

NUOVI *argomenti*

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 3/4 • Marzo-Aprile 2013

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

SISTEMI DI WELFARE IN EUROPA

*Traiettorie evolutive
e lezioni
per l'Italia*

Atti del convegno



Lombardia



Sommario

- 2** **Introduzione**
Il nostro impegno per il welfare italiano
Anna Bonanomi
- 5** **Modelli di welfare in Europa: obiettivi e metodo di un'analisi comparativa**
Giovanni Fosti
- 8**  **Il sistema di welfare tedesco**
Elisabetta Notarnicola
- 22** **Assistenza sociale in Germania: dibattiti e riforme**
Focus sulla cura per persone non autosufficienti o fragili
Frank Bönker
- 28**  **Il sistema di welfare inglese**
Stefano Tasselli
- 40** **Assistenza socio-sanitaria nel Regno Unito**
Stato dell'arte, forze e debolezze
Stephen Sinclair
- 44**  **Il sistema di welfare francese**
Ornella Larenza
- 56** **Come usare al meglio le risorse**
Focus sulla necessità di una maggiore integrazione orizzontale e verticale nei settori sociale socio-sanitario (non solo in Francia)
Corinne Grenier
- 60**  **Il sistema di welfare italiano**
Andrea Rotolo
- 72** **L'Italia in controluce: sintesi comparativa e prospettive di policy**
Giovanni Fosti
- 95** **Contestualizzare il welfare**
Simone Baglioni
- 98** **Le sfide che ci attendono**
Cristiano Gori
- 106** **Conclusioni**
- 107** **Aspettando la riforma...**
Giovanni Fosti
- 109** **Quale terapia?**
Francesco Longo
- 111** **Il vero problema sono le mancate scelte politiche**
Anna Bonanomi



Le foto relative al convegno – tenutosi lo scorso 22 marzo presso l'Università Bocconi – sono di Danilo Fasoli.

Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Publicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil Lombardia

Numero 3/4 • Marzo-Aprile 2013

Direttore responsabile: Erica Ardentì

Editore: Mimosa srl unipersonale, Presidente Carlo Poggi

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo euro 2,00

Abbonamento annuale euro 10,32

Introduzione

IL NOSTRO IMPEGNO PER IL WELFARE ITALIANO

Anna Bonanomi *Segretario generale Spi Lombardia*

Gli innovatori tra l'Ottocento e il primo Novecento hanno costruito un modello di welfare che si basava sul principio della carità: si riceveva, cioè, un aiuto per bontà e carità nelle forme della beneficenza pubblica e privata, con modalità di mutuo aiuto di tipo discrezionale.

L'evoluzione ha portato, nell'era post bellica, a realizzare un welfare in cui l'ispirazione strategica si basa sulla giustizia: si riceve aiuto per diritto e ogni persona può beneficiarne.

Un lungo cammino, che ha accompagnato intere generazioni del vecchio continente nel riscatto da una condizione di subalternità sociale ed economica e ha offerto protezione e sicurezza in caso di infortunio, malattia, maternità e pensionamento.

Come in altre epoche, anche nel corso degli ultimi decenni profonde trasformazioni hanno attraversato il nostro paese, così com'è avvenuto in gran parte dei paesi occidentali e non solo – penso al tempo del liberalismo di Ronald Regan negli Usa e di Margaret Thatcher in Inghilterra – e il sistema di protezione sociale ne è stato profondamente intaccato.

Queste politiche hanno posto le condizioni per lo sgretolamento del tessuto sociale, esaltando la libertà dell'individuo a scapito della dimen-



sione collettiva.

Sono da collocare lì le radici del progressivo senso di solitudine dell'uomo moderno, la sua inquietudine nell'affrontare i giorni dell'era globale. Questo fenomeno, naturalmente, colpisce più di altri il mondo degli anziani, che noi rappresentiamo e cerchiamo quotidianamente di tutelare, sia sul versante dei diritti sia su quello del reddito.

La drammatica crisi economica e finanziaria ha messo a nudo i punti di non tenuta del nostro sistema di protezione sociale, in modo particolare la sua capacità di tutelare l'insieme dei cittadini già portatori di diritti acquisiti e dei molti che ne sono esclusi.

I principali cardini della trasformazione del sistema sociale italiano sono da ricondurre all'allungamento generalizzato dell'attesa di vita, all'avvio di un profondo processo di decentramento dei poteri verso l'ambito regionale e municipale e a un altissimo tasso di disoccupazione, aggravato dalla crisi che perdura ormai da più di quattro anni. In questo contesto gli anni di governo del centro destra hanno profondamente mutato lo scenario, soprattutto in una regione come la Lombardia, dove le politiche delle giunte Formigoni hanno introdotto nuovi principi regolativi del sistema della protezione sociale come la liber-

tà di scelta, il “quasi-mercato”, la valorizzazione del terzo settore. Ma nessuna delle maggiori criticità del sistema sta trovando un accenno di concreta soluzione.

Per queste ragioni il sindacato dei pensionati della Cgil ha promosso la ricerca curata dal Cergas Bocconi e che oggi sarà presentata, con l’obiettivo di approfondire le questioni in campo, analizzare il sistema di finanziamento tra i vari livelli istituzionali e fra i vari attori, per verificare qual è oggi il grado di risposta ai tanti problemi del mondo degli anziani, che più di altre generazioni hanno bisogno di servizi e di protezione socio assistenziale.

Tutto ciò comparato con altri tre paesi europei – Francia, Germania e Inghilterra – sia sul versante dei sistemi in essere, sia sul dibattito in corso in questi paesi sulle politiche di welfare.

Non entrerò certo nel merito della ricerca che, come avete visto dal programma, sarà illustrata da Giovanni Fosti – che ringrazio personalmente per la collaborazione – ma non posso non mettere in evidenza l’importante lavoro che è stato svolto, attraverso il quale nasce la consapevolezza di innovare aggredendo i nodi strutturali che sin qui sono stati elusi.

In primo luogo penso sia da portare a coerenza la dicotomia emersa e divenuta classica tra assi-

stenza e previdenza, nel senso che, nei fatti, l’assistenza è tuttora gravemente residuale rispetto il quadro generale delle politiche di welfare, nonostante volontà conclamate e alcune decisioni assunte. Così il peso prevalente della cura rimane in carico alle famiglie, senza che alle stesse siano state dedicate vere e concrete politiche in grado di agganciare le tendenze e i mutamenti in corso.

Possiamo, poi, constatare l’inadeguatezza del nostro sistema di welfare se consideriamo che, nel frattempo, sono emersi nuovi profili di rischio sociale, non più dipendenti dalla sola attività lavorativa ma legati ai cicli di vita, alla conciliazione vita lavoro e alle trasformazioni demografiche.

Il cantiere delle riforme assistenziali in Italia è aperto da più di un decennio, e la legge quadro di riforma dell’assistenza, la 328, è del 2000. Primo significativo provvedimento, che ha tentato di dare una risposta strutturale al problema.

Se dovessimo compiere un bilancio di quanto è stato realizzato rispetto a quanto lì contenuto, questo non può certo essere positivo.

Non si è raggiunto l’obiettivo della presa in carico unitaria delle persone che doveva realizzarsi sul territorio. Infatti, dei tentativi di spostare il baricentro dell’offerta di politiche sociali nell’ambito territoriale è rimasto poco, mentre continua-



no a essere egemoni i vecchi trasferimenti monetari alle famiglie, senza peraltro un'opera di revisione e riordino di questo strumento.

A mio giudizio questo approccio è reso impossibile dalla mancata semplificazione delle fonti di finanziamento da una parte e dall'altra dalle molteplici funzioni, in ambito socio assistenziale, a capo delle varie istituzioni – Stato, Regioni, Comuni, Asl e così via – che non trovano, quasi mai, un punto di integrazione per mettere in comune la rilevazione del bisogno e le risorse, condizione indispensabile per agire come sistema e come tale creare i presupposti per pianificare l'offerta e individuare le priorità.

Mentre, proprio di fronte alle grandi difficoltà dell'oggi, si rende maggiormente necessario un approccio riformatore, che scelga la comunità locale come luogo in grado di mettere insieme tutti gli attori che agiscono nell'ambito del welfare: pubblico, privato, privato sociale, associazioni di rappresentanza, fondazioni, terzo settore, volontariato, sistema delle imprese e famiglie, affinché si costruisca un sistema di risposta al bisogno non frammentato, adeguato e di qualità.

Troppo esigui sono stati i finanziamenti dedicati al nuovo corso assistenziale, la carenza strutturale di fondi ha indebolito le reali possibilità di produrre sostanziali innovazioni in questo campo, è vero che la spesa sociale in questi anni è cresciuta, ma molto meno di quello che sarebbe stato necessario.

E ora la sommatoria tra i tagli drastici operati sui fondi nazionali e l'impossibilità dei Comuni di sfiorare il patto di stabilità, comporterà che il 2013 sarà l'anno in cui si scontreranno i due elementi che hanno tenuto insieme il sistema: l'effetto trascinarsi dei fondi, che si potevano utilizzare e che non saranno più disponibili, e la ridotta possibilità dei Comuni di appostare risorse proprie al capitolo delle politiche sociali.

Tutto ciò rischia di mettere in discussione la reale possibilità di garantire servizi e tutele, che se pur inadeguati, sono stati sino a ora garantiti.

Per la prima volta nella storia recente stiamo vivendo il paradosso dello stato sociale, quando l'economia cresce, il prodotto interno lordo mette a disposizione risorse aggiuntive che possono del tutto o in parte andare a questo sistema. Ma quando l'economia non cresce e ci sarebbe più bi-

sogno di protezione, questo viene a mancare. Rischiando di creare un corto circuito che non è solo economico ma anche sociale.

Insomma esiste il problema più generale di un sistema capace di rispondere alla complessità dei cambiamenti intervenuti nella nostra società come esiste il problema più specifico delle politiche sociali che, a mio avviso, è ancora più cogente perché non si è mai voluto tradurre in politiche concrete, i valori troppe volte solo declamati.

Per questo penso serva un'azione ancora più incisiva per far divenire il sociale una priorità.

Noi come sindacato pensionati della Cgil, e sono certa anche con le altre organizzazioni sindacali Fnp Cisl e Uilp Uil, ci impegneremo con ancora più determinazione per costruire alleanze, tessendo rapporti che, pur nel rispetto dei ruoli, rimettano in moto la capacità di riformare il sistema sociale nazionale in stretto raccordo con i livelli locali.

Continueremo nella nostra opera di tutela dei diritti degli anziani a livello nazionale e nella nostra regione, attraverso ogni livello di contrattazione: nazionale, regionale e territoriale. Questo perché siamo convinti che il benessere, la salute, l'allungamento della vita non sono mete raggiunte per sempre. Quello che oggi sembra acquisito, domani può essere rimesso in discussione.

Contrattare e tutelare i diritti, il livello reddituale della categoria sociale che rappresentiamo, una migliore organizzazione delle città e dei comuni per dare agli anziani più sicurezza, più socialità, una migliore qualità della vita, metterci a disposizione degli anziani per aiutarli a risolvere i tanti problemi quotidiani generati dal complesso sistema di accesso ai servizi e alle prestazioni, costituisce la principale missione del nostro agire quotidiano.

La ricerca che oggi viene presentata, ci consente di riflettere e di comprendere meglio il quadro in cui ci muoviamo nel contesto europeo e nazionale.

Questo è il primo report di una ricerca, che proseguirà con una seconda parte che avrà l'obiettivo di indagare come, nel concreto, quattro regioni dei quattro paesi presi in esame, prendono in carico le persone non autosufficienti, attraverso quali percorsi, quali servizi sono garantiti, a quale utenza, con quale sistema di finanziamento. ■

MODELLI DI WELFARE IN EUROPA: OBIETTIVI E METODO DI UN'ANALISI COMPARATIVA

Giovanni Fosti *Cergas, Università Bocconi*

Il mio compito è di illustrare il metodo utilizzato e quello che oggi vi presenteremo.

Quello di cui stiamo discutendo è un profilo comparativo dei sistemi di welfare di quattro paesi europei.

Vi dico sostanzialmente cosa abbiamo cercato di fare, qual è il principale problema, come abbiamo cercato di risolverlo e che cosa oggi proponiamo alla vostra attenzione.

Anche in letteratura i perimetri di che cosa siano i sistemi di welfare sono oggetto di discussione e non sono definiti in modo univoco e unilaterale, cosa vada considerato welfare e come si definiscono questi perimetri è oggetto di discussione:

- gli assetti istituzionali dei differenti paesi non sono tra di loro omogenei,
- le comparazioni tendono a focalizzarsi in generale su degli argomenti molto specifici,
- tendenzialmente ci si muove o sul livello macro o sui livelli micro,
- si tendono a mantenere molto separati anche i confini tra le diverse discipline.

In questo quadro, abbiamo cercato sostanzialmente di individuare una metodologia che ci permettesse di comparare i differenti sistemi di welfare di quattro paesi (Italia, Germania, Francia e Regno Unito) cercando di tenere insieme una lettura macro con una lettura micro. Quindi una



lettura del welfare nel suo insieme e una lettura maggiormente focalizzata su una dimensione più ristretta, quella della non autosufficienza e della disabilità, tentando di osservare come i diversi paesi si sono mossi rispetto ad alcune questioni che attengono agli assetti istituzionali, alle linee e ai meccanismi di finanziamento, alle scelte di policy making e di definizione della strategia

e agli strumenti di management.

Abbiamo cercato di adottare differenti prospettive: guardare i sistemi dal punto di vista del rapporto centro-periferia, dal punto di vista del rapporto trasferimenti finanziari verso prestazioni monetarie, dal punto di vista del rapporto tra spesa pubblica e spesa out of pocket definita privatamente da parte delle famiglie. Al termine di questa giornata faremo un affondo di tipo comparativo e dedicheremo un peso significativo nella discussione di oggi pomeriggio al perimetro del long term care e della disabilità, evidenziando quali livelli di copertura riescono a garantire differenti paesi in relazione ai diversi assetti che hanno definito.

Questo è l'oggetto che oggi proponiamo alla vostra attenzione.

Non voglio essere noioso sul tema metodologico ma c'è un problema: i numeri che presenteremo



vi troveranno probabilmente un po' perplessi perché – per non rimanere ingabbiati nelle differenze degli assetti istituzionali dei singoli paesi – abbiamo deciso di allocare la spesa per funzioni. Sostanzialmente abbiamo deciso di fare una riclassificazione della spesa sulla base di una regola che noi abbiamo definito “la regola dell'intervento”.

Cioè abbiamo riclassificato tutta la spesa di welfare attingendo ai dati primari con un approccio dal basso quindi da dati non aggregati, che abbiamo riclassificato. Questa riaggregazione ovviamente implica qualche livello di discrezionalità, ma ci permette il vantaggio della comparabilità perché è stato applicato nello stesso modo ai diversi paesi.

Questo è il punto più critico del lavoro che vi proponiamo ma crediamo contemporaneamente che sia il punto di valore di questo stesso lavoro. Abbiamo diviso tutta la spesa di welfare all'interno di tre perimetri per comprendere e comparare l'articolazione interna dei sistemi. Vi illustrerò molto sinteticamente questi perimetri.

Abbiamo deciso di fare riferimento a dati da fonti nazionali piuttosto che a dati che fossero già aggregati e abbiamo considerato non solo la spesa dei diversi livelli di governo ma anche quella di tutti gli attori del sistema di protezione sociale. Sostanzialmente abbiamo identificato sette aree di intervento, posso scorrerle un po' velocemente perché questo sarà l'impianto di ognuno dei singoli casi nazionali che verranno presentati, quindi lo vedrete in ognuno dei casi e progressivamente nell'arco della giornata diventerà più semplice.

Sostanzialmente abbiamo aggregato le risorse su:

- pensioni,
- interventi di tutela della salute,
- interventi legati alle politiche del lavoro,
- interventi legati alle politiche abitative,
- interventi di politiche delle famiglie e dei minori,
- quelli legati all'esclusione sociale e alla povertà
- e infine quelli legati alla long term care e alla disabilità.

Quello che voglio ribadire ed enfatizzare è quanto leggete sottolineato in fondo alla slide: nell'aggregazione dei dati primari abbiamo sempre deciso di fare riferimento ai beneficiari piuttosto che alle istituzioni.

Per essere più esplicito, quando vedrete la spesa per la previdenza e avrete in mente la spesa dell'Istituto nazionale previdenza sociale, tra questi due livelli di spesa non ci sarà corrispondenza perché una parte delle risorse dell'Inps sono state ricollocate in termini di spesa assistenziale da un'altra parte quindi i valori saranno diversi da quelli che siamo abituati a vedere quando leggiamo queste tabelle. Per questa ragione mi faccio espressione del gruppo di lavoro nel descrivere con un po' di minuzia questa impostazione metodologica.

Abbiamo inoltre aggregato queste sette aree di spesa attorno a tre perimetri. Parto dal perimetro in verde nella slide, che è quello che abbiamo definito micro perimetro e sul quale faremo un approfondimento specifico: è il perimetro della non autosufficienza e della disabilità.

La sintesi comparativa che sarà presentata nel pomeriggio farà riferimento a questi tre perimetri: in particolare il micro perimetro long term care e disabilità, quello che abbiamo definito come

mesoperimetro che è quello sostanzialmente delle classiche politiche sociali in cui aggiungiamo alla long term care e disabilità le politiche legate all'esclusione sociale e quelle legate alle famiglie e ai minori, ed infine un macropereimetro con il quale arriviamo a ricomporre quello che è il welfare in senso più lato. L'obiettivo che ci siamo dati è quello di aggregare tutte le fonti per arrivare a una lettura dal basso di tutta la spesa di welfare.

Cercando di proporvi in estrema sintesi una guida al materiale, che se avrete voglia e piacere di affrontare con più cura troverete anche sul sito del CeRGAS, segnalo alcuni punti di debolezza del lavoro che abbiamo cercato di mettere a fuoco. Siamo, infatti, consapevoli che un metodo di questo tipo presenta alcune debolezze, ci sono dei rischi di qualche doppia contabilizzazione, riconosciamo alcune difficoltà in termini di piena comparabilità, tuttavia siamo convinti che sia necessaria una lettura che non si limiti ai contenitori istituzionali, e si evidenziano questioni che sono talmente grandi che rischiano di essere offuscate dalla ricerca della minuzia e dalla precisione del dato mentre ci mancano gli ordini di grandezza complessivi.

Quello che abbiamo cercato di sviluppare è una lettura che attorno ai tre perimetri delle risorse sia in grado di rappresentare gli assetti istituzionali, i meccanismi finanziari e le scelte manageriali. Non di tutto questo verrà tenuto conto in questa sede, in particolare sugli aspetti di tipo manageriale daremo conto più avanti, sostanzialmente quello che andiamo a discutere è come l'insieme dei meccanismi di governance, delle scelte allocative rispetto alle risorse, degli strumenti e delle logiche di management e dei sistemi vada a impattare dal punto di vista dei servizi erogati in termini di meccanismi di accesso, di servizi accessibili alla popolazione e di capacità di soddisfare i bisogni sociali.

Su questo oggi vi offriremo qualche anticipazione, ed è l'ultimo elemento che voglio sottolineare prima di descrivervi sinteticamente il programma della giornata.

Per ogni modello-paese i miei colleghi vi presenteranno questo tipo di reticolo, un reticolo in cui diverse tipologie di interventi, quindi diversi tipi di benefit, sono ancorati a diversi pilastri nel si-

stema di welfare, che definiscono dei meccanismi decisionali e finanziari, rispetto al quale le risorse vengono allocate sulle sette funzioni che abbiamo identificato e che come vedete nella slide sono quelle a cui ho accennato prima.

La descrizione di come si sviluppa questo reticolo all'interno di ogni sistema-paese è quella che ci illustra e ci sintetizza per ogni paese l'insieme dei meccanismi di governance, delle scelte allocative e delle traiettorie decisionali.

Questa è la presentazione che verrà fatta di ogni paese, quindi, per ogni singolo caso illustreremo molto brevemente una piccola carta d'identità del paese e dell'organizzazione dello Stato che, sottolineo, è opportuno fare perché anche sulle modalità di organizzazione dello Stato degli altri paesi il dibattito nel nostro paese si alimenta di dati per scontato. Vi presenteremo poi i pilastri, le risorse e i meccanismi di finanziamento dei sistemi di welfare e, infine, presenteremo un focus sulla logica di governance, sul tipo di benefici che vengono erogati e su qual è l'assetto del sistema di offerta e dei produttori all'interno della long term care e della disabilità.

Presenteremo poi nel primo pomeriggio una sintesi comparativa che si muoverà da un lato sulla lettura delle spese per il welfare in termini comparativi tra i diversi paesi, dando conto delle differenti scelte allocative, e una prospettiva più specifica sulla alla long term care, rispetto alla quale invece discuteremo di quali sono le risorse allocate, qual è il ruolo dei diversi attori, e in particolare quali sono i tassi di copertura che diversi sistemi riescono a erogare e su questo credo che emergano dei dati piuttosto sorprendenti e meritevoli di ulteriori riflessioni.

Ogni caso sarà illustrato da un collega del CeRGAS, e intervorrà un collega straniero con cui ci siamo confrontati nel corso della ricerca, che presenterà il suo punto di vista sulle prospettive evolutive del welfare nel proprio paese.

Vi ringrazio per l'attenzione e inviterei senza attendere oltre i miei colleghi a venire al tavolo, in particolare Elisabetta Notarnicola e Frank Bönker.

Elisabetta Notarnicola, oltre a collaborare nel coordinamento complessivo della ricerca, si è occupata del caso tedesco, quindi la invito a prendere la parola. ■



IL SISTEMA DI WELFARE TEDESCO

Elisabetta Notarnicola *Cergas, Università Bocconi*

La Germania è il paese più grande tra quelli del gruppo di cui ci siamo occupati: ha 81 milioni di abitanti, sostanzialmente la struttura della sua popolazione è in linea con la media europea, il 20 per cento circa della popolazione è over 65. Questi dati sono utili, per ogni Paese, per contestualizzare le caratteristiche del sistema e soprattutto i dati di spesa. L'organizzazione dello Stato **(slide 2 pag. 15)** ci dà alcune dimensioni rispetto a qua-



li sono i ruoli all'interno del welfare dei diversi livelli di governo.

La Germania è uno Stato federale e per questo è suddiviso in quattro livelli di governo:

1) il livello nazionale, ovvero il Bund, ha competenze legislative generali. Rispetto al welfare è a livello nazionale che sono state definite le leggi fondamentali di istituzione del sistema e, quindi, è a livello nazionale che è stato definito il corpo normativo di riferimento ed è qui che avviene la regolazione del sistema.

2) Il livello immediatamente successivo è il livello regionale costituito da Länder, ovvero da regioni che sono stati federali. In quanto tali sono pienamente autonome e hanno competenze esecutive, quindi di attuazione rispetto le definizioni del livello nazionale. Rispetto al wel-

fare questo implica il fatto che si occupino della messa in atto delle politiche, declinando le politiche e le linee strategiche nazionali; si produce così una eterogeneità sul territorio tedesco proprio perché ogni Länder ha facoltà e autonomia nella declinazione delle linee strategiche e delle politiche.

3) Il livello locale si divide in due diversi livelli: un livello distrettuale simile alle nostre province, ovvero i Landkreis, che hanno competenze am-

ministrative ma anche manageriali, e il livello locale nel senso più stretto, ovvero il livello municipale, ancora una volta con competenze manageriali e competenze amministrative. Rispetto al welfare questo implica il fatto che i servizi e le politiche vengono gestite operativamente a livello locale e quindi ci sia, anche in questo caso, una eterogeneità sui territori rispetto alle modalità di attuazione.

Dati questi elementi di contesto sulla Germania e quindi sull'organizzazione dello Stato presentiamo per tratti il percorso evolutivo del sistema di Welfare **(slide 3 pag. 15)**: qualche flash proprio per fissare le tappe fondamentali. Faremo questo per ogni paese per vedere le similitudini ma anche eventuali sostanziali differenze.

Il sistema tedesco è un sistema conosciuto uni-

versalmente come uno degli ideal tipi dei sistemi di welfare, ovvero il sistema corporativo (sistema bismarkiano). È proprio da Bismark che nacque l'idea del welfare tedesco già nel 1830 (poi sistematizzato nel 1881): è quindi un welfare che ha radici antiche, storiche, e nasce sostanzialmente come un sistema corporativo composto da mutue assicuratrici che, inizialmente, erano rivolte e destinate a particolari categorie professionali (gli operai), poi man mano nel tempo si sono ampliate, andando a coprire tutte le categorie professionali. Nasce con l'intento di tutelare il lavoratore rispetto al rischio di venire escluso dal mondo del lavoro. Inizialmente sono mutue assicuratrici rivolte alla sanità e alla disoccupazione, che proteggono il lavoratore e la sua famiglia. La famiglia – in una logica di sussidiarietà che è tipica e caratteristica della tradizione cattolica molto forte in Germania e che poi rimane nel corso del tempo come suo elemento caratterizzante – è vista come un attore totalmente complementare al sistema di welfare pubblico, che deve essere il luogo privilegiato della cura. Alla famiglia rimane la funzione di cura di tutto quello che riguarda gli anziani e i bambini. Nel 1961, dopo la Seconda Guerra Mondiale e dopo gli stravolgimenti storico-politici che la Germania ha vissuto nel corso dei decenni precedenti, si abbina a questa logica assicurativa corporativa, che nel tempo si è ampliata, un elemento assistenziale. Si abbina, quindi, l'intervento pubblico di assistenza sociale alla logica assicurativa, introducendo degli elementi che tutelano i cittadini in quanto tali secondo un principio di solidarietà. Questo introduce la seconda componente del welfare. Come detto il ruolo sussidiario della famiglia evolve quando, a partire dal 1980, si riconosce che la famiglia nel suo essere luogo di cura deve essere tutelata e sostenuta e quindi si inseriscono in modo esplicito una serie di politiche a sostegno di questo ruolo di cura (politiche per la famiglia, per l'infanzia e per la non autosufficienza). Un altro e ultimo snodo fondamentale è quello del 1994 quando ai



tradizionali schemi assicurativi se ne abbina un quinto, quello della non autosufficienza. Per la prima volta si riconosce in modo istituzionale e formale la non autosufficienza come un rischio sociale e questo viene inserito all'interno degli schemi assicurativi con uno schema dedicato.

Il sistema di welfare tedesco si basa sostanzialmente su due pilastri (slide 4 pag. 16): un pilastro assicurativo e un pilastro assistenziale.

Il pilastro assicurativo, che cuba l'81% delle risorse, è preponderante: esistono cinque diversi schemi assicurativi, uno per ognuno dei rischi fondamentali riconosciuti: la vecchiaia quindi la previdenza, la sanità, la disoccupazione, gli incidenti sul lavoro e la non autosufficienza. Ogni schema assicurativo – per ognuno di questi cinque rischi – è gestito da una propria cassa e tutti i cittadini sono obbligati a sottoscrivere un'assicurazione che, quindi, è un'assicurazione sociale (al di fuori di quelli con un reddito al di sopra di una determinata soglia). È importante sottolineare che, anche se esistono diverse casse assicuratrici che hanno dimensioni nazionali o al più regionali, non esiste competizione tra le varie assicurazioni proprio perché il livello di contribuzione e, soprattutto, il livello delle prestazioni viene fissato a livello nazionale. Quindi, l'esistenza di molteplici casse dipende da un retaggio storico legato alle diverse categorie professionali.

Il pilastro assistenziale include alcune politiche che sono totalmente slegate da un principio assicurativo-contributivo e sono politiche di intervento pubblico. Il pilastro assistenziale implica il fatto che alcune istanze sociali vengano riconosciute come meritevoli di tutela e di assistenza a prescindere da una qualsiasi logica assicurativa e, quindi, il sistema pubblico decide di intervenire utilizzando il proprio budget a sostegno di queste situazioni. Ad esempio rientrano nel pilastro assistenziale le politiche per la famiglia che si innescano nel momento in cui il cittadino presenta il bisogno



sociale, ovvero diventa genitore ovvero il figlio diventa studente.

Questo schema (**slide 5 pag. 16**), che vedrete riproposto per tutti i diversi paesi, cerca di mostrare quali sono le connessioni tra le diverse aree di intervento che abbiamo individuato e quindi i diversi gruppi di beneficiari, se così vogliamo chiamarli, collegandoli da un lato al pilastro di welfare a cui fanno riferimento e dall'altro alle istituzioni che erogano le prestazioni che possono essere cash o in kind (servizi reali).

Sostanzialmente vediamo come il sistema sia molto complesso per cui, per ognuno di questi interventi, con l'eccezione delle pensioni e anche delle politiche sociali, ci sono più meccanismi di intervento, alcuni derivano dal pilastro assistenziale mentre altri derivano dal pilastro assicurativo e da diverse istituzioni.

Un esempio su tutti, che poi riprenderemo, è quello della non autosufficienza che vede sia l'intervento del pilastro assicurativo tramite lo schema assicurativo dedicato, sia quello del pilastro assistenziale tramite alcuni precisi programmi. Vedete come anche il pilastro assisten-

ziale sia stato suddiviso in due componenti: una componente nazionale che sostanzialmente si riferisce a tutte quelle politiche per la famiglia, per l'infanzia e per l'abitare che vengono gestite dal livello nazionale in modo omogeneo (che sono sostanzialmente detrazioni, assegni di cura, prestazioni cash) e dall'altra parte la partita assistenziale gestita a livello locale con un programma che abbiamo voluto evidenziare che è la Sozialhilfe (che è un programma specifico particolarmente rilevante per la non autosufficienza che fa interventi di sostegno al reddito e la partita della disoccupazione che viene gestita in questo caso a livello locale). Si vede quindi come il mix degli interventi sia molto complesso e proponga, in alcuni casi, anche una complessità tale che può essere interpretata tanto come ricchezza quanto come frammentazione.

