

# **Il sistema di welfare**

(pp. 219 – 302 del volume)

La numerazione di tabelle, tavole e figure riproduce quella del testo integrale

## *La sanità e il rischio di una sostenibilità solo finanziaria*

Nel periodo 2001-2010 le Regioni con Piano di rientro hanno registrato un incremento della spesa del 19% di contro al +26,9% del resto delle Regioni. Nel 2006-2011 hanno subito una riduzione della spesa in termini reali dello 0,6%, mentre le altre Regioni hanno avuto un aumento di oltre il 9%. Riguardo alle singole Regioni, per il periodo 2006-2010 spicca il contenimento di spesa che hanno registrato la Sicilia (oltre il -10%), l'Abruzzo (-4,4%), il Lazio (-3%) e la Campania (-1,9%), che hanno siglato i rispettivi Piani di rientro nel 2007. È evidente dai dati che in alcune delle Regioni finanziariamente in maggiore difficoltà le briglie più strette sulla spesa sanitaria pubblica cominciano a vedersi, e la corsa insostenibile verso l'alto è al momento bloccata. Ma minore spesa oggi non vuol dire migliore spesa.

Infatti, la cura a cui è sottoposto il Servizio sanitario agli occhi dei cittadini italiani non sta generando effetti positivi, visto che nell'ultimo biennio i dati dell'indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis indicano che è solo l'11% a ritenere migliorato il Servizio sanitario della propria regione, quasi il 29% ha registrato un peggioramento e circa il 60% una sua sostanziale stabilità (tab. 3).

**Tab. 3 - Giudizio sul Servizio sanitario della propria Regione negli ultimi due anni, per ripartizione geografica (val. %)**

Il Servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia
Migliorato	13,3	13,3	15,5	5,3	11,0
Peggiorato	19,2	18,2	26,1	44,6	28,9
Rimasto uguale	67,5	68,5	58,4	50,1	60,1
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Diff. % migliorato-peggiorato	-5,9	-4,9	-10,6	-39,3	-17,9

Fonte: indagine Forum per la Ricerca Biomedica-Censis, 2011

Ad oggi, la sanità è cristallizzata nel divario di *performance* regionali, tanto che nelle regioni del Mezzogiorno è più alta la percentuale di cittadini che parla di un suo peggioramento negli ultimi due anni; inoltre, dagli ospedali ai laboratori di analisi, ai medici specialisti, sino agli uffici delle Asl, nel Sud e isole continuano a esserci quote più alte di cittadini rispetto al resto d'Italia che li valutano come inadeguati.

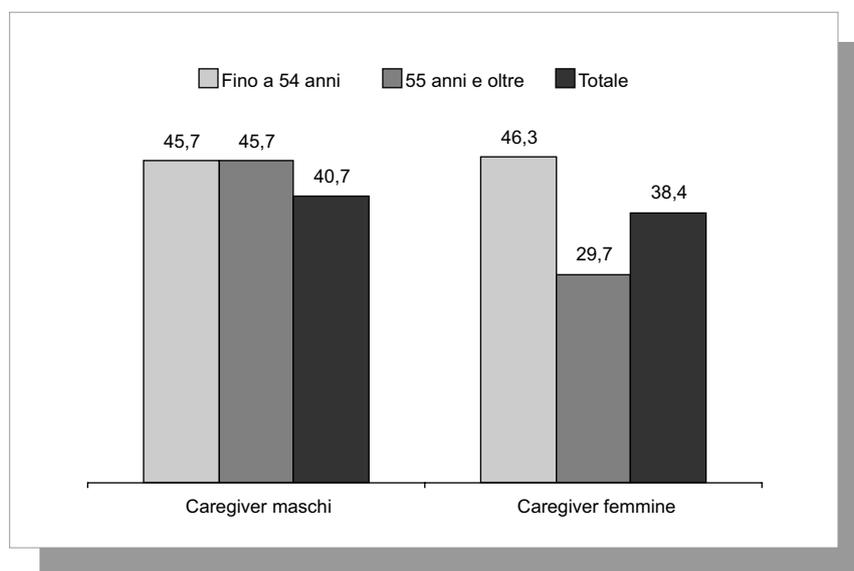
Il futuro della sanità per i cittadini è molto segnato da due paure: un'accentuazione delle differenze di qualità tra le sanità regionali (35,2%) e che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della sanità (35%); seguono i timori che i problemi di disavanzo rendano indispensabili robusti tagli all'offerta (21,8%), che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi necessarie, come l'assistenza domiciliare territoriale (18%), che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi (16,3%).

