

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

3 Sistemi di Welfare in Europa: trend in atto e sfide per l'Italia

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Andrea Rotolo e Stefano Tasselli¹

3.1 Introduzione

Il presente capitolo analizza la spesa per il Welfare di quattro Paesi europei (Italia, Regno Unito, Francia, Germania). Dopo aver introdotto il metodo utilizzato per il calcolo e l'analisi dei dati (§3.2) e presentato alcuni indicatori sulle condizioni socio-economiche dei quattro Paesi analizzati (§3.3), si fornisce una lettura comparativa della spesa totale per il Welfare (§3.4), con un approfondimento sulle politiche per la non autosufficienza (§3.5). Confrontando i dati italiani con quelli inglesi, francesi e tedeschi è possibile comprendere alcune peculiarità del nostro Paese e sfatare alcuni miti, offrendo spunti di policy ai decisori pubblici (§3.6).

3.2 Metodo e dati

3.2.1 La spesa di Welfare nelle analisi comparative

Negli ultimi decenni le analisi comparative riguardanti i sistemi di Welfare si sono focalizzate soprattutto sulla spesa sociale (Amenta ed Hicks, 2012) sia in termini assoluti che in termini relativi di incidenza rispetto a grandezze nazionali (quali PIL e spesa pubblica) oltre che in termini pro-capite. L'utilizzo di analisi statistiche a partire da dati aggregati tratti da ampi database internazionali,

¹ Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro di ricerca congiunto degli autori, il § 3.2 è da attribuire a Elisabetta Notarnicola, il § 3.3 ad Andrea Rotolo, il § 3.4 a Stefano Tasselli, il § 3.5 a Francesco Longo e il § 3.6 a Giovanni Fosti.

I dati e i risultati presentati in questo capitolo sono il frutto della ricerca condotta dagli autori in collaborazione con Spi Cgil Regione Lombardia e SPI CGIL Nazionale, «I Sistemi di Welfare in Europa». Nell'ambito di questa ricerca gli autori hanno beneficiato continuamente del confronto sempre ricco e stimolante con Anna Bonanomi, in veste di segretario regionale Spi Cgil.

come ad esempio ESSPROSS (Eurostat) e SOCX (Ocse)², è stato più volte criticato sulla base di alcuni limiti individuati sia rispetto alla significatività dell'utilizzo esclusivo di dati di spesa per la comprensione delle dinamiche dei sistemi di Welfare (Pedersen, 2007), sia rispetto alla validità e comparabilità dei dati disponibili nei database internazionali (De Deken, Kittel, 2007). Un modo per effettuare analisi comparative più accurate consiste nel basare l'analisi della spesa su ambiti di policy simili (Castles, 2009; Kuitto, 2011) o rivolti agli stessi target sociali (se non addirittura a singole politiche).

3.2.2 Un approccio bottom-up per la definizione della spesa di Welfare

Sulla base di queste considerazioni preliminari, per l'analisi proposta in questo capitolo, si è deciso di non rifarsi ai dati di spesa ricavabili dai citati database, ma di utilizzare all'opposto un approccio analitico a partire da dati disaggregati da fonti originali nazionali.

Il metodo implementato si basa su una riclassificazione della spesa di Welfare a partire dai singoli interventi e politiche. Presupposto dell'elaborazione dei dati è stato uno studio approfondito dei quattro sistemi di Welfare, con l'obiettivo di comprendere i destinatari di ogni singola politica. In questo modo si sono identificate sette aree di policy. Le aree di riferimento³ sono:

- i. Pensioni;
- ii. Spesa Sanitaria;
- iii. Lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro;
- iv. Politiche abitative;
- v. Interventi per minori e famiglia;
- vi. Interventi per esclusione sociale e povertà;
- vii. Non autosufficienza e invalidità.

Sulla base delle sette aree individuate si è proceduto a definire per ogni Paese quali fossero gli interventi destinati ad ognuna, in modo da poter ricostruire la spesa aggregata per ogni area, sommando la spesa per singoli interventi ritenuti afferenti ad una determinata area.

Un esempio relativo all'Italia può chiarire il metodo seguito: la spesa per le persone non autosufficienti dovuta all'Indennità di Accompagnamento erogata

² I database ESSPROSS e SOCX mettono a disposizione serie storiche di dati aggregati per un ampio set di Paesi europei e non solo, rielaborati a partire dai dati forniti annualmente dai ministeri competenti e dagli uffici statistici nazionali.

³ Le aree sono state individuate a partire dalla classificazione adottata dai Paesi in analisi ma anche da quanto condiviso a livello europeo, a partire dalle definizioni Eurostat che propone: *Sickness and Healthcare; Disability; Old Age; Survivors; Family and children; Unemployment; Housing; Social Exclusion.*

da INPS non è stata imputata all'area delle Pensioni (come nelle statistiche ufficiali) ma a quella per Non autosufficienza e Invalidità. Allo stesso modo la spesa per interventi sociosanitari destinati ad anziani e disabili (ad esempio per l'Assistenza Domiciliare Integrata, ADI, o per le Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA) non è stata imputata all'area Spesa Sanitaria, ma ancora una volta a quella Non autosufficienza e Invalidità.

3.2.3 Il calcolo della spesa di Welfare e la sua analisi

Il calcolo e l'analisi della spesa di Welfare sono stati svolti seguendo cinque fasi:

1. Ricognizione delle politiche e degli interventi esistenti nei diversi Paesi e conseguente attribuzione a una delle sette aree sulla base delle finalità perseguite e dei destinatari;
2. Reperimento dei dati di spesa per ciascuna politica e intervento da fonti nazionali (istituti statistici nazionali, rapporti governativi ufficiali o di istituti di ricerca) per l'anno 2012, 2011 o per l'ultimo disponibile;
3. Calcolo della spesa complessiva per area attraverso la somma della spesa per i singoli interventi attribuibili a ciascuna;
4. Calcolo della spesa totale di Welfare per ciascun paese;
5. Validazione dei dati e dell'analisi attraverso la consultazione di un esperto dei sistemi di Welfare di ognuno di Paesi analizzati.

Ai fini dell'analisi si adotteranno due diverse prospettive sulle sette aree di spesa (riepilogate in Tabella 3.1): ci si riferirà infatti sia alla spesa complessiva del sistema, che include la spesa per tutte le aree considerate, sia alla sola spesa per Non autosufficienza e Invalidità, con la finalità di comparare l'intensità dell'assistenza per anziani non autosufficienti e persone disabili nei diversi sistemi.

Tabella 3.1 **Scomposizione della Spesa di Welfare in Aree e perimetri**

| Area di intervento | Finalità e destinatari |
|---|---|
| Pensioni | Interventi rientranti nei regimi previdenziali (di vecchiaia, anzianità e reversibilità) |
| Spesa sanitaria | Interventi sanitari per adulti e minori al netto della spesa per anziani non autosufficienti e disabili |
| Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro | Politiche attive e passive per i lavoratori |
| Politiche abitative | Interventi a sostegno dell'alloggio |
| Interventi per famiglie e minori | Interventi per minori (a rischio di esclusione sociale e non), giovani e famiglie |
| Interventi per esclusione sociale e povertà | Interventi per l'inclusione sociale (non riconducibili a nessuna altra categoria); |
| Non autosufficienza e Invalidità | Interventi sociali e sanitari per la non autosufficienza di anziani e disabili |

Il metodo di calcolo proposto e adottato presenta allo stesso tempo vantaggi e svantaggi, in parte già citati. L'utilizzo di dati da fonti nazionali consente una migliore comprensione delle scelte e delle peculiarità dei sistemi, arrivando ad un altissimo livello di dettaglio. Questo permette di comprendere la rilevanza e l'intensità di ogni politica e area di intervento (confrontando la spesa pro capite o la spesa per destinatario quando possibile) oltre che di includere la spesa di tutti i livelli di governo (centrale, regionale – intermedio e locale oltre che istituti diversi per la sicurezza sociale) e analizzare la loro partecipazione rispetto ai diversi interventi. Rimangono, però, alcune problematiche legate alla comparabilità dei dati quando le diverse fonti si riferiscono ad anni diversi o presentano diversi livelli di dettaglio; a questo si aggiunge il tema del *double accounting* nel momento in cui fonti diverse adottano tecniche di rilevazione diverse per i vari livelli di governo. L'utilizzo della spesa totale facilita il confronto immediato tra Paesi ma ripropone quanto già detto sull'utilizzo di macro-aggregati per l'analisi di policy complesse e il rischio di eccessive semplificazioni.