Venendo al tema delle risorse (**slide 6 pag. 17**) il sistema di welfare complessivo cuba circa 740 miliardi, che in termini pro-capite implicano una spesa di welfare per abitante di circa 9mila Euro. Potete vedere qui l'articolazione per le diverse aree di intervento, dalle pensioni alla non

autosufficienza. Se ci concentriamo sul perimetro più stretto, quello che guarda le politiche di sostegno alla persona (le politiche per la famiglia e l'infanzia per esclusione sociale alla povertà e per la non autosufficienza) vediamo come il perimetro delle risorse si restringe a circa 160 miliardi. La non autosufficienza (includendo in questo caso sia le politiche per gli anziani non autosufficienti, per la disabilità ma anche per l'invalidità), cubano invece 75 miliardi circa per un pro-capite di 900 euro.

In questo schema (slide 7 pag. 17) cerchiamo di proporvi l'articolazione della spesa di welfare sempre suddivisa sui tre perimetri, non più per area di intervento ma piuttosto cercando di evidenziare qual è il livello istituzionale che gestisce la spesa di welfare (quindi che gestisce la spesa ma anche l'allocazione delle risorse). Se guardiamo al sistema di welfare complessivo circa il 97 per cento del sistema viene gestito a livello centrale. Con questo vogliamo dire che l'81 per cento viene gestito dal sistema assicurativo e, quindi, in modo uniforme su tutto il territorio in modo accentrato e il 16 per cento da programmi assistenziali gestiti dal livello centrale. Vediamo come il livello locale, invece, sia sostanzialmente marginale per il sistema nel suo complesso e gestisce solamente il 3 per cento della spesa di welfare.

Se ci concentriamo, invece, sul mesoperimetro, ovvero quello riferito alla spesa per famiglie-infanzia, non autosufficienza ed esclusione sociale, vediamo come la prospettiva sia totalmente diversa: prevale ancora una volta il livello centrale ma il livello locale ha maggior rilevanza mentre la parte assicurativa si riduce. Questo avviene perché le politiche per la famiglia e per l'infanzia sono prevalentemente politiche assistenziali e per nulla assicurative.

Guardando al microperimetro, e quindi alla non autosufficienza, invalidità e disa-

bilità, vediamo un ruolo predominante dell'assicurazione proprio per l'esistenza, caratteristica del sistema tedesco, di un'assicurazione per la non autosufficienza; vediamo poi come il livello locale diventi rilevante e gestisca circa il 30 per cento delle risorse.

In questo schema (slide 8 pag. 18) vogliamo mettere l'accento su due diverse dimensioni, da un lato quali sono le fonti di finanziamento del sistema e dall'altro come queste vengano trasmesse alle diverse componenti del sistema di welfare. Vediamo come il 57 per cento del sistema sia finanziato da contributi (i contributi in questo caso sono contributi pagati sia dai lavoratori che dai datori di lavoro, suddivisa al 50 per cento) e come il meccanismo di gestione del finanziamento sia sostanzialmente diretto, ovvero i cittadini pagano i propri contributi alle diverse casse assicuratrici e queste hanno la gestione dei loro fondi, chiaramente operando in un contesto di regolazione a livello nazionale. Il 24 per cento del sistema è finanziato tramite il budget del governo centrale quindi prevalentemente tramite tassazione a livello nazionale: questa poi viene trasmessa per la maggior parte al livello assicurativo, per il 7 per cento circa ai programmi assistenziali e la parte residuale ai programmi assistenziali a livello locale. Vediamo poi come il restante 20 per cento circa sia suddiviso tra il livello regionale e locale. Vediamo qui anche come il sistema federale implichi il fatto che la tassazione sul cittadino sia una tassazione molteplice (quindi tasse nazionali regionali e locali) e vediamo anche come prevalentemente le risorse del livello regionale e locale vadano sui sistemi assistenziali; la parte che va sul sistema assicurativo, infatti, riguarda tipicamente i contributi che gli enti pubblici pagano per i loro dipendenti.

Passiamo adesso ad illustrare qual è il sistema di welfare per la non autosufficienza (slide 9 pag. 18).

Parlando di spe-

“Guardando al microperimetro, e quindi alla non autosufficienza, invalidità e disabilità, vediamo un ruolo predominante dell'assicurazione proprio per l'esistenza di un'assicurazione per la non autosufficienza”

sa, abbiamo parlato fino adesso di non autosufficienza, invalidità e disabilità; parliamo invece ora della politiche per la non autosufficienza per anziani: daremo alcuni elementi sia sul tipo di politiche che sono in atto, sia sul tipo di benefit che sui diversi attori coinvolti. Anche in questo caso si ripropone l'esistenza dei due pilastri: il pilastro assicurativo (che è l'assicurazione per la non autosufficienza Long term care) e il pilastro assistenziale.

Il pilastro assistenziale sostanzialmente è rappresentato dal programma che vi ho già citato, la Sozialhilfe, che è un programma di sostegno al reddito che interviene contemporaneamente al sistema assicurativo laddove l'anziano non autosufficiente, oltre ad un bisogno di cura, esprime anche un bisogno di sostegno al reddito. Si tratta in questo caso di interventi cash, prestazioni monetarie che vengono erogate sulla base di criteri reddituali a quegli anziani che necessitano di un sostegno al reddito e quindi vanno, in qualche modo, a incrementare le prestazioni già erogate dalla assicurazione. L'assicurazione non autosufficienza prevede poi la possibilità, a fronte del riconoscimento della eleggibilità del singolo anziano, di avere diversi benefit: benefit cash, quindi assegni, che vengono utilizzati per l'assistenza al proprio domicilio, oppure servi-



zi domiciliari, servizi diurni, servizi residenziali. Accanto a questi è prevista formalmente anche una funzione di counselling da parte delle assicurazioni nei confronti dell'anziano e della sua famiglia per aiutarlo a muoversi tra la scelta di tutti questi diversi benefit e definire quindi il suo percorso assistenziale.

Dato questo scenario, qual è la governance istituzionale (**slide 10 pag. 19**)? Sostanzialmente le politiche e le priorità vengono definite a livello nazionale che definisce quindi la regolamentazione delle assicurazioni, il livello dei benefit, i criteri di accesso e dà il quadro regolatorio. Le politiche poi vengono pianificate, sempre all'interno del quadro nazionale, dal livello regionale e poi dal livello locale per quello che riguarda la partita assistenziale. Il finanziamento è molteplice: abbiamo alcuni trasferimenti dal livello centrale e dalle varie casse assicurative, ma prevalentemente un finanziamento dell'assicurazione non autosufficienza. La partita assistenziale invece è finanziata sia dal livello regionale che dal livello locale con budget proprio.

La pianificazione dei servizi e degli interventi avviene da parte dell'assicurazione non autosufficienza e dagli enti locali. In realtà non esiste un meccanismo di integrazione istituzionalizzato tra le due programmazioni, piuttosto questa avviene anno per anno, in modo spot sul volume di intervento. Anche la valutazione di chi sia eleggibile e, quindi, dei livelli di bisogno da garantire, viene fatta sia dall'assicurazione non autosufficienza (che si occupa di valutare il bisogno di cura attraverso delle commissioni mediche e quindi prescindendo dalla valutazione del reddito) sia da parte degli enti locali, laddove ci sia la richiesta di un intervento anche assistenziale, basata totalmente su criteri di reddito e che sostanzialmente è una valutazione di compliance amministrativa rispetto a dei requisiti fissati a livello nazionale. I benefit e i servizi vengono poi erogati da dei produttori prevalentemente privati; gli assegni-cash sono erogati dal livello locale per la parte assistenziale e dall'assicurazione per la parte assicurativa.

Se guardiamo qual è la spesa per non autosufficienza (**slide 11 pag. 19**) – qui torniamo al perimetro più ampio quindi non solo anziani ma anche disabili e anche l'invalidità – vediamo



come sostanzialmente dei 912 euro pro-capite di spesa pubblica circa 277 siano gestiti dagli enti locali, dal Comune o dal Distretto secondo le caratteristiche territoriali, e vediamo come soltanto 16 euro pro-capite siano di spesa sanitaria. Questo dato è proprio frutto dell'esistenza di un'assicurazione non autosufficienza che è in tutto e per tutto parallela all'assicurazione sanitaria; infatti il 62% della spesa ovvero 619 euro, è spesa che proviene dalle assicurazioni.

Vi proponiamo anche una stima di qual sia la spesa out of pocket, intendendo per spesa out of pocket la spesa privata delle famiglie già al netto di tutti i trasferimenti ricevuti. Questa spesa è frutto di una stima che può essere sopra o sottostimata, ma sostanzialmente è quella confermata dalle stime internazionali.

Alcuni elementi sull'assicurazione non autosufficienza **(slide 12 pag. 20)**: è un'assicurazione in tutto e per tutto parallela all'assicurazione sanitaria anzi, l'assicurazione non autosufficienza e quella sanitaria è gestita dagli stessi Fondi e questo ci spiega il dato che abbiamo visto prima, ovvero quei 16 euro pro-capite di spesa sanitaria, proprio perché c'è un livello di dialogo

e di comunicazione molto forte tra le due componenti. Vediamo come la copertura sia pressoché universale. Diversi livelli di benefit vengono erogati sulla base di una valutazione dei bisogni fatta da una commissione medica, valutando quali siano i bisogni di cura nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e dell'intensità richiesta. Esistono tre diverse intensità e l'ammontare è sostanzialmente diverso per benefit cash e per le altre tre modalità. Vedete come l'ammontare dell'assegno di cura sia notevolmente inferiore rispetto all'erogazione di servizi reali.

Questo è significativo rispetto a questo secondo dato che vi mostro **(slide 13 pag. 20)**, ovvero quali sono le percentuali di scelta tra prestazioni puramente cash o servizi. Vediamo come il 53 per cento delle persone in carico scelga una prestazione cash (nonostante l'ammontare sia più basso). Di rimando vediamo come la spesa per prestazione cash sia invece il 31 per cento del totale: questo proprio perché il valore della singola prestazione è inferiore rispetto a quello del servizio reale erogato. Vediamo anche come tra le diverse regioni ci siano delle sostanziali

differenze, questo ci spiega come i diversi territori abbiano caratteristiche e scelte diverse.

Per quello che riguarda i servizi reali, chi sono i produttori (slide 14 pag. 21)? È importante specificare che in Germania vige in costituzione un principio di sussidiarietà che fa sì che gli enti locali in nessun caso possano erogare in modo diretto servizi in tutti quei casi in cui sia possibile l'affidamento a soggetti non pubblici. Questo fa sì che il pubblico abbia un ruolo residuale nell'erogazione dei servizi, sia domiciliari che residenziali (il 5 per cento nel caso dei servizi residenziali e il 2 per cento nel caso dei servizi domiciliari) e come il privato for profit o non profit abbia sostanzialmente la quasi totalità del mercato. Qui è molto importante ricordare il ruolo di tutte le associazioni di welfare che in Germania tradizionalmente esistono sin dalle istituzioni delle mutue assicuratrici.

Andiamo alla chiusura della presentazione e poi anche al punto di atterraggio delle considerazioni di oggi pomeriggio (slide 15 pag. 21).

A fronte di una popolazione over 65 di circa 17 milioni di abitanti vediamo come il tasso di

prevalenza che viene considerato in Germania (con tasso di prevalenza intendiamo l'incidenza percentuale delle non autosufficienze rispetto alla popolazione over 65 totale) di circa il 30 per cento. Ricordo che in Italia il tasso di prevalenza riconosciuto da Istat per la non autosufficienza over 65 è del 18,5 per cento. Questo dato così alto per la Germania, del 30 per cento, dipende dall'inclusione nella categoria non autosufficienza di un numero più alto di casistiche, probabilmente anche meno gravi rispetto a quelle che consideriamo nel nostro paese.

Detto ciò se utilizzassimo il tasso di prevalenza tedesco vedremo come sostanzialmente gli over 65 con bisogno di cura legato alla non autosufficienza sarebbe oggi di circa 5 milioni e 100mila, utilizzando invece la definizione italiana più restrittiva sarebbero circa 3 milioni e 200mila. Gli anziani over 65 attualmente in carico all'assicurazione sono circa 2 milioni e 41mila. Questo vuol dire che il 40 per cento degli anziani sono in carico se consideriamo il tasso di prevalenza tedesco; il 65 per cento degli anziani sono in carico se consideriamo il tasso italiano più restrittivo. ■



1 - CARTA DI IDENTITÀ DEL PAESE



Area: 357 121,41 Km²



Popolazione: 81.8 milioni di abitanti



Densità di popolazione: 219 abitanti per Km²



51% donne
49 % uomini

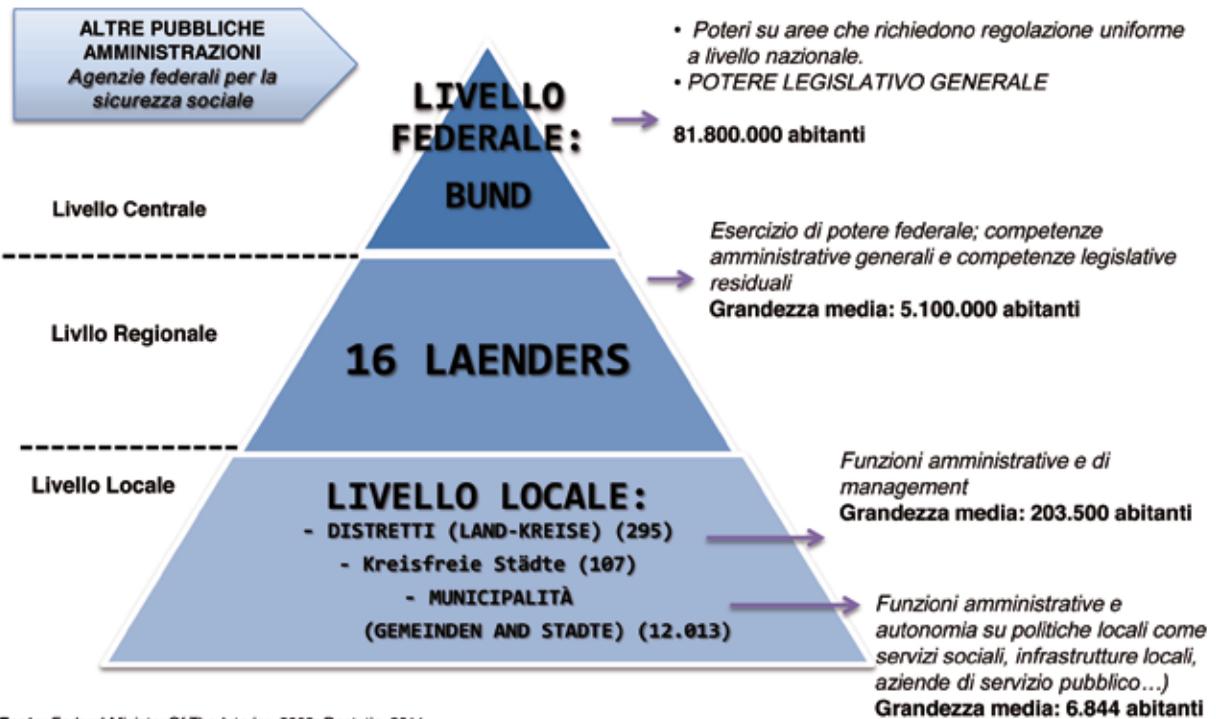


< 20 anni: 18,2 %
> 65 anni: 20.6 %
> 80 anni: 5,4%

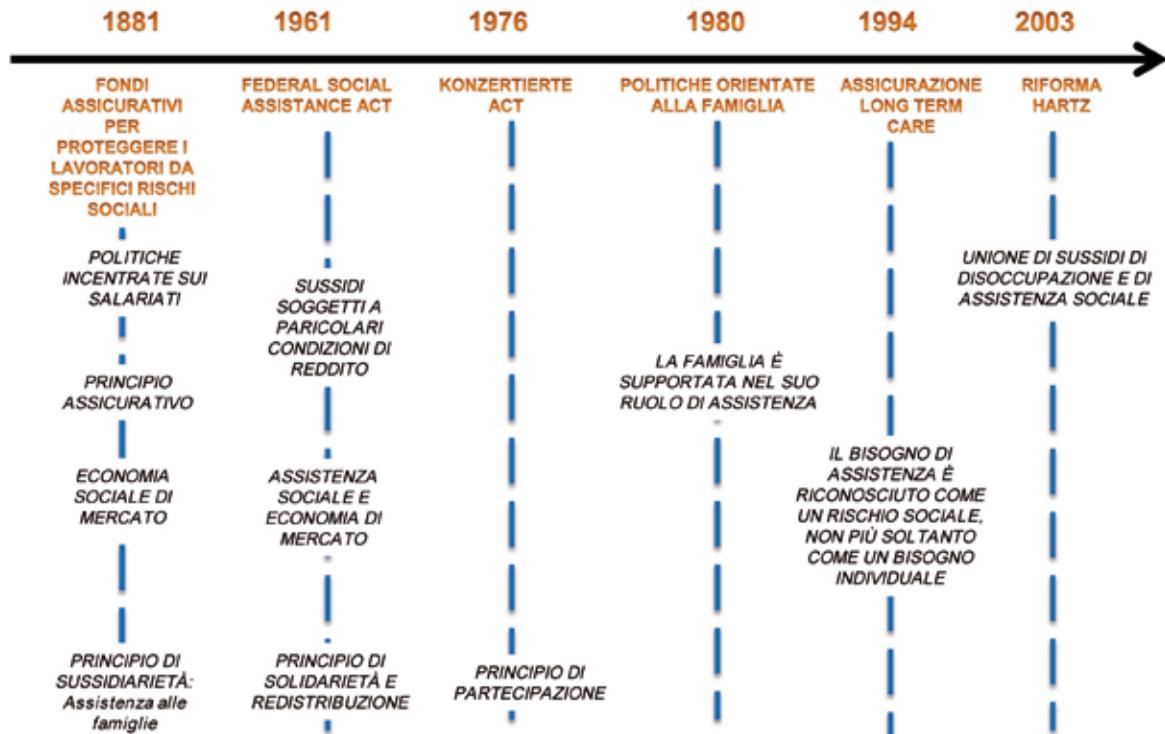
Fonte: Destatis, 2011



2 - ORGANIZZAZIONE DELLO STATO



3 - STORIA, ORIGINE E FONDAMENTI DEL SISTEMA DI WELFARE





4 - I PILASTRI DEL WELFARE

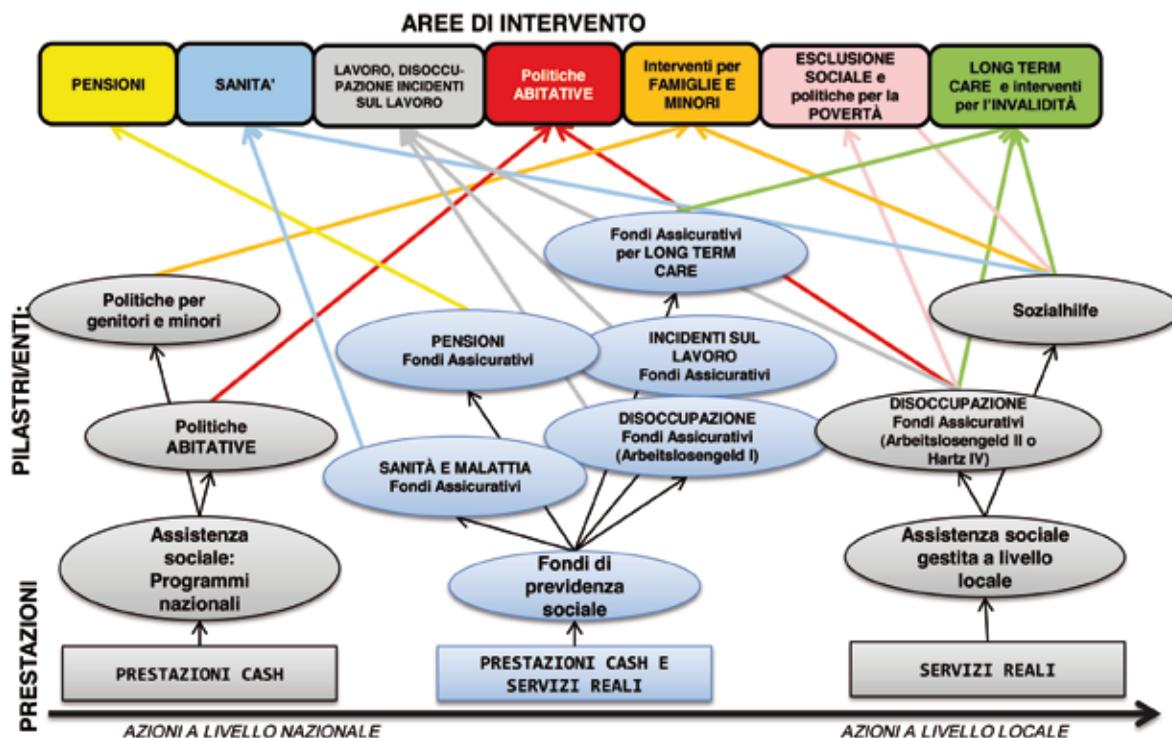
Il Welfare tedesco è basato su due pilastri principali:

- 1. ASSICURAZIONE SOCIALE:** le prestazioni sociali sono fornite da regimi assicurativi finanziati con i contributi pagati dai cittadini (lavoratori e datori di lavoro)
 - Ogni cittadino deve essere iscritto ad un'assicurazione sociale (se non se lo può permettere o è disoccupato, è garantita una copertura assicurativa minima per l'assistenza sanitaria, long term care e infortuni sul lavoro)
 - Ogni cittadino contribuisce al finanziamento del sistema in base al suo reddito
- 2. ASSISTENZA SOCIALE:** L'assistenza è garantita a tutti indipendentemente dalla contribuzione data. Le prestazioni dipendono dai bisogno sociali effettivi;
 - Assistenza gratuita per specifici bisogni sociali;
 - Il sistema di tassazione contribuisce a finanziare il sistema;
 - L'assistenza sociale (con i sussidi di disoccupazione) può essere usata a integrazione delle prestazioni assicurative.

L'assistenza sociale si divide in **Sozialhilfe** (interventi sociali regolati a livello locale) e **Assistenza Sociale**, regolata a livello centrale.



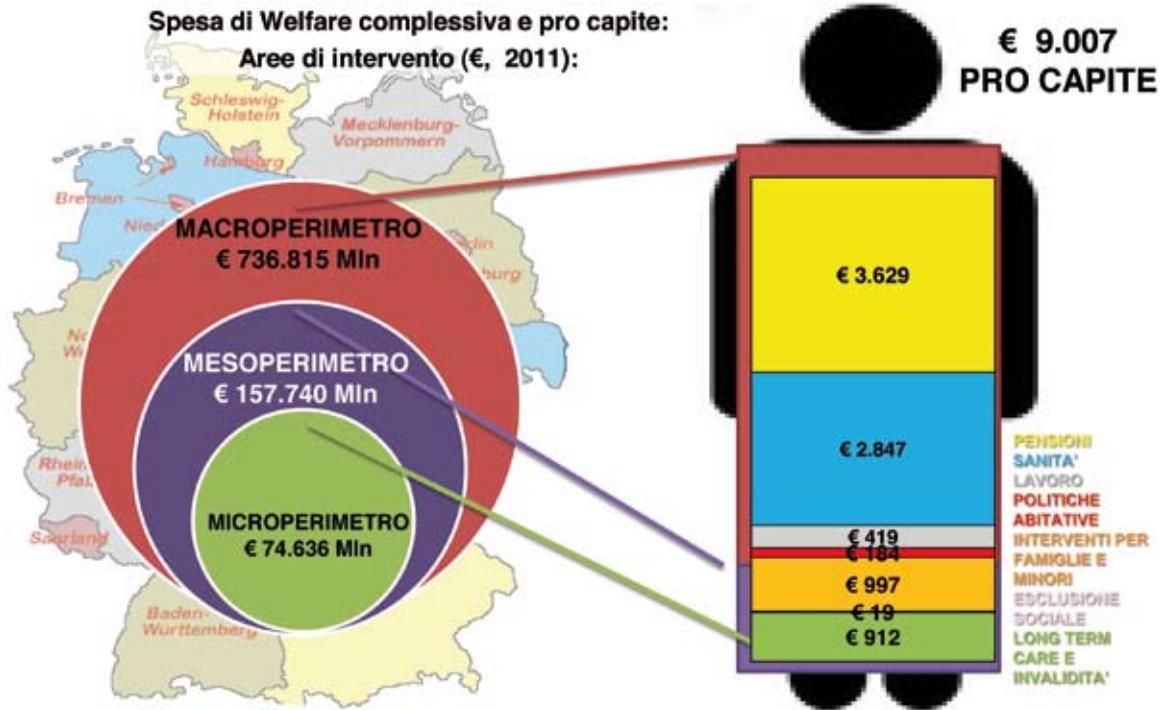
5 - I PILASTRI DEL WELFARE: PRESTAZIONI, PILASTRI, ENTI E AREE DI INTERVENTO





6 - RISORSE UTILIZZATE

Spesa di Welfare complessiva e pro capite:
Aree di intervento (€, 2011):



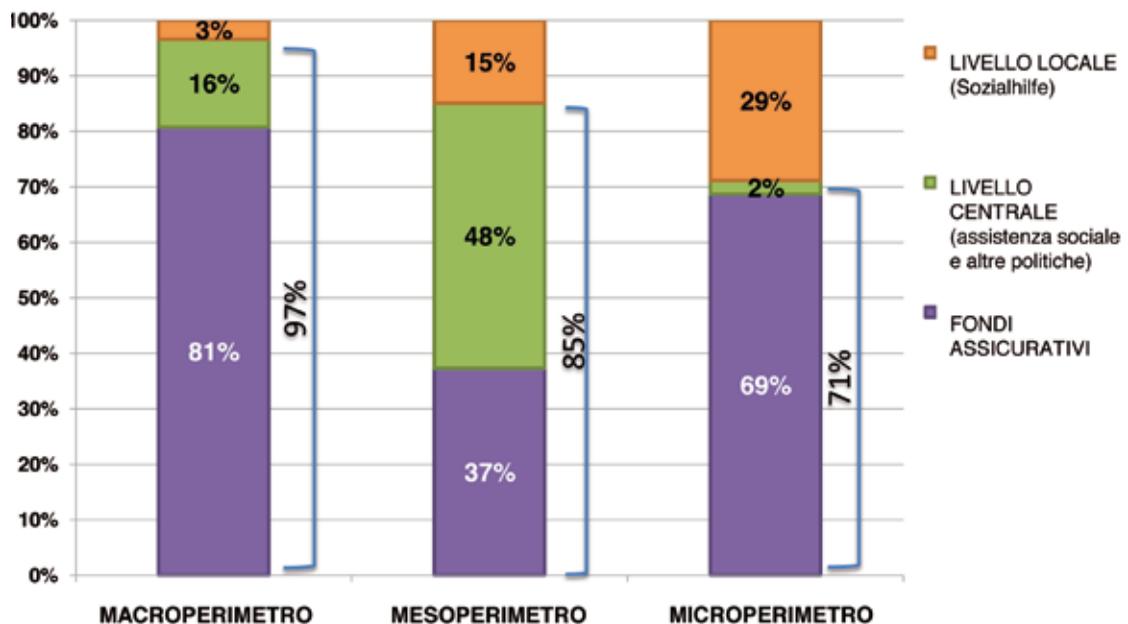
Fonte: Calcoli Cergas basati su SOZIALBUDGET 2011, Bundesministeriums für Arbeit und Soziales



7 - RISORSE UTILIZZATE

QUALE ISTITUZIONE DECIDE COME ALLOCARE I FONDI?

Nella tabella è rappresentata la distribuzione della spesa totale di Welfare tra i diversi attori

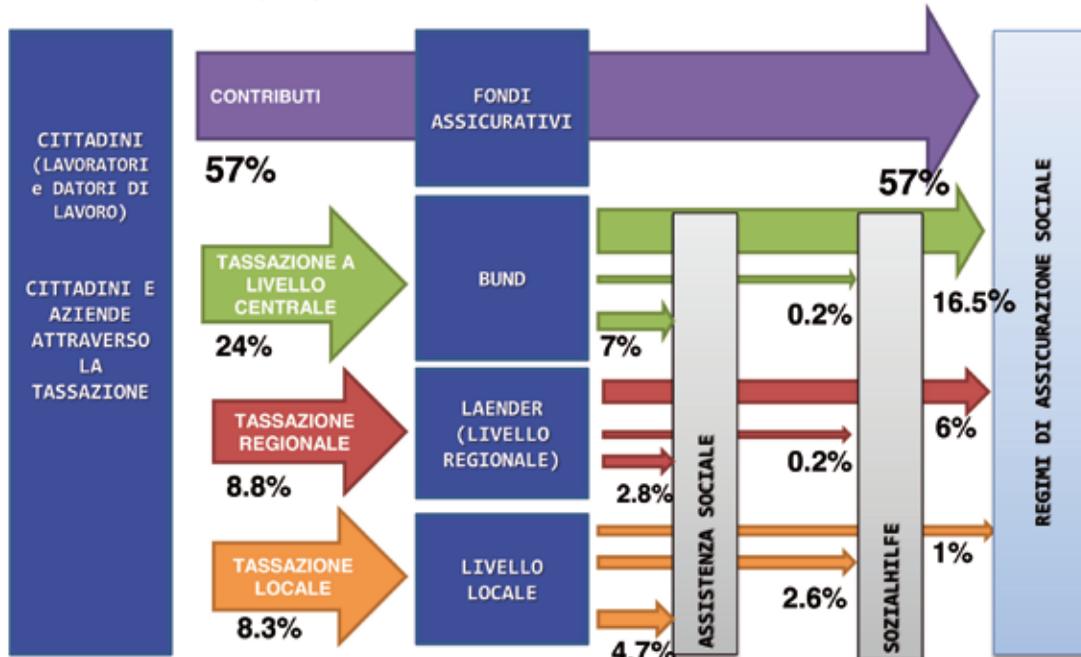


Fonte: Calcoli Cergas basati su SOZIALBUDGET 2011, Bundesministeriums für Arbeit und Soziales



8 - MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

Lo schema mostra le diverse fonti di risorse finanziarie e come esse sono redistribuite nei vari interventi sociali. Le principali istituzioni coinvolte nel meccanismo sono incluse.