Per rispondere alle attese dei cittadini, le dinamiche future del Servizio sanitario regionalizzato, emancipato dall'eccesso di vincoli della politica, devono rispondere adeguatamente alla duplice esigenza di garantire la sostenibilità finanziaria e al contempo dare a tutti i cittadini, ovunque risiedano, la qualità attesa.

## *Salute, il genere conta*

Le donne dichiarano condizioni di salute buone in quote sistematicamente inferiori ai maschi, mentre più spesso affermano di soffrire di due o più malattie croniche, ma la maggiore consuetudine tra donne e malattia ha a che vedere anche con l'impegno nel lavoro di cura, visto che i *caregiver* sono soprattutto donne. Come evidenziato dall'indagine Censis del 2010, nel caso dell'ictus si arriva al 75,7% dei casi, con importanti differenze di età, laddove i pazienti maschi hanno più spesso *caregiver* mogli (54,3%), mediamente più anziane, mentre le pazienti donne sono assistite per lo più dai figli (il 55,9% dei casi) e soprattutto figlie generalmente più giovani. Le *caregiver* mogli tendono a sobbarcarsi il carico assistenziale da sole, e ne pagano spesso il prezzo in termini di problemi psicologici e di salute, mentre le figlie trovano con maggiore frequenza sollievo e aiuto da un altro figlio o figlia del paziente di cui si occupano, o da una badante (fig. 2).

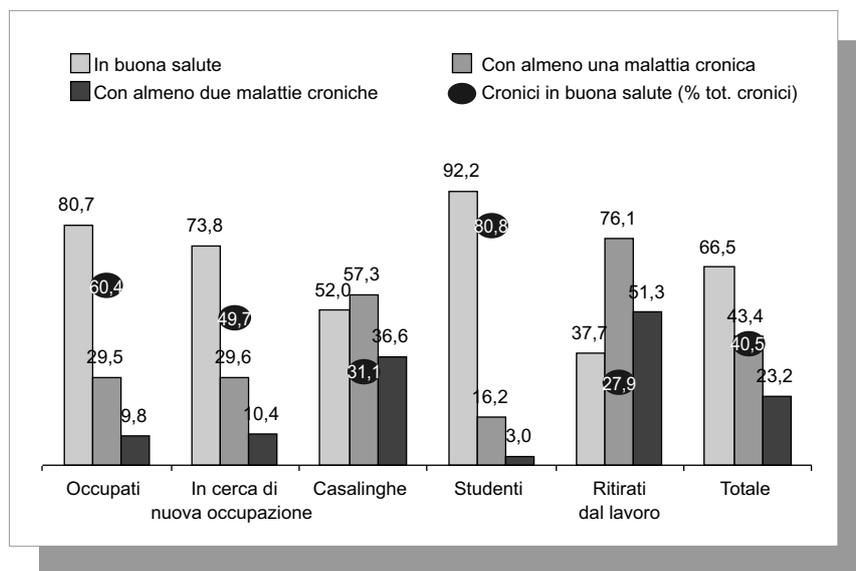
Fig. 2 - Ricorso alla badante per sesso ed età del *caregiver* (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2010

Più in generale, la condizione femminile è ancora caratterizzata da situazioni strutturali di disegualianza sociale, evidenziate dai tassi di occupazione e dai livelli di reddito, che continuano a impattare in modo decisivo sui livelli di salute: le casalinghe sono, subito dopo i ritirati dal lavoro (evidentemente più anziani), la componente della popolazione che denuncia condizioni di salute peggiori (fig. 3). Infine, va segnalato l'aumento tra la popolazione femminile più giovane dell'incidenza di stili

**Fig. 3 - Condizione di salute della popolazione italiana di 15 anni e più per condizione professionale, 2010 (val. %)**



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

di vita più rischiosi, quali fumo e alcool, o la minore propensione allo svolgimento di attività fisica (il 42,8% delle donne contro il 33,5% dei maschi).