3.3 Quattro Paesi a confronto

3.3.1 Le economie dei quattro Paesi

Italia, Regno Unito, Francia e Germania sono Paesi simili dal punto di vista della popolazione e rappresentano le economie più avanzate dell'Europa nell'ultimo secolo. I rispettivi sistemi di Welfare hanno tuttavia vissuto fasi di sviluppo diverse e presentano oggi differenze sia in termini di caratteristiche che di risultati.

Per capire meglio come si siano sviluppati i diversi assetti è quindi necessario prendere in considerazione, in via preliminare, alcune caratteristiche generali dei quattro Paesi

Dal punto di vista delle rispettive economie, la Germania presenta il livello di PIL più elevato, sia in termini assoluti (€ 2.592, 6 miliardi di € nel 2011), sia in termini pro-capite (31.700 €). Francia (30.600 €), Regno Unito (27.800 €) e Italia (26.000 €) presentano valori di PIL pro-capite inferiori, anche neutralizzando le differenze di potere d'acquisto utilizzando come unità di misura il PPS⁴ (GER: 30.300 €; FRA: 27.200 €; UK: 27.400 €; ITA: 25.100 €) (Eurostat, 2011).

Altri dati raccontano più in profondità le caratteristiche dell'economia, sottolineando in questo caso una maggiore distanza dell'Italia dagli altri tre Paesi, in primo luogo analizzando la spesa annuale che ciascuno Stato deve sostenere per finanziare il debito pubblico. L'Italia, infatti, a causa delle elevate dimensioni del

⁴ Standard di Potere d'Acquisto (PPS): il valore PPS è ottenuto dividendo un qualsiasi aggregato economico di un Paese nella moneta locale per il rispettivo valore in Parità di Potere d'Acquisto (PPA/PPP). In teoria, con 1 PPS si è in grado di acquistare la stessa quantità di un bene e/o servizio in ogni Paese (definizione Eurostat).

Tabella 3.2 **Le economie dei quattro paesi**

| | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|---|-----------|-------------|-----------|-----------|
| PIL in Miliardi di € (2011, Eurostat) | € 1.578,5 | € 1.747,1 | € 1.996,6 | € 2.592,6 |
| PIL PRO CAPITE in € (2011, Eurostat) | € 26.000 | € 27.800 | € 30.600 | € 31.700 |
| PIL PRO CAPITE in PPS (2011, Eurostat) | € 25.100 | € 27.400 | € 27.200 | € 30.300 |
| SPESA PUBBLICA PER IL RIMBORSO DEL DEBITO FINANZIARIO in Miliardi di € (Eurostat, 2011) | € 76,3 | € 56,6 | € 52,6 | € 65,8 |
| ECONOMIA SOMMERSA in % del PIL (Schneider, 2011) | 21,6% | 10,5% | 11,0 % | 13,5% |
| INDICE DI GINI (Eurostat, 2011) | 31,9 | 33 | 30,8 | 29 |

proprio debito, ogni anno deve destinare 76,3 miliardi di euro al pagamento degli interessi (4,8% del PIL), un valore molto più elevato rispetto alla Germania (65,8 mld €, 2,5% del PIL), al Regno Unito (52,6 mld €, 3,2% del PIL) e alla Francia (56,6 mld €, 2,6% del PIL) (Eurostat, 2011). Inoltre, un'altra peculiarità che penalizza lo sviluppo della nostra economia molto più delle altre è il fenomeno della «economia sommersa⁵». Essa è stimata nell'ordine del 21,6% rispetto al PIL, un'incidenza superiore al doppio del valore del sommerso nel Regno Unito (10,5%) e comunque di gran lunga superiore anche a Francia (11,0%) e Germania (13,5%) (Schneider, 2011).

Infine, l'Italia presenta anche un livello di concentrazione della ricchezza secondo soltanto a quello del Regno Unito (vedi Tabella 3.2), pari a 31,9 secondo l'indice di Gini.

3.3.2 La popolazione dei quattro paesi

I quattro Paesi oggetto di analisi si distinguono non solamente per le dimensioni geografiche e per numero di abitanti, ma anche per alcuni tratti fondanti delle rispettive società.

In primo luogo, l'Italia e la Germania detengono i più alti indici di dipendenza⁶, rispettivamente 30,6% e 31,2%. L'indice di dipendenza fornisce una misura

⁵ Economia sommersa: può essere definita come l'insieme di tutte le attività economiche che contribuiscono al prodotto interno lordo ufficialmente osservato, ma che non sono registrate e dunque regolarmente tassate (Schneider, 2011).

⁶ Indice di dipendenza: rapporto tra il numero di anziani in un'età in cui generalmente sono economicamente inattivi (oltre i 65 anni) e il numero di persone in età lavorativa (da 15 a 64 anni).

della parte di popolazione che rispetto al totale è «economicamente inattiva», quindi tendenzialmente in una condizione di essere «dipendente» dalla fascia di popolazione attiva. Valori più bassi sono invece riscontrati in Regno Unito e Francia, rispettivamente al 24,6% e 25,9% (Eurostat, 2011).

Anche in termini prospettici, Italia e Germania appaiono allineate e si differenziano da Regno Unito e Francia guardando ad esempio al tasso di fertilità⁷. In Italia, infatti, esso si attesta a 1,39 figli per donna, mentre quello tedesco è di poco inferiore, 1,36 (Eurostat, 2011). Questo significa che il trend di crescita della popolazione, senza considerare i fenomeni migratori, è un trend negativo se si guarda esclusivamente al numero di figli che vengono partoriti in media dalle donne, dando vita quindi a famiglie sempre meno numerose. I tassi di fertilità di Regno Unito e Francia si mantengono invece attorno ai due figli per donna (rispettivamente 1,96 e 2,01) (Eurostat, 2011). L'Italia tuttavia si colloca al primo posto tra i Paesi analizzati per numero medio di componenti per nucleo familiare (2,4 come il Regno Unito) (Iacovou, Skew, 2010), numeri che rispecchiano ancora la tradizionale tendenza italiana ad avere famiglie numerose, sulle quali il nostro sistema di Welfare è da sempre imperniato. La questione rilevante diventa quindi chiedersi oggi quale sostenibilità avrà l'attuale sistema di Welfare nel futuro.

Infatti, non solo il tasso di fecondità, ma anche altri fenomeni che caratterizzano sempre di più la società italiana, fanno trasparire che il nucleo familiare come lo abbiamo inteso fino a oggi difficilmente conserverà le sue caratteristiche in futuro. Cresce ad esempio la percentuale di anziani over 65 che vivono da soli e che in Italia rappresentano il valore più elevato (15,2%), mentre nel Regno Unito sono il 14,2%, in Francia il 14% e in Germania il 13,3% (Iacovou, Skew, 2010).

Le principali caratteristiche demografiche sono raccolte in Tabella 3.3.

Approfondendo infine alcuni dati sui livelli e sulle caratteristiche dell'occupazione nei quattro paesi, emergono significative differenze che pongono l'Italia in netto ritardo su molti parametri.