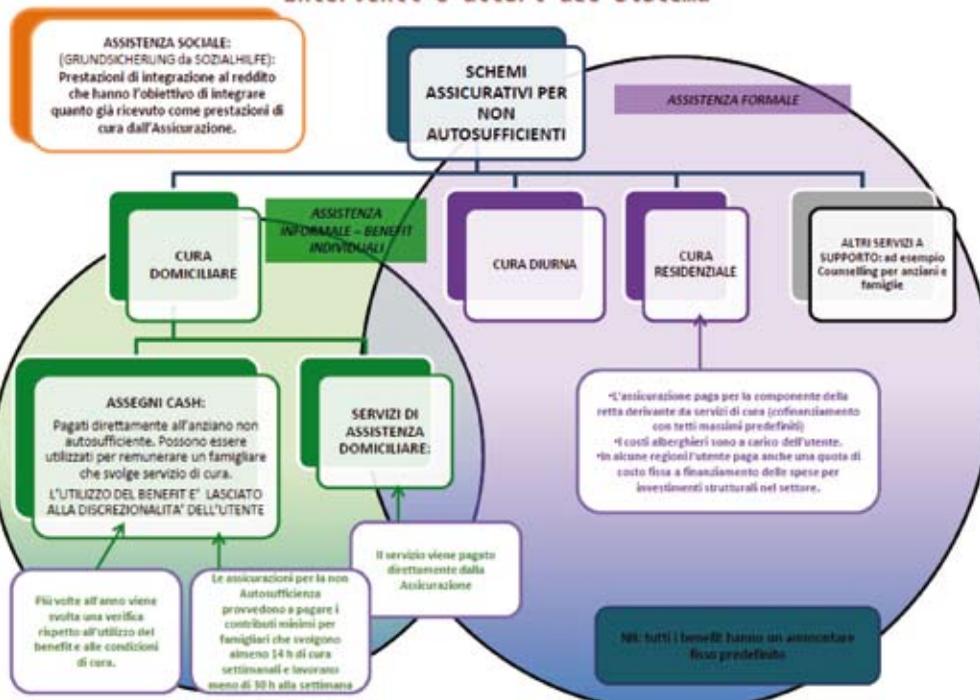


Fonte: 2011, elaborazione di: SOZIALBUDGET 2011, Bundesministeriums für Arbeit und Soziales



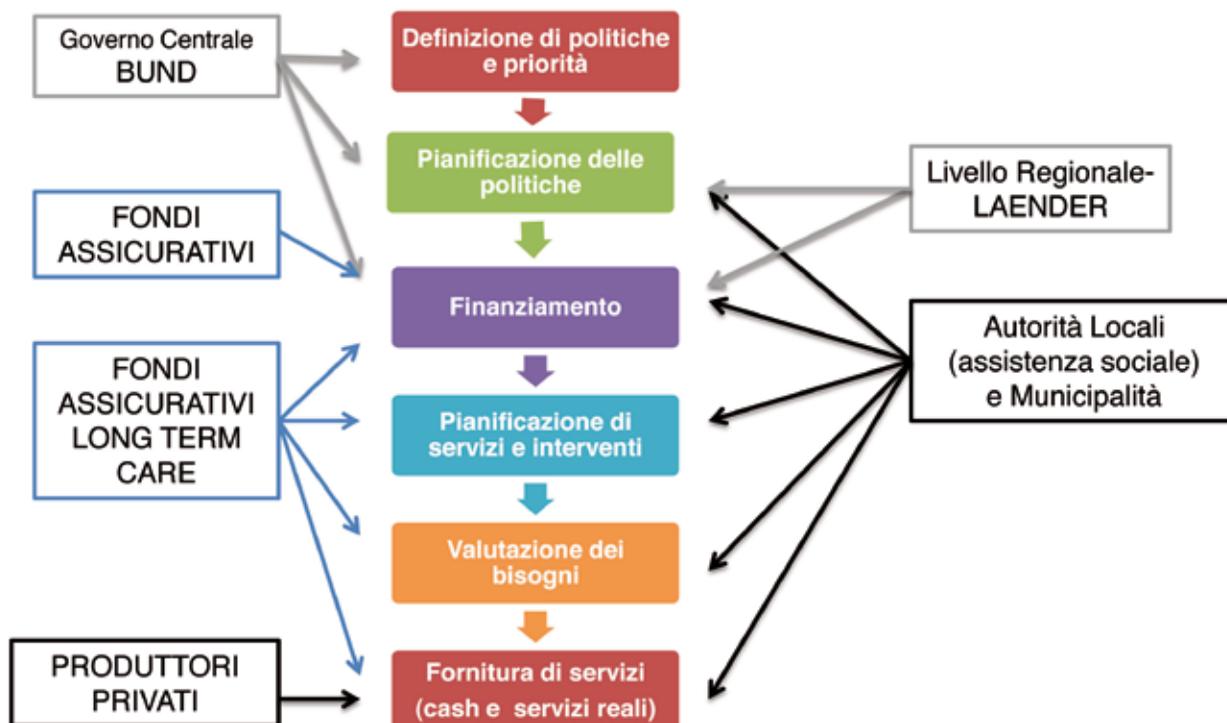
9 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: INTERVENTI

Interventi e attori del sistema





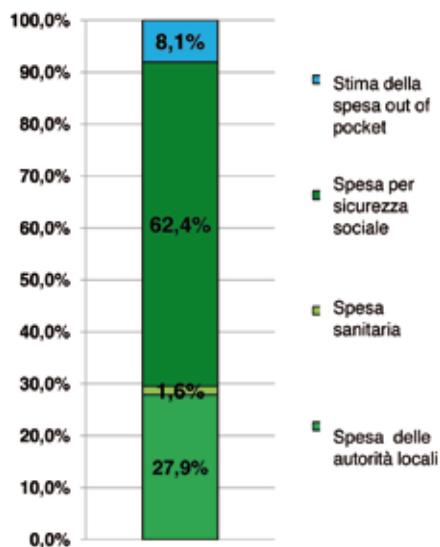
10 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: GOVERNANCE



11 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Nella tabella è rappresentata la composizione della spesa totale per il Long Term Care (anziani non autosufficienti e disabili) focalizzandosi sui diversi attori che finanziano questa spesa. Viene anche sottolineato se la spesa è finanziata a livello centrale o locale. In aggiunta vi è anche una stima della spesa out of pocket privata.

SPESA PER IL LONG TERM CARE	TOTALE, Milioni di €, 2010	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	€ 22.655	€ 277
Spesa Sanitaria	€ 1.323	€ 16
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 50.658	€ 619
Spesa pubblica complessiva	€ 74.636	€ 912
<i>Di cui a livello centrale</i>	€ 51.981	€ 635
<i>Di cui a livello locale</i>	€ 22.655	€ 277
Spesa out-of-pocket stimata	€ 6.558	€ 81
Spesa Pubblica Totale + out-of-pocket	€ 81.194	€ 993



Fonte: Elaborazione Cergas di "Sozialbudget 2011, Destatis", "Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012", (*) "Schulz, 2010"



12 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

L'assicurazione per Long Term Care (LTCI):

- È una delle cinque assicurazioni sociali obbligatorie;
- È gestita dai fondi assicurativi sanitari (i membri dei regimi assicurativi sanitari sono anche membri dei regimi assicurativi LTCI);
- Sussidi e contributi sono gli stessi per tutti i fondi: non c'è concorrenza tra i vari fondi assicurativi.

NUMER DI ASSICURATI (2010) milioni	
Assicurazione sociale per il Ltc	69,48
Assicurazione privata per il Ltc	9,5
totale	79
Beneficiari	2.46

source: " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012"

I benefit sono erogati quando:

un individuo ha bisogno di aiuto per svolgere almeno due attività basilari e una attività strumentale della vita quotidiana (per almeno 6 mesi) **INDIPENDENTEMENTE** da età, reddito e ricchezza.

Sono stati definiti 3 livelli di non autosufficienza considerando:

- Quanto spesso è richiesta assistenza;
- Quanto tempo serve ad un assistente non professionale per aiutare la persona non autosufficiente

LIVELLO del benefit	ASSISTENZA DOMICILIARE- PRESTAZIONI CASH	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA NOTTURNA E DIURNA	SERVIZI RESIDENZIALI
I Livello	€ 215	€ 420	€ 420	€ 1.023
II Livello	€ 420	€ 980	€ 980	€ 1.279
III Livello	€ 675	€ 1.470	€ 1.470	€ 1.470

I valori sono riferiti a dati del 2009. Nel 2013 una riforma dell'assicurazione per Long Term Care ha portato ad un aumento dei livelli dei benefit ma le relazioni tra i vari benefit rimangono invariate

Fonte: Rothgang (2010)



13 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: BENEFIT MIX

I beneficiari possono (devono) scegliere tra:

- Prestazioni Cash;
- Servizi reali;
- Una combinazione dei due

Se scelgono un servizio reale devono decidere tra:

- Assistenza domiciliare
- Diversi tipi assistenza residenziale

BENEFIT PER LONG TERM CARE	Spesa, 2011	Numero di beneficiari, 2011
totale	22.000 Mln di €	2.460.000
PRESTAZIONI CASH	31%	53%
SERVIZI REALI	69%	47%

Fonte: " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012"

Table 14: Number of Recipients of home long-term care by Land, in percentage, 2007

Land	Total	Residential care	Home care	
			In-kind services	Cash for care
Baden-Württemberg	100	35.4	19.7	44.9
Bavaria	100	33.2	22.2	44.6
Berlin	100	28.2	23.8	47.9
Brandenburg	100	25.1	26.6	48.3
Bremen	100	29	28.7	42.3
Hamburg	100	33.8	29.5	36.6
Hesse	100	25.4	20.3	54.3
Mecklenburg-Vorpommern	100	29.5	24.3	46.3
Saarland	100	31.6	19.9	48.5
Saxony	100	34	25.8	40.2
Lower Saxony	100	32.7	23.8	44.3
Saxony-Anhalt	100	29.6	24.3	46.1
Schleswig-Holstein	100	40.4	20.9	38.8
Thüringen	100	27.8	23.2	49.1
North Rhine-Westphalia	100	31.7	22	46.3
Rhineland-Palatinate	100	28.9	19.5	51.6

Fonte: adattamento di Bode et alii (2011)



14 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SERVIZI FORNITI

DOPO L'INTRODUZIONE DEL REGIME ASSICURATIVO PER LTC(1994):

1. L'esistenza (e la conseguente espansione) dell'assicurazione per LTC ha promosso la costruzione di infrastrutture residenziali;
2. **Il principio di SUSSIDIARIETÀ è sempre valido (per legge): PREFERENZA PER PRODUTTORI PRIVATI**
3. Gli utenti dei servizi forniti e le loro famiglie sono completamente liberi di scegliere tra differenti fornitori:
 1. I fondi LTCI o altre istituzioni non possono dare alcun consiglio per indirizzare la scelta;
 2. I criteri di scelta sono basati su meccanismi informali.

2012	Residential services	Assistenza a domicilio
Fornitori di assistenza Pubblici	5%	2%
Fornitori di assistenza Privati	40%	62%
Settore No Profit	55%	37%
DIMENSIONE MEDIA (N° di LETTI o N° di UTENTI)	73	44

Fonte: Bode et alii (2011); Bogedar et alii (2010), Hilbert et alii 2012, Schulz 2010



15 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: COPERTURA DEI BISOGNI

Sistema di Long Term Care e copertura dei bisogni	
Popolazione over 65 in Germania:	16.844.000
POPOLAZIONE TOTALE OLTRE I 65 ANNI CON BISOGNO ASSISTENZA PER LONG TERM CARE:	
TASSO DI PREVALENZA	30,27%
NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE (A)	5.098.679
NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE CON TASSO DI PREVALENZA= 18.5% (B)	3.116.140
POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE (C) :	2.041.800
% DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI CON BISOGNO DI LONG TERM CARE INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE (C/B)	65,52%
% DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI CON BISOGNO DI LONG TERM CARE INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE – USANDO IL TASSO DI PREVALENZA NAZIONALE TEDESCO (C/A)	40,05%

FONTE: Elaborazione Cergas di "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", " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012".



ASSISTENZA SOCIALE IN GERMANIA: DIBATTITI E RIFORME

*Focus sulla cura per persone
non autosufficienti o fragili*

Frank Bönker

Saxonian University of Cooperative Education, Riesa, Germania





1 - DOMANDE GUIDA - STRUTTURA DELLA PRESENTAZIONE

- Cosa pensano i tedeschi dell'assistenza sociale in Germania?
- Quali questioni sono state maggiormente evidenziate nei dibattiti sulle riforme?
- Quali cambiamenti sono stati adottati a seguito dell'introduzione dell'assicurazione per non autosufficienza nel 1995?

- Cosa pensano i tedeschi?
- Dibattiti sul welfare e riforme
- Conclusione



2 - COSA PENSANO I TEDESCHI DELL'ASSISTENZA SOCIALE IN GERMANIA?

- Difficile a dirsi a causa della mancanza di un sondaggio strutturato
- Sensazione della maggior parte dei politici: supporto relativamente forte per l'attuale sistema della assicurazione per la non autosufficienza



3 - COSA RENDE IL SISTEMA ESISTENTE COSÌ POPOLARE?

- Forte asimmetria tra benefici e costi
 - beneficiari (disabili+familiari) fortemente supportati
 - tasso contributivo relativamente basso (circa 2,0%)
- Tasso contributivo più stabile rispetto ai tassi contributivi di altri rami di assicurazioni sociali > non c'è stata una regolare discussione sulla realizzabilità finanziaria del piano



4 - DIBATTITI PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SOCIALE IN GERMANIA: OSSERVAZIONI GENERALI

- Focalizzarsi su modifiche graduali, supporto limitato a cambiamenti radicali
 - solo alcuni economisti favoriscono la sostituzione dell'attuale modello PAYGO con un piano completamente contributivo
 - nessun attore principale attualmente a sostegno della transizione a un sistema tax-financed
- Rari riferimenti agli sviluppi e soluzioni in altri paesi



5 - PUNTI PRINCIPALI TOCCATI NEI DIBATTITI SUL WELFARE

- Criteri di esigibilità
- Livelli di beneficio
- Assistenza integrativa
- Considerazione dello status familiare
- Schemi pubblici vs. schemi privati
- Frammentazione del sistema
- Qualità dell'assistenza
- Mancanza di lavoratori nel campo assistenziale



6 - DIBATTITI E RIFORME: CRITERI DI ELIGIBILITÀ

Soluzione originale: esigibilità dei benefit funzionale alla necessità di aiuto nello svolgere le attività quotidiane

Dibattiti in corso:

- ampio consenso sul fatto che il concetto di fragilità sia definito in modo restrittivo
- sviluppo e verifica del concetto di fragilità-non autosufficienza da parte di una commissione di riforma (2006-2009)

Riforme

- Introduzione di un benefit addizionale per persone sofferenti di demenza
- Nessuna attuazione di una nuova definizione di fragilità



7 - DIBATTITI E RIFORME: LIVELLI DI BENEFIT

Soluzione originale: livello dei benefit fissato in termini assoluti/reali

Dibattiti in corso: con consenso relativamente ampio

- nessuna copertura completa (Tailkaskoversicherung)
- nessuna verifica del reddito (test dei mezzi)
- necessità di modifiche al crescente aumento delle tariffe in campo assistenziale

Riforme

- 2008: aumento discrezionale dei benefit, in particolare per le prestazioni di assistenza domiciliare
- promessa di scatti automatici di adeguamento dei benefit dal 2015 in poi



8 - LIVELLI DI BENEFIT, 1995 – 2013 (EURO/MESE)

		1995	2008	2013	Variazione 1995-2013 (in%)
Assistenza domiciliare	livello I	205	215	235	+14,6
Assegno di cura	livello II	410	420	440	+7,3
	livello III	665	675	700	+5,3
Assistenza domiciliare	livello I	384	420	430	+12,0
Erogazione di servizi	livello II	921	980	1100	+19,4
	livello III	1432	1470	1550	+8,2
Assistenza residenziale	livello I	1023	1023	1023	+0,0
	livello II	1279	1279	1279	+0,0
Erogazione di servizi	livello III	1432	1470	1550	+8,2



9 - DIBATTITI E RIFORME: ASSISTENZA INTEGRATIVA O COMPLEMENTARE

Soluzione originale: modello PAYGO

Dibattiti:

- debole supporto alla sostituzione dell'attuale sistema PAYGO con un piano contributivo, ma richieste di introdurre elementi di assicurazione integrativa
- ispirazione: piano pensionistico privato per anziani supportato dallo stato (Riester-Rente)
- desiderabilità e progettazione controverse

Riforme:

- 2013: introduzione di sussidi statali (fino a 60 euro/anno) per offrire un'assicurazione di assistenza privata complementare (Pflege-Bahr)



10 - DIBATTITI E RIFORME: CONSIDERAZIONE DELLO STATUS FAMILIARE

Soluzione originale: nessuna distinzione tra coppie assicurate con figli e senza figli

Dibattiti:

- forte dibattito politico sul fatto che le coppie con figlie debbano essere premiate perché, facendo nascere futuri contribuenti, fanno funzionare (sostengono) il sistema PAYGO
- decisione della Corte Costituzionale del 2011 che richiede di considerare il cosiddetto "contributo naturale" delle coppie con figli per l'assicurazione non autosufficienza riconsiderando i tassi di contribuzione

Riforme:

- 2005: soprattassa di 0,25 punti percentuale per assicurati senza figli



11 - DIBATTITI E RIFORME: SCHEMI PUBBLICI VS. SCHEMI PRIVATI

Soluzione originale: co-esistenza di un piano pubblico per la maggior parte della popolazione e un piano privato obbligatorio con gli stessi benefici, ma tassi contributivi più bassi per liberi professionisti, impiegati statali (Beamte) e impiegati con alti redditi.

Dibattiti:

- richiesta di un piano pubblico universale (Burgerversicherung) o almeno di un'equiparazione dei versamenti (contributi) degli schemi pubblici e privati

Riforme:

- nessuna



12 - DIBATTITI E RIFORME: FRAMMENTAZIONE DEL SISTEMA

Situazione originale: complessa co-esistenza di diversi attori pubblici e privati

Dibattiti: consenso generale sulla necessità di un coordinamento migliore e di una maggiore trasparenza

Riforme:

- diritto (legale) dal 2009 per le persone fragili-non autosufficienti e per i loro familiari ad avere servizi di counselling e supporto nella definizione del piano assistenziale (per le assicurazione non autosufficienza)
- finanziamento pubblico per la fondazione di almeno 500 "punti unici" per l'erogazione dell'assistenza
- creazione di diversi tipi di reti di assistenza a livello locale o statale



13 - DIBATTITI E RIFORME: QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Soluzione originale: poca enfasi sulla qualità del servizio

Dibattiti: emanazione di report regolari sulle condizioni delle case di cura (rispetto agli standard dei servizi)

Riforme (dal 2008):

- controlli più severi
- rating delle case di cura e degli altri erogatori di servizi resi pubblici
- sviluppo di standard qualitativi per i produttori dei servizi



14 - DIBATTITI E RIFORME: MANCANZA DI LAVORATORI IN CAMPO ASSISTENZIALE

Dibattiti: consenso generale sulla necessità di rendere più attrattivo il settore di cura e assistenza ma controversie sull'introduzione di un minimo salariale

Riforme:

- Alcune misure per rendere più attrattivo il settore
 - campagne pubbliche
 - introduzione nel 2010 del minimo salariale (8,50 euro nell'Ovest - 7,50 euro nell'Est)
 - definizione di curricula congiunti e omogenei per i diversi tipi di assistenza (pianificato ma non ancora implementato)
- sussidi speciali per incentivare la formazione professionale
- programmi pubblici per incentivare i lavoratori disoccupati a entrare nel settore della cura e dell'assistenza



15 - DIBATTITI E RIFORME: CONCLUSIONI

- Il sistema assistenziale tedesco è relativamente popolare tra la cittadinanza
- I dibattiti si sono concentrati preferibilmente su un progresso graduale piuttosto che su cambiamenti radicali.
- Dal 1995 solo cambiamenti modesti



IL SISTEMA DI WELFARE INGLESE

Stefano Tasselli *Cergas, Università Bocconi*

Il mio intervento si pone l'obiettivo di offrire una visione sintetica del modello di welfare del Regno Unito, con un focus specifico sui sistemi di welfare nel macro, meso e micro perimetro. Nella seconda parte della presentazione Stephen Sinclair dell'Università di Glasgow affronterà forze e debolezze del sistema e le traiettorie evolutive di riforma.



La **slide 1 (pag. 32)** offre una scheda riassuntiva della struttura demografica ed amministrativa del Regno Unito. Parliamo di quasi 63 milioni di abitanti, di cui più di 50 in Inghilterra. Una densità della popolazione di 50 abitanti per chilometro quadrato. Una struttura demografica che vede un 20 per cento di popolazione anziana over 65 e un 5 per cento se consideriamo soltanto gli over 80.

La particolarità del Regno Unito (**slide 2 pag. 33**) è che è composto da quattro Stati: l'Inghilterra, l'Irlanda del nord, la Scozia e il Galles. Ci sono chiaramente forti differenze nell'impostazione delle tematiche di welfare nei quattro differenti Stati. Nella presentazione anche per ragioni di sintesi ci focalizziamo più su ciò che è comune nel Regno con un focus specifico – per ragioni di rilevanza – più sul modello inglese.

La struttura del paese vede nove aree regionali. La natura storicamente centralista del paese

sta vivendo una fase di devolution. Delle aree regionali la più famosa è la Greater London Area che è stata creata per affrontare i problemi specifici di Londra. Le aree regionali hanno crescente competenze di carattere amministrativo, competenze residuali anche di carattere legislativo, sebbene queste aree regionali non siano al momento reali interlocutori del cambiamento.

C'è poi la struttura tradizionale del governo locale che si articola soprattutto in Contee; ce ne sono circa un centinaio nel Regno che hanno prevalentemente funzioni amministrative e sono state il ganglio regionale del governo centrale durante tutta la storia del Regno Unito, con una dimensione media di circa 650 mila abitanti.

Se ci spostiamo poi a livello locale abbiamo una rete capillare di "cities" – città medio-ampie per dimensioni – e poi la struttura delle municipalities, che sono 4.500 nel Regno e sono equivalenti tendenzialmente ai nostri Comuni con una dimensione media di 14 mila abitanti.

Un breve cenno ora alla storia del welfare all'interno del Regno. Come giustamente ha detto nella sua introduzione Anna Bonanomi, in Inghilterra si è avuto di fatto lo stesso processo di sviluppo del welfare italiano e degli altri paesi europei, (**slide 3 pag. 33**), vale a dire una struttura che è partita nell'800 soprattutto con

un ruolo del privato e con una forte presenza di charities di carattere religioso o di ispirazione politico-sociale. Dopo la Seconda Guerra Mondiale si è affermato il modello di welfare moderno, che nasce nella data simbolica – non soltanto per il Regno Unito ma anche per tutta Europa – del 1948, anno della creazione del National Health System: il primo sistema sanitario prestatore di servizi socio-sanitari a carattere pienamente universalistico, ovvero teso a dare servizi gratuiti a tutti i cittadini per il solo fatto di essere cittadini, vale a dire indipendentemente dalla ricchezza e indipendentemente dalla capacità di produrre reddito.

È stato creato parallelamente un sistema di carattere previdenziale con la National Insurance. Fino agli anni '70 è stato fortemente orientato all'operato universalistico, teso a dare servizi minimi il più possibile omogenei all'interno del Paese, con un forte focus sulla capacità di creare omogeneità nella redistribuzione della ricchezza o quantomeno nella capacità di dare servizi in un paese che è sempre stato caratterizzato da forti squilibri proprio nella dotazione della ricchezza.

A partire dalla riforme di fine anni '70 e quindi con le riforme di Margaret Thatcher, il focus del sistema è cambiato con una tendenza da un lato ad un principio di individualizzazione progressiva dei tipi di servizi offerti e con la richiesta progressiva di contributi dei cittadini a fronte dei servizi. Un esempio di questo processo è la famosa campagna del "latte a scuola" con cui è stata eletta Margaret Thatcher negli anni '70, una campagna forte in cui si chiedeva alle famiglie di compartecipare al pagamento del latte nelle scuole e che è stata il simbolo di questo momento di transizione.

Il problema della riconversione delle aree industriali – soprattutto nel nord del paese – ha investito molte risorse negli anni '70 e 80. A

ciò si è accompagnata l'applicazione abbastanza ortodossa delle dottrine del new public management, con un focus sulla collaborazione competitiva tra pubblico e privato, sul coinvolgimento pieno del privato nel produrre i servizi e su tematiche crescenti rivolte alla decentrazione.

Le traiettorie di riforma della seconda metà degli anni '90 – dal governo laburista di Tony Blair del '97 in poi – hanno posto l'attenzione sul new deal per il welfare, concepito come un tentativo di mantenere nel complesso l'impostazione delle teorie di new public management, ma con uno smorzamento delle dinamiche più aggressive da un punto di vista della competizione, con un maggiore coinvolgimento del pubblico e soprattutto con nuove risorse pubbliche date al sistema.

C'è stata una forte enfasi rivolta alla capacità di integrazione al reddito e alla capacità di produrre reddito – nello specifico tramite la erogazione diretta di servizi in aree disagiate. C'è una forte discussione in atto sull'effettiva capacità di questo tipo di politiche nel cambiare un sistema che sembra avere in alcuni casi alcune criticità soprattutto di tenuta finanziaria. Rischi di tenuta finanziaria che sono emersi in maniera

abbastanza evidente negli ultimi anni, soprattutto con focus sulla long term care.

Su tali temi il nuovo governo Cameron ha istituito nel 2011 la Dilnot Commission, per capire la sostenibilità finanziaria del sistema, ed è emerso che il sistema com'è oggi ha forti problemi di tenuta finanziaria nel medio periodo. Il nuovo tipo di impostazione è perciò orientato sempre di più verso la direzione del self-empowerment, on il coinvolgimento attivo anche in

ottica contributiva del singolo cittadino nella capacità di fronteggiare possibili problematiche di long-term care. Si sta andando nella direzione di un sistema contributivo in cui la singola persona durante il corso della vita contribuisca – all'in-





terno di un modello assicurativo – al possibile rischio di non autosufficienza nella sua vecchiaia.

Questi sono i pilastri istituzionali del welfare nel Regno Unito (slide 4 e 5 pag. 34). C'è una struttura centrale che coinvolge il Dipartimento della Salute, il Dipartimento per le comunità e le politiche locali – l'organo centrale attraverso cui poi si articolano tutti i rapporti con il local government –, il Dipartimento per il lavoro e le pensioni, la National Insurance e una struttura abbastanza reticolare di agenzie che era stata creata durante il periodo thatcheriano che è stata conservata e che dovrebbe essere un ganglio di trasmissione tra l'amministrazione pubblica e i privati.

Il livello regionale-locale vede da un lato un coinvolgimento forte del governo locale nella parte di provision dei servizi, e dall'altro un ruolo ancora intermedio dei Regional Directorates, che dovrebbero svolgere un ruolo di collegamento tra livello centrale e locale.

Giungiamo ora alla fotografia di sintesi delle risorse per il welfare (slide 6 e 7 pag. 35). Il va-

lore complessivo è di 7.300 Euro pro-capite. È un sistema che ha tendenzialmente meno risorse di altri paesi, ad esempio Germania, ma con un micro perimetro – ossia la parte dedicata esclusivamente al long term care e all'invalidità – che cuba circa 960 Euro per singolo cittadino, che diventano 1.970 Euro se consideriamo il mesoperimetro e quindi includiamo sempre quei servizi alla persona relativi però a famiglie e infanzia e all'esclusione sociale e politiche contro la povertà. Chi gestisce tali risorse? A livello di macroperimetro il sistema è centralizzato; ma se spostiamo il focus sul micro perimetro c'è un ruolo maggiore degli attori locali, che vengono coinvolti in maniera importante nell'erogazione di servizi per la non autosufficienza.

Se guardiamo al finanziamento del sistema (slide 8 pag. 36), un ruolo predominante è giocato dalle tasse sul reddito che cubano circa il 55 per cento delle risorse e vengono gestite dal livello centrale e poi eventualmente destinate a livelli locali; c'è una parte importante di contributi assicurativi che passano attraverso la National Insurance e una parte crescente (soprattutto ne-

gli ultimi anni) di imposte che vengono gestite direttamente a livello locale e vengono utilizzate soprattutto per servizi locali (slide 9 pag. 36). Il coinvolgimento del governo locale è invece pieno nelle politiche di finanziamento e di erogazione dei servizi per la long term care.

Un focus specifico è rivolto ora sui meccanismi di finanziamento (slide 10 pag. 37). Se andiamo a vedere alle dinamiche tra diversi livelli di governo ci sono risorse proprie che vengono gestite direttamente a livello centrale attraverso il Dipartimento della salute e destinate poi alle autorità locali per la componente sanitaria dei servizi sociali. C'è poi una parte chiaramente di contributi che vengono gestiti dalla National Insurance e che consistono in sussidi, in integrazioni al reddito e indennità di accompagnamento che vengono assegnati alla persona che ha bisogni di non autosufficienza o al care familiare.

Molto interessante è poi il dato sulla spesa stimata dell'out of pocket (slide 11 pag. 37) che aumenta di 200 euro il totale della spesa per la non autosufficienza e lo porta a circa 1.170 euro. Anche questo probabilmente è un interessante spunto di riflessione soprattutto in ottica comparativa per vedere qual è il contributo – al netto dei soldi che vengono gestiti dal sistema – che le famiglie devono dare per affrontare il rischio di non autosufficienza.

L'ultima parte della mia presentazione concerne il tipo di servizi che vengono erogati, e la capacità di gestire e di garantire i bisogni delle persone. È una fotografia che viene proprio dal report della Dilnot Commission con dati riferiti al 2010 e mostra come già adesso ci sia un gap tra la domanda espressa dei servizi e la spesa che viene gestita dal servizio pubblico (slide 12 pag. 38).