L'aspettativa di vita maggiore per coorti sempre più numerose di donne può dunque comportare effetti consistenti in termini di squilibrio sul sistema sanitario: aumentano i rischi di patologie ritenute appannaggio maschile su cui si continua a fare poca ricerca e poca sperimentazione in relazione alle specificità femminili, mentre vecchie e nuove diseguaglianze di genere continuano a sommarsi senza essere affrontate in modo esplicito e strutturato.

## *Comuni sull'orlo del default sociale*

Dati Istat del 2008 indicano in circa 6,7 miliardi di euro il valore di interventi e servizi sociali comunali, ai quali occorre aggiungere la compartecipazione degli utenti per alcuni servizi e interventi (circa 1 miliardo l'anno) e la quota a carico del Servizio sanitario (circa 1,1 miliardi l'anno), per un totale di spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni pari a poco più di 8,7 miliardi di euro. Questa spesa è circa il 10% del totale della spesa per tutte le politiche socio-assistenziali (inclusiva di sostegno alle responsabilità familiari, contrasto alla povertà, non autosufficienza e disabilità, ecc.).

Le risorse che i Comuni destinano al sociale nell'ultimo triennio hanno subito gli impatti del combinato disposto dei tagli ai trasferimenti nazionali relativi alle politiche sociali e dei tagli ai bilanci di Regioni e Comuni; in tre anni i Fondi sociali nazionali sono stati tagliati in misura consistente, con il Fondo nazionale per le politiche sociali che è passato dal 2008 al 2011 da 929,3 milioni di euro a meno di 220 milioni, il Fondo per la non autosufficienza che nel 2011 non è stato finanziato

con un taglio netto di 400 milioni di euro rispetto al 2010, e sforbiciate profonde anche agli altri fondi sociali nazionali.

Chi subirà gli impatti dei tagli? In primo luogo l'utenza, e a tal proposito si consideri che oltre il 40% delle risorse per il sociale dei Comuni è impiegato per famiglie e minori, il 21,2% per gli anziani, una quota simile per i disabili e il 7% circa per la lotta alla povertà. Le risorse alimentano una rete di strutture, servizi e interventi diversificata di estrema importanza nel determinare la vita di tanti soggetti vulnerabili e, in generale, delle comunità in cui vivono.

Subiranno impatti negativi gli occupati nel sociale, perché il welfare nei territori comunali è anche un motore che genera occupazione, reddito, valore economico, oltre che sociale; infatti, dati Auser indicano nel 48,5% la quota di spesa comunale per i servizi sociali impiegata dai Comuni per affidare all'esterno, in particolare a cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore, la gestione di servizi e interventi sociali (+4% nel 2007-2009).

Nell'immediato futuro il rischio di *default* sociale dei Comuni è nelle cose, perché avranno molte meno risorse a fronte di un ipotizzabile brusco incremento di domanda sociale indotto, tenuto conto che sono stimate in circa 1,8 milioni le famiglie che escono dal rischio povertà grazie ai trasferimenti sociali, molti dei quali sotto tiro.

Inoltre, nel periodo 2006-2010 si è avuto un aumento di oltre 505.000 (+14,6%) delle famiglie in condizione di deprivazione che ora sono 4 milioni; è aumentato di oltre 1 milione (sono 4,1 milioni in totale) il numero di famiglie che hanno intaccato il patrimonio o contratto debiti. E poi le coppie con figli in povertà assoluta sono aumentate di 115.000 nuclei (+37%) e sono ormai oltre 424.000; le monogenitoriali in povertà assoluta sono aumentate di 65.000 nuclei (+72,3%) e sono salite a 154.000; le famiglie numerose in povertà assoluta con 5 e più componenti sono aumentate di 43.000 unità (+41,6%) e sono ora 147.000. Vanno poi richiamate le famiglie senza alcun componente occupato diventate almeno 2,5 milioni e in cui vive poco meno del 6% dei minori.