Se da un lato il tasso di disoccupazione nella fascia 15-74 anni (8,4%) è in linea con gli altri Paesi (UK: 8%; FRA: 9,6%; GER: 5,9%) (Eurostat, 2011), dall'altro questo indice esprime la quota di persone non occupate fra chi sta attivamente cercando lavoro. I dati sull'occupazione, infatti, vedono la Germania al 76,30%, seguita da Regno Unito al 73,60%, dalla Francia al 69,20% e l'Italia con solo il 61,20% (Eurostat, 2011). Se si analizzano più nello specifico le caratteristiche dell'occupazione, risulta evidente che l'Italia presenta un tasso di occupazione femminile inferiore al 50% (49,9%) quando gli altri tre Paesi si attestano su valori superiori al 64% fino al 71,1% della Germania (Eurostat, 2011). Un gap che pone l'Italia in ritardo rispetto agli obiettivi fissati dall'Agenda di

⁷ Tasso di fertilità totale: esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni).

Tabella 3.3 **La popolazione dei quattro paesi**

| | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|---|------------|-------------|------------|------------|
| POPOLAZIONE TOTALE | 60.800.000 | 62.700.000 | 65.350.000 | 81.800.000 |
| INDICE DI DIPENDENZA (Eurostat, 2011) | 30,6% | 24,6% | 25,9% | 31,2% |
| TASSO DI FERTILITÀ TOTALE (Eurostat, 2011) | 1,39 | 1,96 | 2,01 | 1,36 |
| % DI NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA GENITORE SINGLE CON BAMBINO (Iacovou and Skew 2010) | 2,6% | 5,8% | 4,1% | 3,6% |
| % DI NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA ANZIANI SOLI OVER 65 (Iacovou and Skew 2010) | 15,2% | 14,2% | 14,0% | 13,3% |
| DIMENSIONE MEDIA DEI NUCLEI FAMILIARI (Iacovou and Skew 2010) | 2,4 | 2,4 | 2,3 | 2,1 |

Tabella 3.4 **Occupazione e istruzione nei quattro paesi**

| | Italia | Regno unito | Francia | Germania |
|--|--------|-------------|---------|----------|
| TASSO DI OCCUPAZIONE (20-64) (Eurostat, 2011) | 61,20% | 73,60% | 69,20% | 76,30% |
| TASSO DI OCCUPAZIONE FEMMINILE (20-64) (Eurostat, 2011) | 49,90% | 67,90% | 64,70% | 71,10% |
| TASSO DI DISOCCUPAZIONE (15-74) (Eurostat, 2011) | 8,40% | 8,00% | 9,60% | 5,90% |
| EDUCAZIONE Percentuale di persone con diploma di educazione secondaria o superiore (Eurostat, 2011) | 54,60% | 76,20% | 68,90% | 79,40% |

Lisbona (60% entro il 2020) e che in parte spiega come il Paese abbia costruito nel tempo il proprio sistema di Welfare facendo perno sulla figura della donna come *caregiver* all'interno del nucleo familiare.

Altrettanto rilevante è la lettura del dato sulla percentuale di persone con diploma di educazione secondaria o superiore (Tabella 3.4). Anche in questo caso la Germania presenta il valore più elevato (79,4%), ma anche Regno Unito e Francia si attestano su livelli superiori al 68%. L'Italia invece registra solo il 54,6% di persone con almeno un diploma (Eurostat, 2011).

3.4 Il perimetro della spesa di Welfare

3.4.1 Le risorse per il Welfare nei quattro Paesi

L'Italia spende sensibilmente meno per il Welfare degli altri Paesi europei: con un ammontare totale di 7.055 euro per residente non siamo molto distanti dai 7.303 euro del Regno Unito, ma risuliamo ben lontani dai 9.008 euro della Germania e dai 10.011 euro della Francia⁸. Parallelamente, un ammontare notevole di risorse pubbliche in Italia è imputato al rimborso dei finanziamenti sul debito pubblico (1.254 euro per residente), una cifra ben superiore a quella spesa da Regno Unito (903 euro), Francia (804 euro) e Germania (805 euro)⁹. In termini percentuali sulla spesa pubblica totale, la spesa per il Welfare in Italia rappresenta il 27,1 per cento del PIL e il 53,6 per cento della spesa pubblica, un dato percentuale superiore a quello destinato dal Regno Unito (26,3 per cento del PIL e 50,6 per cento della spesa pubblica) ma sensibilmente inferiore a Germania (28,4 per cento del PIL e 63,3 per cento della spesa pubblica) e Francia (32,7 per cento del PIL e 58,5 per cento della spesa pubblica).

Confrontando i Paesi su dati aggregati, il totale della spesa pubblica italiana – calcolato come spesa per il Welfare, spesa per pagamento interessi sul debito e spesa per altre funzioni – è perciò di 13.154 euro per residente, un ammontare lievemente inferiore a Regno Unito (14.429 euro) e Germania (14.235 euro) e notevolmente inferiore alla Francia (17.119 euro). D'altra parte, come emerso nel paragrafo precedente (§1.3), sensibilmente inferiore a quello degli altri Paesi è anche il PIL complessivo pro-capite, calcolato sommando il totale della spesa pubblica e della spesa privata, che vede l'Italia in ultima posizione (26.000 euro per residente), un valore non lontano da quello del Regno Unito (27.800 euro), ma decisamente lontano dai valori di Francia (30.600 euro) e Germania (31.700 euro). I dati sono confrontati in Tabella 3.5.

3.4.2 La composizione delle risorse per il Welfare

Per quanto concerne la composizione della spesa complessiva per il Welfare, l'Italia è il Paese con la quota maggiore di spesa per Pensioni, con una spesa di

⁸ Le fonti sono: per l'Italia, Bilancio sociale Inps 2010, dati Istat 2009, dati Ministero del Lavoro e Politiche sociali 2009, Bilancio Inail 2010, Rapporto coesione sociale Istat 2010. Per il Regno Unito, HM Treasury Data 2011, Public spending data UK 2011, Work and Pension Department 2011, UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011, UK National Accounts at UK National Statistics 2011. Per la Germania, Sozialbudget 2011, Destatis. Per la Francia, La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee.

⁹ Le fonti sono: «National accounts, Eurostat-2011»; «Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda – 2012» (Italy); «UK National Accounts at UK National Statistics 2011» (UK); «Finances Publique, Insee – 2011» (France); «Public finances and taxes, Destatis – 20».

Tabella 3.5 **Spesa pubblica per il Welfare nei quattro paesi, in € pro-capite per l'anno 2011**

| € pro-capite, 2011 | Italia | | Regno unito | | Francia | | Germania | |
|---|--------|------|-------------|------|---------|------|----------|------|
| | € | % | € | % | € | % | € | % |
| Spesa pubblica per il Welfare | 7.055 | 27,1 | 7.303 | 26,3 | 10.011 | 32,7 | 9.008 | 28,4 |
| Spesa pubblica per gli interessi sul debito | 1.254 | 4,8 | 903 | 3,2 | 805 | 2,6 | 804 | 2,5 |
| Spesa pubblica per altre funzioni | 4.845 | 18,6 | 6.224 | 22,4 | 6.303 | 20,6 | 4.423 | 14 |
| Spesa pubblica complessiva | 13.154 | 50,6 | 14.429 | 51,9 | 17.119 | 55,9 | 14.235 | 44,9 |
| Spesa privata | 12.846 | 49,4 | 13.371 | 48,1 | 13.481 | 44,1 | 17.465 | 55,1 |
| PIL | 26.000 | 100 | 27.800 | 100 | 30.600 | 100 | 31.700 | 100 |

3.755 euro pro-capite pari al 28,5% della spesa pubblica, una percentuale ben più elevata a quella di Regno Unito (18,2%), Francia (24,9%) e Germania (25,5%). L'Italia è anche il secondo Paese in termini percentuali per spesa per politiche per il Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro con un valore pro-capite di 613 euro pari al 4,7% della spesa pubblica, un valore inferiore solo alla Francia (871 euro), ma di molto superiore a quello di Regno Unito (170 euro) e Germania (419 euro). Parallelamente, però, l'Italia è il Paese con la quota minore di Spesa Sanitaria, con un valore assoluto di 1.534 euro¹⁰ e un'incidenza dell'11,7% sulla spesa pubblica, un valore più ridotto rispetto alle percentuali di spesa del Regno Unito (17%), Francia (15,4%) e Germania (20%).