Il servizio pubblico al momento non riesce a gestire tutta la domanda espressa per la non autosufficienza. Questo gap attuale è del 15 per cento ed è stimato che possa salire al 25 per cento nel 2020. Il che chiaramente pone domande importanti su come il sistema pubblico possa pure in un momento di risorse decrescenti a garantire livelli adeguati di copertura del bisogno.

Le ultime fotografie di questa presentazione sono dati vivi, che mostrano la capacità reale del sistema di dare risposta ai bisogni concreti delle persone (slide 13 pag. 38). Un dato significativo



che penso ci ponga nella condizione di fare un parallelo abbastanza stringente con l'Italia. Sono due numeri non a caso messi vicini. Le persone in Inghilterra che ricevono quella che in Italia chiamiamo "l'indennità di accompagnamento" sono 1,29 milioni di persone, mentre il numero medio stimato di care giver informali (quelle che in Italia chiamiamo le badanti) è di 1 milione. C'è una sovrapposizione abbastanza chiara tra i due numeri, che mostra in modo evidente il ruolo delle risorse delle famiglie nel supplire alle carenze del sistema pubblico nel dare risposte ai bisogni complessivi. Interessante che circa mezzo milione di questi care giver informali siano registrati formalmente attraverso un albo con garanzie di qualità.

Il contributo mensile medio dell'indennità di accompagnamento è di circa 300 pound; in più Inghilterra c'è la presenza di un contributo che viene dato potenzialmente ai care giver familiari, ossia a quei parenti che gestiscono il malato, l'anziano, il disabile a casa.

Abbiamo provato a stimare qual è la spesa viva delle famiglie per l'assistenza di un anziano o

disabile in casa di riposo. Il contributo medio al netto dell'assegno di accompagnamento è di 400 pound al mese – che diventa 700 se non c'è assegno di accompagnamento. La parte sanitaria dei bisogni sociali è in carico direttamente al sistema sanitario. La stima invece della spesa media per un care giver a tempo pieno al netto di questa indennità di accompagnamento è di 700 pound.

Guardando ai numeri relativi ai servizi reali (**slide 14 pag. 39**), ci sono circa 335mila persone over 65 in case di riposo, con una composizione abbastanza varia dei meccanismi di finanziamento. Alcune di queste persone sono finanziate dal sistema sanitario, altre hanno finanziamento del governo locale che copre la componente residenziale dell'assistenza.

C'è una dotazione abbastanza ampia di servizi che vengono dati al domicilio – non soltanto l'assistenza domiciliare – inclusi pasti che vengono forniti a domicilio, materiali vari etc.

La fotografia complessiva ci dice che circa il 15 per cento delle persone che hanno bisogno di cure per la non autosufficienza sono residenti

in case di riposo e il 27 per cento riceve diverse tipologie di servizi dal pubblico direttamente a domicilio.

Un indicatore caldo che però ci sembra assolutamente significativo – quale è l'intensità assistenziale media della long care che viene ricevuta a casa delle persone – è di circa 9-12 ore a settimana.

Da ultimo, una fotografia sui provider (**slide 15 pag. 39**). È un mercato in evoluzione, è un mercato che vede una componente del pubblico ancora viva ma tendenzialmente in fase residuale, con un privato che si sta espandendo molto nella capacità di dare servizi a domicilio e in strutture residenziali. Si tratta di un mercato abbastanza clusterizzato con alcuni operatori di carattere locale che nascono soprattutto nelle comunità provinciali e grandi operatori, tra i quali ad esempio Bupa, con una dotazione di circa 20mila letti in strutture di case di riposo. 20mila letti rappresentano circa un terzo dei letti che sono presenti in regione Lombardia; parliamo quindi di dotazioni dimensionali assolutamente ampie e considerevoli anche come capacità di peso negoziale nei confronti del governo locale. ■



1 - CARTA DI IDENTITÀ DEL PAESE



Area: 244.820 Km²



Popolazione: 62.7 milioni di abitanti
(Inghilterra: 50.3)



Densità di popolazione: 256
abitanti per Km²



51% donne
49 % uomini

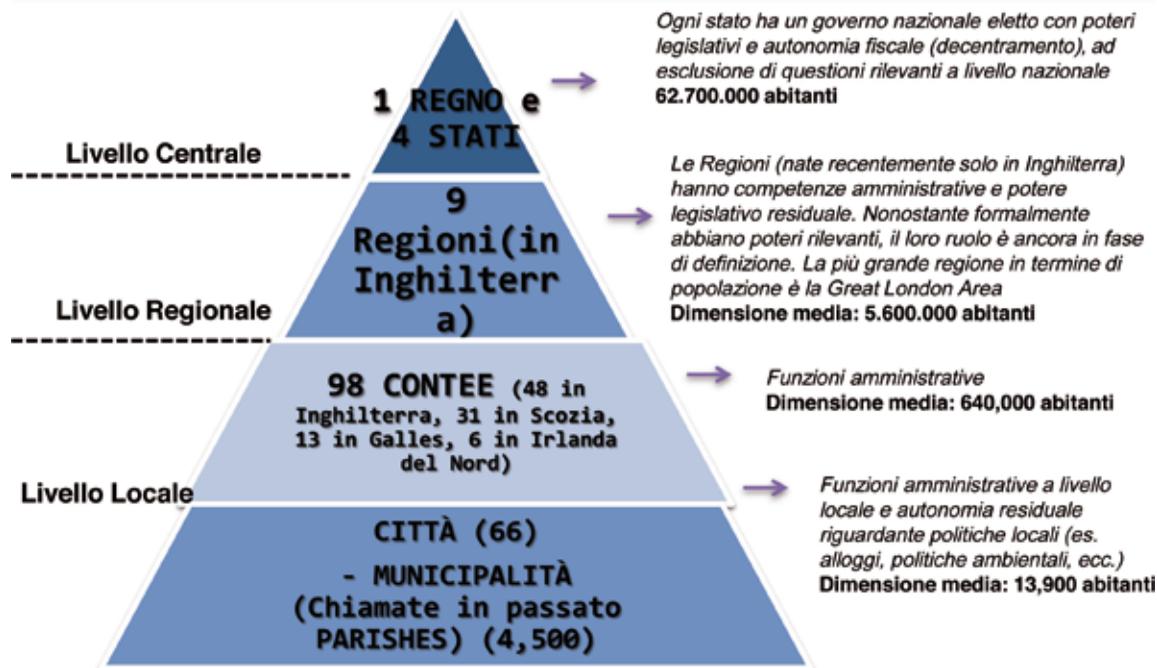


< 20 anni: 21 %
> 60 anni: 21 %
> 80 anni: 5%

Fonte: Office for National Statistics, 2012



2 - ORGANIZZAZIONE DELLO STATO



Fonte: Office for National Statistics, 2012



3 - STORIA, ORIGINE E FONDAMENTI DEL SISTEMA DI WELFARE

Prima del 1945-1978

Prima del 1945 esistevano interventi privati residuali principalmente attraverso la beneficenza.

Nel 1948 nasce la copertura universale (NHS, Assicurazione)

Politiche urbane (sviluppo delle aree rurali)

Decentramento – dopo il 1970 (Le Autorità Locali acquisiscono maggiori responsabilità nella produzione di servizi pubblici)

1979-2010

Co-finanziamento ("milk at school campaign", Servizi sanitari e sociali, Assicurazioni personali)

Politiche Post-Industriali (riqualificazione delle città post-industriali e di altre aree del paese)

Dottrine NPM (decentralizzazione, competizione tra produttori pubblici e privati, quasi-mercato)

Direzione della riforma

Self-empowerment (budget personale per la copertura di spese assistenziali e partecipazione nella società)

Politiche per aree svantaggiate (incentivi per lo sviluppo di attività economiche locali, sviluppo di attività no profit e di attività di beneficenza in aree svantaggiate)

"Big society" (Attori pubblici, privati, no profit e l'intera società sono concepiti come attori chiave nella fornitura di Welfare e di assistenza sociale)

Fonti: Citizen, state, and social welfare in Britain 1830-1990 (1994); Welfare Reform in the UK (2009)

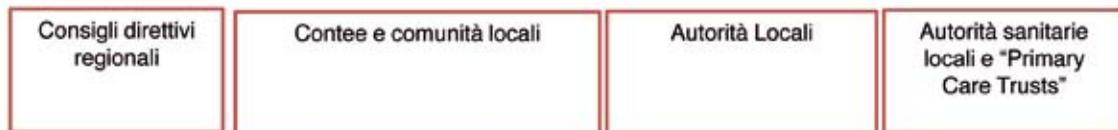


4 - I PILASTRI DEL WELFARE

LIVELLO CENTRALE – DIPARTIMENTI E ALTRI ATTORI



Regional and Local level

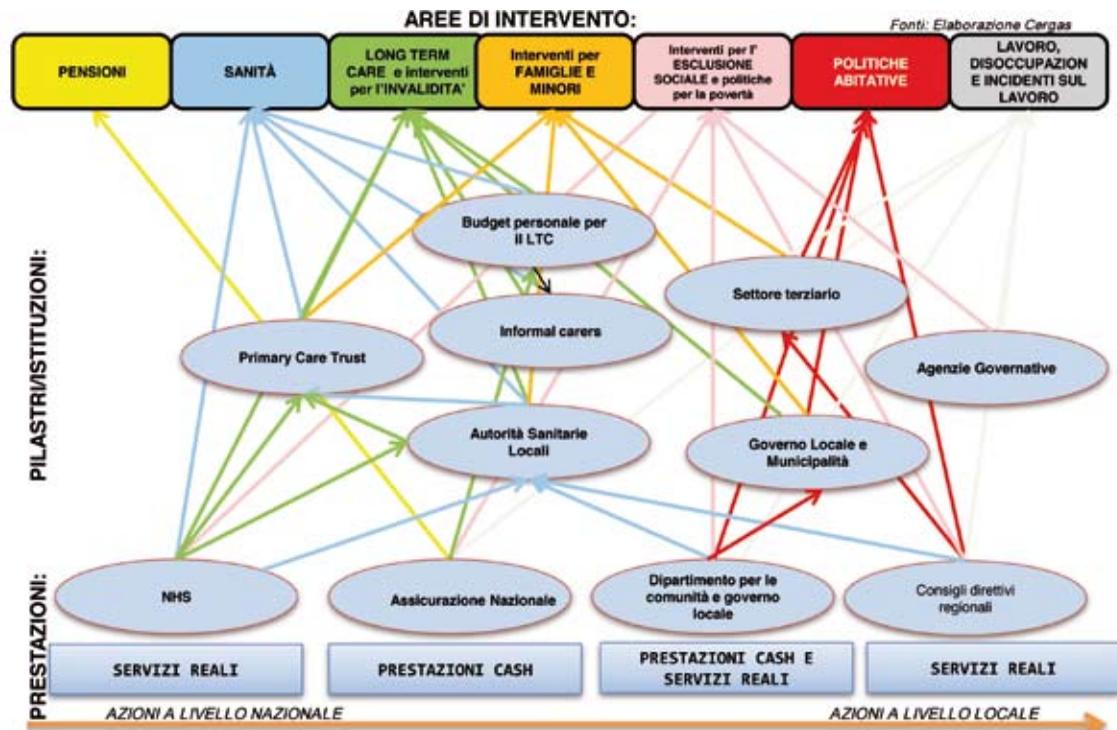


Attori che producono servizi pubblici

Fonte: Elaborazione Cergas



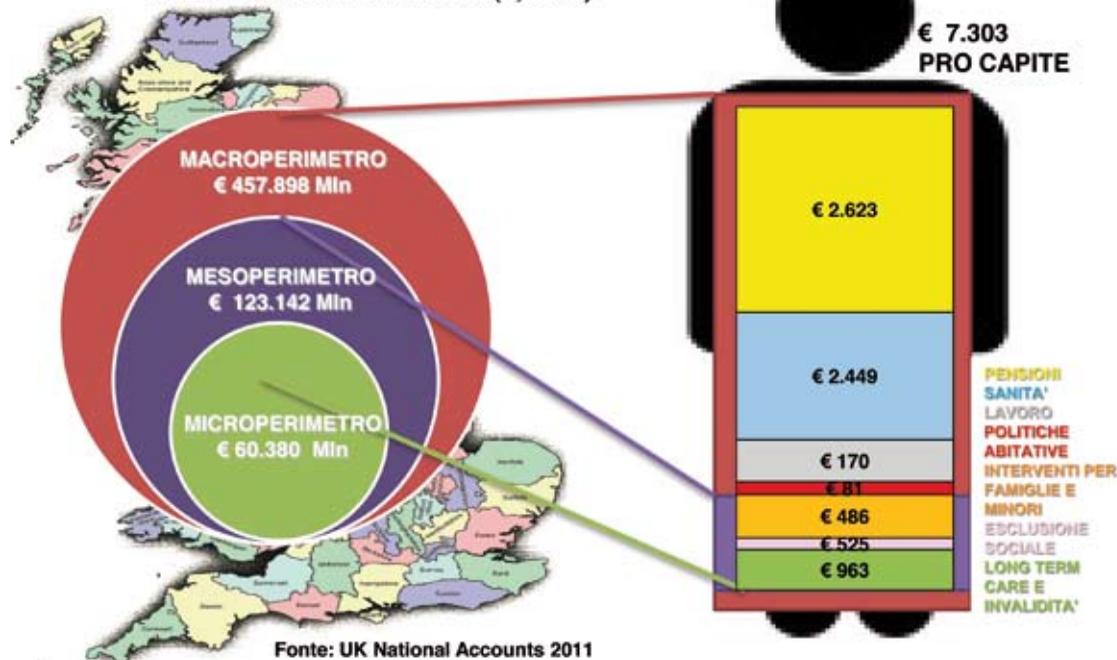
5 - I PILASTRI DEL WELFARE: PRESTAZIONI, PILASTRI, ENTI E AREE DI INTERVENTO





6 - RISORSE UTILIZZATE

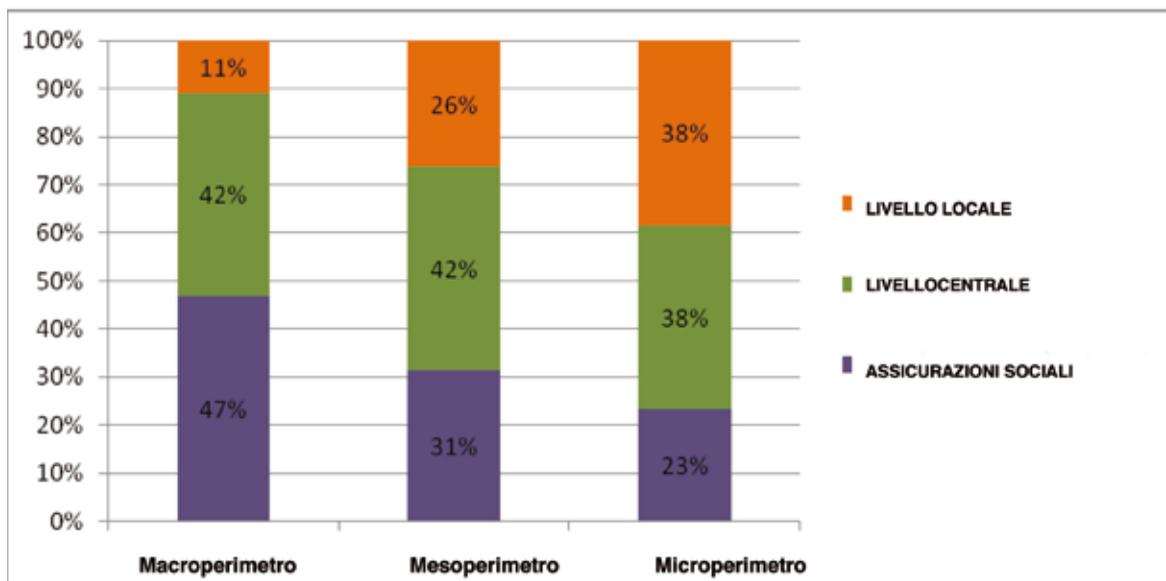
Spesa di Welfare complessiva e pro capite:
aree di intervento e interventi(€, 2011):



7 - RISORSE UTILIZZATE

QUALE ISTITUZIONE DECIDE COME ALLOCARE I FONDI?

Nella tabella è rappresentata la distribuzione della spesa totale di Welfare tra i diversi attori.

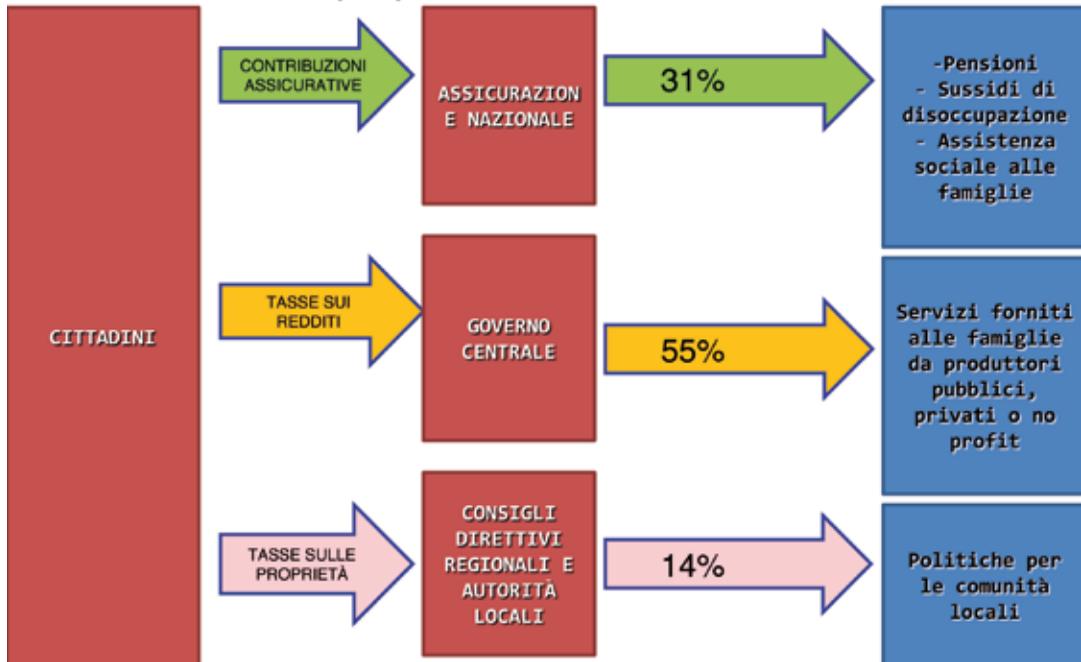


Fonte: UK National Accounts 2011; King's Fund Report on LTC 2011

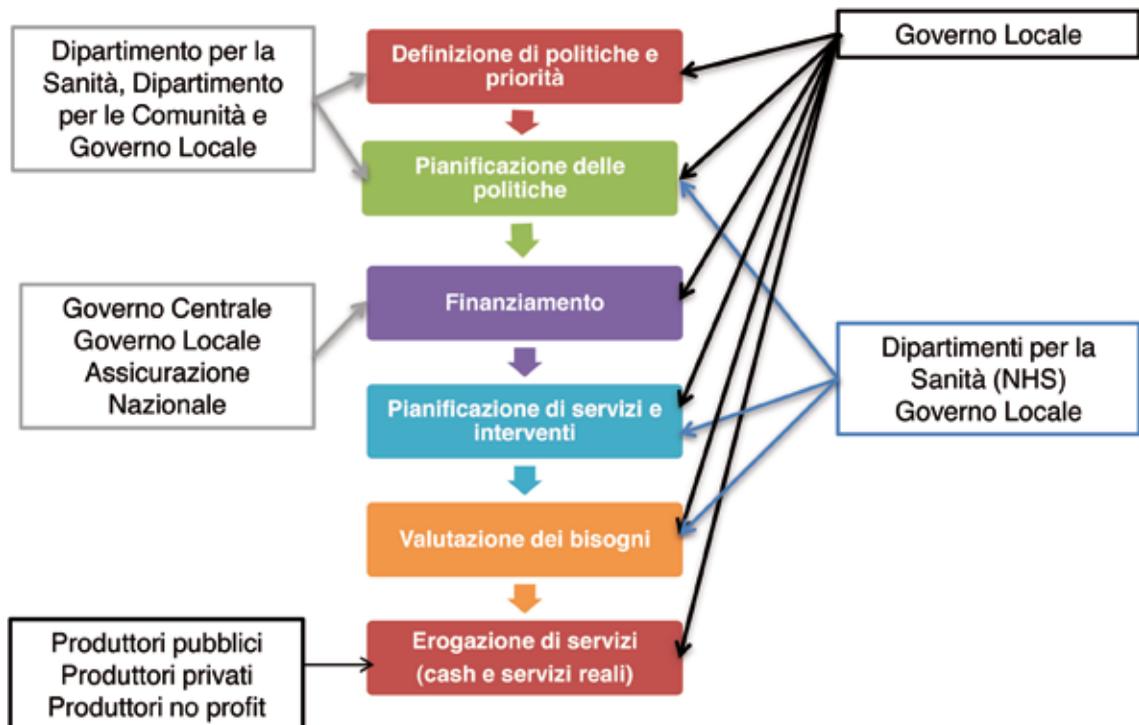


8 - MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

Lo schema mostra le diverse fonti di risorse finanziarie e come esse sono redistribuite nei vari interventi sociali. Le principali istituzioni coinvolte nel meccanismo sono incluse.



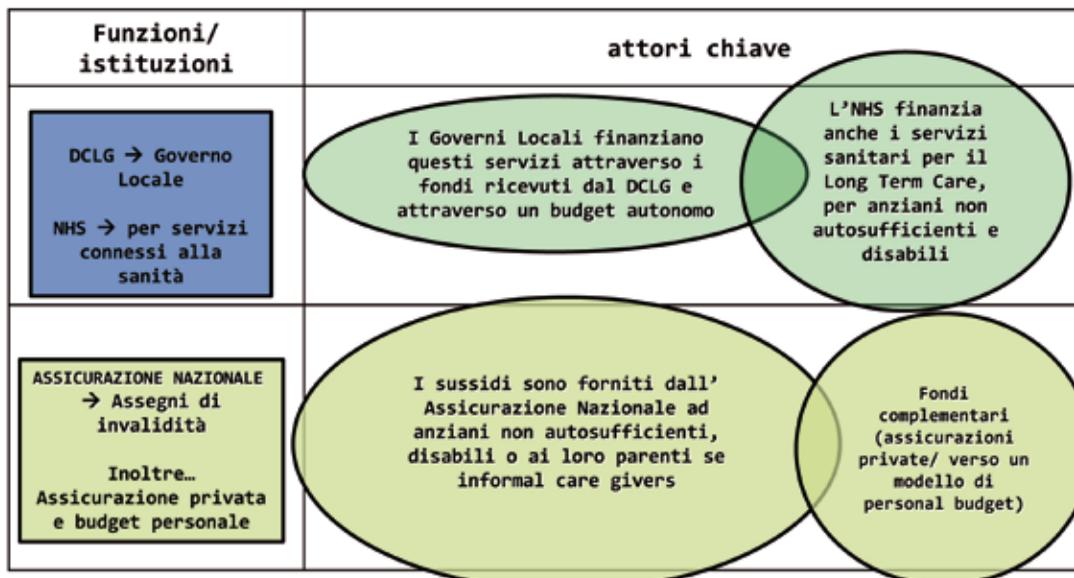
9 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: GOVERNANCE





10 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

Meccanismi di finanziamento per il Long Term Care per anziani non autosufficienti e adulti disabili:



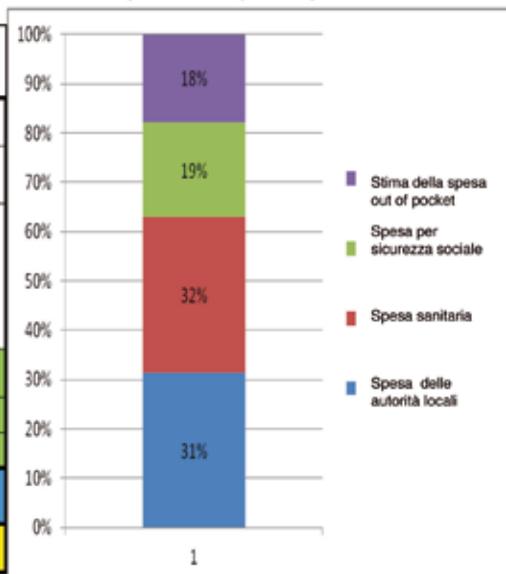
La spesa out of pocket (ad esempio per l'informal care) è in buona parte sotto il controllo di enti pubblici



11 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Nella tabella è rappresentata la composizione della spesa totale per il Long Term Care (anziani non autosufficienti e disabili) focalizzandosi sui diversi attori che finanziano questa spesa. Viene anche sottolineato se la spesa è finanziata a livello centrale o locale. In aggiunta vi è anche una stima della spesa out of pocket privata.

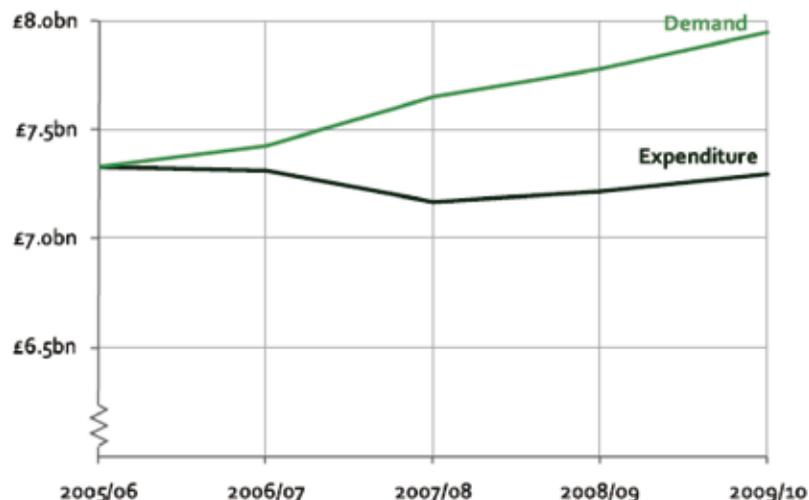
SPESA PER IL LONG TERM CARE	TOTALE, Milioni di €, 2010	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	€ 23.010	€ 367
Spesa per l'Assistenza Sanitaria	€ 23.199	€ 370
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per il Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 14.170	€ 226
Spesa pubblica complessiva	€ 60.380	€ 963
Di cui a livello centrale	€ 37.369	€ 596
Di cui a livello locale	€ 23.010	€ 367
Spesa out-of-pocket stimata	€ 13.041	€ 208
Spesa Pubblica Totale + out-of-pocket	€ 73.421	€ 1.171



Fonte: Comas –Herrera, Wittenberg & Pickard, 2011; King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011"



12 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: RAPPORTO TRA SPESA PUBBLICA E DOMANDA



Secondo la stima del Dipartimento per la Sanità, la spesa corrente copre l'85% della domanda di servizi per il LTC. Stime più specifiche dei bisogni non sono disponibili.

Source: *Personal Social Services Expenditure and Unit Costs: England 2009-10 – Final Council Data*, The Information Centre; Department of Health.



13 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Persone con bisogno di LTC riceventi indennità di presenza	1.29 milioni di persone
Numero medio di assistenti professionali	1 milione (495,000 registrate)
Ammontare mensile medio di indennità di presenza	297 pounds
Parenti di persone con bisogno di LTC riceventi indennità di assistenza (solo in Inghilterra)	510,000
Ammontare medio mensile di indennità di assistenza	211 pounds

- Le persone con bisogno di LTC **ricoverate in struttura** spendono in media 680 pound al mese per servizi sociali (i servizi di assistenza sanitaria domiciliare sono pagati dal NHS). Se ricevono assegni di invalidità, la spesa media è di 383 pound al mese

- Le persone con bisogno di LTC assistite da **assistenti professionali** a domicilio spendono in media 700 pound al mese se ricevono assegni di invalidità

Fonte: Comas –Herrera, Wittenberg & Pickard, 2011; King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011"



14 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SERVICE MIX

	Numero di persone
Numero stimato di persone con bisogno di LTC	2,435,000
Persone over 65 in assistenza domiciliare	335,000
Di cui finanziati dalla "local authority"	182,000
Di cui finanziati da NHS	35,000
Di cui paganti out of pocket	118,000
Persone riceventi servizi a domicilio finanziati dalla "local authority" (inclusa assistenza diurna, apparecchiature, assistenza sociale, pasti...)	650,000
Di cui riceventi assistenza domiciliare	275,000
Persone che pagano privatamente i servizi di assistenza domiciliare	150,000
Persone con assicurazione privata contro il rischio di LTC	22,000

Il 14% delle persone con bisogno di LTC ricevono assistenza domiciliare
 Il 27% delle persone con bisogno di LTC ricevono servizi pubblici finanziati da risorse pubbliche a domicilio.
 Il numero medio di ore di assistenza per le persone in assistenza domiciliare è di 9-12 ore a settimana.

