devono tenere conto di un quadro sociale ed economico molto articolato ma, in larga misura, attraversato da ampie faglie di deterioramento delle capacità di spesa e di consumo delle famiglie. Si tratta di un vincolo di entità non indifferente, che incide sui percorsi, tutti da studiare e da costruire, di integrazione tra l'offerta pubblica di servizi sanitari e di assistenza e gli strumenti complementari di copertura delle spese sanitarie.

Non è tuttavia neanche impossibile pensare che proprio attraverso nuovi e specifici strumenti di copertura sanitaria integrativa si possa, quanto meno contribuire, a spezzare quel circolo vizioso di recessione che porta a ridurre, sempre più, spese e consumi ed a

rimodulare i *budget* familiari al ribasso, tanto da spingere un numero estremamente consistente di persone a rinunciare a cure mediche per risparmiare. Un *welfare* più accessibile, anche grazie a strumenti integrativi, consentirebbe di sostenere una domanda aggiuntiva di servizi e prestazioni, capace di fare crescere l'occupazione e le imprese della *white economy*, con impatti positivi e moltiplicativi sull'intero sistema economico.

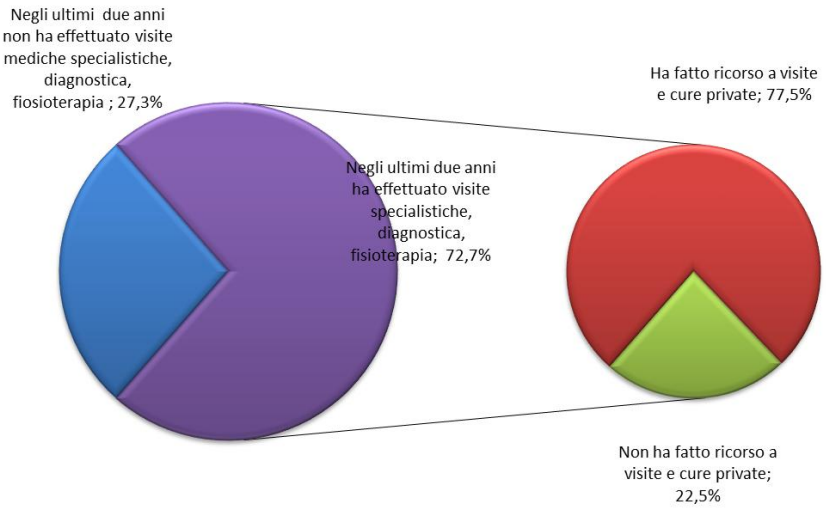
In altri termini, se si incentivasse una diversa organizzazione del mercato già ora alimentato dalla spesa privata per il *welfare*, i benefici per le famiglie in difficoltà sarebbero notevoli, ma più in generale si riuscirebbe a ridisegnare una componente dei servizi che in futuro più contribuirà alla crescita in tutti i paesi avanzati.

2.2. Colmare la domanda inevasa di cure per generare nuova crescita

C'è oggi - e forse c'è sempre stata - una domanda inevasa di cure e di assistenza a cui il sistema pubblico non riesce a fare fronte e che non trova spazio neanche nella sanità a pagamento. Ma tale fenomeno sembra avere oggi raggiunto proporzioni consistenti, su cui occorre riflettere e che, per molti aspetti, occorre interpretare.

Il mancato accesso a cure o esami diagnostici (dovuto alla rinuncia da parte di un numero cospicuo di famiglie, per motivi economici) non rappresenta solo la negazione di un diritto essenziale, ovvero il diritto a cure appropriate, ma rischia di essere una perdita di valore che, viceversa, *recuperato e trasformato in domanda effettiva a cui si danno risposte*, *potrebbe generare reddito e occupazione*. Sembra esservi in primo luogo una consistente domanda inevasa da parte del Sistema Sanitario Nazionale, che spinge, gioco forza, molte famiglie a ricorrere a prestazioni private. Quasi il 73% delle famiglie analizzate dal Censis e Unipol ha indicato di avere fatto ricorso, negli ultimi due anni, almeno una volta, a visite specialistiche o ad esami diagnostici a pagamento. (**fig. 18**).