Passando a un'analisi più focalizzata sulla spesa per Interventi per la lotta all'esclusione sociale e alla povertà e agli Interventi per famiglie e minori, l'Italia è il secondo Paese con il livello più elevato di sussidi contro i rischi di esclusione sociale e povertà, con un valore assoluto di 371 euro per residente e un valore percentuale del 2,8% sulla spesa pubblica, valore inferiore solo al Regno Unito (3,6%) ma molto superiore a Francia (1,4%) e a Germania (0,1%). L'Italia, però, è anche l'ultimo Paese in termini di risorse per le politiche famigliari, per l'infanzia e l'adolescenza, conciliazione famiglia-lavoro e per le politiche abitative, con un valore assoluto di 219 euro pari a 1,7% sulla spesa pubblica (contro 3,4% del Regno Unito, 5,3% della Francia e 7% della Germania). Il sistema di Welfare italiano si conferma perciò relativamente più generoso nelle politiche contro disoccupazione e povertà.

¹⁰ Si ricorda che la quota di spesa sanitaria utilizzata per finanziare gli interventi nel campo della non autosufficienza è stata allocata a tale destinazione, e non è considerata nel calcolo della spesa sanitaria. Per questa ragione, la spesa sanitaria come calcolata in questo capitolo risulta sensibilmente inferiore rispetto a quella tradizionalmente considerata nelle statistiche ufficiali.

Tabella 3.6 **Composizione della spesa per il Welfare nei quattro paesi, in € pro-capite per l'anno 2011**

| € pro-capite, 2011 | Italia | | Regno unito | | Francia | | Germania | |
|---|--------|-------|-------------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | € | % | € | % | € | % | € | % |
| Non autosufficienza e Invalidità | 558 | 7,91 | 963 | 13,19 | 841 | 8,40 | 912 | 10,16 |
| Interventi per famiglie e minori | 219 | 3,10 | 486 | 6,66 | 899 | 8,98 | 997 | 11,07 |
| Interventi per esclusione sociale e povertà | 371 | 5,26 | 525 | 7,19 | 239 | 2,39 | 19 | 0,21 |
| Pensioni | 3.755 | 53,22 | 2.623 | 35,92 | 4.255 | 42,50 | 3.629 | 40,29 |
| Spesa Sanitaria | 1.534 | 21,74 | 2.449 | 33,53 | 2.644 | 26,41 | 2.847 | 31,60 |
| Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro | 613 | 8,69 | 170 | 2,32 | 871 | 8,7 | 419 | 4,65 |
| Politiche abitative | 6 | 0,09 | 87 | 1,19 | 262 | 2,62 | 184 | 2,05 |
| Spesa complessiva per il Welfare | 7.055 | 100 | 7.303 | 100 | 10.011 | 100 | 9.008 | 100 |

Focalizzando l'analisi sulla spesa per la Non autosufficienza e l'invalidità, infine, l'Italia si classifica ultima nel confronto con gli altri paesi, con 558 euro pro capite per singolo residente (7,9 per cento della spesa per il Welfare) contro 963 euro nel Regno Unito (13,2 per cento), 912 euro in Germania (10,1 per cento) e 841 euro in Francia (8,4 per cento). Una sintesi complessiva del confronto sulle componenti della spesa per il Welfare è mostrata in Tabella 3.6.

3.4.3 La distribuzione della spesa di Welfare tra livelli di governo

Per quanto concerne l'analisi delle risorse per il welfare nei diversi Paesi oggetto di indagine, è di vivo interesse scomporre in ciascun Paese la spesa totale per il welfare tra i differenti livelli di governo¹¹, indicando per ogni Paese quanto della spesa di welfare si traduca in interventi gestiti a livello locale – che include sia gli enti locali (ad esempio i Comuni) sia enti di livello intermedio (ad esempio Province, Dipartimenti e Contee) – e a livello centrale o regionale, includendo le risorse impiegate per tutte le politiche governative per il welfare dello stato centrale o regionale, ma anche quelle gestite da Assicurazioni Sociali e Enti Previdenziali (ad esempio INPS o *National Insurance*).

L'analisi dei dati di spesa mostra che Italia, Francia e Germania seguono traiettorie di distribuzione delle risorse centraliste con una quota predominante

¹¹ Le fonti sono: «Bilancio sociale INPS – 2010», «Istat – 2009», «Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009», «Bilancio INAIL – 2010», «Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010» per l'Italia; «UK National Accounts 2011» per Regno Unito; «La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee» per la Francia; «SOZIALBUDGET 2011, Bundesministeriums für Arbeit und Soziales» per la Germania.

Tabella 3.7 **Distribuzione della spesa totale di Welfare tra livelli di governo nei quattro paesi, anno 2011**

| % della spesa di Welfare, anno 2011 | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|--|--------|-------------|---------|----------|
| Livello locale (Enti Locali quali Comuni, ecc. e Enti Intermedi, quali Province, Dipartimenti, ecc.) | 2% | 11% | 8% | 3% |
| Livello Centrale e Regionale – Politiche dello Stato centrale | 24% | 42% | 7% | 16% |
| Livello Centrale – Assicurazioni Sociali e Enti Previdenziali | 74% | 47% | 85% | 81% |

delle risorse gestite da Assicurazioni Sociali e Enti Previdenziali: tale valore percentuale sul totale delle risorse è pari al 74% in Italia, 85% in Francia e 81% in Germania. Si distingue invece il Regno Unito, con un valore del 47%.

Parallelamente, l'analisi delle risorse gestite dal Livello Centrale e Regionale (Politiche dello Stato centrale) vede il Regno Unito allocare il 42% delle risorse complessive a tale livello di governo; segue l'Italia, con il 24% delle risorse, e poi Germania (16%) e Francia (8%).

In tutti i quattro paesi, invece, vi è sostanziale allineamento relativamente alla quota esigua di risorse per il welfare gestite dal livello locale. Tale quota, che include sia le risorse dei Comuni che quelle delle Province, è pari soltanto al 2% in Italia. Percentuali ridotte, ma comunque più elevate che in Italia, si registrano anche negli altri paesi, con il 11% del Regno Unito, l'8% della Francia e il 3% della Germania.

3.5 Il Welfare per la non autosufficienza: spesa, servizi e copertura del bisogno

Si approfondisce lo studio comparativo dei sistemi di Welfare analizzando i programmi a sostegno della Non Autosufficienza e Invalidità per anziani e disabili (etichettata a livello internazionale come Long Term Care – LTC), che rappresentano sicuramente uno degli ambiti più rilevanti e strategici del Welfare in Europa a fronte del quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un prevalere della III e IV età. Questo approfondimento si basa su cinque passaggi logici a cui corrispondono altrettante sintetiche tabelle comparative:

- ▶ l'analisi del livello di spesa per la non autosufficienza e della composizione delle fonti di finanziamento per abitante;
- ▶ il mix tra trasferimenti finanziari e servizi;

- ▶ le caratteristiche istituzionali e dimensionali dei produttori di servizi;
- ▶ il tasso di copertura del bisogno stimato sulla base dei dati di prevalenza statistica della non autosufficienza;
- ▶ l'intensità assistenziale per caso trattato, misurata tramite il costo medio per assistito.