Fonte: Comas –Herrera, Wittenberg & Pickard, 2011; King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011"



15 - THE LONG TERM CARE MICROPERIMETER: SERVICES PROVIDERS

STRUTTURA DEL MERCATO:

- Presenza di una crescente competizione tra produttori privati e pubblici
- Nonostante il mercato sia molto frammentato, c'è una crescente presenza di fornitori leader con una dimensione rilevante (es. BUPA struttura con più di 20.000 letti nelle sue case di cura)

	Servizi residenziali	Assistenza a domicilio
Fornitori pubblici	35%	40%
Fornitori privati	65%	60%
ETÀ MEDIA ALL'AMMISSIONE (anni)	78	-
TASSO DI OCCUPAZIONE MEDIA DEI POSTI LETTO	93%	-
DIMENSIONE MEDIA (N° di LETTI)	95	

Fonte: Comas –Herrera, Wittenberg & Pickard, 2011; King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011"



ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA NEL REGNO UNITO

*Stato dell'arte, forze
e debolezze*

Stephen Sinclair

Glasgow School for Business and Society





1 - STRUTTURA E CONTENUTI

- | | |
|---|---|
| 1. Introduzione: concetti chiave e sfide | 4. Meso livello/situazione a livello regionale |
| 2. Drivers di riforma | 5. Micro livello/situazione a livello individuale |
| 3. Macro livello/situazione a livello nazionale | 6. Raccomandazioni |



2 - INTRODUZIONE

- Assistenza socio-sanitaria per gli anziani: è passata da essere argomento marginale a centro del dibattito fino alla maggior parte della società
 - Report di Beveridge, 1942: scarsa attenzione al tema dell'assistenza per le persone anziane
 - Jeremy Hunt, Segretario alla Sanità del Regno Unito (11 febbraio 2013)
- “Per troppo tempo, il problema dell'assistenza sociale è stato scartato dai governi, portando a un sistema iniquo che ha visto persone costrette a vendere le proprie case e perdere tutto ciò per cui avevano lavorato per pagare la loro assistenza. Con noi, questa ingiustizia sta per finire”*



3 - CONCETTI CHIAVE E SFIDE

Livello di policy	Temi e questioni di policy	Problemi e sfide
Macro/nazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Invecchiamento della popolazione • Crescita del bisogno e della domanda • Recessione economica e austerità 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiamento della struttura familiare: famiglia ridotta/assistenza informale • Riluttanza del sistema pubblico a farsi carico per l'assistenza
Meso/enti locali e partnership con la sanità	<ul style="list-style-type: none"> • Tagli alla spesa • Disomogeneità tra i territori nei servizi forniti (“postcode lottery”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiche di coordinamento
Micro/singolo utente	<ul style="list-style-type: none"> • Qualità del servizio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di certezze



4 - DRIVERS DI RIFORMA

- Un mondo nuovo: il 50% dei bambini nati in Gran Bretagna nel 2007 ha un'aspettativa di vita superiore ai 100 anni
 - Tra il 2010 e il 2030 la Gran Bretagna avrà un aumento del 51% di persone over 65 e un aumento del 101% di persone over 85
 - Tra il 2008 e il 2018 la Gran Bretagna avrà un aumento del 50% di persone con tre o più patologie croniche con relativo bisogno di cura
 - Il sistema socio-sanitario britannico è progettato per affrontare situazioni acute a breve termine piuttosto che situazioni croniche a lungo termine
 - Il cambiamento della struttura familiare e la diminuzione delle famiglie riduce la possibilità di fornire un'assistenza informale
- Comitato della Camera dei Lord sui Servizi Pubblici e Cambiamenti Demografici (<http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/lords-select/public-service-committee/>)

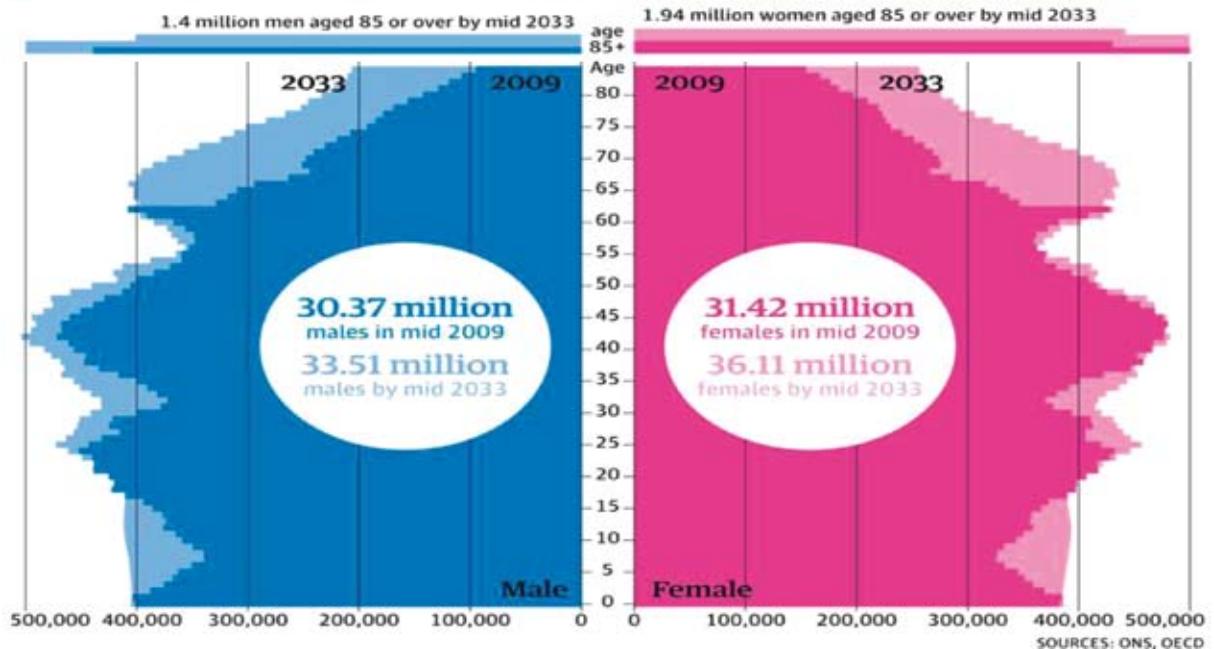


5 - FATTORI DI RIFORMA

The changing shape of the UK

Age structure of the UK population

■ Males 2009 ■ Males 2033 ■ Females 2009 ■ Females 2033



6 - MACRO LIVELLO/SITUAZIONE A LIVELLO NAZIONALE

- Il 74% dei cittadini inglesi concorda sul fatto che il sistema di assistenza debba cambiare
- I politici inglesi e l'opinione pubblica non condividono l'idea di aumentare la tasse per sostenere economicamente l'assistenza sociale
- I più giovani e le persone in età lavorativa non vogliono o non possono risparmiare più di quello che già fanno o in alternativa pagare un'assicurazione per un'eventuale futura assistenza in caso di non autosufficienza durante la vecchiaia
- I più giovani affrontano un doppio problema: finanziare l'attuale assistenza agli anziani e accantonare il necessario per provvedere ai loro bisogni futuri
- L'ipotesi di utilizzare la liquidazione dell'ipoteca sulle proprie case è molto impopolare!
- 2009/10: il 67,2% delle famiglie inglesi è proprietario della propria casa; il 17% sono locatari pubblici; 15,6% sono locatari privati



7 - MESO LIVELLO/SITUAZIONE A LIVELLO REGIONALE

- Assistenza sociale = 20% del budget degli enti locali
 - Crescita della spesa relativa all'assistenza sociale del 5.2% in otto anni fino al 2009/10, calo del 4% della stessa tra il 2009/10 e il 2011/12
 - Gli enti locali controllano la qualità ai servizi sociali e di assistenza
 - John Baillie, Presidente della Commissione dei Conti - Scozia marzo 2012
- “Il sistema assistenziale in Scozia affronta un serie di sfide. Con il crescere della pressione sul budget gli enti locali concentrano le risorse su coloro che necessitano un sostegno intensivo, con il rischio che chi ha bisogno di un supporto minore non riesca ad avere accesso agli aiuti che gli servono per poter vivere autonomamente; i problemi di queste persone potrebbero peggiorare più velocemente senza questi aiuti e ciò porterebbe ad affrontare costi maggiori nel futuro”*
- “Postcode lottery” = differenze geografiche
 - Associazione dei Consumatori: “Differenze enormi nell’NHS Continuing Care Funding (Fondo sanitario nazionale per il finanziamento della continuità della cura, marzo 2011)
 - Differenze nel numero delle richieste di finanziamento da parte degli anziani più disagiati stimate tra il 26%-95%



8 - MESO E MICRO LIVELLO/SITUAZIONE A LIVELLO INDIVIDUALE

- Mancanza di coordinamento: i diversi attori pubblici funzionano come silos non comunicanti – “Silo” working (ndr.: mancanza di scambio di informazioni; lavoro a compartimenti stagni)
- Fenomeno del “Blocco dei letti”: si ritarda la dimissione dall’ospedale a causa della mancanza di un’assistenza domiciliare



9 - RACCOMANDAZIONI

- Interventi rapidi
- Considerare i costi derivanti dal non intervento, non aver previsto l’insorgere dei problemi
- Porre fine alla suddivisione in dipartimenti – coordinamento tra politiche e erogazione dei servizi
- L’assistenza domiciliare è più appropriata e più economica
- Chiarire standard nazionali
- Da aprile il NICE (Istituto nazionale per l’eccellenza in sanità) fornirà linee guida evidence-based per il sistema di assistenza sociale
- Coinvolgimento degli utilizzatori di servizi (co-production)
- Progetti di vita indipendente richiedono interventi diretti e personalizzati
- Il prestito vitalizio ipotecario sugli immobili aiuterà ma non risponderà alla sfida
- Serve un nuovo contratto sociale tra le generazioni



IL SISTEMA DI WELFARE FRANCESE

Ornella Larenza *Cergas, Università Bocconi*

La struttura demografica della Francia (**slide 1 pag. 48**) è abbastanza simile a quella degli altri paesi che compongono questo studio, eccezion fatta per il tasso di fertilità totale che in Francia supera i due figli per donna e che è la conseguenza di politiche sociali per la famiglia che hanno avuto una connotazione pro-natalità molto evidente.

L'organizzazione dello Stato in Francia è molto simile all'organizzazione dello Stato italiano derivando entrambi dall'amministrazione napoleonica (**slide 2 pag. 49**). Esistono pertanto quattro livelli di organizzazione dello Stato: lo Stato centrale, 27 regioni (22 regioni continentali e 5 d'oltremare), 101 dipartimenti e 36mila comuni.

Un elemento di complessità con cui la Francia deve fare i conti è proprio quello di avere una suddivisione amministrativa a livello locale molto forte, che ha portato a partire dagli anni '80 a un processo di decentramento dei poteri dello Stato, interessando in particolar modo le politiche sociali, e un processo anche di aggregazione dei comuni, quindi di costituzione di unità intercomunali molto rilevanti ai fini della pianificazione delle politiche pubbliche.

La storia del sistema di welfare francese (**slide 3 pag. 49**) è la storia di un welfare che nasce con una connotazione bismarkiana, essendo



fondato sul principio assicurativo, e che progressivamente si ibrida integrando alcuni elementi del welfare assistenziale più propriamente, in cui si introducono misure che guardano in maniera precipua a quella parte di popolazione più fragile che non è coperta da assicurazione, perché non ha ad esempio una posizione lavorativa stabile o non ha del tutto un lavoro.

Da qui si comprende l'ossatura del sistema di welfare per come è oggi (**slide 4 pag. 50**). Questo combina due pilastri fondamentali: la *sécurité sociale*, ovvero il sistema assicurativo delle casse, e l'assistenza sociale per le fragilità. L'incidenza sul sistema complessivo della parte assicurativa è notevole: l'87 per cento della spesa di welfare complessiva ricade proprio all'interno di questo pilastro e al contrario il 13 per cento è relativa alla parte assistenziale.

Dalla *Sécurité Sociale* (**slide 5 pag. 50**) permanano gli interventi a copertura dei quattro (e oramai cinque con la non autosufficienza) rischi fondamentali: i rischi legati al superamento dell'età lavorativa con le pensioni, i rischi legati alla salute, i rischi legati al contesto familiare e quindi anche alla tutela dei minori e i rischi legati alla perdita del lavoro.

Dall'altra parte invece abbiamo diverse tipologie di prestazioni di natura monetaria e in-

terventi in natura che invece vanno a coprire i soggetti per il semplice fatto di versare in determinate condizioni di fragilità, anche temporanea. Quindi abbiamo una serie di interventi che ricadono in questo ambito e che provengono da diversi livelli di governo. Queste prestazioni a loro volta possono essere classificati in Aide e Action Sociale. La prima racchiude la stragrande maggioranza degli interventi e delle risorse dell'assistenza sociale ed è caratterizzata da prestazioni che i dipartimenti devono per legge erogare a favore dei cittadini richiedenti. Al contrario l'action sociale racchiude quegli interventi di assistenza sociale facoltativi erogati per lo più dai comuni e solitamente non sottoposti ad alcuna regia da parte di un livello di governo sovraordinato.

All'Aide sociale partecipa anche lo Stato soprattutto attraverso misure nell'ambito della long term care e della sanità (come la copertura sanitaria universale) introdotte per perequare tra dipartimenti e fasce di popolazione.

È possibile ripartire la spesa e gli interventi del sistema francese in perimetri (**slide 6 pag. 51**). Il macro perimetro (l'insieme delle prestazioni relative a tutte le varie aree di intervento del welfare) vale circa 654 milioni di euro. Il micro perimetro degli interventi per la non autosufficienza vale circa 55 milioni di euro complessivamente.

La Francia è andata verso un processo di decentramento amministrativo (**slide 7 pag. 51**) però permangono delle ambiguità in questo senso in quanto le risorse del welfare sono prevalentemente allocate da amministrazioni centrali (siano esse assicurazioni o il governo centrale) e anche nella gestione delle risorse attribuite a livello locale (dipartimenti) permangono stringenti regole nazionali che limitano il potere di scelta del dipartimento. Nel caso del macro perimetro ad esempio il 92 per cento delle risorse proviene per l'85 per cento dagli organismi di Sécurité sociale (quindi dalle casse) e il 7 per cento dal

governo centrale; nel micro perimetro il 74 per cento è il valore complessivo delle risorse che provengono da amministrazioni centrali, che si scompone in un 70 per cento che proviene dalle assicurazioni e un 14 per cento che proviene dal governo centrale. Le assicurazioni pur essendo sottoposte a regolazione nazionale (con l'obiettivo di perequare tra gli assicurati) contribuiscono comunque a frammentare il panorama degli interventi per una quota consistente del totale delle risorse.

Quanto ai meccanismi di finanziamento (**slide 8 pag. 52 e slide 10 pag. 53**), anche qui si ritrova il tema del peso delle assicurazioni. Infatti, circa il 64 per cento delle risorse è raccolto tra i cittadini e le imprese sotto forma di contributi che poi vengono allocati alle casse quindi ridistribuiti nuovamente sui cittadini sotto forma di rimborsi per i vari tipi di prestazioni. Esiste poi un 24 per cento di risorse raccolto attraverso fiscalità generale e da tasse di scopo (come la Contribution Sociale Généralisée, introdotta con la finalità di equilibrare il sistema complessivo delle prestazioni sia con riferimento all'assistenza sociale che con riferimento al sistema delle casse).

Una parte del budget del governo centrale (3.2 per cento del totale delle risorse) transita sul governo centrale e finisce a finanziare per l'assistenza sociale (1.2 per cento del totale delle risorse) e le diverse casse all'interno del contenitore macro della Sécurité Sociale (2 per cento delle risorse complessive). Infine un budget locale (quindi imposte locali) che vale il 6.8 per cento delle risorse del sistema, viene convogliato sull'assistenza sociale (2.5 per cento del totale delle risorse) e quindi le prestazioni di natura assistenziale mentre, per un valore pari al 4.3 per cento del totale delle risorse, finisce sulle casse. Un 2 per cento delle risorse complessive, proveniente dal governo centrale e un 4.3 per cento proveniente dal budget locale sono versati dai dipendenti pubblici delle relative amministrazioni alle casse, a titolo di contributi.





“Anche in Francia il ruolo dell’assistenza informale è rilevante. Ci sarebbero circa tre milioni e mezzo di informal caregivers che prestano servizi di assistenza a persone fragili e non autosufficienti che beneficiano di altre prestazioni”

Nel settore della long term care (microperimetro) **(slide 9 pag. 52 e slide 11 pag. 53)** gli interventi si ripartiscono sostanzialmente su due rami, quello degli interventi previsti strettamente per gli anziani e quello degli interventi per i disabili indipendentemente dall’età.

Esistono una serie di interventi di natura monetarie **(slide 12 pag. 54)**, tra cui per rilevanza spicca l’allocation personnalisée d’autonomie, comunemente chiamata APA.

Questa è una delle prestazioni più diffuse per la non autosufficienza **(slide 14 pag. 55)**. Viene erogata ai cittadini residenti in Francia con più di 60 anni e copre le spese a cui questi incorrono sia per l’accesso ai servizi residenziali che domiciliari. Il valore dell’APA è graduato secondo il bisogno del richiedente come riscontrato at-

traverso una griglia di valutazione (AG-GIR) su sei livelli (di cui solo i primi quattro – essendo i più gravi – consentono l’accesso a questa prestazione).

Le prestazioni monetarie dunque contribuiscono alle spese in cui incorrono i

cittadini che versano in condizioni di non autosufficienza, per l’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare e residenziale presso i diversi prestatori di servizi.

Anche in Francia il ruolo dell’assistenza informale è rilevante. Ci sarebbero circa tre milioni e mezzo di informal caregivers che prestano servizi di assistenza a persone fragili e non autosufficienti che, il più delle volte, beneficiano di altre prestazioni siano esse del tipo assistenza domiciliare o residenziale.

Esistono naturalmente interventi formali di as-

sistenza domiciliare di natura settore sociale o socio-sanitaria quando integrano componenti di cure sanitarie (soin-infirmier); allo stesso modo i servizi residenziali possono avere diversa intensità di presenza della componente sanitaria a seconda dei bisogni. I foyers logement rappresentano il tipico caso di residenzialità leggera per soggetti che non sono ancora autosufficienti e che quindi possono vivere in strutture residenziali meno connotate dalle cure sanitarie.

A livello di definizione delle priorità generali sicuramente lo Stato gioca un ruolo nella long term care, in particolare attraverso una legge annuale che definisce quali sono le priorità in questo settore. Ai dipartimenti è stata tuttavia devoluta la gran parte delle competenze su questo settore. I dipartimenti hanno quindi un ruolo di definizione delle politiche e delle priorità relativamente al proprio territorio.

Sul versante istituzioni centrali, la CSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) è un organismo centrale di livello statale che ha una funzione di coordinamento e che definisce i meccanismi di valutazione per l'accesso alle

prestazioni in maniera da rendere quanto più possibile omogenei i diversi territori. Le casse invece hanno un ruolo prevalentemente di finanziatori cioè provvedono attraverso l'erogazione dei vari fondi a rimborsare le prestazioni dei propri assicurati.

Sul versante locale abbiamo le ARS che sono le Agenzie regionali della salute, un organismo relativamente nuovo rispetto ai tradizionali livelli di governo già menzionati. Il loro ruolo è prevalentemente quello di pianificazione e di coordinamento tra sociale e sanitario nelle diverse regioni. Infine i fornitori di servizi sociali e sociosanitari possono essere pubblici (gestione diretta dei dipartimenti ad esempio) e privati profit o non profit. Anche in Francia questi ultimi possono erogare servizi sulla base di accordi con le amministrazioni locali, essendo da queste finanziate.

Quanto alla spesa per la long term care (**slide 12 pag. 54**), il totale della spesa pubblica si aggira intorno ai 54 miliardi. È possibile inoltre stimare la spesa out of pocket che ammonterebbe a circa 23 miliardi, che, sommando-



si alla spesa pubblica dà un valore complessivo di 78 miliardi. L'out of pocket rappresenterebbe quindi il 30% della spesa complessiva per la long term care.

Importante è anche il ruolo della Sécurité Sociale nella long term care, ovvero delle casse assicurative (27 per cento del totale della spesa per la long term care), un ulteriore 30 per cento della spesa proviene dalla sanità e infine un 12.5 per cento dagli enti locali.

Per quanto attiene al mix dei benefici (slide 13 pag. 54), i beneficiari dell'APA che ricevono l'assistenza domiciliare sono circa il 60 per cento, il 40 per cento di questi invece la utilizza per ricorre invece a servizi residenziali. È inoltre interessante notare se guardassimo alla totale della spesa per long term care sembrerebbe che circa il 61 per cento di questa sia effettivamente legata a servizi in natura¹ il 39 per cento sarebbe relativo a prestazioni monetarie.

Anche in Francia ci esiste un mix di tipologie di provider (oltre che di prestazioni) che incrementa la frammentazione a cui si è già accennato. Tuttavia prevale l'operatore pubblico nel

settore residenziale e il non profit nei servizi domiciliari.

Infine è possibile stimare il tasso di copertura degli interventi nella long term care (slide 15 pag. 55). In Francia la popolazione anziana (con più di 60 anni) che può essere stimata in una condizione di non autosufficienza di circa tre milioni con, sempre tra questa popolazione, un tasso di prevalenza di quasi il 24 per cento. Di questi ricevono copertura circa 1,2 milioni di soggetti determinando così un tasso di copertura del 39 per cento. Il tasso di copertura per la popolazione non autosufficiente con più di 16 anni arriva al 44 per cento, per i soggetti tra 16 e 59 anni questo è invece del 55 per cento. ■

Note

¹ Per il caso francese tutti i dati riferiti al numero di beneficiari di assistenza sono derivati da stime elaborate da Cergas a partire dal numero di beneficiari di APA. L'APA è la prestazione per la non autosufficienza più diffusa in Francia, simile nella ratio alla italiana Indennità di Accompagnamento: si può quindi desumere, data la sua diffusione, che il numero dei suoi beneficiari coincida con il numero dei beneficiari totali. Differenza significativa rispetto al caso italiano è che l'APA, in specifici casi, viene erogata direttamente a remunerazione di servizi reali, domiciliari o residenziali.



1 - CARTA DI IDENTITÀ DEL PAESE



Area: 550.000 Km²



Popolazione: 65.350 milioni di abitanti



Densità di popolazione: 118 abitanti per Km²



52% donne
48% uomini

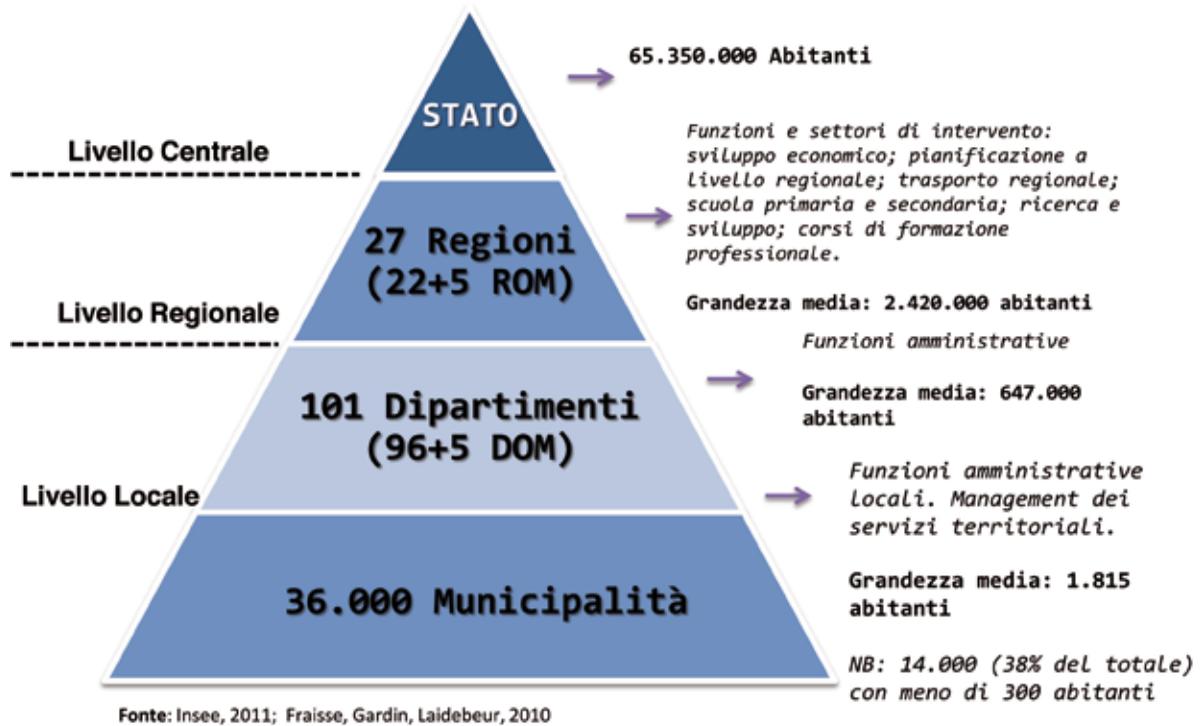


< 20 anni: 24,5%
> 65 anni: 17%
> 80 anni: 6%

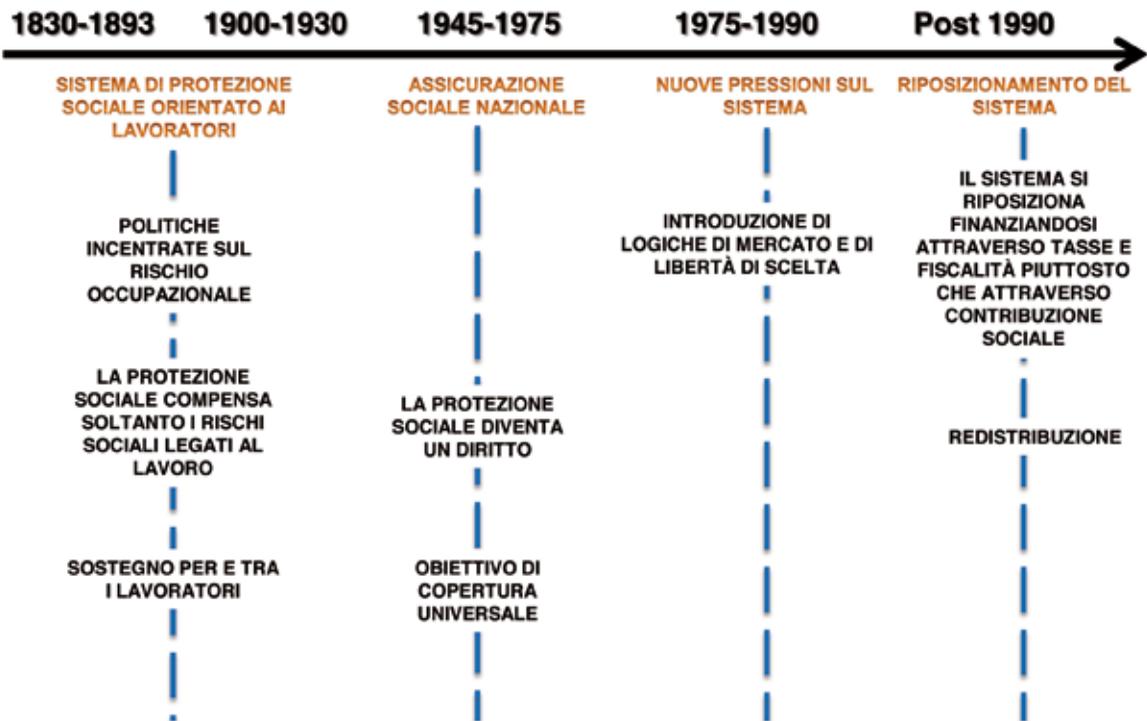
Fonte: Insee, 2011



2 - ORGANIZZAZIONE DELLO STATO



3 - STORIA, ORIGINE E FONDAMENTI DEL SISTEMA DI WELFARE





4 - I PILASTRI DEL WELFARE

- Il Sistema di Welfare francese è basato su due pilastri principali: il sistema combina alcuni elementi riconducibili alle teorie di Bismark con altri di Beveridge.

1. ASSICURAZIONE SOCIALE: Sécurité sociale:

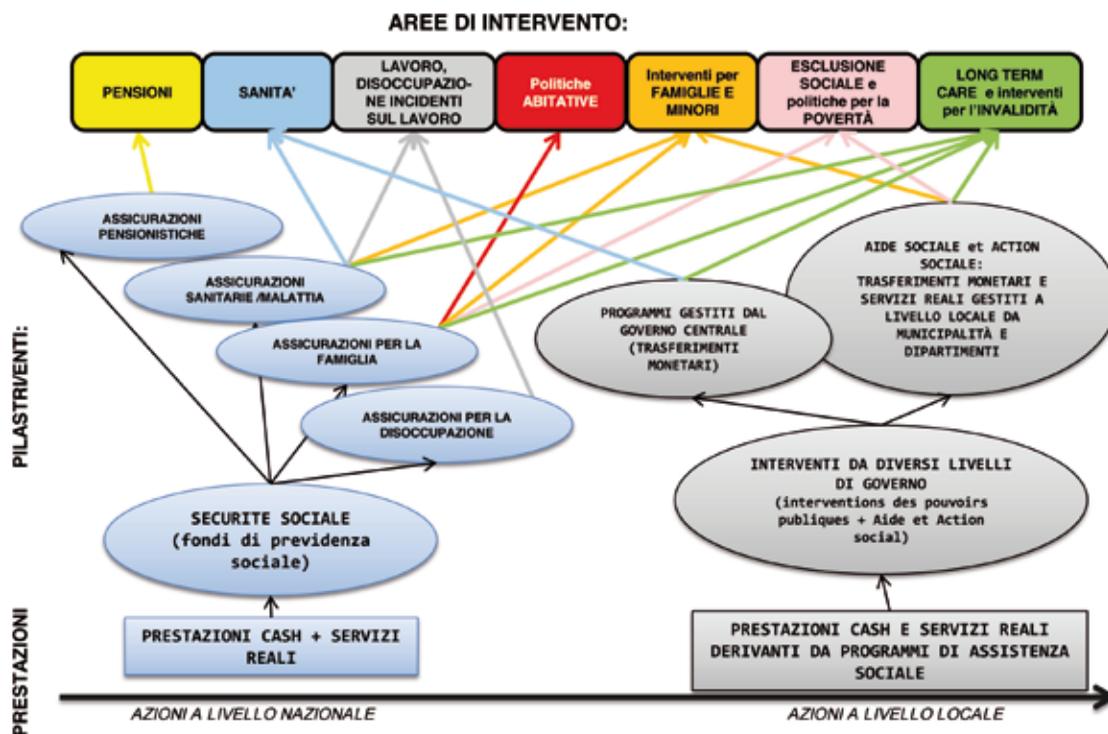
- Molti fondi sociali assicurativi ("caisses") indirizzati a coprire specifici rischi sociali:
- IL REGIME GENERALE DI SICUREZZA SOCIALE (obbligatorio e complementare)
- FONDI ASSICURATIVI per specifiche categorie professionali (es. MSA, fondo per contadini; RSI, fondo per liberi professionisti)

2. ASSISTENZA SOCIALE: Aide sociale + Action sociale et médico-sociale:

- Azioni indirizzate ai cittadini che non possono pagare per un'assicurazione sociale ma che presentano determinati bisogni che sono coperti indipendentemente dalla contribuzione sociale.