Fig. 18 - Ricorso a visite specialistiche, diagnostica o riabilitazione private almeno una volta negli ultimi due anni

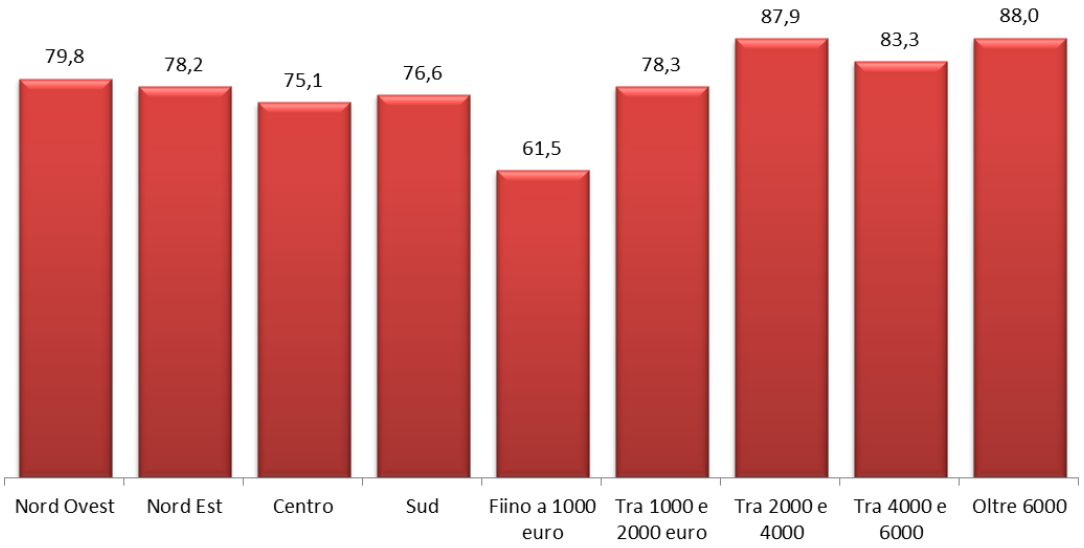


Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Nella larga maggioranza dei casi, pari al 77,5% di chi si è sottoposto a visite specialistiche, si è fatto ricorso all'*intramoenia* o al privato, dunque, con un esborso diretto.

Ciò che colpisce, peraltro, è che il diffuso ricorso alla sanità privata riguarda tutte le classi di reddito, anche quelle con ridotte capacità economiche (**fig. 19**).

Fig. 19 - Percentuale di famiglie che ha fatto ricorso a cure mediche ed esami diagnostici a pagamento negli ultimi due anni, per area di residenza e reddito familiare mensile



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Occorre chiedersi i motivi di un ricorso così massiccio alle cure private.

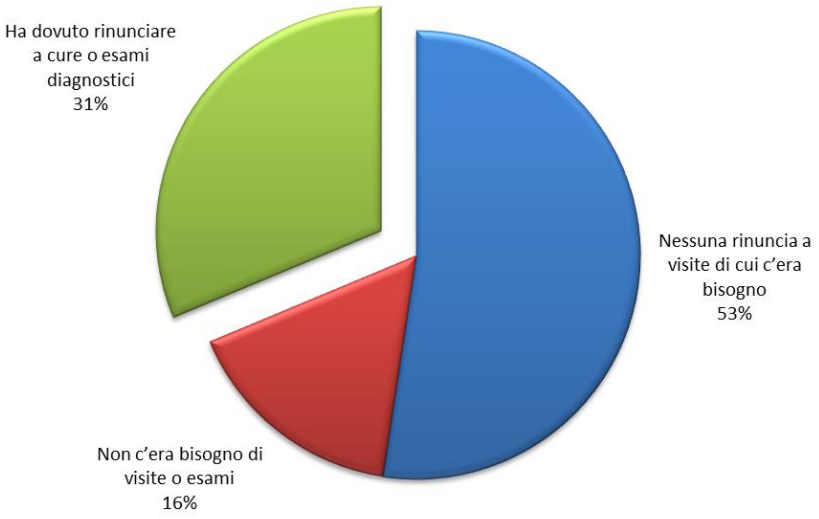
Non è tanto la diffidenza nei confronti dell'offerta pubblica ad essere messa in discussione o la qualità delle prestazioni quanto, forse, più semplicemente, l'efficienza dei meccanismi di funzionamento della sanità pubblica. Detto in altri termini, la motivazione principale che spinge oggi molte famiglie a ricorrere alla sanità privata sono i lunghi tempi di attesa per l'accesso a visite e cure specialistiche. Per il 75% (**fig. 20**) degli intervistati, infatti, le liste di attesa sono un ostacolo insormontabile e la sanità privata è l'unica soluzione al problema.

Fig. 20 - Principali motivazioni del ricorso a cure specialistiche ed esami diagnostici a pagamento (risposte in %)

Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

C'è tuttavia altro. Non esiste solo una domanda inevasa dal Sistema Sanitario Nazionale, che si indirizza spontaneamente al settore privato, ma esiste una consistente area di rinuncia alle cure. Il 31% delle famiglie prese in considerazione nell'indagine ha, infatti, indicato di avere rinunciato almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche o ad esami diagnostici o a cicli di riabilitazione (**fig. 21**).