3.5.1 La spesa per abitante e le fonti

L'analisi della spesa che proponiamo è calcolata per abitante residente nel paese. La Tabella seguente (Tabella 3.8) permette di osservare contemporaneamente tre distinti fenomeni: il livello di spesa complessivo per la LCT del Paese attraverso l'indicatore della spesa annua per abitante, il mix delle fonti di finanziamento per livello istituzionale¹² (livello locale tramite enti locali, livello intermedio tramite spesa sanitaria e livello centrale tramite interventi di tipo assicurativo) e l'incidenza della spesa pubblica rispetto a quella stimata privata out of pocket¹³.

Si osserva come la spesa pubblica per abitante dell'Italia per la LTC corrisponda a poco meno della metà di quella di Regno Unito e Francia, pur essendo questo uno degli ambiti di policy in cui il sistema italiano è più sviluppato. La spesa privata è modesta in Italia e Germania (attorno 7%), mentre si colloca tra il 20 e il 30% del totale in UK e Francia. Questo ultimo dato va sempre analizzato con grande cautela non essendo al proposito le fonti molto stabili. I trasferimenti da agenzie centrali valgono il 60% della LTC in Germania e in Italia, il 38% in Francia e il 23% in UK, invertendo in questo ambito di policy la configurazione istituzionale che di norma colloca la Germania tra i Paesi decentrati e UK tra quelli più centralizzati. Guardando alla composizione della spesa, si nota come il ruolo dei sistemi sanitari e il loro conseguente contributo alla spesa per Non autosufficienza, varia di Paese in paese. In generale è possibile affermare che questo è molto rilevante in Regno Unito, Francia e Italia, Paesi nei quali il sistema sanitario partecipa direttamente all'assistenza erogata,

¹² La spesa per non autosufficienza rapportata ai diversi livelli istituzionali è stata calcolata su dati «Bilancio sociale INPS – 2010», «Istat – 2009», «Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009», «Bilancio INAIL – 2010», «Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010», «Fondazione Censis – Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008» (Italia); «UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011», «House of Commons 2011», «King's Fund Report on LTC 2011», «Dilnot Commission Report 2011» (Regno Unito); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», «La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee» (Francia); «Sozialbudget 2011, Destatis», «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germania).

¹³ La spesa privata out of pocket è stata stimata a partire da dati: «Fondazione Censis – Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008» (Italia); «King's Fund Report on LTC 2011» (Regno Unito); «Joel et alii 2010», «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», (Francia); «Schulz, 2010» (Germania).

Tabella 3.8 **Composizione della spesa per Non Autosufficienza nei quattro paesi, in € pro-capite per l'anno 2011**

| € pro-capite, 2011 | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|---|--------|-------------|---------|----------|
| Spesa (pubblica) per la Non autosufficienza | € 558 | € 963 | € 841 | € 912 |
| <i>Di cui:</i> | | | | |
| <i>Spesa degli Enti Locali</i> | € 56 | € 367 | € 150 | € 277 |
| <i>Spesa Sanitaria</i> | € 191 | € 370 | € 368 | € 16 |
| <i>Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)</i> | € 311 | € 226 | € 323 | € 619 |
| <i>Spesa privata out-of-pocket (stimata)</i> | € 40 | € 208 | € 356 | € 80 |
| <i>Spesa totale per la Non autosufficienza (Spesa pubblica complessiva + out-of-pocket)</i> | € 598 | € 1.171 | € 1.197 | € 993 |

mentre è residuale in Germania, dove è stata definita a livello istituzionale una chiara divisione tra sanità e sistema sociosanitario per la non autosufficienza (con l'istituzione di una assicurazione sociale dedicata) con una conseguente separazione della spesa.

Il livello locale ha un ruolo significativo nella LTC in Regno Unito e Germania, meno in Francia, mentre è del tutto marginale in Italia. Ognuno dei Paesi ha definito nel tempo un mix di finanziamento originale e proprio: in Germania prevale l'assicurazione sociale e il livello locale, nel Regno Unito i governi locali e la sanità, in Francia l'assicurazione sociale e la sanità, l'Italia ha un sistema povero, che nel mix assomiglia più a quello francese. Non emergono quindi significative convergenze nei modelli di finanziamento.

3.5.2 Il mix tra benefici monetari e servizi reali per la LTC

La Tabella che segue (Tabella 3.9) mostra l'incidenza della spesa pubblica per servizi reali per la LTC e, in modo complementare, la percentuale di risorse dedicate ai trasferimenti monetari ai cittadini eleggibili. La prima colonna fotografa l'allocazione delle risorse tra spesa per prestazioni *cash* e servizi reali (*in-kind*), la seconda invece analizza il numero dei beneficiari che ottengono trasferimenti monetari e quelli che ottengono servizi reali¹⁴.

¹⁴ Le stime proposte sono state elaborate su dati: «Secondo rapporto sulla non autosufficienza – 2011» (Italia); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (Francia); «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germania); «Department of Health, 2011» «Local Authority Accounts, 2011», «Dilnot Report on LTC 2011» (Inghilterra).

Tabella 3.9 **Mix tra prestazioni *cash* e *inkind* (servizi reali) nei quattro paesi**

| | Mix delle prestazioni erogate per LTC calcolato sui dati di spesa | | Mix delle prestazioni erogate per LTC calcolato sul numero di beneficiari delle prestazioni | |
|-------------|---|---------------|---|---------------|
| | Prestazioni cash | Servizi reali | Prestazioni cash | Servizi reali |
| Italia | 52% | 48% | 1.933.000 ¹⁵ | n.d. |
| Regno Unito | 46% | 54% | 57% | 43% |
| Francia | 39% | 61% | 60% | 40% |
| Germania | 31% | 69% | 53% | 47% |

Si nota nitidamente come l'Italia sia il Paese del *panel* che più di altri trasferisce solo risorse finanziarie ai beneficiari, con un'incidenza molto alta rispetto all'estremo opposto rappresentato dalla Germania (52% contro il 31%), pur essendo quest'ultimo il Paese che fa del principio di sussidiarietà uno dei pilastri del proprio sistema di Welfare. L'incidenza di *cash* e servizi reali tendono a invertirsi se si passa alla colonna del numero dei beneficiari, salvo per l'Italia dove non esistono neanche dati affidabili sul numero di beneficiari di servizi reali (questa debolezza di rendicontazione rappresenta probabilmente un indizio). Questo significa che negli altri tre Paesi i beneficiari che ottengono prestazioni *cash* hanno un contributo per assistito decisamente inferiore a quelli che ottengono servizi reali, perché pur rappresentando la quota maggioritaria degli eleggibili, consumano la quota minore di risorse.

3.5.3 La natura e le dimensioni dei produttori

Il quadro sinottico seguente (Tabella 3.10) mostra la natura giuridica e le dimensioni dei produttori, sia per i servizi residenziali, sia per le cure domiciliari¹⁶. La natura giuridica è distinta in pubblica e privata, dove quest'ultima categoria non distingue tra profit e non profit per assenza di dati. Le dimensioni medie dei produttori sono rappresentate dal numero di posti letto per le strutture residenziali e dal numero di persone in carico per i servizi a domicilio.

¹⁵ Rispetto al mix calcolato sul numero di beneficiari delle prestazioni si nota come per il caso italiano non siano disponibili dati completi sul numero di beneficiari delle prestazioni. Il numero di beneficiari di prestazioni cash indicato rappresenta il numero di beneficiari di Indennità di Accompagnamento nel 2011 (dati ufficiali INPS). Per il caso francese il calcolo del mix basato sul numero di beneficiari delle prestazioni è basato sulla distribuzione dei beneficiari di APA (Allocation personnalisée d'autonomie) (dati ufficiali del Ministero delle Politiche sociali francese, 2011).