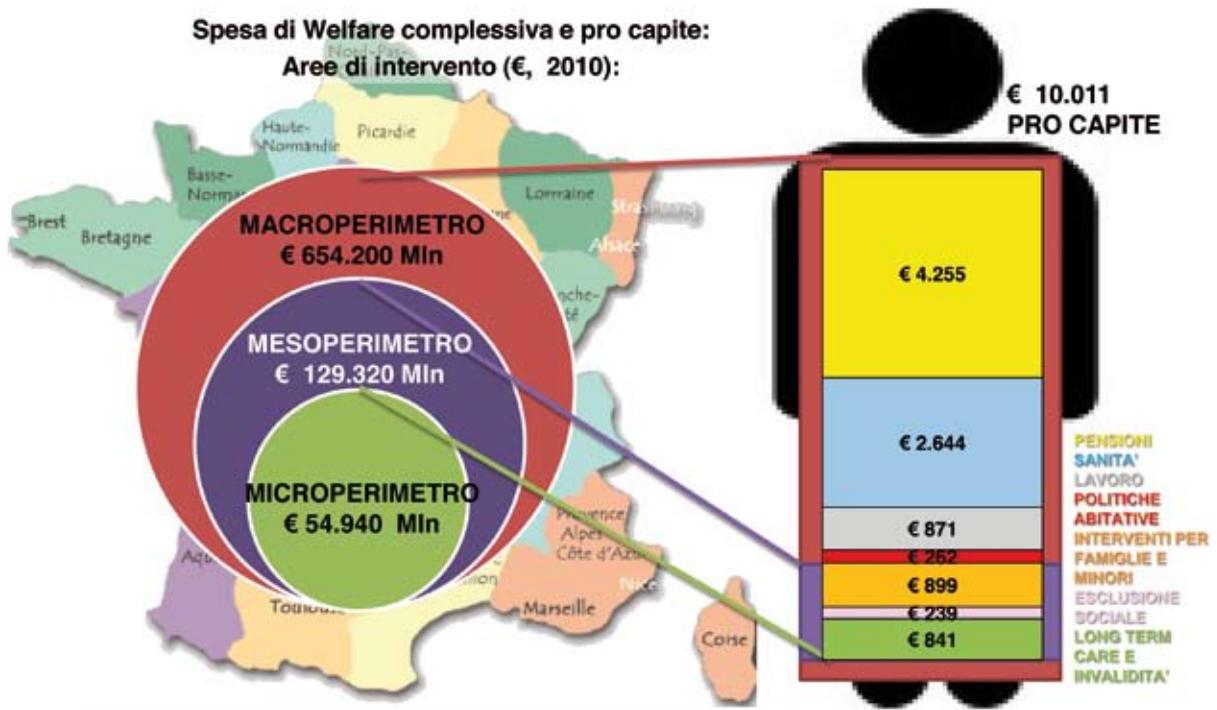
5 - I PILASTRI DEL WELFARE: PRESTAZIONI, PILASTRI, ENTI E AREE DI INTERVENTO





6 - RISORSE UTILIZZATE

Spesa di Welfare complessiva e pro capite:
Aree di intervento (€, 2010):



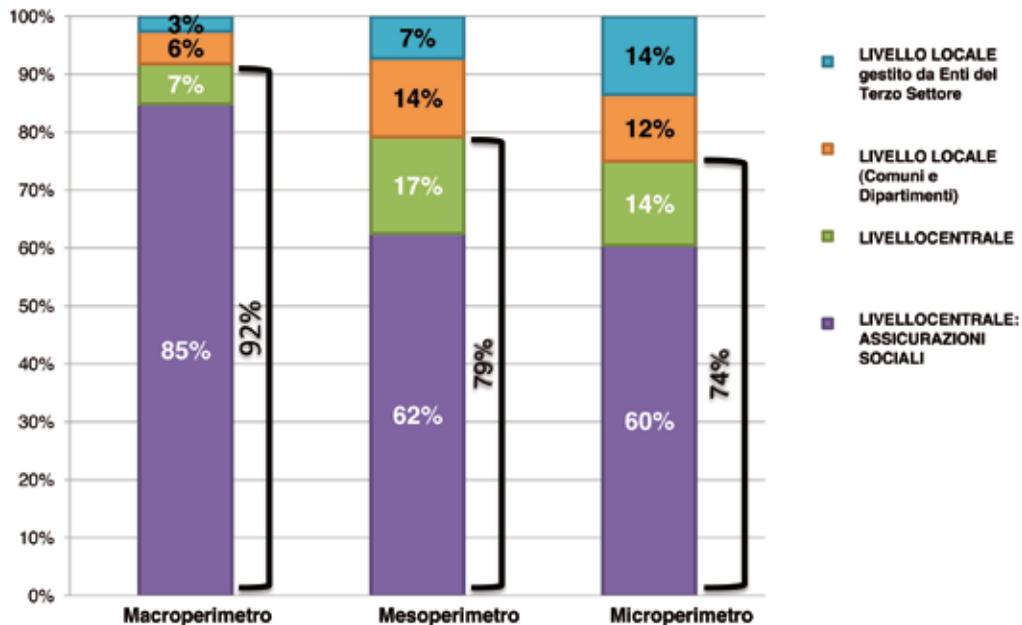
Fonti: Elaborazione Cergas di "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee"



7 - RISORSE UTILIZZATE

QUALE ISTITUZIONE DECIDE COME ALLOCARE I FONDI?

Nella tabella è rappresentata la distribuzione della spesa totale di Welfare tra i diversi attori.

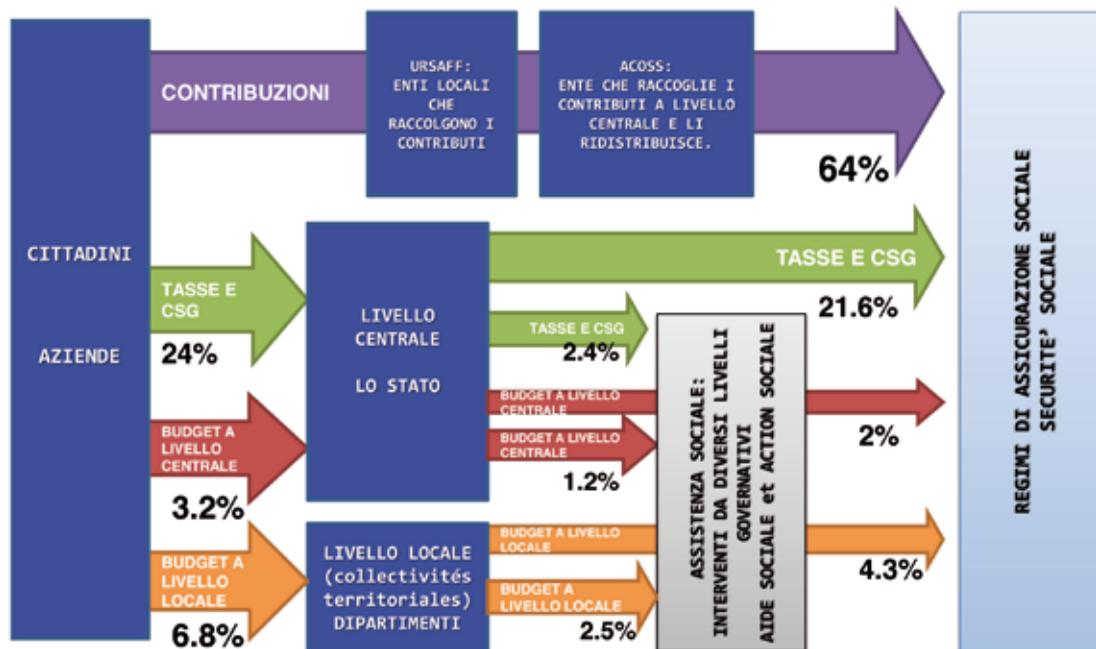


Fonti: Elaborazione Cergas di "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee"



8 - MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

Lo schema mostra le diverse fonti di risorse finanziarie e come esse sono redistribuite nei vari interventi sociali. Le principali istituzioni coinvolte nel meccanismo sono incluse.



Fonti: Elaborazione Cergas di "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee"



9 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: INTERVENTI

Interventi e attori del sistema

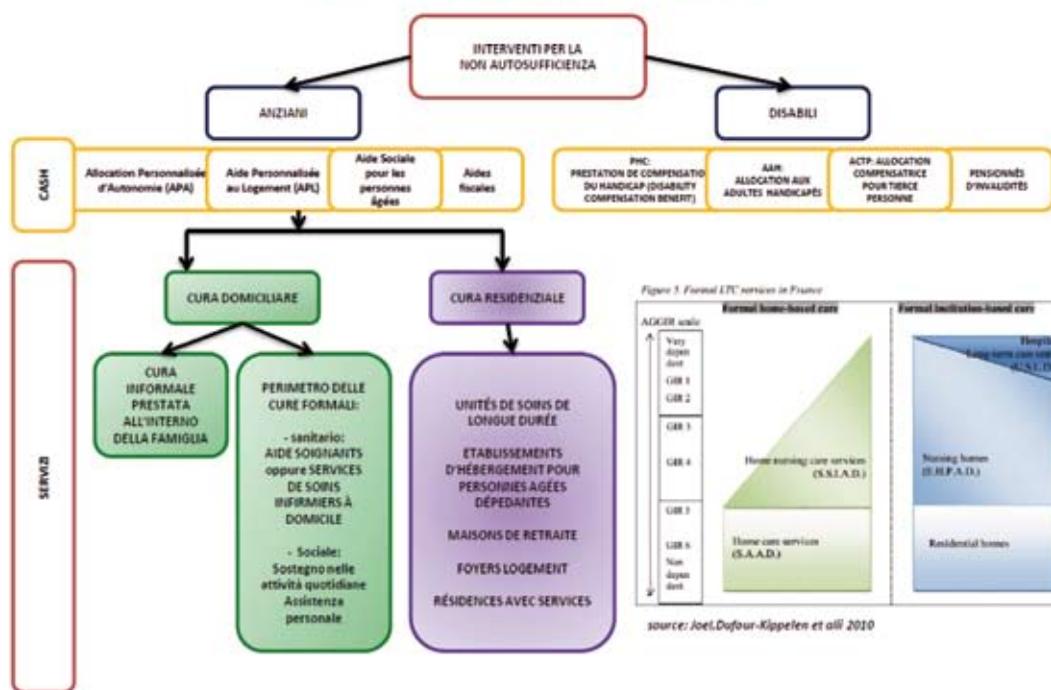
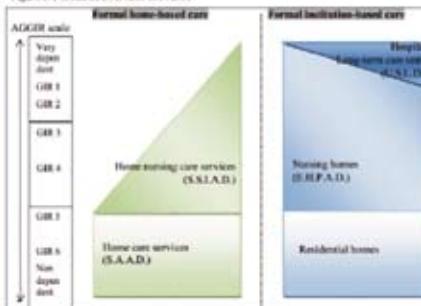


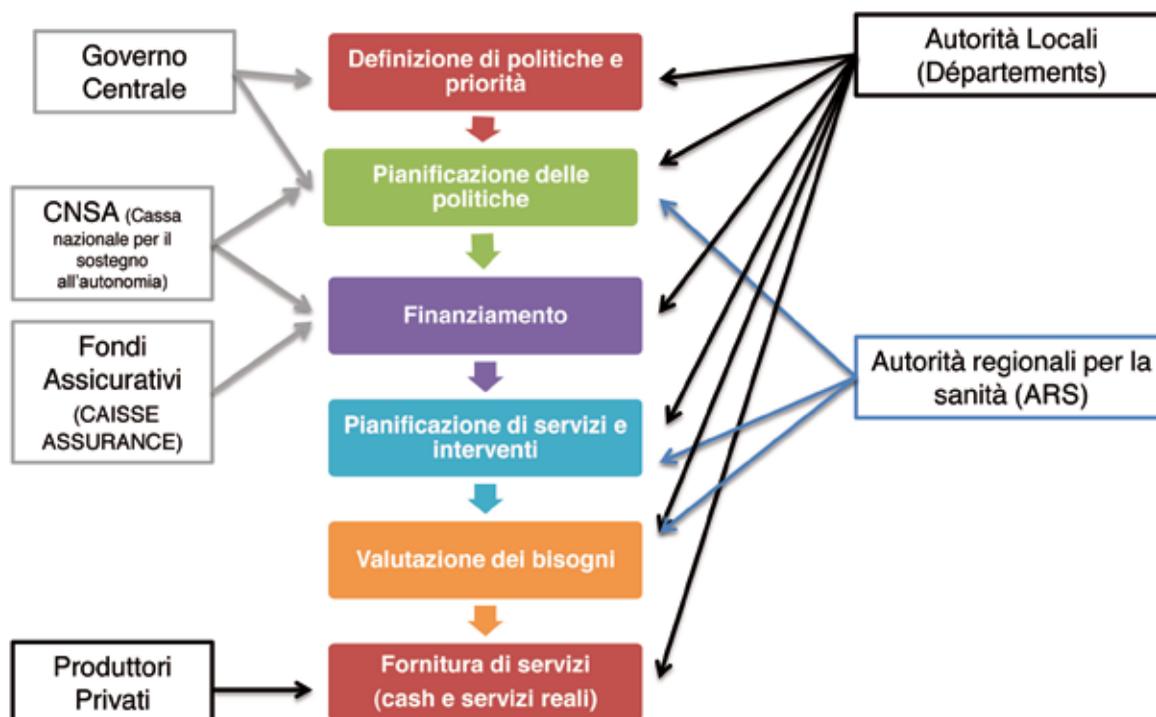
Figure 3. Formal LTC services in France



source: Joel Dufour-Kippelen et alii 2010



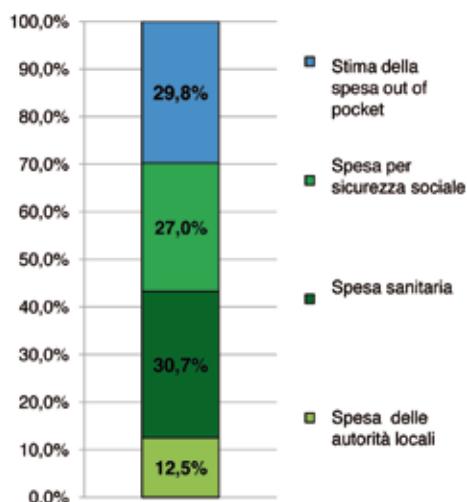
10 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: GOVERNANCE



11 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Nella tabella è rappresentata la composizione della spesa totale per il Long Term Care (anziani non autosufficienti e disabili) focalizzandosi sui diversi attori che finanziano questa spesa. Viene anche sottolineato se la spesa è finanziata a livello centrale o locale. In aggiunta vi è anche una stima della spesa out of pocket privata.

SPESA PER IL LONG TERM CARE	TOTALE, Milioni di €, 2010	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale, 2010
Spesa delle Autorità Locali	€ 9.803	€ 150
Spesa Sanitaria	€ 24.049	€ 368
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per il Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 21.108	€ 323
Spesa pubblica complessiva	€ 54.959	€ 841
<i>Di cui a livello centrale</i>	<i>€ 45.157</i>	<i>€ 691</i>
<i>Di cui a livello locale</i>	<i>€ 9.803</i>	<i>€ 150</i>
Spesa out-of-pocket stimata	€ 23.296	€ 356
Spesa Pubblica Totale + out-of-pocket	€ 78.255	€ 1.197



Fonte: Elaborazione Cergas di "Ministry of the Economy and Finance, 'INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013', La Protection sociale en France et en Europe 2010. Insee". Joel et alii 2010".



12 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Allocation personnalisées d'autonomie (APA)

- L'APA è la prestazione più diffusa per anziani non autosufficienti in Francia;
- L'APA è un assegno dato agli non autosufficienti, se più vecchi di 60 anni, per coprire le spese di assistenza a domicilio o per servizi residenziali;
- L'APA è erogato dopo una valutazione del livello di invalidità o di non autosufficienza dell'utente. I bisogni sono valutati utilizzando una scala decisa a livello nazionale (AGGIR - Autonomie G érontologique groupes ISO - ressources).

APA	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA ATTRAVERSO SERVIZI RESIDENZIALI
GIR 1	1.288 € al mese	L'ammontare dell'APA dipende dalle spese per assistenza sostenute dall'utente
GIR 2	1.104 € al mese	
GIR 3	828 € al mese	
GIR 4	552 € al mese	

Fonte:
Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012



13 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: BENEFIT MIX

BENEFITS MIX: N° di BENEFICIARI

(Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012)

Beneficiari APA	2011	2011
totale	1.199.267	100%
Beneficiari riceventi APA che vivono a casa	721.416	60%
Beneficiari riceventi APA per coprire il costo dei servizi residenziali	477.851	40%

BENEFIT MIX: SPESA

Osservando la spesa totale per gli anziani non autosufficienti si trova una relazione inversa tra prestazioni cash e servizi reali:

- Le prestazioni cash (esenzioni fiscali, azioni sociali, *aide ménagère* and altri ..) rappresentano il 39% della spesa totale;
- I servizi reali (come la spesa pubblica per servizi residenziali, l'assistenza sanitaria per anziani non autosufficienti e altri...) rappresentano il 61% della spesa totale;

Spesa per il Ltc di anziani non autosufficienti	2011	2011
totale	18.844.000 €	100%
Aides au logement + exonération fiscale + Aide ménagère + autres (PRESTAZIONI CASH)	7.350.000 €	39%
Assurance maladie+ établissement et services + autres (SERVIZI REALI)	11.495.000 €	61%

(INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, Ministry of the Economy and Finance, 2013)



14 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SERVIZI FORNITI

I servizi reali per gli anziani non autosufficienti sono essenzialmente:

- Servizi residenziali (inclusi nursing homes o simili) come *Maison de retraite* e *Foyer logement*
- Assistenza domiciliare con diverso livello di intensità di assistenza come *Services de soins infirmiers à domicile*

PRODUTTORI DI SERVIZI:

- Le politiche esistenti non hanno mai aiutato lo sviluppo di un mercato competitivo tra privati e organizzazioni no profit.
- Gli enti locali forniscono servizi pubblici tramite l'affidamento a enti privati (gare su meccanismi di publi tendering)

	Servizi residenziali	Assistenza domiciliare
Produttori pubblici	54%	30%
Produttori privati	18%	3%
Settore no profit	28%	66%
ETÀ MEDIA ALL'AMMISSIONE (anni)	83	-
TASSO DI OCCUPAZIONE MEDIA DEI POSTI LETTO	96%	-
DIMENSIONE MEDIA (N° di LETTI)	66	-

Fonti: Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012



15 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: COPERTURA DEI BISOGNI

	TOT 16 +	ADULTI 16-59	60 +
POPOLAZIONE TARGET (X1.000), 2011 (a)	50.021	36.835	13.186
POPOLAZIONE NON AUTOSUFFICIENTE (con bisogni di cura): popolazione con limitazioni funzionali permanenti, per un periodo superiore ai 6 mesi per malattia o difficoltà nelle attività quotidiane o entrambe (x1000)* (a x b)	4.847	1.732	3.115
TASSO DI PREVALENZA: % di popolazione non autosufficiente sulla popolazione totale (b)	9,69%	4,70%	23,62%
N° di BENEFICIARI APA (x 1.000)	1.200		1.200
N° di BENEFICIARI AAH (x 1.000)	957	957	
NUMERO TOTALE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E INCLUSE NEL SISTEMA (x 1.000)	2.157	957	1.200
TASSO DI COPERTURA del bisogno di Long Term Care (% di persone non autosufficienti incluse nel sistema)	44%	55%	39%

* questa definizione di Non autosufficiente con bisogni di cura (più restrittiva di quella considerata da CNSA) è stata adottata considerando quanto viene incluso o considerato negli altri Paesi

Abbiamo usato il numero di beneficiari di APA e AAH come proxy della popolazione inclusa nel sistema perché APA e AAH sono le prestazioni più diffuse; possiamo quindi assumere che i cittadini beneficiari di altre prestazioni siano contemporaneamente anche beneficiari di APA o AAH.

Fonti: MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, 2013. PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ - INVALIDITÉ ET DISPOSITIFS GÉRÉS PAR LA CNSA-



COME USARE AL MEGLIO LE RISORSE

*Focus sulla necessità di una
maggiore integrazione orizzontale
e verticale nei settori sociale
socio-sanitario (non solo in Francia)*

Corinne Grenier

*Responsabile scientifico per l'area Social and Health Chair, Euromed Management
Ricercatrice al Cergam Laboratory, IMPGR, Università di Aix-Marseille*





1 - PRINCIPI DI FONDO

Una maggiore coordinazione e integrazione tra i servizi di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociali produce e sostiene:

- un miglior controllo dei costi
- una riduzione delle degenze/durata del periodo di degenza
- un miglioramento della qualità dei servizi per le persone non autosufficienti e per la popolazione tutta
- un'armonizzazione e omogeneizzazione delle pratiche professionali
- uno sviluppo di una visione condivisa del sistema sanitario e dei problemi legati alla sanità



2 - LE RETI (NETWORK) INTEGRATE E COORDINATE: PRINCIPI DI FONDO

- Per i pazienti: valutazione integrata dei pazienti => piano sanitario personalizzato e multidimensionale
- Per gli operatori e fornitori di servizi possibilità di organizzare i servizi su percorsi di cura (centrati sul paziente piuttosto che sulla struttura ospedale)
- Gestione delle reti: assetti di governance più o meno formali e con diverse allocazioni di influenzanti
- Management: coordinatori socio-sanitari e più coordinamento amministrativo



3 - DEFINIZIONE DI COSA SI INTENDA PER COORDINAZIONE/INTEGRAZIONE BASATA SU GRONE E GARCIA-BERBEOR (2002) CON UNA DIMENSIONE AGGIUNTIVA

Di seguito la matrice che permette di posizionare il sistema sociale e socio-sanitario sulla base di sei variabili:

	Autonomia delle organizzazioni del settore	Coordinamento tra le organizzazioni	Integrazione tra le organizzazioni
Informazioni disponibili sulla componente sanitaria dell'assistenza	Disponibile tramite circolazione tra collaboratori simili (solo tra personale sanitario, ad es)	Disponibile tramite circolazione tra un gruppo di vari collaboratori (tra operatori sanitari e sociali, ad es)	Non solo è disponibile ma orienta il lavoro di diversi collaboratori (equipe multidisciplinari, ad es)
Visione del sistema	Influenzata dalla percezione di ciascun soggetto e da possibili interessi personalistici	Basato su un impegno comune condiviso dagli attori	Un valore di riferimento comune fa sì che ogni soggetto si senta responsabile verso l'organizzazione complessiva e la società
Uso delle risorse	Raggiungere obiettivi autodeterminati	Assicurare un rafforzamento complementare e reciproco	Usate per pianificare, organizzare e valutare sulla base di un accordo
Decision making	Coesistenza di diversi modelli di decision-making	Prevalenza di processi consultativi di decision-making	I partner cedono (alcune) prerogative di governo a un unico soggetto decisore
Natura della collaborazione	Collaborazioni occasionali	Progetti a tempo determinato	Collaborazioni istituzionalizzate e basate su esplicite dichiarazioni di obiettivi e/o leggi ad hoc
+Natura del mandato dell'autorità pubblica	Nessuna mandato (iniziative locali e spot)	Mandato debole, si incoraggia la cooperazione	Mandato più forte per maggiore integrazione con delega di prerogative di governo



4 - NETWORK – BREVE PROSPETTIVA STORICA (IN FRANCIA)

- Incoraggiamento alla sperimentazione di network fin dal 1996
- Definizione ex lege di network nel 2004 (che per il settore sociale e socio-sanitario valutazione integrata dei pazienti; piano assistenziale personalizzato; attribuzione di un ruolo critico al coordinatore sanitario; spesso un team è coinvolto nella valutazione)
- Introduzione di alcune definizioni legali via circolare (testi governativi): nel 2007 per il network dei gerontologi
- Settembre 2012: circolare DGOS su network territoriale per l'organizzazione delle cure primarie; evoluzione e definizione del ruolo del coordinatore (chi coordina la valutazione dell'assistito)



5 - ALTRI INTERVENTI PUBBLICI E DISPOSIZIONI A FAVORE DI COORDINAZIONE/INTEGRAZIONE

- MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) enti locali deputati a una sorta di punto unico di accesso e di coordinamento per le persone disabili, dal 2005
- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination): punti unici di accesso per anziani, dal 2000 circa
- MDA (Maison de l'Autonomie): non ancora esistenti ma programmate, uniscono MDPH e CLIC



6 - IN FRANCIA: NUOVI ORIENTAMENTI STRATEGICI INTRODOTTI DA/IN OCCASIONE DELLA RIFORMA CHE HA ISTITUITO LE AGENZIE SANITARIE REGIONALI (ARS) VERSO UNA MAGGIORE INTEGRAZIONE/COORDINAZIONE ORIZZONTALE E VERTICALE

1. Integrazione orizzontale

Modello emergente/dominante = organizzazione dei fornitori delle reti assistenziali su tre livelli di complessità per temi "rilevanti":

- scambio di informazioni
- coordinamento polivalente e socio-sanitario
- case management (ad es per Alzheimer)

Strumento comune: percorsi assistenziali sanitari (varie forme e sperimentazioni in funzione delle categorie di pazienti presi in esame)

Assetto di governance: verso una maggiore integrazione a livello strategico, funzionale e clinico



7 - IN FRANCIA: NUOVI ORIENTAMENTI STRATEGICI INTRODOTTI DA/IN OCCASIONE DELLA RIFORMA CHE HA ISTITUITO LE AGENZIE SANITARIE REGIONALI (ARS) VERSO UNA MAGGIORE INTEGRAZIONE/COORDINAZIONE ORIZZONTALE E VERTICALE

2. Integrazione verticale (in progress...)

Numerosi strumenti pubblici per gestire la riorganizzazione della sanità a livello regionale, dipartimentale e locale

= un unico tema a tutti i livelli: implementare i Piani sanitari regionali (PRS) delle ARS. Si compongono di vari documenti:

PRS (Piano regionale per la Sanità): piano elaborato congiuntamente da tutte le autorità pubbliche, enti locali e rappresentanti dei produttori di servizi e degli utenti – inclusi vari programmi come azioni per la prevenzione e azioni per facilitare l'accesso ai servizi sanitari)

CLS (Contrat Local de Santé – Patto locale sulla Sanità): documento di programmazione tra ARS e municipalità

PTS (Programme Territoriale de Santé – Programma Sanitario Territoriale)

+SROS (Schémas régionaux d'organisation des soins) piano strategico di programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari che viene redatto in accordo con il piano nazionale per la salute e per gli anziani/portatori di handicap (che definisce i bisogni della popolazione e il numero e la natura dei servizi da garantire e, quindi, finanziare)

Rispetto allo schema proposto precedentemente:

	Circolazione delle informazioni	Visione del sistema	Uso delle risorse	Decision making	Natura della collaborazione	Natura del mandato dell'autorità pubblica
Quattro network di gerontologi (2008-2012)	Verso più integrazione		Verso più coordinamento	Verso più integrazione	Verso più coordinamento	Debole
GCS Marseilles (ospedale)	Maggiore integrazione				Maggiore coordinazione	Più forte
Network territoriale polivalente (fase 1)	Verso più integrazione		Verso più coordinazione			Debole
Rete territoriale polivalente (fase 2)	Verso più integrazione			Verso più coordinazione		Più forte
MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) (punto unico di accesso)	Verso più integrazione			Verso più coordinazione		Più forte

Adattato da:

Angus, D., Granier, C., St-Pierre, M., Gambarelli, F. and Dubois, A. (2012) "Supporting Seniors at Home Through Integrated Health Care: Canada and France Compared" Athens: Atiner's Conference paper Series, No: HEA2012-0166



IL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO

Andrea Rotolo *Cergas, Università Bocconi*

Non abbiamo l'ambizione di presentarvi il caso italiano in tutti i suoi aspetti perché, come sapete, è un sistema molto complesso. Per questo motivo mi concentrerò su tutti quegli aspetti che sono stati in parte trattati dai miei colleghi questa mattina quando hanno presentato gli altri casi paese e che, in parte, verranno successivamente approfonditi e discussi nella presentazione comparativa che seguirà il mio intervento. Vi darò, quindi, qualche informazione sulle caratteristiche principali che definiscono il nostro sistema di welfare nel suo complesso per poi analizzare l'area di approfondimento, che è quella della long term care, quindi, gli interventi per anziani non autosufficienti e persone con disabilità.

Per quanto riguarda la carta d'identità del nostro paese (**slide 1 pag. 64**), abbiamo fatto riferimento, anche per i calcoli delle risorse in termini pro-capite, a una popolazione di 60 milioni e 800mila abitanti circa. Da un punto di vista delle caratteristiche demografiche, anche in Italia come negli altri paesi e come ormai ci diciamo da tempo è in corso una sempre più importante espansione della fascia di ultra 65enni e di ultra 80enni. Da un punto di vista dell'organizzazione (**slide 2 pag. 65**), quindi anche della governance del sistema e di come questa si rifletta sul no-



stro sistema di welfare, abbiamo tre livelli: il livello centrale con lo Stato centrale, il livello regionale con le 20 Regioni italiane, e il livello locale che comprende sia le Province che i Comuni italiani. I nostri 8mila Comuni in media hanno una grandezza di 7.500 abitanti.

Veniamo al nostro sistema di welfare (**slide 3 pag. 65**). Anche in questo caso, sull'evoluzione abbiamo deciso di evidenzia-

re solo tre aspetti, secondo noi importanti nella discussione odierna, ma questo non significa che non ce ne siano altri altrettanto importanti.

Innanzitutto il nostro sistema di welfare nasce alla fine del '900 come un sistema in cui gli interventi dello Stato sono molto isolati e, con la Legge Crispi, essi vengono per la prima volta definiti attraverso una norma. A partire dal 1890 fino ai giorni nostri c'è stata una evoluzione fino a determinare un sistema di welfare pubblico che ha quantomeno l'ambizione di essere complessivo, almeno nelle intenzioni e questo lo riscontriamo ad esempio nell'istituzione del Sistema sanitario nazionale del '78 e poi con la più recente Legge 328 del 2000 sul versante dell'assistenza sociale. Si cerca quindi di ricomporre il tutto e ricomporre tutti gli interventi anche se, come abbiamo visto negli altri paesi europei di cui abbiamo parlato questa mattina, un certo grado di frammentazione permane.