Fig. 21 - Percentuale di famiglie in cui negli ultimi due anni si è rinunciato almeno una volta a visite mediche o esami diagnostici per poter risparmiare (risposte in %)



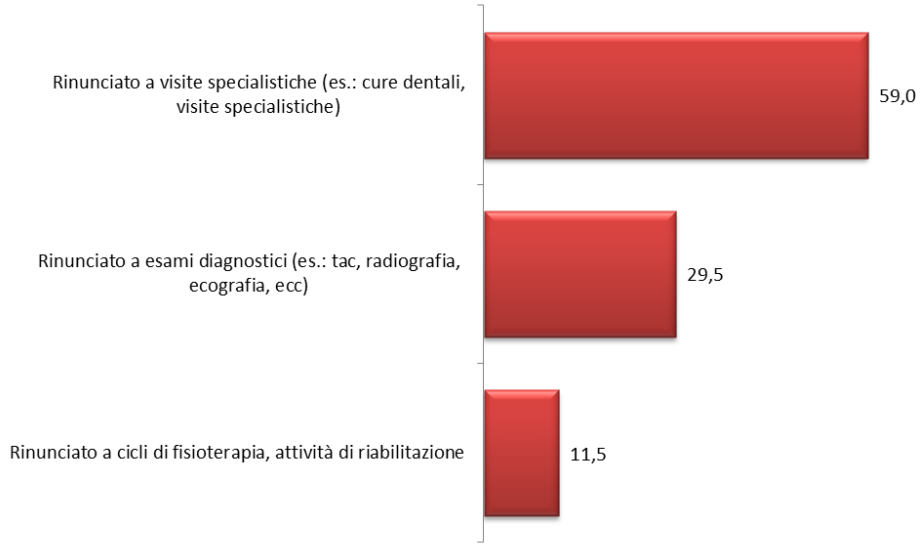
Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Si tratta certamente di una quota minoritaria, poiché nel 79% dei casi o non vi è stato bisogno di cure o vi è stato accesso alle cure senza particolari problemi. Eppure la quota

del 31% di chi ha rinunciato a visite mediche o ad esami per motivi economici rappresenta un segmento rilevante dei 21,5 milioni di famiglie nelle quali vi è stato necessità di visite specialistiche negli ultimi due anni. Quel 31%, in sostanza, si traduce in circa 10 milioni di famiglie in cui almeno una volta si è dovuto rinunciare a cure sanitarie.

Le rinunce più frequenti hanno riguardato le visite specialistiche (59% dei casi), ma più di un quarto ha rinunciato ad esami diagnostici (**fig. 22**).

Fig. 22 - Percentuale di famiglie che ha rinunciato a visite mediche o esami diagnostici negli ultimi due anni (dato riferito al 31% del campione in cui si è rinunciato a visite e cure)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Se si ragionasse in modo prudente e per grandi linee e si attribuisse alle famiglie che hanno rinunciato a visite private una sola prestazione necessaria ma non effettuata, si arriverebbe a calcolare, sulla base dei dati disponibili - che trovano, peraltro, riscontro in altre indagini sull'argomento - circa 10 milioni di prestazioni inevase. Se, d'altra parte, si supponesse che almeno un terzo delle famiglia abbia rinunciato a due prestazioni, la domanda inevasa corrisponderebbe a oltre 13,5 milioni di prestazioni.

E' plausibile pensare che se ad una domanda così consistente di prestazioni si fosse data risposta, si sarebbe immesso nel circuito economico valore, con un impatto non irrilevante.

Occorre immaginare che il disallineamento tra offerta e domanda di prestazioni sanitarie possa essere un campo di sperimentazione per nuove politiche di *welfare*. E' opportuno verificare, infatti, l'idea che non potendo il Servizio Sanitario Nazionale dare risposte a tutta la domanda di prestazioni, possa, però, garantire la copertura almeno di una parte della domanda inevasa, a costi accessibili, tramite l'intervento di soggetti privati capaci di organizzare, smistare e razionalizzare il sistema di cura e assistenza.