¹⁶ I dati presentati sono stati elaborati a partire da: «Secondo rapporto sulla non autosufficienza – 2011» (Italia); «Dilnot Commission on LTC 2011, King's Fund Report on LTC 2011 (Inghilterra); «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (Francia); «Bode et alii (2011); Bogedar et alii (2010), Hilbert et alii 2012, Schulz 2010» (Germania). Le elaborazioni sono state eseguite a partire dal numero di strutture esistenti.

Tabella 3.10 Natura dei produttori dei servizi nei quattro paesi

| | SERVIZI RESIDENZIALI: caratteristiche dei produttori | | | SERVIZI DOMICILIARI: caratteristiche dei produttori | | |
|-------------|---|---------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------|---|
| | Publici | Privati (profit e non) | Dimensione media (n. di letti) | Publici | Privati (profit e non) | Dimensione media (utenti servizi) |
| Italia | 2.686 ¹⁷ | – | 53 | – | – | – |
| Regno Unito | 35% | 65% | 95 | 40% | 60% | 60 |
| Francia | 54% | 46% | 66 | 30% | 70% | – |
| Germania | 5% | 95% | 73 | 2% | 98% | 44 |

Nei tre Paesi stranieri si nota una prevalenza di produzione privata, ancora più marcata nelle cure domiciliari. Il Regno Unito, che ha un sistema prevalentemente pubblico nel settore sanitario, ha invece una produzione privata attorno ai 2/3 in ambito sociosanitario. La Francia, tradizionalmente orientata a un forte ruolo pubblico, osserva una quota di privato del 70% nel domiciliare e del 46% nel residenziale. In Germania tutti i servizi sono gestiti da erogatori privati, perché il principio della sussidiarietà, sancito costituzionalmente, impone questo assetto nei servizi sociali e socio-educativi. Per l'Italia mancano dati affidabili, dimostrando l'assenza di un dibattito di policy fondato su solide certezze quantitative di partenza.

Le dimensioni medie dei produttori appaiono ovunque modeste, segno di un settore ancora molto frammentato e scarsamente industrializzato. In questo caso, probabilmente, alcuni dati potrebbero risultare fuorvianti perché orientati a monitorare le dimensioni delle singole unità produttive e non della loro afferenza proprietaria, che potrebbe risultare, invece, molto più concentrata.

3.5.4 Il tasso di copertura del bisogno stimato

La Tabella seguente (Tabella 3.11) propone per ogni Paese il numero di residenti ultra 65enni e la relativa prevalenza statistica¹⁸ della condizione di non autosuf-

¹⁷ Per il dato italiano si riporta il numero di produttori pubblici di servizi residenziali per anziani non autosufficienti in Italia in assenza di dati completi.

¹⁸ Il tasso di prevalenza della Non autosufficienza misura la diffusione di condizioni di non autosufficienza per persone di età superiore ai 65 anni. Per ogni Paese sono stati utilizzati diversi tassi di prevalenza calcolati utilizzando statistiche e report nazionali: il divario tra i quattro tassi potrebbe essere spiegato considerando le diverse caratteristiche demografiche e differenti definizioni di fragilità, invalidità, disabilità e non autosufficienza esistenti. I tassi di prevalenza utilizzati sono stati tratti da «ISTAT – Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008 – Disabilità e non autosufficienza – pubblicato su Monitor, 3° supplemento al n. 22» (Italia); «Dilnot Commission Report 2011» (Inghilterra); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», (Francia); «Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008» (Germania).

ficienza adottata ufficialmente dal singolo paese. Questa può essere considerata una misura del confine che il policy maker nazionale attribuisce al problema della LTC. Per rendere il tasso di copertura del bisogno comparabile, è stato calcolato poi, per ogni paese, il numero degli anziani eleggibili a programmi per la LTC adottando un tasso di prevalenza uguale per tutti i paesi, scegliendo arbitrariamente quello italiano. Infine abbiamo registrato il numero di persone beneficiarie dei programmi di LTC in ogni paese, per poter calcolare il tasso di copertura del bisogno utilizzando la prevalenza uniforme adottata in tutto il *panel*¹⁹.

È sorprendente osservare come i Paesi del nostro *panel* utilizzino stime di prevalenza significativamente divergenti tra di loro, dove la più bassa è quella italiana al 18,5% e la più alta è quella tedesca al 30,27%, con un incremento addirittura del 66%. UK e Francia sono omogenei tra di loro, collocandosi circa a metà strada tra la prevalenza utilizzata per la programmazione in Italia e quella in Germania. Usando l'indicatore di prevalenza italiano i cittadini eleggibili sono 2,2 mil in Italia, 1,9 mil in UK, 2,4 mil in Francia e 3,1 mil in Germania a causa delle diverse piramidi d'età e numerosità della popolazione.

Colpisce la rilevanza eterogeneità nel tasso di copertura del bisogno stimato in modo uniforme, che vede l'Italia arrivare addirittura al 95% degli eleggibili, laddove UK e Francia si fermano e meno della metà e la ricca Germania che

Tabella 3.11 **Copertura dei bisogni derivanti dalla Non autosufficienza nei quattro paesi**

| | | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|------------|--|------------|-------------|------------|------------|
| A | Popolazione residente over65 | 12.301.537 | 10.563.000 | 13.186.000 | 16.844.000 |
| B | tasso di prevalenza adottato | 18,50% | 23,05% | 23,62% | 30,27% |
| AxB=C | numero stimato di over 65 non autosufficienti | 2.275.784 | 2.435.000 | 3.114.533 | 5.098.679 |
| Ax18,5% =D | numero stimato di over 65 non autosufficienti con tasso di prevalenza uniforme | 2.275.784 | 1.954.155 | 2.439.410 | 3.116.140 |
| E | popolazione over 65 inclusa in un programma di LTC | 2.165.070 | 867.000 | 1.200.000 | 2.041.800 |
| E/D | tasso di copertura del bisogno uniformato | 95,14% | 44,37% | 49,19% | 65,52% |
| E/C | tasso di copertura del bisogno a prevalenza nazionale | 95,14% | 35,61% | 38,53% | 40,05% |

¹⁹ Il numero di anziani non autosufficienti inclusi nel sistema è stato calcolato a partire da «ISTAT – 2004-2005» (Italia); «King's Fund Report on LTC 2011», «Dilnot Commission Report 2011» (Inghilterra); «Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013», «Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012» (Francia); «Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012» (Germania).

arriva al 65%. Utilizzando i tassi di prevalenza ufficiali dei singoli Paesi (ultima riga della Tabella) queste differenze risultano ancora più marcate: l'Italia rimane al 95% e gli altri tre Paesi scendono al 40% o meno, con una differenza più che doppia rispetto all'Italia. Questo dato deve essere però correlato con l'intensità assistenziale, che analizziamo a seguire.

3.5.5 L'intensità assistenziale

La Tabella che segue (Tabella 3.12) mostra comparativamente la spesa complessiva per la LTC per ogni Paese e il numero di persone che beneficiano dei programmi, distinte tra anziani e adulti non autosufficienti. Questo permette di calcolare la spesa media per assistito, che può essere considerata una buona *proxy* dell'intensità assistenziale, al netto di differenziali di produttività, invero non così rilevanti in servizi diretti alla persona.