Altro trend che osserviamo è quello dalla tendenza accentratrice che c'è stata fino a circa il 1970, quando si è passati a una tendenza sempre più al decentramento delle funzioni a livello locale a partire dalla istituzione delle Regioni nel 1970. Questo decentramento – ve lo mostrerò a breve con dei numeri – per alcuni aspetti rimane più che altro sulla carta.

Infine (slide 4 pag. 66), se guardiamo uno dei pilastri più importanti del nostro sistema di welfare anche in termini di peso e di risorse, cioè quello previdenziale, anche in questo caso si è passati da un sistema piuttosto frammentato a un sistema che cerca di essere sempre più integrato possibile con un ruolo predominante dell'Inps.

Con questi tre pilastri abbiamo cercato di definire le caratteristiche fondanti del nostro welfare e quindi abbiamo i tre tradizionali pilastri cioè sanità, assistenza e previdenza.

Da questo punto di vista (slide 5 pag. 66), se poniamo l'attenzione sul quadratino verde che rappresenta la long term care, iniziamo a vedere come gli interventi per long term care siano combinati all'interno di questi tre pilastri in maniera piuttosto equivalente. Questo può essere un primo indice di frammentazione del nostro sistema e come per la long term care questo fenomeno avviene anche per altre aree di intervento.

Altra peculiarità del nostro sistema è quella rappresentata dalla intersezione tra il pilastro della sanità e il pilastro dell'assistenza. Cioè non sempre è possibile definire con precisione quali siano i confini della sanità e quali siano i confini dell'assistenza sociale e questo ancora una volta è vero soprattutto per la long term care.

Questa è la rappresentazione di come i tre pilastri poi si articolano in interventi, quello che abbiamo cioè chiamato 'istituzionali', per ciascuno dei tre pilastri.

Senza entrare troppo nello specifico, sottolineo come da sinistra verso destra si passi da interventi più di carattere nazionale, quindi carattere centrale, a servizi a livello locale. Dove si pas-

sa quindi dal livello nazionale con una predominanza di trasferimenti di tipo monetario (quindi soprattutto sul pilastro della previdenza, ma anche della sicurezza sociale) ad interventi in cui invece la parte di benefici in natura, quindi in kind, è sempre più predominante man mano che ci si sposta verso il livello locale.

In termini di risorse (slide 6 pag. 67), il nostro welfare considerato nel suo complesso, quindi per tutti i tre i pilastri che abbiamo visto, cuba circa 430 miliardi di euro. Se guardiamo a un perimetro più ristretto che comprende la long term care e gli interventi per famiglie e minori e per esclusione sociale, passiamo a un perimetro di circa 70 miliardi di Euro. Se poi restringiamo ulteriormente al microperimetro della non autosufficienza e della disabilità abbiamo risorse per circa 34 miliardi di euro. Se rapportiamo in termini pro-capite queste cifre si parla di un totale di circa 7.055 euro per persona.

Come vedete nella barra accanto, la parte predominante evidenziata in giallo è rappresentata dalle pensioni, si parla di interventi previdenziali in senso stretto che valgono circa 3.755 euro.

La barra azzurra è quella che rappresenta gli interventi della sanità intesa anche in questo caso in senso stretto, cioè escludendo gli interventi sanitari (ad esempio gli interventi socio-sanitari per la non autosufficienza che invece sono contabilizzati nell'ultimo quadratino, quello verde della long term care). La non autosufficienza in totale vale circa 558 euro pro-capite.

Altre componenti rilevanti sono quelle degli interventi per le politiche del lavoro per un totale di 613 euro, 371 euro per le politiche per l'esclusione sociale e 219 euro per le politiche per la famiglia e i minori.

Vi faccio notare che c'è un 6 euro pro-capite che rappresentano le risorse per le politiche abitative in Italia che, tradizionalmente, sono meno presenti nel dibattito e anche negli interventi.

Una piccola precisazione su come sono stati costruiti questi perimetri: a differenza di altri paesi in cui esistono dei report di origine ministeriale complessivi su tut-



to il welfare, in questo caso invece la ricostruzione è stata fatta, proprio per assenza di questi report, mettendo assieme fonti diverse provenienti da diverse istituzioni. Questo è un primo elemento di differenza

rispetto agli altri paesi. Qui veniamo al discorso sul decentramento che facevamo all'inizio parlando dell'evoluzione storica del nostro sistema. Sulla carta si è parlato molto di decentramento delle funzioni del welfare a livello locale, questi dati però ci dimostrano una fotografia in parte diversa, per non dire completamente differente.

Se guardiamo al macroperimetro (slide 7 pag. 67) e quindi al welfare nel suo complesso, il livello del governo locale gestisce solo il 2 per cento delle risorse mentre la parte restante di risorse è gestita a livello centrale, per il 24 per cento dal Governo e il 74 per cento sempre a livello centrale da Inps o Inail. Se restringiamo l'attenzione al mesoperimetro o al microperimetro, le risorse gestite a livello locale aumentano in termini relativi arrivando solo al 10 per cento, nel caso del mesoperimetro il 90 per cento delle risorse e anche nel microperimetro sono comunque gestite a livello centrale. Ovviamente nel micro perimetro, quello della non autosufficienza e disabilità, diminuisce la quota gestita da Inps e Inail perché aumenta l'importanza degli interventi del Sistema sanitario nazionale rispetto al totale.

Da un punto di vista della ricostruzione dei meccanismi di finanziamento del nostro welfare (slide 8 pag. 68) è stato possibile in qualche modo ricostruire una figura di quelli che sono i flussi però, come probabilmente avrete notato, non è stato possibile allo stesso modo ricostruire le percentuali come hanno fatto i miei colleghi questa mattina per ciascuno dei singoli paesi. Anche da questo punto di vista la carenza di fonti informative chiare o comunque complete impedisce di fare una ricostruzione con un minimo di accuratezza. Quello che però possiamo evidenziare è che, mentre per il pilastro della sicurezza sociale e previdenziale esistono dei contributi pagati dai datori di lavoro e dai lavoro-

“L’Inps, che gioca un ruolo fondamentale in termini di risorse mobilitate, lo gioca comunque anche in termini di governance”

ratori che sono specifici e finalizzati, questo è diverso nel caso del pilastro dell'assistenza, dove la gran parte delle risorse ha origine dalla fiscalità generale. Veniamo all'approfondimento sulla long term care: (slide

9 pag. 68) come ho già sottolineato, parliamo di anziani non autosufficienti e persone con disabilità. In questo caso abbiamo ricostruito una fotografia degli interventi principali che si dividono in due grandi categorie: i trasferimenti monetari cash e i benefici in natura, quindi i servizi reali che vengono resi ai cittadini; per quanto riguarda la non autosufficienza, da un punto di vista degli interventi cash la fa da padrone l'indennità di accompagnamento (vedremo alcuni numeri che lo dimostrano), anche se comunque esistono anche altri tipi di supporto economico così come esistono diversi tipi di supporto economico per le persone con disabilità. Per quanto riguarda, invece, i servizi, sia nel caso delle persone con disabilità, sia nel caso della non autosufficienza, abbiamo la ripartizione tra servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari.

In termini di governance (slide 10 pag. 69) anche in questo caso il nostro sistema è piuttosto complesso. A livello di definizione delle policy e pianificazione delle policy oltre che di finanziamento, gli attori principalmente coinvolti sono il governo centrale o il governo regionale, a seconda degli specifici interventi.

L'Inps, che gioca un ruolo fondamentale in termini di risorse mobilitate, lo gioca comunque anche in termini di governance, nel senso che oltre a concorrere al finanziamento concorre anche alla pianificazione di alcuni servizi e aree di intervento, così come in parte in concorrenza con le Asl partecipa alla valutazione dei bisogni e poi eroga effettivamente i contributi monetari.

Il livello locale, quindi i Comuni e le Asl, interviene soprattutto nell'ultima fase del processo, quindi sulla pianificazione specifica e operativa dei servizi così come sulla valutazione dei bisogni e sull'erogazione di servizi; sulla erogazione dei servizi intervengono anche i produttori pri-

vati sia di tipo profit che di tipo non profit. Questo invece è il quadro delle risorse impiegate nella long term care (**slide 11 pag. 69**). Il totale che possiamo leggere nella parte in verde è di 33 miliardi che in termini di pro-capite corrisponde a 558 euro. Di questi 558 euro, 56 euro sono quelli messi in gioco dai Comuni, 191 sono quelli messi in gioco dal Sistema sanitario nazionale e 311 invece sono tutte quelle risorse messe in gioco dagli interventi per la sicurezza sociale, quindi l'indennità di accompagnamento e altri tipi di contributi per la disabilità e la non autosufficienza. Questo vuol dire che se ribaltiamo ancora una volta il ragionamento sul livello centrale e livello locale 502 euro, rispetto a questo totale di 558, vengono gestiti a livello centrale, mentre solo 56 euro sono gestiti a livello locale.

Abbiamo poi cercato di inserire una stima della spesa out of pocket che, come potete leggere, abbiamo stimato in 40 euro pro-capite. Cosa significa questa spesa out of pocket? Significa la spesa che viene sostenuta dalle famiglie per l'acquisto di servizi al di fuori del perimetro pubblico, escludendo le risorse trasferite loro da istituzioni pubbliche come ad esempio l'indennità di accompagnamento. Per questo probabilmente il numero è più basso di quello che ci si aspetterebbe, proprio perché la parte di indennità di accompagnamento è già stata calcolata nel livello della spesa per

sicurezza sociale, quindi sommando l'out of pocket e sommando il totale della spesa per la non autosufficienza di origine pubblica si arriva a un complessivo di 598 euro.

Dal punto di vista dell'utenza (**slide 12 pag. 70**), quindi dei beneficiari dei servizi, la premessa doverosa da fare è che non esistono per tutti i tipi di servizi dei dati precisi sull'utenza in carico. Mentre per alcuni servizi come ad esempio i servizi residenziali abbiamo dei dati di fonte ministeriale che ci dicono il numero totale di utenti che, ad esempio nel 2009 era di 237mila (si parla di anziani non autosufficienti mentre le persone disabili sono 12.435). Abbiamo anche dei dati abbastanza precisi sull'Adi (assistenza domiciliare integrata): nel 2011 si è trattato di 507mila beneficiari, anche se questo non esaurisce il quadro complessivo degli interventi: a esempio, sulla domiciliarità esistono anche i servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale erogati dai Comuni e su questi non esistono dei dati precisi. Così se da un lato abbiamo il numero di indennità di accompagnamento questo costituisce, pur essendo una parte predominante, solo uno dei possibili trasferimenti monetari che ci sono nel nostro sistema. Richiamo la vostra attenzione sul dato del numero di beneficiari di indennità di accompagnamento che nel 2011 è stato di 1.900.000 persone.



Avviandomi alla conclusione dell'intervento, abbiamo riportato questi dati che mostrano un'indagine di tipo campionario che è stata fatta sui beneficiari dei vari servizi. Questo significa che i numeri che leggete in questo caso, cioè i volumi di prestazioni, non corrispondono ai singoli utenti in carico; questa tabella (slide 13 pag. 70) ci aiuta a farci un'idea di quanto i vari servizi pesano rispetto al complessivo, ma non ci danno dei numeri precisi su quanti utenti si hanno in carico, quindi vediamo ad esempio che in termini di prestazioni gli interventi più importanti sono quelli per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, così come la distribuzione di pasti, piuttosto che la retta per prestazioni residenziali e semi-residenziali. Prestazioni residenziali e semi-residenziali sono quelle che incidono di più in termini di spesa, così come l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Da un punto di vista dei produttori (slide 14 pag. 71), non esistono dei numeri chiari e precisi, nel senso che in particolare sulla produzione di tipo privato non ci sono dati complessivi ed esaustivi; quello che sappiamo è che in generale i produttori privati tendo-

no a specializzarsi in una singola area di intervento, in una singola fase del processo assistenziale (o fanno domiciliare o fanno residenziale) e che la loro dimensione è piuttosto piccola, soprattutto se pensiamo ad alcuni numeri citati questa mattina sui produttori inglesi. Altro dato importante da tenere presente è che in Italia sono stati stimati circa 744mila di informal caregiver, ossia badanti, praticamente come se fosse un sistema sanitario parallelo. Così come esiste una quota molto significativa di informal caregiving prestato dai famigliari che quindi non viene retribuito e che viene in qualche modo stimato addirittura in un valore economico di 4,8 miliardi.

La slide conclusiva è quella sul tasso di copertura rispetto ai bisogni (slide 15 pag. 71). Parto dal fondo, cioè dal dato del 95 per cento di copertura che può sembrare un ottimo tasso. Vi ricordo tuttavia che coloro che percepiscono una indennità di accompagnamento sono 1.900.000, le persone stimate come non autosufficienti tra la popolazione over 65 sono 2.275.000, quindi facendo due rapidi calcoli capite che gran parte della copertura è data da questo tipo di intervento. ■



1 - CARTA DI IDENTITÀ DEL PAESE



Area: 301.336 km²



Popolazione: 60.800.000 abitanti



Densità di popolazione: 201 abitanti per Km²



51 % **donne**
49 % **uomini**

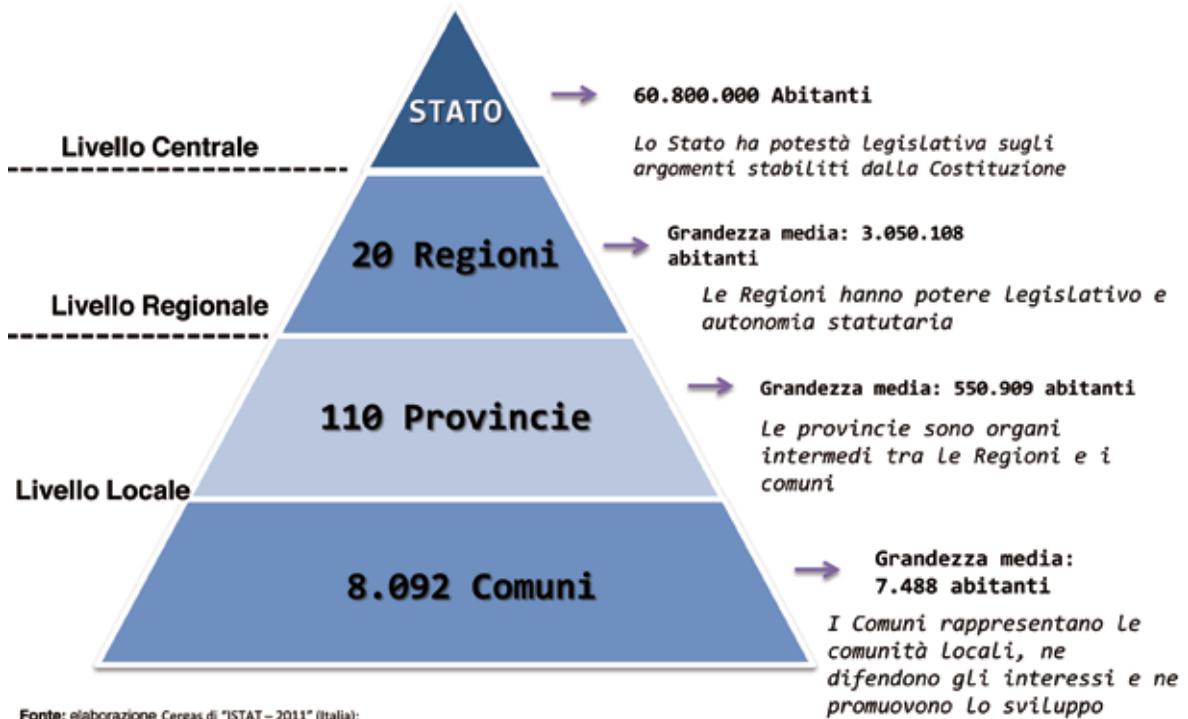


< 20 anni: 19,9%
> 65 anni: 26,6%
> 80 anni: 5,9%

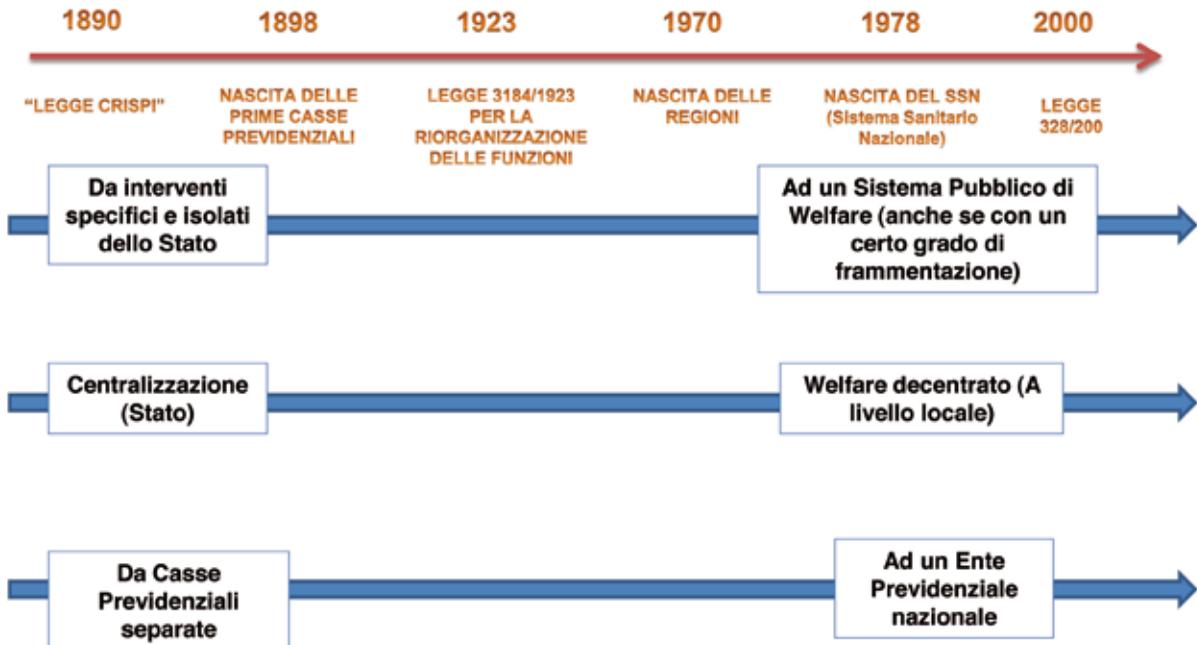
Fonti: "Istat - 2012"



2 - ORGANIZZAZIONE DELLO STATO



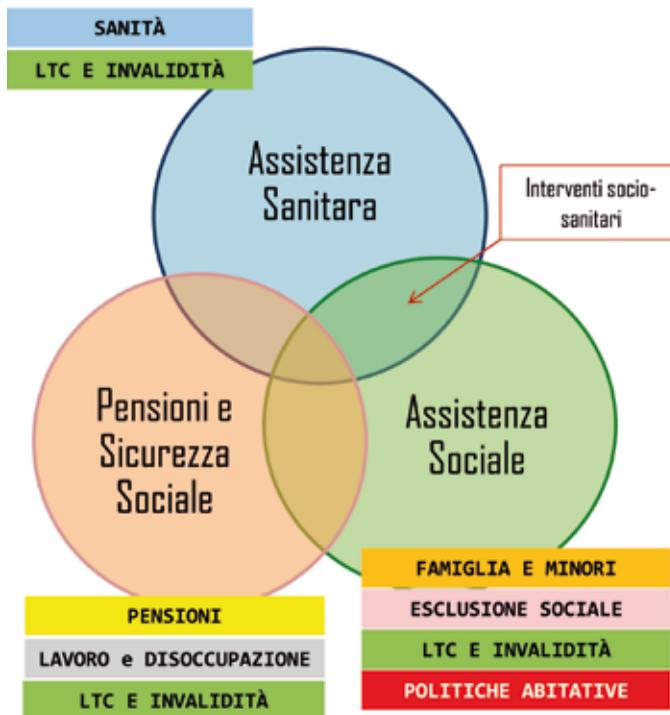
3 - STORIA, ORIGINE E FONDAMENTI DEL SISTEMA DI WELFARE



Fonti: Ferrera, Fargion, Jessoula (2012), "Alle radici del welfare all'Italiana"



4 - I PILASTRI DEL WELFARE



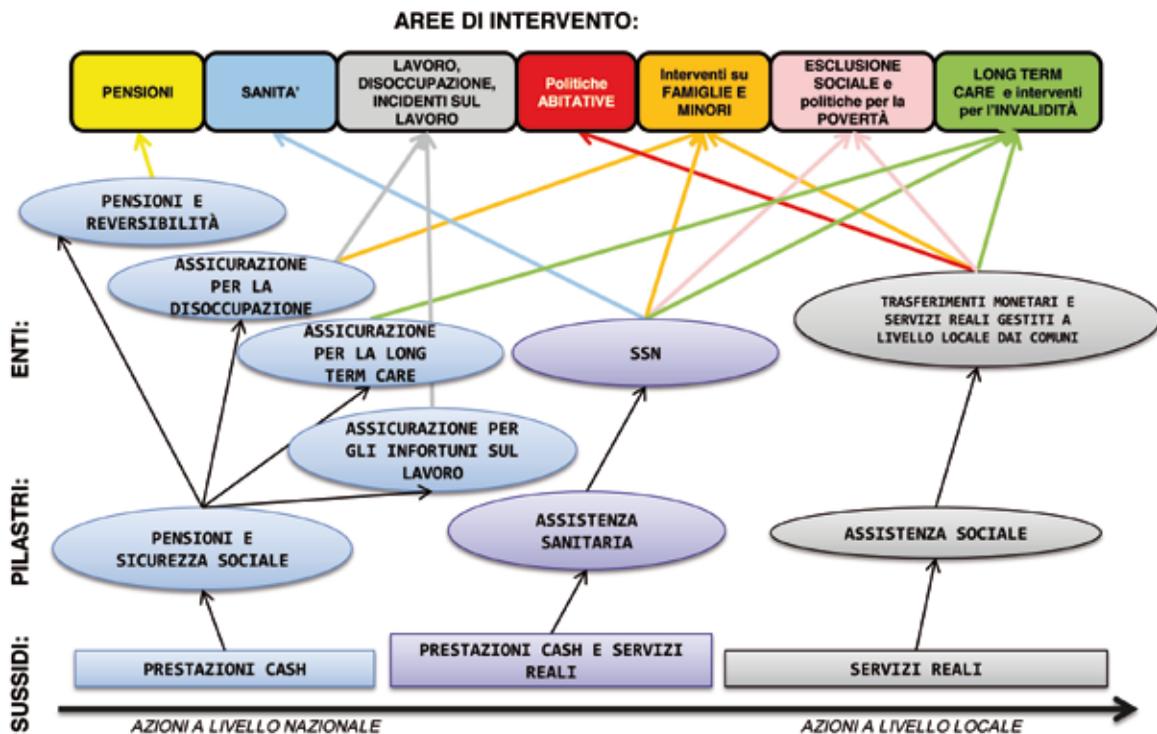
Il Sistema di Welfare Italiano è basato su tre pilastri ed è considerato un sistema conservativo-corporativo

- 1. ASSISTENZA SANITARIA:** attraverso il Sistema Sanitario Nazionale tutta la popolazione accede all'assistenza sanitaria
- 2. ASSISTENZA SOCIALE:** fornisce servizi per differenti categorie di persone in situazione di bisogno
- 3. PENSIONI:** fornisce un sistema di remunerazione per pensionati e copertura assicurativa per specifici rischi

Fonti: "Il Welfare in Europa, elementi per un confronto" Fondazione Zancan, (Oleari, Patacchia, Spizzichino)



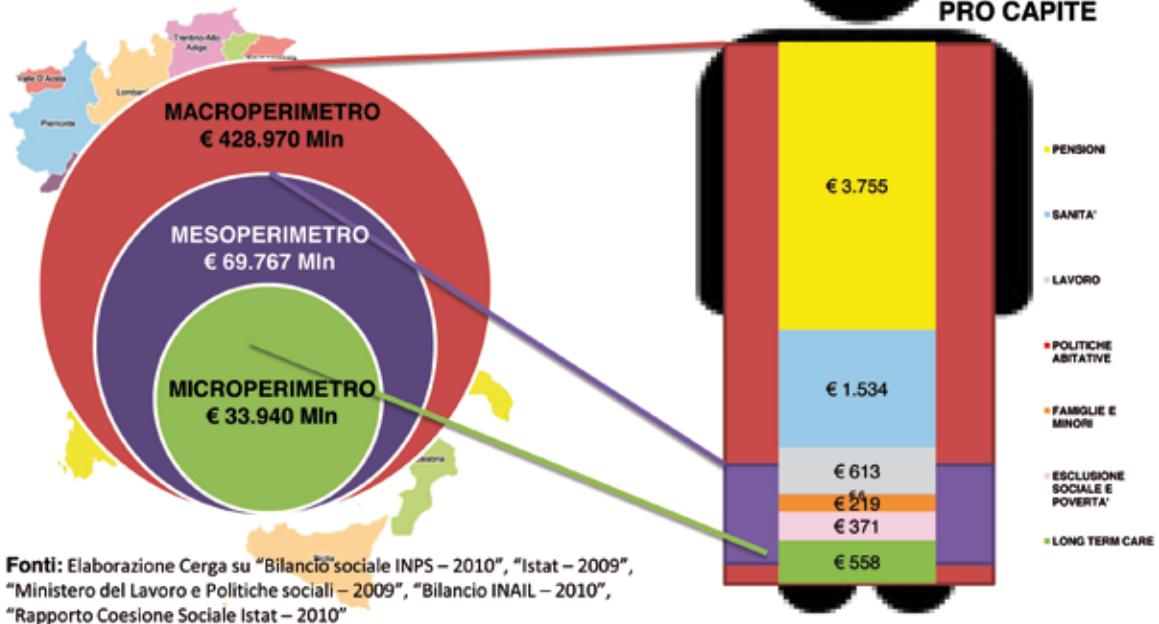
5 - I PILASTRI DEL WELFARE: PRESTAZIONI, PILASTRI, ENTI E AREE DI INTERVENTO





6 - RISORSE DEL SISTEMA

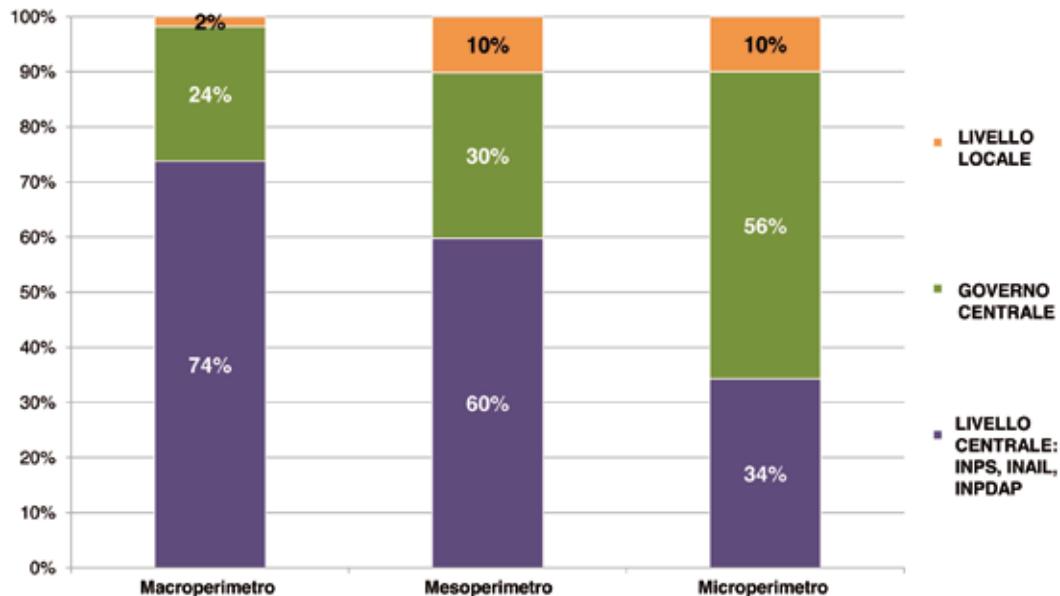
Spesa di Welfare complessiva e pro capite:
aree di intervento (€, 2009-2010):



7 - RISORSE DEL SISTEMA

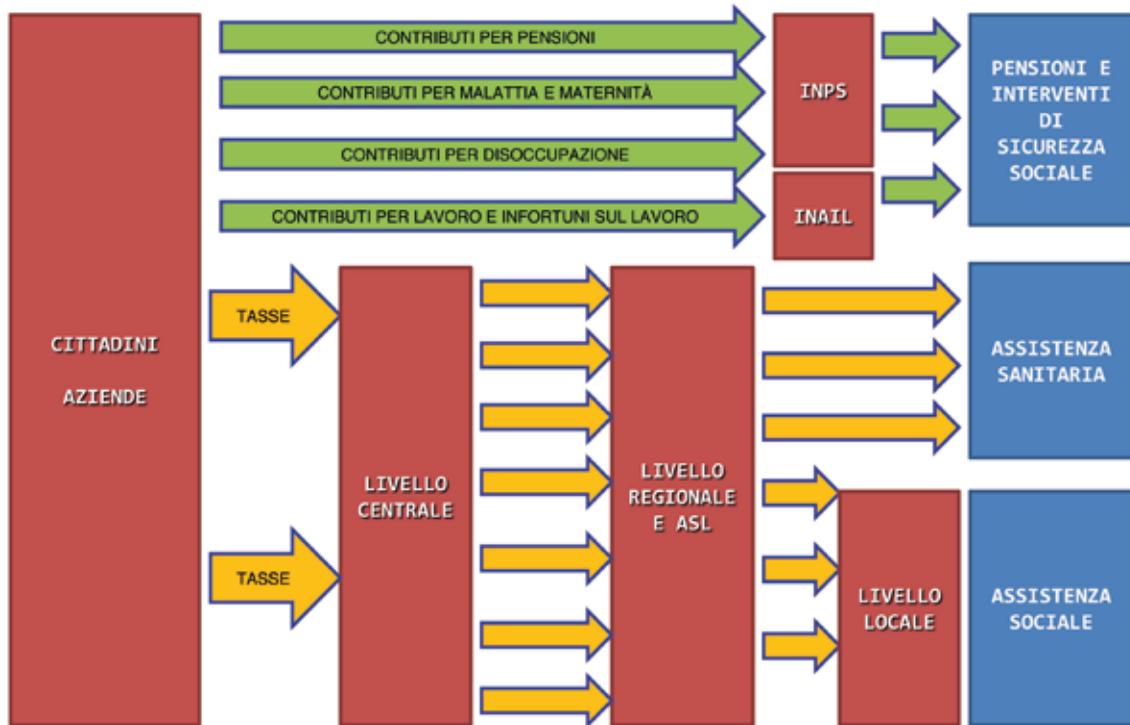
QUALE ISTITUZIONE DECIDE COME ALLOCARE I FONDI?