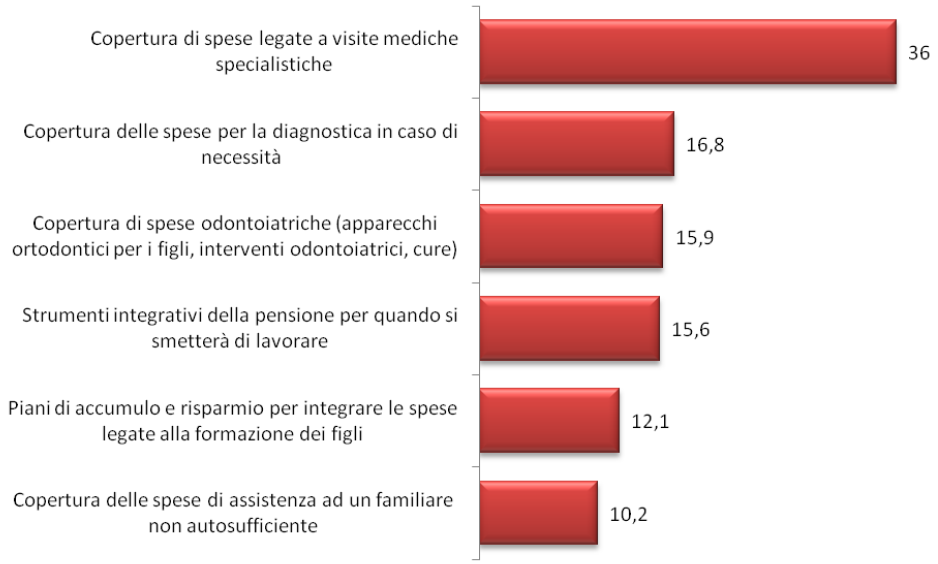
2.3. Ridefinire e riposizionare l'offerta di strumenti di sanità integrativa

L'approccio degli italiani agli strumenti di sanità e di previdenza integrativi appare ancora piuttosto "freddo", distaccato, talvolta improntato alla diffidenza, spesso dettata dalla difficoltà di capire con esattezza come tali strumenti funzionano e che tipo di vantaggio essi offrano.

Questo approccio culturale dall'orizzonte piuttosto limitato, è anche limitante, nel senso che rende difficile impostare una strategia di integrazione più forte tra *welfare* pubblico e *welfare* privato, oggi una delle poche strade percorribili per allargare i livelli di accesso alle cure e per dare risposte ad una vasta componente di domanda rimasta sistematicamente inevasa.

Eppure la domanda potenziale di strumenti integrativi si prefigura abbastanza consistente. Tra le diverse opzioni disponibili, le forme di copertura, parziale o totale delle spese mediche, incontrano il favore di molti. Nell'ambito del campione considerato, il 70% degli intervistati si dice interessato a questa tipologia di strumenti, ponendo, tra l'altro, al primo posto quelli di copertura delle spese per visite specialistiche e, a seguire sebbene ad una considerevole distanza dai primi, quelli di copertura delle spese per la diagnostica (**fig. 23**). Solo il 30% del totale del campione si dice refrattario o trova inutili gli strumenti di copertura integrativa.

Fig. 23 -Strumenti di copertura integrativa a cui le famiglie italiane sono maggiormente interessate (risposte in %)

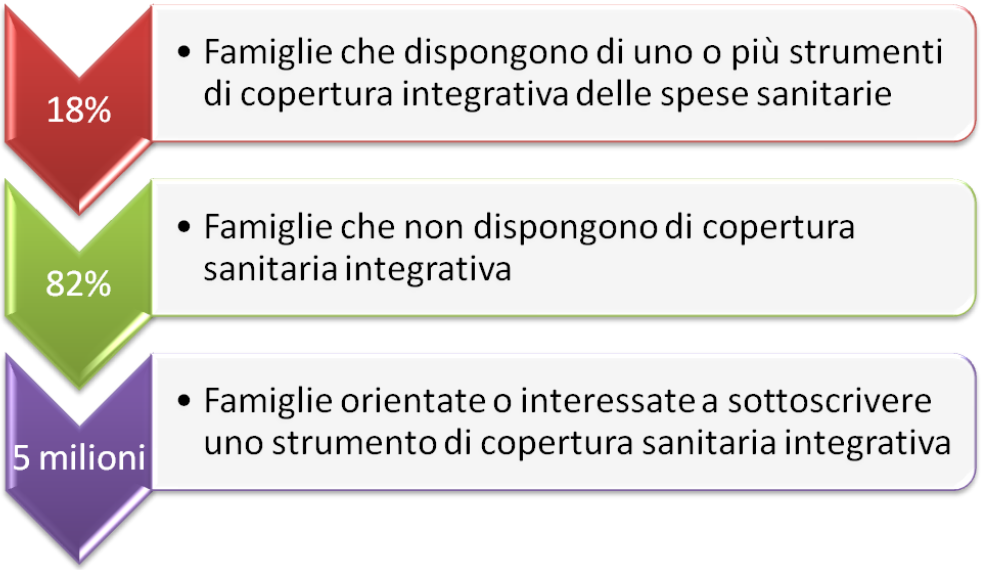


Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Dall'analisi condotta dal Censis e da Unipol, inoltre, risulta che appena il 18% del campione ha sottoscritto (e quindi dispone attualmente) uno strumento integrativo delle spese per cura o (molto più raro) per assistenza (**fig. 24**). Si tratta di numeri piuttosto contenuti rispetto all'estensione della platea di soggetti che potrebbero sottoscrivere questi strumenti. Peraltro si stima, dai dati raccolti, che 5 milioni di persone, sarebbero interessate a conoscere meglio questi strumenti ed eventualmente, a determinate

condizioni, soprattutto di costo, a sottoscriverli. Anche in questo caso, il potenziale bacino di domanda appare piuttosto contenuto.