La graduatoria provinciale del disagio giovanile, inteso come sintesi di disoccupazione giovanile, dispersione scolastica e criminalità, mostra che sono le province di Caltanissetta, Palermo, Prato e Matera quelle in cui si registra il disagio giovanile più alto, seguono poi quelle di Sassari, Agrigento, Cagliari e Catania, Imperia, Oristano e Napoli (tab. 10).

## ***I bisogni dei migranti e l'innovazione del welfare***

È possibile stimare in quasi 3 miliardi di euro la spesa pubblica per la sanità ascrivibile a prestazioni erogate agli immigrati, pari a circa il 2,8% del totale della spesa sanitaria pubblica nel 2010.

**Tab. 10 - Graduatoria provinciale del disagio giovanile (\*), 2010 (numero indice: max=100)**

Provincia	Indicatore disagio giovanile	Rank
Caltanissetta	100	1
Palermo	97	2
Prato	97	3
Matera	96	4
Sassari	94	5
Agrigento	87	6
Cagliari	85	7
Catania	85	8
Imperia	83	9
Oristano	81	10
Napoli	81	11
Brindisi	79	12
Biella	79	13
Vicenza	79	14
Torino	78	15
<b>Italia</b>	<b>66</b>	

(\*) Comprende: disoccupazione giovanile, dispersione scolastica, criminalità minorile (furti e rapine)

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Ministero dell'Interno, Miur

I migranti che hanno fatto richiesta di prestazioni sociali il cui accesso è mediato dall'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) sono circa l'11% del totale della popolazione Isee, che complessivamente è di 6,5 milioni di nuclei familiari. A contare è la distribuzione per macroaree, visto che la quota di migranti supera di poco il 22% al Nord-Ovest e raggiunge quasi il 26% al Nord-Est, mentre si riduce drasticamente al Centro (16,1%) e soprattutto al Sud (4,5%) (tab. 11).

Tra il 2009 e il 2010 i migranti richiedenti sono cresciuti del 22% (+27,4% al Nord-Ovest) e si tratta di un incremento pari a più del doppio rispetto a quello relativo ai richiedenti italiani (+9,7%); rispetto alle provenienze, l'aumento più elevato di richieste tra il 2009 e il 2010 ha riguardato coloro che provengono dall'Europa dell'Est, cresciuti del 28% e, in particolare, del 34,1% nel Nord-Ovest.

Se l'Emilia Romagna è la regione in cui è più alta la quota di migranti che nel 2010 hanno fatto richiesta delle prestazioni di welfare (il 18,6%), tra le province spiccano quelle di Bolzano, dove sono quasi il 41% del totale della popolazione Isee, seguita da Mantova (35,6%), Modena (34,8%), Brescia (31,5%), Piacenza (30,7%), Arezzo (30,7%) e Parma (30,3%).

Le prestazioni più richieste dalle famiglie migranti (il 65,7%) appartengono alla categoria "altre prestazioni economico-assistenziali", che include i trasferimenti monetari assistenziali, la carta acquisti e, laddove è presente, il reddito minimo; va detto che questa è la tipologia più richiesta anche dalle famiglie italiane. Sono invece gli asili nido e la scuola le prestazioni che i migranti (il 44,8%) chiedono in misura maggiore rispetto a quelle italiane (il 30,3%). Riguardo alle variazioni tra il 2009 e il 2010 sta crescendo in maniera molto intensa tra le famiglie di migranti la domanda di prestazioni per figli e maternità (+13,4% nel periodo 2009-2010), quella per nido e scuola (+11,6%), oltre che quelle per la casa e i servizi di pubblica utilità (+18,2%).