Emerge come la spesa per assistito sia piuttosto omogenea tra Germania, UK e Francia (tra i 25.000 e i 37.000 euro annui), mentre l'Italia spende meno della metà (12.400 euro annuo per assistito). In altri termini, l'Italia rappresenta un modello dove tutti coloro che sono potenzialmente eleggibili ricevono un contributo, anche se in media molto modesto (difficile assistere una persona non autosufficiente con 1.033 euro al mese). All'opposto, gli altri tre Paesi del *panel* selezionano tra i non autosufficienti circa la metà della popolazione a cui danno dei benefici molto estesi. L'Italia comparativamente appare come un Paese che non sceglie e distribuisce le proprie risorse a pioggia e questo spiega la necessità di adottare un indicatore di prevalenza restrittivo, non essendo poi capace di distinguere le persone da selezionare. Al contrario gli altri Paesi appaiono abituati a profondi lavori di selezione, che garantiscono ai beneficiari un contributo effettivamente adeguato per l'assistenza a persone non autosufficienti (2.100-

Tabella 3.12 **Costo medio per assistito nei quattro paesi**

| | | Italia | Regno Unito | Francia | Germania |
|------------|---|-----------|-------------|-----------|-----------|
| A | SPESA PUBBLICA TOTALE PER LTC (per anziani non autosufficienti e disabili) in Milioni di euro | € 33.926 | € 60.399 | € 54.939 | € 74.636 |
| B | Numero totale degli assistiti anziani non autosufficienti | 2.165.070 | 867.000 | 1.200.000 | 2.041.800 |
| C | Numero totale degli assistiti disabili adulti | 571.520 | 745.000 | 956.600 | 418.200 |
| B+C=D | Numero totale degli assistiti | 2.736.590 | 1.612.000 | 2.156.600 | 2.460.000 |
| A/D | Spesa annua per assistito | € 12.397 | € 37.468 | € 25.475 | € 30.340 |
| (A/D)*1/12 | Spesa mensile per assistito | € 1.033 | € 3.122 | € 2.123 | € 2.528 |

3.000 euro mese). Questa capacità istituzionale e l'abitudine a selezionare permette di partire da indicatori di prevalenza più generosi, potendo poi applicare durante il processo di accesso ai servizi requisiti più stringenti. Questo apre la questione su quali siano questi criteri, a partire dalla rilevanza assegnata singolarmente a criteri economici, fisici, sociali e cognitivi, ma questo esula dallo scopo del presente lavoro.

3.6 L'Italia in controtuce: miti da sfatare e problemi aperti

I sistemi di Welfare di Italia, Regno Unito, Francia e Germania sono stati, nei precedenti paragrafi, oggetto di un confronto che si è concentrato sulla spesa complessiva di Welfare e su quella per la Long Term Care. La spesa, come specificato nel paragrafo §1.2, è stata ricostruita a partire dall'analisi dei dati disaggregati per ogni singolo paese.

Il metodo di calcolo proposto e adottato presenta allo stesso tempo vantaggi e svantaggi, in parte già citati. L'utilizzo di dati da fonti nazionali consente una migliore comprensione delle scelte e delle peculiarità dei sistemi, arrivando ad un altissimo livello di dettaglio. Questo permette di comprendere la rilevanza e l'intensità di ogni politica e area di intervento (confrontando la spesa pro capite o la spesa per destinatario quando possibile) oltre che di includere la spesa di tutti i livelli di governo (centrale, regionale – intermedio e locale oltre che istituti diversi per la sicurezza sociale) e analizzare la loro partecipazione rispetto ai diversi interventi. Rimangono, però, alcune problematiche legate alla comparabilità dei dati quando le diverse fonti si riferiscono ad anni diversi o presentano diversi livelli di dettaglio; a questo si aggiunge il tema del *double accounting* nel momento in cui fonti diverse adottano tecniche di rilevazione diverse per i vari livelli di governo. L'utilizzo della spesa totale facilita il confronto immediato tra Paesi ma ripropone quanto già detto sull'utilizzo di macroaggregati per l'analisi di policy complesse e il rischio di eccessive semplificazioni.

Da questa analisi, le differenze tra i Paesi emergono in modo nitido, in particolare rispetto ai rapporti centro-periferia, tra trasferimenti finanziari *cash* e servizi reali, tra spesa pubblica e spesa out-of-pocket. Il focus su Long Term Care evidenzia il posizionamento dei Paesi in termini di tassi di copertura dei bisogni e livelli di intensità assistenziale erogati. Accanto ai dati di spesa, i dati sul contesto socio-economico e sul Pil, lasciano intuire al lettore quanto siano ristretti gli spazi di manovra nell'ambito delle politiche sociali in Italia e negli altri paesi. Rispetto a queste dimensioni, le anomalie del sistema italiano emergono con chiarezza.

Il confronto evidenzia l'assoluta inconsistenza di alcuni miti del Welfare italiano, molto presenti non solo nel dibattito mediatico, ma anche nelle ipotesi di policy dichiarate ed agite. Questi sono:

- a. *Il mito di un Welfare italiano sovradimensionato*: le risorse pro-capite destinate a interventi di Welfare in Italia sono inferiori a quelle degli altri Paesi (tale differenziale è molto significativo rispetto a due dei tre Paesi analizzati, ovvero Francia e Germania);
- b. *Il mito di un Welfare che deve ridurre la quota di prestazioni* per ampliare le possibilità di auto definizione dell'utente: il Welfare italiano è quello in cui la componente di trasferimenti *cash* è più elevata, non solo nel perimetro complessivo ma anche nel focus sulle politiche di Long Term Care.
- c. *Il mito del Welfare locale*. Le politiche sociali sono istituzionalmente e formalmente ampiamente devolute ai livelli locali, tuttavia la composizione della spesa per il Welfare in Italia vede un peso molto più rilevante delle componenti gestite a livello centrale di quanto non accada negli altri Paesi considerati. Dal punto di vista macro le peculiare composizione della spesa, e in particolare la rilevanza delle erogazioni previdenziali, spostano il baricentro verso le amministrazioni centrali più che negli altri paesi. Nelle policy di LTC si conferma la prevalenza della spesa governata dalle amministrazioni centrali, mentre minima è la rilevanza finanziaria degli interventi da parte degli enti locali. La contraddizione tra la «narrativa» locale e la prevalenza di risorse governate dalle amministrazioni centrali caratterizza il modello italiano, sia nella dimensione macro, sia in quella più ristretta delle policy di LTC.
- d. *Il mito della programmazione*. Mentre la quota principale delle risorse è allocata presso le amministrazioni centrali, le amministrazioni locali investono con intensità su attività di programmazione integrata (i Piani di Zona, previsti dalla L. 328/2000, sono diffusi in tutto il Paese ed hanno cadenza triennale), senza che questo slancio programmatorio apra il tema della governance di un sistema di risorse frammentato tra più attori e livelli decisionali (Fosti, Larenza, Rotolo, 2012; Mayntz, 2003). La sproporzione tra l'intensità della programmazione e la residualità delle risorse che ne sono oggetto, dovrebbe indurre a ripensare la funzione, gli obiettivi e il metodo della stessa, spostandone il focus dall'allocazione delle risorse allo sviluppo di condizioni per l'integrazione di sistemi decisionali frammentati e dispersi, mediante l'allestimento di processi di apprendimento diffuso (Notarnicola e Rotolo, 2013).
- e. *Il mito dell'efficienza*. Il differenziale di risorse tra il sistema di Welfare italiano e quello degli altri Paesi (come visto nel paragrafo §1.4.) è talmente ampio da non poter essere allontanato dal centro dell'attenzione. La minore disponibilità di risorse impone una maggiore focalizzazione del sistema di Welfare e una capacità di riconoscere come necessario un processo chiaro e condiviso di definizione di priorità di intervento. Al contrario il focus sulla non autosufficienza evidenzia un orientamento opposto che, invece di orientarsi a selezionare le priorità, cerca di dare una risposta diffusa, rinunciando a differenziare gli interventi in funzione di bisogni con diverso grado di criticità, priorità e intensità assistenziale richiesta (come visto nel paragrafo §1.5). Se, da un lato, questo è lo stato della situazione,

dall'altro il continuo richiamo a futuri recuperi di efficienza fanno sì che il problema sia costantemente rinviato in attesa di un futuro ampliamento delle risorse disponibili. Occorre affermare quindi con estrema chiarezza che: i. ogni recupero di efficienza possibile è necessario sul piano istituzionale, etico ed operativo; ii. i possibili recuperi di efficienza non sono comunque tali da rendere la situazione diversa da come emerge dalla ricerca presentata, dato che il sistema di Welfare italiano ha una dotazione di risorse molto scarsa; iii. i continui richiami a un recupero di risorse come esito di futuri processi di efficientamento non fanno altro che oscurare il vero problema, che è quello di produrre decisioni e scegliere priorità, con gli oneri ad esso connessi sotto il profilo del consenso.