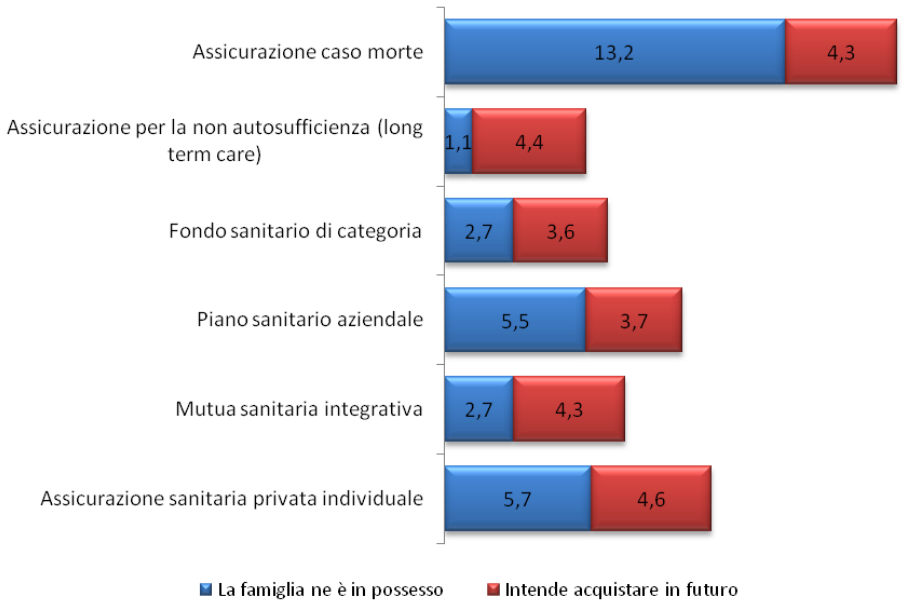
Fig. 24 - Possesso di strumenti integrativi di copertura delle spese sanitarie



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Nel dettaglio, le tipologie di prodotti già sottoscritti (incluse le assicurazioni caso morte) e verso le quali le famiglie sono maggiormente interessate vengono riportate nella figura che segue (**fig. 25**)

Fig. 25 -Percentuale di famiglie in cui almeno un componente ha sottoscritto uno strumento di sanità integrativa e intenzioni di sottoscrizione futura



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Alcuni fattori frenano in modo evidente un approccio più aperto alla sanità integrativa. Il primo fattore ostativo in assoluto, o percepito tale, è quello di ordine economico: ben il 40% di coloro i quali non possiedono o sarebbero interessati a possedere uno strumento di sanità integrativa, ritiene che sarebbe troppo costoso rispetto al proprio livello di reddito (**fig. 26**). Diffusa, il più delle volte a ragione, è l'idea che le polizze sanitarie con livelli di copertura apprezzabili impongano premi molto consistenti, ormai inaffrontabili da molte famiglie, ancor più se si considera la marcata riduzione delle capacità di spesa privata cui il Paese è andato incontro negli ultimi anni.

Se si escludono coloro che non possono accedervi, perché ad esempio in età avanzata, la seconda ragione della mancata sottoscrizione di polizze sanitarie è la mancanza di fiducia nei confronti di tali strumenti.

Fig. 26 -Motivi principali per cui la famiglia non dispone di una copertura sanitaria integrativa (dati riferiti all'82% del campione che ha dichiarato di non disporre di sanità integrativa)