**Tab. 11 - Migranti (1) e italiani che hanno fatto richiesta per l'accesso a prestazioni sociali (2) subordinate all'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) (3), per area geografica di provenienza, 2010 (val. %)**

	Val. % 2010					Var. % 2009-2010				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Italia
Migranti richiedenti prestazioni sociali	22,3	25,9	16,1	4,5	11,3	27,4	20,0	21,1	18,4	22,0
Medio Oriente, Asia, Africa, Oceania	10,9	13,2	5,4	1,2	4,6	19,8	20,5	16,8	15,6	18,3
Europa dell'Est	7,4	10,2	7,9	1,6	4,3	34,1	25,9	24,0	23,5	28,0
Europa occidentale, Usa, Canada, Australia	0,8	1,2	1,1	1,4	1,3	23,6	15,2	21,2	27,8	21,4
America centro-meridionale, Caraibi	3,2	1,3	1,7	0,3	1,1	12,2	4,7	13,9	9,2	9,6
Italiani richiedenti prestazioni sociali	77,7	74,1	83,9	95,5	88,7	13,7	9,8	13,9	8,0	9,7
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	16,3	12,1	15,0	8,4	10,9

(1) Richiedenti prestazioni sociali subordinate all'Isee nati all'estero e regolarmente residenti in Italia

(2) Prestazioni sociali a cui si applica l'Isee (per le quali viene compilata una Dsu): assegno per il nucleo familiare con tre figli minorenni; assegno di maternità; asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia; mense scolastiche; prestazioni scolastiche (libri scolastici, borse di studio, ecc.); agevolazioni per tasse universitarie; prestazioni del diritto allo studio universitario; servizi socio-sanitari domiciliari; servizi socio-sanitari diurni, residenziali, ecc.; agevolazioni per servizi di pubblica utilità (telefono, luce, gas); altre prestazioni economiche assistenziali; altro, ossia: ticket sanitari, abitazione (assegnazione case popolari, agevolazioni affitto, ecc.); servizi per l'impiego (liste di collocamento, graduatorie per assunzione, ecc.); tributi e tariffe comunali (nettezza urbana, Ici), trasferimenti monetari assistenziali, trasporto pubblico, attività ricreative (gite, viaggi, soggiorni estivi, colonie, attività sportive), altri servizi socio sanitari, rateazione e dilatazione di pagamento (Equitalia), carta acquisti, reddito minimo

(3) Strumento per la valutazione della situazione economica usato per garantire l'accesso alle prestazioni sociali ai soggetti meno abbienti o per graduare la compartecipazione al costo dei servizi sulla base della capacità economica dei beneficiari; i soggetti per richiedere l'accesso a tali prestazioni sono tenuti a compilare la Dichiarazione sostitutiva unica (Dsu)

Fonte: Rapporto Isee, 2011

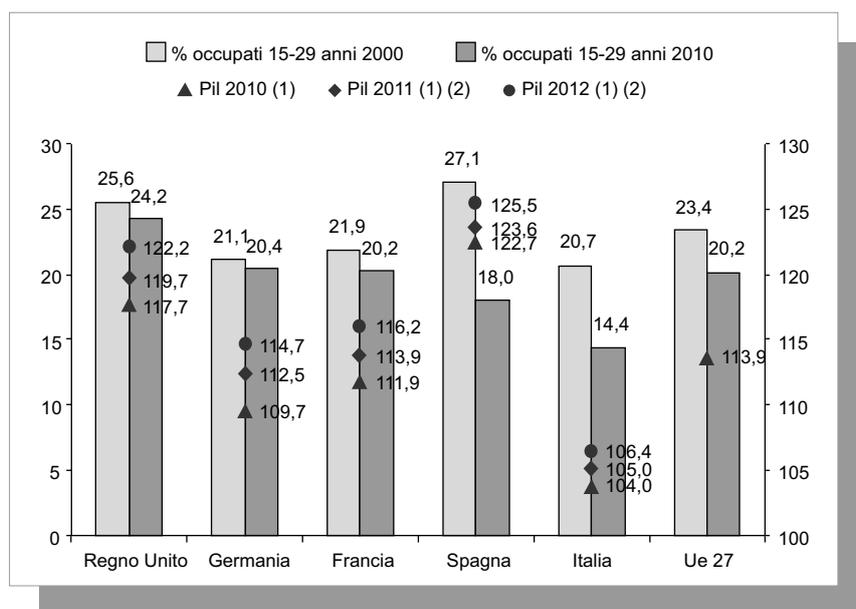
## *Dall'esclusione al disincanto: il disinvestimento dei giovani*