Alcuni punti fondamentali meritano attenzione sia sotto il profilo delle policy di sistema che nell'ambito degli interventi a livello locale.

Per quanto riguarda le prime, dovrebbe essere oggetto di analisi, come visto nel paragrafo §1.4, l'attuale allocazione intergenerazionale delle risorse nel Welfare italiano. Questa, infatti, presenta numerose similitudini con i Paesi che oggi sono più in difficoltà di fronte alla crisi economica, ovvero Grecia e Portogallo (Lynch, 2006), mentre si discosta da quella di altri paesi, come Francia e Germania, che mantengono nel contesto attuale sistemi di Welfare ampi ma selettivi. Questo è rilevante nel momento in cui l'ipotesi di fondo che condiziona a valle l'impostazione del dibattito di policy è l'interpretazione della qualità e dell'estensione del Welfare come lusso o piuttosto come condizione di tenuta di un paese.

Tutti i Paesi oggetto di analisi sono stati attraversati nell'ultimo ventennio da importanti traiettorie di riforma; tuttavia un tratto omogeneo che rimane a caratterizzarli è l'elevata frammentazione degli assetti istituzionali del sistema e di conseguenza delle risorse e della allocazione delle responsabilità tra gli attori. Se le riforme top-down adottate hanno dimostrato tali limiti nell'ottenere degli effetti ricompositivi, il ricorso ad un approccio bottom-up potrebbe segnare un cambio di paradigma. In questo senso, l'utilizzo di competenze e leve di management delle reti che ricompongano dal basso, può essere una soluzione non solo più praticabile (in attesa dell'ennesima riforma), ma anche potenzialmente più efficace (Fosti, Rotolo, 2013).

Infine, come accennato sopra, il focus sulle politiche di LTC evidenzia un sistema che non riesce a produrre decisioni, che contiene la domanda alla quale risponde comunque «in qualche modo» con livelli di intensità assistenziale molto ristretti rispetto a quelli di ognuno degli altri paesi.

Più di qualunque altro elemento questo differenziale, nell'assenza di decisioni allocative, appare critico di fronte alle esigenze di riposizionamento strategico che si stanno delineando per il sistema italiano, e tanto più problematico appare il focus sull'efficienza, che rimuove il problema delle decisioni affidando la soluzione a irrealistiche ipotesi espansive fondate su recuperi di risorse futuri e possibili che, pur necessari laddove realizzabili, si rivelerebbero tuttavia del tutto marginali.

Bibliografia

- Amenta E., Hicks A. (2012), «Research Methods» in Castles F.G., Leibfried S., Lewis J., Obinger H., Pierson C., (edited by), 2012, *The Oxford Handbook Of The Welfare State*, Oxford University Press:Oxford, pp. 105-120.
- Castles F. G. (2009), «What Welfare states do: a disaggregated expenditure approach», *Journal of Social Policy*, 38(1), 45-62.
- De Deken J., & Kittel B. (2007), «Social expenditure under scrutiny: The problems of using aggregate spending data for assessing Welfare state dynamics» in Clasen J., Siegel N.A., (edited by), (2007), *Investigating Welfare State Change: The Dependent Variable Problem «in Comparative Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, pp. 72-104.
- Fosti G., Larenza O., Rotolo A. (2012), «La programmazione sociale e socio-sanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Fosti G., Rotolo A. (2013), «Animare le reti: una prospettiva per le Pubbliche Amministrazioni», in Fosti G., (a cura di), (2013), *Rilanciare il Welfare Locale, ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea: Milano, in corso di pubblicazione.
- Kuitto K. (2011), «More than just money: Patterns of disaggregated Welfare expenditure in the enlarged Europe», *Journal of European Social Policy*, 21(4), 348-364.
- Lynch J. (2006), *Age in the Welfare State*, Cambridge University press: New York.
- Mayntz R. (2003), «New challenges to governance theory», *Governance as social and political communication*, 27-40.
- Notarnicola E., Rotolo A. (2013), «Sostenere le reti locali da parte della regione: la valutazione come supporto all'integrazione e all'empowerment locale», in Fosti G., (a cura di), (2013), *Rilanciare il Welfare Locale, ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea: Milano, in corso di pubblicazione.
- Pedersen C.G. (2007), «More than data questions and methodological issues: theoretical conceptualization and the dependent variable problem in the study of Welfare reform», in Clasen J., Siegel N.A., (edited by), (2007), *Investigating Welfare State Change: The Dependent Variable Problem «in Comparative Analysis*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, pp. 13-23.

Fonti dati da articoli o rapporti

Paper

- Bode I., Chartrand S. (2011), «Home care provision in Germany. The state of things and recent developments», *Care Regimes on the move in Europe*, Institute of Social Work and Social Welfare, Dpt. 2, Universitaat Kassel.

- Bogedar C., Kraemer B., Maucher M. (2010), «The changing labour market in Germany in time of crisis», *SOLIDAR PROJECT: decent work for all*.
- Hilbert J., Evans M., Galtschenko W. (2012), «National report Germany», *Project Pessis: Promoting Employers' Social Services Organizations in Social Dialogue*.
- Iacovou M., Skew A. (2010), «Household structure in the EU», *ISER Working Paper Series*, No. 2010-10.
- Joel M.E., Dufour-Kippelen S., Duchene C., Marmier M. (2010), «The long term care system for the elderly in France», *ENEPRI research report n°77*.
- Schneider F. (2011), «Size and development of the shadow economy from 2003 to 2012: some new facts», *Discussion Paper Series*, IZA DP n°6423.
- Schulz E. (2010), «The Long term care system for the elderly in Germany», *Enepri research report n°78*, Contribution to the WP1 of the ANCIEN project.

Rapporti

- ▶ CNSA, (2012), *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*.
- ▶ Dilnot Commission, (2011), *Dilnot Commission on LTC 2011*, King's Fund Report on LTC.
- ▶ Eurostat (2011), *National Accounts*.
- ▶ Destatis (2011), *Public finances and taxes*.
- ▶ Destatis (2012), *Sozialbudget 2011*.
- ▶ Fondazione Censis, (2008), *Long Term Care e Assistenza Integrativa*.
- ▶ Inail (2011), *Bilancio Inail 2010*.
- ▶ Inps, (2010), *Bilancio sociale Inps*.
- ▶ Insee (2011), *La Protection sociale en France et en Europe 2010*.
- ▶ Insee (2012), *Finances Publique 2011*.
- ▶ Istat (2011), *Rapporto sulla coesione sociale 2010*.
- ▶ Ministero dell'economia e delle finanze francese, (2013), *Invalidite et dispositifs geres par la Cnsa*
- ▶ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, (2011), *Secondo rapporto sulla non autosufficienza*.
- ▶ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, (2012), *Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, a cura di Paolo Giarda*.
- ▶ Ministero della salute tedesco, (2012), *Selected facts and figures about Long term care*.
- ▶ Ministero federale per la famiglia, gli anziani, le pari opportunità e la gioventù tedesco, (2008), *Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care*.