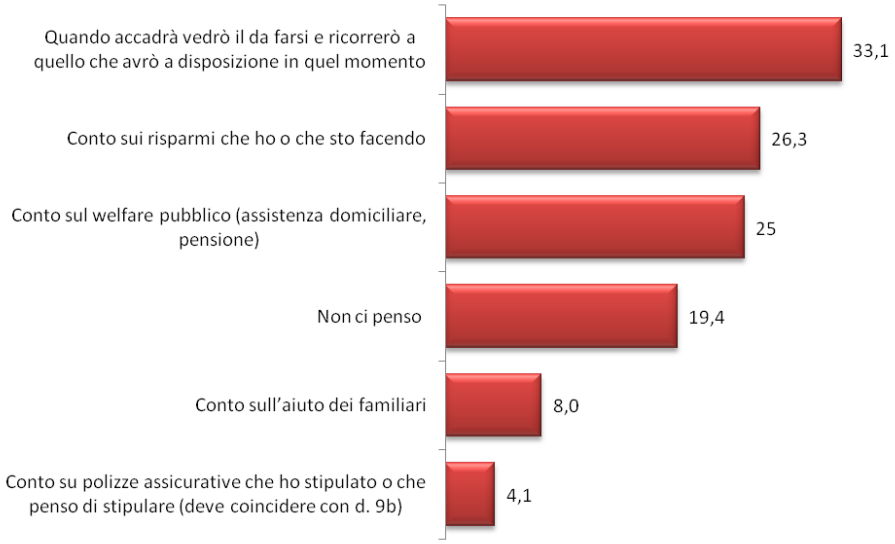
Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Diffidenza, conoscenza limitata, costi elevati, dunque, alimentano un livello basso di "*cultura degli strumenti integrativi di welfare*" ed una domanda contenuta, ed è evidente che occorre lavorare molto sia sul fronte del *pricing*, dell'attivazione, ove possibile di strumenti a costi contenuti, sia su una migliore e più chiara comunicazione che consenta a tutti di valutare l'opportunità o meno di sottoscrivere questo tipo di strumenti.

D'altra parte, stando così le cose, prevale una sorta di "fai da te", che non consente di compiere un salto in avanti sia in termini di maggiore consapevolezza delle opportunità derivanti dagli strumenti integrativi di copertura, e che rischia di rendere inefficaci o di rendere molto difficili i percorsi di integrazione tra *welfare* pubblico e intervento privato. Infatti, alla domanda di come si pensa di affrontare in futuro la vecchiaia o eventuali malattie, l'atteggiamento prevalente è di risolvere il problema caso per caso, o

di posticipare le soluzioni o non pensarci o di fare affidamento sulla protezione pubblica (**fig. 27**).

Fig. 27 -Come pensa di affrontare eventuali rischi da malattia infortuni in futuro (risposte in %)



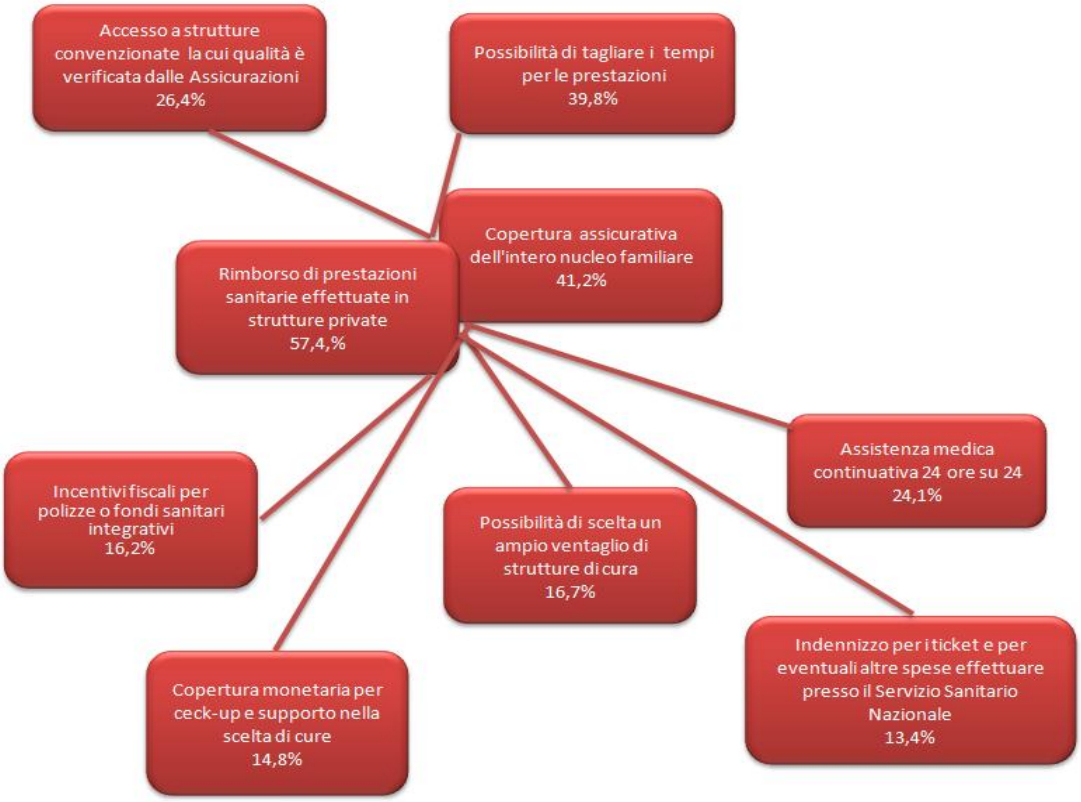
Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

E' possibile, infine, accennare al fatto che esiste una graduatoria dei fattori rilevanti di scelta, ovvero di fattori ai quali i sottoscrittori di polizza sanitaria o i potenziali sottoscrittori attribuiscono un valore e che fungono da elementi di attrazione (**fig. 28**).