Il perdurare della vulnerabilità giovanile per oltre un decennio ha creato un gruppo sempre più ampio e sempre meno giovane di cittadini che soffrono di un deficit sistematico di opportunità, e che sperimentano un ritardo strutturale dell'ingresso nell'età adulta: le donne italiane sono tra quelle che fanno figli più tardi (l'età media

al parto di 31,1 anni rilevata in Italia rappresenta una delle età più avanzate in Europa al 2008), mentre il tasso di fertilità totale pone il Paese vicina al fondo (20<sup>a</sup> posizione su 27) della graduatoria Ue. Non accennano ad arrestarsi la diminuzione dei matrimoni (-6,5% nel 2009 rispetto all'anno precedente) e l'aumento dell'età media in cui gli italiani lo contraggono per la prima volta (33 anni gli uomini e 29,9 le donne, circa 2 anni in più rispetto al 2000).

In questo *trend* giocano un ruolo centrale il mercato del lavoro e le modalità con cui la crisi si è abbattuta sui giovani, ed è probabile che la società italiana si stia privando di energie che potrebbero offrire un contributo sostanziale. L'Italia è infatti tra i grandi Paesi dell'Ue quello in cui è più bassa la quota di *under 30* sul totale degli occupati. I fattori della crescita economica sono molteplici, tuttavia il confronto di questo dato con quello relativo al Pil 2010 espresso in numero indice rispetto al 2000 (per cui 100 è uguale al Pil dell'anno 2000) evidenzia come i Paesi che hanno potuto contare su una forte occupazione giovanile sono quelli che più sono cresciuti nel medio periodo, e quelli che sono riusciti a tutelarla negli anni sono quelli per cui le previsioni di crescita per il prossimo futuro sono più rosee (fig. 4).

Fig. 4 - Occupati di 15-29 anni sul totale degli occupati nel 2000 e 2010, crescita economica 2000-2010 e previsioni 2011 e 2012 (val. % e numeri indice: 2000=100)



(1) Numero indice: 2000=100

(2) Previsione

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Il protrarsi dell'incertezza sembra avere avviato una reazione a catena su un piano antropologico, per cui i giovani emergono come i soggetti più a rischio di adottare comportamenti devianti, e i più permeabili a una sfiducia e a un disincanto che sfiorano il cinismo. Da un lato, l'indagine del Censis del 2011 sulla sregolazione delle pulsioni rileva un diffuso consenso tra i giovani per modelli di successo e di riuscita sociale avulsi dal merito e dalla cultura del lavoro, dall'altro, secondo l'Eurobaro-

metro, è il 38,2% dei 15-30enni italiani a ritenere che l'università rappresenti un'opzione non attraente, e si tratta del dato più alto dell'Europa a 27.

Non sorprende che tra giovani destinati a vivere un perpetuo presente, ad andare in crisi sia lo stesso concetto di “investimento sociale”, laddove la società non sembra in grado di garantire alcun ritorno a fronte di scelte e percorsi proiettati al futuro.

## *Perché non decolla la previdenza integrativa*

Sono passati quasi vent'anni dall'avvio del processo di riforma che ha ridisegnato il sistema pensionistico italiano, tutelandone la sostenibilità finanziaria attraverso una graduale transizione tra il sistema retributivo e quello contributivo. Le pensioni attualmente erogate sono però ancora pressoché tutte a base retributiva, e questo non rende socialmente evidente l'arretramento della futura copertura pensionistica. Peraltro, i redditi da pensione in questi anni hanno sempre di più fornito un contributo importante alle finanze di figli e nipoti alle prese con la crisi economica, grazie anche al pensionamento di coorti di popolazione che hanno vissuto i loro percorsi professionali tra gli anni '70 e '80, caratterizzati dalla terziarizzazione avanzata, e che dunque hanno in maggior numero maturato il diritto a trattamenti “da ceto medio”, più alti rispetto a quelli dei lavoratori delle generazioni precedenti.