I primi due fattori sono la possibilità di usufruire del rimborso completo delle spese sostenute in ambito privato e la possibilità di coprire le spese dell'intero nucleo familiare. Ulteriori fattori rilevanti sono la possibilità di accedere a strutture sanitarie la cui qualità è garantita dall'organismo assicurativo, la possibilità di tagliare i tempi di attesa per l'accesso alle cure o agli esami diagnostici e la possibilità di godere di assistenza medica 24 ore su 24.

"Copertura globale" e "servizio integrato" sembrano essere, dunque, i concetti e le funzioni che gran parte dei potenziali ed effettivi fruitori di polizza sanitaria vorrebbero rinvenire in questo strumento di copertura: dal servizio automaticamente esteso a tutti i componenti della famiglia all'assistenza medica sempre disponibile, fino alla possibilità di entrare automaticamente in un circuito di strutture di cura (se necessario) controllate e garantite dall'azienda di assicurazione che diviene così non un mero erogatore di servizi assicurativi - finanziari, ma erogatore di servizi reali di elevata qualità.

Fig. 28 - Fattori rilevanti di scelta di una polizza sanitaria integrativa (% di risposta)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

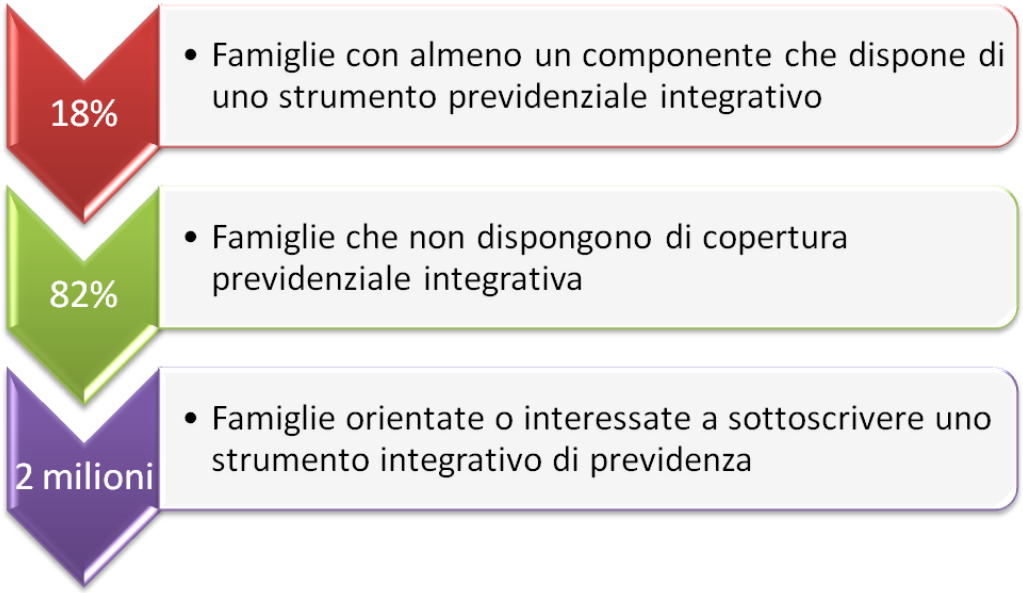
Se, dunque, questo è il quadro, la sfida per l'immediato futuro propone molteplici obiettivi. Occorre diffondere una *cultura* più consapevole del *welfare* integrativo, rendere più *facilmente accessibili* tali strumenti, agire sulla leva di *prezzo* per poter allargare la platea dei sottoscrittori e captare almeno una parte della domanda di cure che rimane inevasa e, non ultimo, offrire un'assicurazione che si ispiri al concetto di *servizi integrati e di qualità*.

2.4. L'approccio agli strumenti di previdenza integrativa

L'indagine ha preso, inoltre, in considerazione alcuni aspetti della domanda di previdenza integrativa.