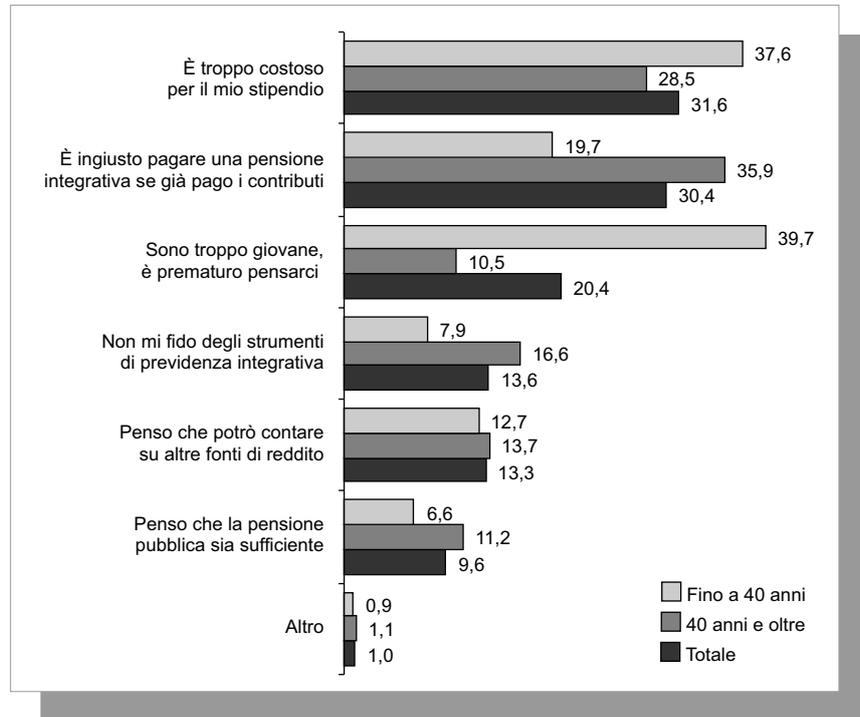
Questa tendenza è però destinata a conoscere una brusca inversione nei prossimi anni, ed è chiaro che le pensioni erogate dal sistema obbligatorio pubblico saranno nettamente più basse di quelle attuali, e soprattutto sarà indispensabile rimanere più a lungo al lavoro per maturarne il diritto; il corpo sociale sembra però sostanzialmente impreparato agli effetti “reali” della riforma delle pensioni e il livello di adesione alla previdenza integrativa, il “secondo pilastro” che dovrebbe giocare un ruolo fondamentale nel disegno di riforma, rimane contenuto, soprattutto nelle imprese più piccole, tra i lavoratori più giovani e tra gli autonomi, proprio i soggetti più a rischio di percorsi contributivi deboli.

D'altro canto, secondo l'indagine Censis del 2011, circa l'80% delle famiglie italiane manifesta l'intenzione di non aderire a schemi previdenziali integrativi in futuro, e in circa un caso su dieci non sanno proprio di cosa si tratti. Tra i capofamiglia occupati, una delle ragioni che viene indicata con maggiore frequenza, specie tra i più giovani, è il costo in relazione allo stipendio disponibile, mentre la necessità di integrare la propria contribuzione previdenziale viene più spesso rifiutata, e considerata iniqua dai capofamiglia in età più avanzata. I problemi culturali non sono però appannaggio esclusivo dei più anziani, laddove la rimozione, o la dilazione a un futuro indefinito del momento in cui bisognerà affrontare la questione, rappresenta di fatto la motivazione citata con maggiore frequenza dai capofamiglia *under 40* (il 39,7% contro la media del 20,4%) (fig. 7).

Nella consapevolezza dei cittadini rimangono ancora grandi zone d'ombra e profonde lacune informative, che si aggiungono alle difficoltà strutturali che la previdenza integrativa incontra nel suo diffondersi, laddove i principali destinatari di

questi strumenti, i lavoratori più giovani, si trovano in buona parte a dover fronteggiare i rischi connessi alla instabilità lavorativa nel presente.

**Fig. 7 - Motivazioni del disinteresse della famiglia alla sottoscrizione di strumenti previdenziali integrativi, per classe d'età della persona di riferimento (val. %)**



Fonte: indagine Censis, 2011