Anche in questo caso prevale, come è noto, un atteggiamento di relativa distanza, soprattutto culturale, delle famiglie e dei lavoratori da tale strumento. Il 18% del campione ha indicato di avere sottoscritto uno strumento di previdenza integrativa, così come si stima che appena 2 milioni di lavoratori sarebbero interessati a conoscere meglio tali strumenti ed eventualmente a sottoscriverli (**fig. 29**)

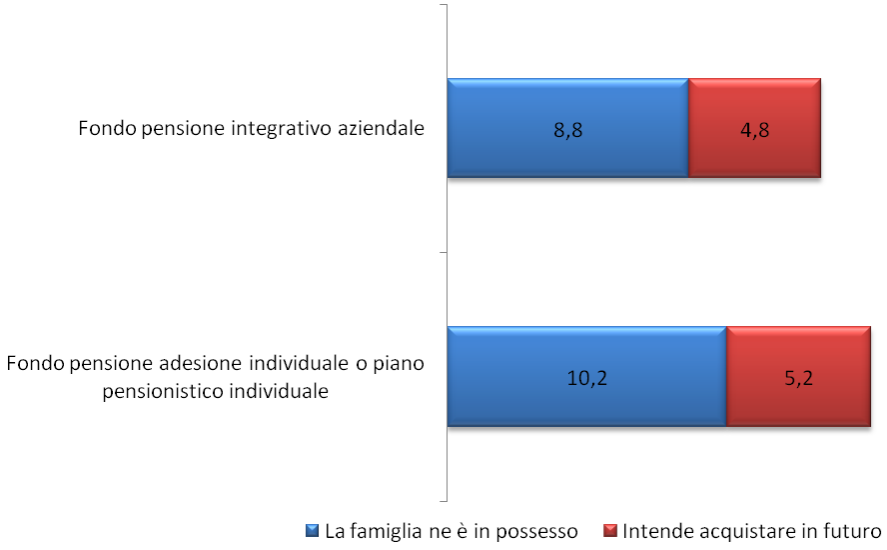
Fig. 29 - L'approccio alla previdenza integrativa



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

In particolare, la distribuzione di tali strumenti è riportata nella figura che segue (**fig. 30**).

Fig. 30 -Percentuale di famiglie in cui almeno un componente ha sottoscritto uno strumento previdenziale integrativo e intenzioni di sottoscrizione futura

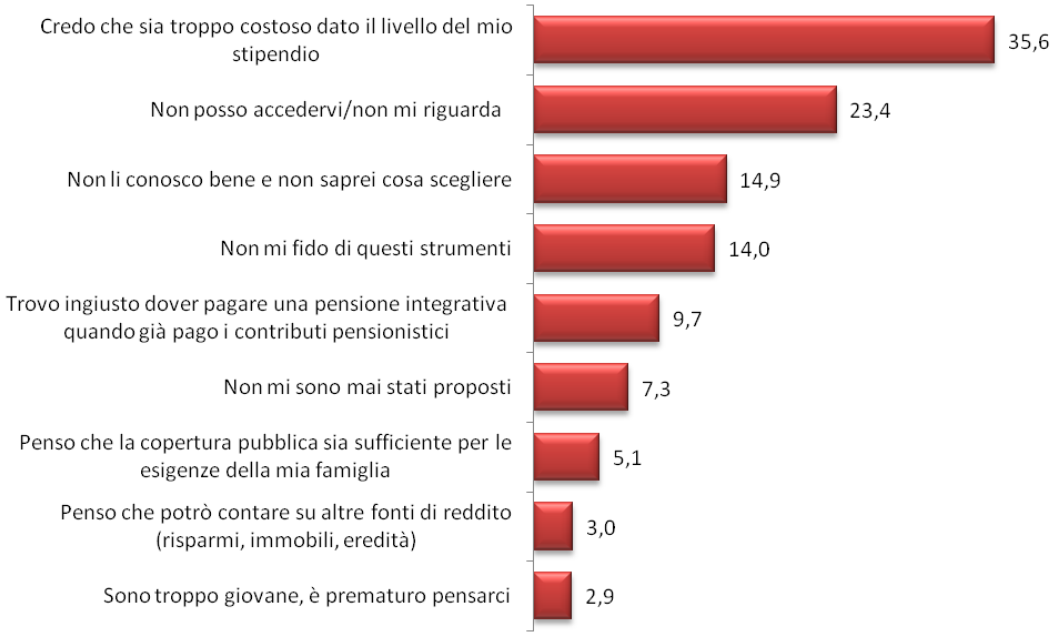


Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014

Inoltre, come nel caso delle polizze sanitarie, anche per la previdenza integrativa il primo e principale limite percepito dalla famiglie è quello del fattore "costo". Gran parte di coloro che si dichiarano potenzialmente interessati alla sottoscrizione (35,6%), ritengono, tuttavia, che il costo sia quasi inaffrontabile rispetto alle capacità effettive

(**fig. 31**). Segue, inoltre, la scarsa conoscenza di questi strumenti e la difficoltà ad optare per quello più confacente all'esigenza del lavoratore sottoscrittore.

Fig. 31 -Motivi principali per cui la famiglia non dispone di una copertura previdenziale integrativa (dati riferiti all'83% del campione che ha dichiarato di non disporre di previdenza integrativa)



Fonte: Welfare Italia Unipol-Censis, 2014