Nella tabella è rappresentata la distribuzione della spesa totale di Welfare tra i diversi attori.

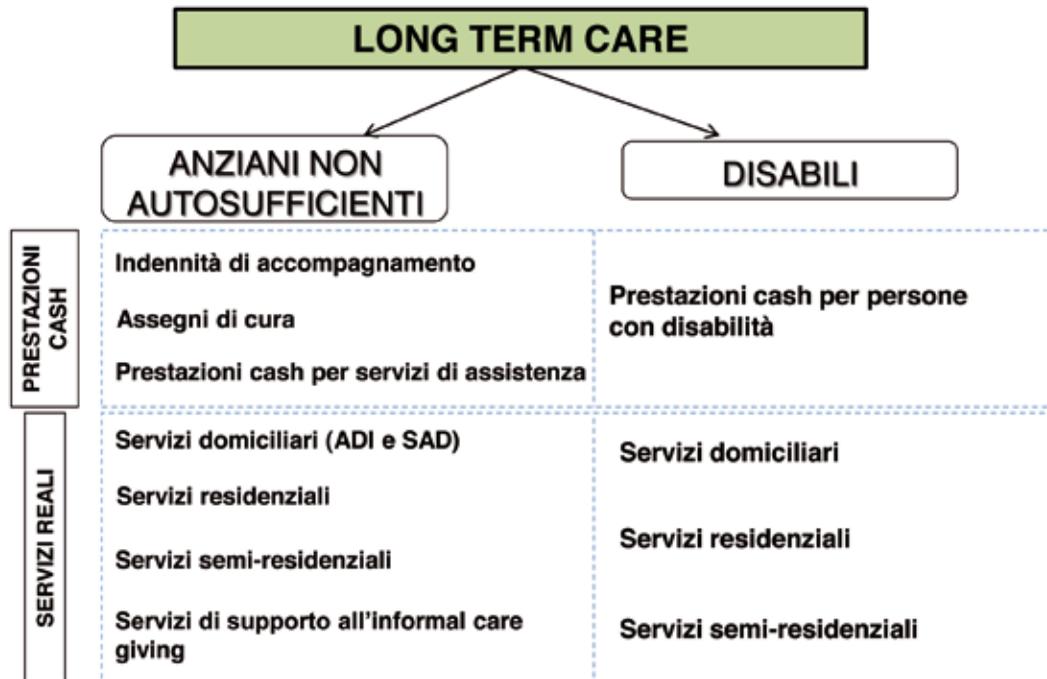




8 - MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

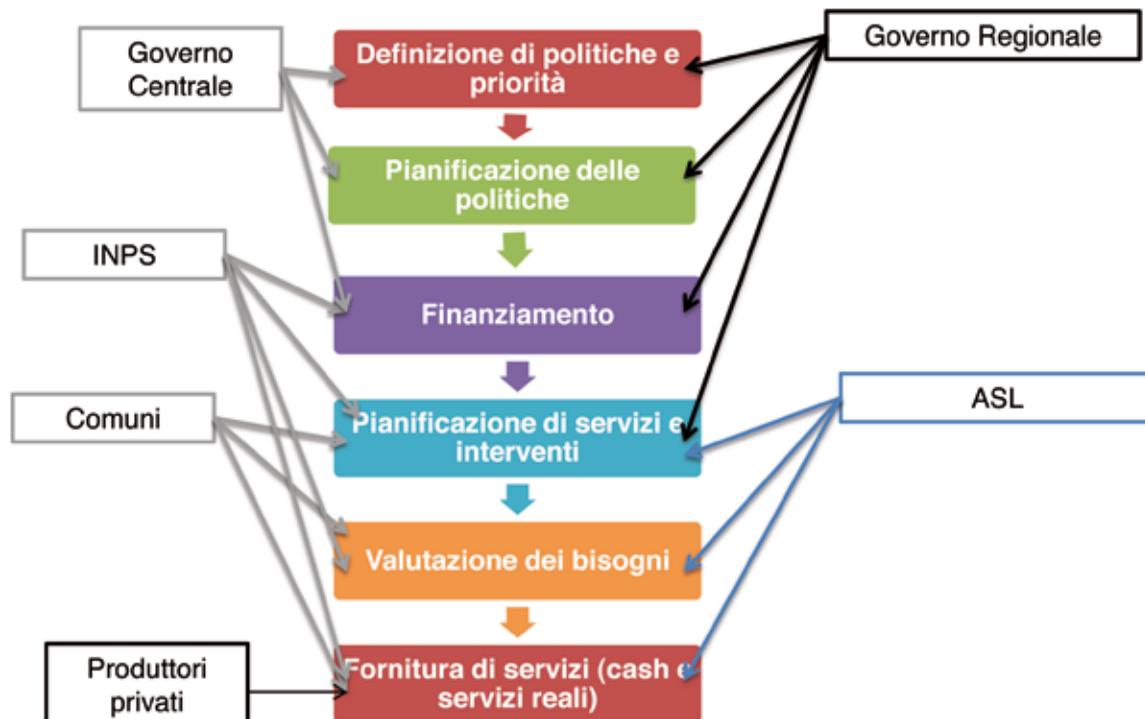


9 - MICROPERIMETRO DELLA LONG TERM CARE: INTERVENTI





10 - MICROPERIMETRO DELLA LONG TERM CARE: GOVERNANCE



11 - MICROPERIMETRO DELLA LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

Nella tabella è rappresentata la composizione della spesa totale per la Long Term Care (anziani non autosufficienti e disabili) focalizzandosi sui diversi attori che finanziano questa spesa. Viene anche sottolineato se la spesa è finanziata a livello centrale o locale. In aggiunta vi è anche una stima della spesa out of pocket privata.

SPESA PER LA LONG TERM CARE	TOTALE, Millioni di €	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale,
Spesa degli Enti Locali	3.388 €	56 €
Spesa per l'Assistenza Sanitaria	11.624 €	191 €
Spesa per sicurezza sociale (Interventi per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	18.928 €	311 €
Spesa pubblica complessiva	33.940 €	558 €
<i>Di cui a livello centrale</i>	<i>30.552 €</i>	<i>502 €</i>
<i>Di cui a livello locale</i>	<i>3.388 €</i>	<i>56 €</i>
Spesa out-of-pocket stimata	2.432 €	40 €
Spesa Pubblica Totale + out-of-pocket	36.358 €	598 €

Fonti: Elaborazione Cergas su "Bilancio sociale INPS – 2010", "Istat – 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009", "Bilancio INAIL – 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010"



12 - MICROPERIMETRO DELLA LONG TERM CARE: SPESA E BENEFICIARI

ANZIANI	
Beneficiari di servizi residenziali (2009)	N.
Numero totale di anziani beneficiari di servizi residenziali	237.663
Beneficiari per 100.000 abitanti over 65	1.966,6
Beneficiari di servizi semi-residenziali(2009)	
Numero totale di anziani beneficiari di servizi semi-residenziali	19.385
Beneficiari ADI (Servizi di assistenza domiciliare forniti dalle Autorità Sanitarie Locali) (2011)	
Numero di beneficiari ADI	507.126
Numero di "Indennità di accompagnamento" (prestazioni cash fornite dall'INPS) (2011)	
Numero totale di "Indennità di accompagnamento"	1.933.904
Spesa Complessiva	9.488.103.838€

DISABILI	
Persone disabili beneficiarie di servizi residenziali (2009)	N.
Numero totale di persone disabili beneficiarie di servizi residenziali	12.435
Beneficiari per 100.000 abitanti	20,7
Persone disabili beneficiarie di servizi semi-residenziali (2009)	
Numero totale di persone disabili beneficiarie di servizi semi-residenziali	11.105

→ "ADI" e "Indennità di accompagnamento" sono solo due possibili tipi di servizi di assistenza domiciliare e prestazioni cash per anziani

Fonte: "Ministero della Salute - 2012"



13 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: BENEFIT MIX

Figura 2. Distribuzione percentuale dei volumi di prestazioni erogate (in termini di numero di utenti) e della spesa per tipologia di prestazione (valori percentuali) - dati stimati per espansione [Domanda 8]

Tipologia di prestazione	Campione 2011		Campione totale	
	Prestazioni	Spesa	Prestazioni	Spesa
Servizio sociale professionale ¹	19,1	0,8	36,8	4,2
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	24,4	22,2	9,5	16,7
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	2,1	1,0	3,5	3,4
Servizi di prossimità (buon vicinato, accoglienza e affido anziani) ¹	0,0	0,0	7,2	2,3
Telesoccorso e teleassistenza ¹	1,9	0,1	4,9	0,8
Assegni economici per il sostegno alla domiciliarità e alle autonomie personali (voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario, fondo N.A., fondo autonomie)	4,7	3,2	11,4	13,4
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	16,3	5,3	2,2	1,6
Trasporto sociale ¹	5,4	1,6	7,2	4,7
Retta per centri diurni	4,6	9,0	2,3	7,0
Retta per altre prestazioni semiresidenziali	12,1	25,5	1,3	3,9
Retta per prestazioni residenziali	7,1	27,4	6,5	34,4
Altri servizi	2,2	4,0	7,2	7,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Dati non disponibili per la Provincia Autonoma di Trento.
Fonte: Elaborazioni Synergia su dati SINA



14 - MICROPERIMETRO DEL LONG TERM CARE: SERVIZI FORNITI

- **Dati precisi** sul numero totale e la natura dei produttori di servizi per la Long Term Care in Italia non sono disponibili.
- In genere i produttori di servizi assistenziali tendono a **specializzarsi in una singola area di intervento o in una singola parte del processo di fornitura dei servizi** (es. assistenza domiciliare vs assistenza residenziale)
- La dimensione media dei produttori è molto ridotta se paragonata a quella dei produttori di servizi in sanità.

Produttori
pubblici e
privati

- In Italia ci sono circa **744.000 informal care giver** (700.000 sono immigrati). Ciò significa che c'è un informal care giver ogni 15 persone over 65 (stima IRS, 2006).
- Il valore economico dell'informal care giving prestato dai familiari è di **4,84 miliardi di euro**, secondo stime della Fondazione Censis.

Informal
care

- La spesa privata out-of-pocket per la Long Term Care è stimata attorno ai **2.457 miliardi di Euro** (stima Fondazione Censis, dati 2005).

Out of
pocket

Fonte: "S. Pasquinelli e G. Rusmini, 2008, Badanti, la nuova generazione, IRS", "Fondazione Censis – Long Term Care e Assistenza Integrativa"



15 - MICROPERIMETRO DELLA LONG TERM CARE: COPERTURA DEI BISOGNI

Popolazione over 65		12.301.537
POPOLAZIONE TOTALE OLTRE I 65 ANNI CON BISOGNO DI LONG TERM CARE	TASSO DI PREVALENZA	18,50%
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE (A)	2.275.784
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE CON TASSO DI PREVALENZA= 18.5% (B)	2.275.784
POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE (C)		2.165.070
% DI POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI CON BISOGNO DI LONG TERM CARE INCLUSA NEL WELFARE (C/B)		95,14%

FONTI: Elaborazione Cergas di "ISTAT – 2004-2005", "ISTAT - Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008 - Disabilità e non autosufficienza - pubblicato su Monitor, 3 supplemento al n. 22"

L'ITALIA IN CONTROLUCE: SINTESI COMPARATIVA E PROSPETTIVE DI POLICY

Giovanni Fosti *Cergas, Università Bocconi*

Vorrei riprendere alcune delle informazioni che abbiamo visto, per costruire una linea comparativa attorno a diversi paesi.

Le prime tre slide che presenterò sono delle slide che vanno sulle economie dei diversi paesi, sulla popolazione e sull'occupazione, non le commento, dico proprio due cose. Segnalo che il Pil pro-capite italiano è il minore dei quattro, che l'interesse sul debito è il più elevato, che il differenziale in termini di economia sommersa è di 8 punti percentuale (**slide 1 pag. 83**); tanto per dare un ordine di grandezza parliamo di un punto percentuale di un Pil da 1.600 miliardi circa. Sono 16 miliardi, 16 miliardi sono quasi un anno di sistema sanitario lombardo e due anni e mezzo di spesa sociale dei Comuni di questo paese, tanto per capire di cosa stiamo parlando. Tra i paesi analizzati siamo il secondo dal punto di vista della concentrazione della ricchezza.

Non mi soffermo perché avete nella documentazione questi dati e voglio andare rapidamente verso la comparazione dei modelli di welfare, tuttavia una cosa la vogliamo sottolineare perché è veramente rilevante anche dal punto di vista del welfare (**slide 3 pag. 84**): oltre a essere più in difficoltà degli altri paesi dal punto di vista occupazionale complessivo, il livello di quanto questo colpisce la popolazione femminile è particolarmente alto nel nostro paese. Ciò è anche dovuto a come questo paese costruisce il proprio sistema di welfare. Se osservate, inoltre, l'ultima riga nella slide, il dato sulla percentuale di diplomi e di lauree nel nostro paese rispetto agli altri paesi è eclatante.

Passo rapidamente oltre, e ricordo sinteticamente quanto visto nei singoli casi rispetto all'articolazione dei livelli di Governo. Da questo punto di vista in realtà, considerando che questo sembra essere uno dei temi principali di dibattito del paese, colpisce che il nostro paese non sia particolarmente diverso rispetto agli altri tre.

Non commenterò neanche la prossima slide (**slide 5 pag. 85**) che ci fa vedere molto sinteticamente quali sono le fonti e quali sono gli impie-



ghi per livelli di Governo, quindi amministrazioni centrali, amministrazioni locali e altri soggetti del sistema di protezione sociale nei quattro paesi.

La spesa per il welfare nel nostro paese (slide 6 pag. 85) così come

l'abbiamo calcolata e, quindi, con tutti i rischi e tutte le considerazioni che si possono fare attorno a questo calcolo, ha un'incidenza percentuale del 27,1% rispetto al Pil del paese, quindi è quella in cui l'incidenza della spesa sociale sul Pil è inferiore (a parte la Gran Bretagna). Il nostro paese è quello in cui la spesa per interessi è più alta, credo di non stupire nessuno, mentre l'incidenza della spesa per il welfare sulla spesa pubblica complessiva è inferiore a quella di Germania e Francia, superiore a quella della Gran Bretagna. In Italia la spesa per il welfare incide per il 53% della spesa pubblica, in Germania per il 63%.

Richiamerei i perimetri che abbiamo identificato e che sono stati discussi nella presentazione dei casi nazionali, per vedere insieme come si articola la spesa all'interno di questi perimetri.

I valori assoluti ci dicono che complessivamente il totale della spesa di welfare nel nostro paese (slide 7 pag. 86) è di 7.055 euro, il totale della spesa di welfare in Inghilterra è 7.300 euro, in Francia 10.000 euro e in Germania 9.000 euro.

Ovviamente si possono discutere ma qui semplicemente mettiamo in connessione dei dati e ci sembra che i dati parlino da soli. Di fronte a questi dati quello che ci dicevamo è: come leggere tutto questo parlare di efficienza quando abbiamo una dotazione di risorse inferiore a quella degli altri paesi, e sensibilmente inferiore rispetto ai 10.000 della Francia o ai 9.000 della Germania. L'efficienza è un tema rilevante, ma la grande enfasi che nel dibattito viene posta sull'efficienza e non ha un po' a che fare con il fatto che in realtà i problemi stanno anche nella limitata capacità di decidere? Ovviamente siamo in un centro di ricerca di una Università come la

“La spesa per il welfare nel nostro paese ha un'incidenza percentuale del 27,1 per cento rispetto al Pil del paese, quindi è quella in cui l'incidenza della spesa sociale sul Pil è inferiore”

Bocconi, per persone come noi non è che l'efficienza dia prurito, però un po' di difficoltà la avvertiamo quando efficienza è la parola che viene sostituita alla parola decisione e scelta.

In questa slide (slide 11 pag.

88) vi mostro l'articolazione interna della spesa di welfare dei diversi paesi, invitandovi però a ricordare che qui compariamo portando ogni paese a 100, ma il 100 di ogni paese è ben diverso. Ad esempio, la spesa previdenziale ha un'incidenza sul sistema di welfare nel nostro paese più alta che negli altri paesi, ma in valori assoluti il valore pro-capite della spesa previdenziale nel nostro paese è più basso che in Francia, e quasi allineato alla spesa previdenziale in Germania. Ricordo anche che per spesa previdenziale intendo le pensioni in senso stretto: non stiamo più parlando della spesa dell'Inps, stiamo ragionando solo delle pensioni perché abbiamo assunto come criterio di aggregazione della spesa quello per destinazione.

Ovviamente qui si possono aprire diversi ragionamenti, e si evidenzia tutta una questione di allocazione intergenerazionale delle risorse.

Vorrei anche ricordare che quando un paese si presenta rispetto agli altri paesi con un tasso d'interesse sul debito diverso da quello degli altri, con un livello di debito più alto a quello degli altri, questo ha a che fare non tanto con una dinamica finanziaria, ma con una dinamica intergenerazionale perché ovviamente le scelte che facciamo sul debito hanno a che fare con le scelte che le attuali generazioni mettono in conto alle generazioni future quindi è un problema di patti intergenerazionali e non è solo un problema di dinamiche finanziarie o di spread.

Dal punto di vista delle scelte di allocazione intergenerazionale noi riproduciamo qui (slide 12 pag. 88) un dato che non è nostro che però mi sembra particolarmente significativo, è il rapporto tra la spesa per la parte anziana della

popolazione e per tutto il resto della popolazione e colpisce abbastanza vedere come si collocano i differenti paesi e con chi siamo in stretta compagnia: Portogallo e Grecia. Questo dato dovrebbe sollecitare una riflessione sul tema del rapporto tra scelte di welfare e opportunità di sviluppo di un paese.

In questa slide (**slide 13 pag. 89**) vediamo l'articolazione della spesa pubblica in termini percentuali, in quella successiva l'articolazione in termini di percentuale sul Pil. Come vedete complessivamente il micro perimetro (cioè la spesa per long term care e disabilità), nel nostro paese rappresenta il 2 per cento del Pil; complessivamente quello che abbiamo identificato come mesoperimetro e quindi servizi alla persona costituisce il 4,4 per cento del Pil è già perdiamo qualche punto di Pil rispetto agli altri paesi, che equivale a "qualche punto di ipotesi di importanza" di un'area di intervento rispetto ad altre.

Stiamo ragionando delle ipotesi di fondo con cui i paesi hanno articolato le loro decisioni e i loro assetti di welfare, o, viceversa, delle ipotesi che sono incorporate nel modo in cui si sono trascinati e si sono evoluti i sistemi di welfare nei differenti paesi, se non vogliamo esagerare in una lettura eccessivamente razionalista e meccanicistica sui meccanismi decisionali.

Passo al focus sulla non autosufficienza. Vi suggerirei di osservare la prima delle righe verdi (**slide 15 pag. 90**): il nostro paese investe 558 euro là dove gli altri paesi ne investono 963 nel Regno Unito, 841 in Francia, 912 in Germania. Molto importante anche osservare l'articolazione tra i livelli di governo, vale a dire come i diversi livelli di governo mettono in campo le risorse per la non autosufficienza nei differenti paesi.

In questa slide (**slide 16 pag. 90**) riusciamo graficamente a vederlo in modo immediato, evidenziando la spesa out of pocket (la spesa delle famiglie), la spesa dei diversi soggetti della protezione sociale, la spesa del sistema sanitario e la spesa degli attori locali. Il paese in cui gli attori locali rivestono il minore peso in termini di quota di risorse investite è l'Italia; vediamo due schemi rispetto al ruolo degli attori locali: Italia e Francia da una parte, Inghilterra e Germania dall'altra, con gli attori locali che detengono

una quota di risorse molto più significativa.

Se ragioniamo, invece, dal punto di vista del posizionamento di intervento di sistemi sanitari vediamo che sostanzialmente Italia, Inghilterra e Francia hanno dei comportamenti abbastanza allineati mentre si differenzia molto la Germania che affida in misura molto più ampia ai soggetti assicurativi il presidio di quest'area d'intervento.

Colisce il fatto che il nostro paese pur essendo quello che ha l'ammontare pro-capite di risorse più basso è anche quello che ha al proprio interno una componente di spesa out of pocket più ridotta. Da questo punto di vista però vi ricordo che Andrea Rotolo ci ha segnalato come il valore del lavoro di cura informale sia di circa 4,2 miliardi all'interno del paese, quindi è un paese che mette a disposizione una enorme mole di lavoro e di cura informale. Non sto parlando della badanti, ma del vero e proprio lavoro familiare e di cura informale, del caregiving familiare in senso stretto, quel Pil che non è rappresentato nel mercato. Questa significativa quota di risorse informali potrebbe contribuire a fornire una spiegazione del limitato intervento in termini di risorse out of pocket delle famiglie.

Un ulteriore passaggio è quello della prospettiva centro-periferia. Vi suggerirei per ogni paese di concentrarvi sulla barra di sinistra (**slide 17 pag. 91**) che è più immediata, non tiene conto del ruolo dell'out of pocket e ci fa vedere in modo immediato che il nostro paese è quello in cui c'è la minima spesa locale e la massima allocazione di risorse a livello centrale, mentre si colloca all'estremo opposto la Germania.

Rispetto al rapporto tra cash e inkind (**slide 18 pag. 91**) non so cosa dire di più di quello che dicono da soli i numeri che leggete nella slide... Sostanzialmente vedete che il nostro paese è quello che alloca la quota più alta di risorse mediante trasferimenti finanziari. Se leggete insieme le due matrici notate come i paesi come Francia e come Germania allocano una quota inferiore al 40 per cento delle risorse ai cash benefit, che riguardano però una quota più significativa di utenti, quindi sostanzialmente una quota più ridotta di risorse viene trasferita ad un numero più ampio di utenti in termini monetari. Viceversa in questi paesi c'è una intensità



di offerta dei servizi che è più elevata perché ai servizi vengono dedicate più risorse, e tali risorse vengono concentrate su una quota inferiore di popolazione. Sostanzialmente ci sono dei paesi che tendono a far convergere le risorse su un numero ristretto di utenti a cui viene erogata un'intensità assistenziale più elevata, altri che tendono più a spalmare.

Difficile dire per noi la percentuale perché abbiamo un dato che è ovviamente una sottostima, cioè sono gli utenti che percepiscono una indennità di accompagnamento ai quali bisognerebbe aggiungere gli utenti che percepiscono altri trasferimenti finanziari, ad esempio che percepiscono un trasferimento finanziario dagli enti locali eccetera, quindi quel numero è sottostimato, ma non abbiamo i numeri dei servizi erogati. D'altra parte, nel nostro paese, è difficile avere il numero degli accessi e impossibile avere il numero delle persone all'interno del singolo ente... capite che averlo a livello di sistema non può essere che frutto di un qualche tipo di immaginazione...

Come già vi hanno spiegato i miei colleghi presentando i casi nazionali, questi sono invece i

dati rispetto alla natura pubblica o privata delle organizzazioni (**slide 19 pag. 92**), che mostrano delle traiettorie evidenti di spostamento verso una prevalenza di soggetti privati in modo abbastanza diffuso.

Vorrei concentrare tuttavia la nostra attenzione su un passaggio più complesso, in cui abbiamo confrontato i paesi sulla base di un indicatore di prevalenza della non autosufficienza (**slide 20 pag. 92**).

Mentre Frank Bönker ci spiegava che c'è un dibattito molto serrato in Germania se il 30 per cento non sia un po' troppo 'narrow', così ha detto, negli altri paesi europei gli indici di prevalenza sono molto più stretti: per le modalità con cui in Italia si definisce la non autosufficienza risulta non autosufficiente il 18 per cento della popolazione, il 23 per cento secondo i criteri di valutazione anglosassoni in Inghilterra, sempre attorno al 23 per cento in Francia secondo i criteri francesi, il 30 per cento in Germania secondo i criteri adottati lì. Abbiamo calcolato la popolazione stimata secondo questo criterio, cioè secondo il criterio di cui ogni paese si dota, e abbiamo ricalcolato il dato utilizzando per



ogni paese lo stesso indicatore di prevalenza utilizzato in Italia: se in Germania gli indicatori di prevalenza fossero i nostri ci sarebbero circa due milioni su cinque di persone non autosufficienti in meno.

Ho usato volutamente ambigua, che fa un po' pensare che gli indicatori di prevalenza possano modificare i livelli di benessere delle persone. Ovviamente non è così: ci possono essere, e ci sono, modi diversi in cui si definisce un'ipotesi su cosa sia benessere per le persone nei diversi paesi. L'indicatore di prevalenza non è che l'esito di queste ipotesi, non una determinante. Avendo gli indicatori di prevalenza rispetto ai bisogni, abbiamo voluto calcolare qual è la popolazione che nei singoli paesi è inclusa nei sistemi di long term care. Come vi dicevo non sempre abbiamo dei dati e a volte siamo ricorsi a delle stime, e per essere sicuri il dato italiano relativo alla popolazione inclusa nel sistema di long term care è una sottostima: ci siamo detti: "se dobbiamo fare delle stime vediamo cosa emerge se teniamo la stima più bassa". Evitando di esagerare, anzi sottostimando, possiamo essere straordinariamente orgogliosi del fatto che in

Italia siamo in grado di prendere in carico il 95 per cento della popolazione in condizioni di non autosufficienza, cosa che gli altri paesi dotati di budget maggiori dei nostri e con una quantità di risorse ben più ampie non riescono a fare. Infatti, applicando a ogni paese l'indicatore di prevalenza applicato per l'Italia, pari al 18,5 per cento, in Germania si avrebbero livelli di presa in carico del 65 per cento della popolazione considerabile non autosufficiente, in Francia del 49 per cento, in Gran Bretagna del 44 per cento. Se, invece, considerassimo in ogni paese l'indice di prevalenza adottato dal paese medesimo (che, negli altri paesi, è più alto rispetto a quello italiano), i livelli di presa in carico sarebbero ancora più ridotti. In Germania la quota degli utenti in carico sarebbe pari al 40 per cento della popolazione considerata non autosufficiente, in Francia al 38,5 per cento, in Gran Bretagna al 35,6 per cento.

Le ragioni di orgoglio che abbiamo superficialmente evidenziato vengono drasticamente messe in discussione se apriamo il tema dell'intensità assistenziale (**slide 21 pag. 93**), che abbiamo letto utilizzando le risorse messe in campo dai

singoli paesi come una approssimazione del livello intensità assistenziale a disposizione degli utenti. Dato il budget allocato nel microperimetro in ognuno dei paesi che abbiamo analizzato, dato il numero di utenti in carico secondo i calcoli che vi abbiamo descritto, abbiamo semplicemente fatto questa divisione da cui risulta che le risorse allocate nel nostro paese sono di circa 1.000 euro pro-capite, laddove altri paesi arrivano comunque sopra i 2.000 euro pro-capite. Quindi, leggendo in serie le ultime due slide che vi abbiamo mostrato, emerge che se c'è una cosa che ci caratterizza rispetto ad altri è che forse è molto più difficile nel nostro paese produrre delle decisioni. Da un lato come dicevamo c'è un dibattito fortissimo sul tema dell'efficienza e dall'altro lato la maggior parte delle risorse che abbiamo (che sono molto inferiori rispetto a quelle degli altri paesi) sono allocate prevalentemente mediante con degli automatismi, che privilegiano l'estensione degli accessi invece della convergenza di risorse sulle situazioni più critiche.

Per certi versi non saprei che altro si possa aggiungere, e provo a fare un riepilogo del tipo di lavoro che vi abbiamo proposto nel corso della giornata (**slide 22 pag. 93**):

- ci siamo dati la regola dell'intervento cioè abbiamo ricomposto le risorse secondo una regola che vi abbiamo mostrato e che non sto a riprendere;
- abbiamo cercato di focalizzarci sia sul livello macro del welfare complessivo sia sul livello micro che è solo quello della spesa per il long term care;
- abbiamo cercato di utilizzare differenti dimensioni di analisi quindi di rappresentare gli assetti istituzionali, i meccanismi di finanziamento, la definizione delle polizze, le strategie e le logiche di management;
- abbiamo cercato di muoverci sul livello centrale in relazione al locale, sul rapporto tra spesa pubblica e spesa out of pocket, sul rapporto trasferimenti finanziari rispetto alle prestazioni;
- infine nel perimetro specifico del long term care abbiamo voluto andare a vedere quali sono i tassi di copertura nei diversi paesi rispetto alle risorse che sono allocate.

Ogni volta che ci vedevamo ci veniva in mente una serie di questioni che avremmo voluto met-

tere in discussione, ma ci sembrava che ognuna di queste fosse argomento di un convegno a sé quindi abbiamo deciso che ci sono alcune cose di cui non parleremo, per quanto importanti.

Vi illustro, in prima battuta, la "lista della spesa" delle cose di cui non parliamo, dei capitoli che accenneremo senza aprirli: è il modo che abbiamo scelto per non lasciar cadere tutta una serie di suggestioni che dentro a questi numeri sono del tutto evidenti.

Primo capitolo che non apriremo, la presenza di alcuni miti da sfatare.

Primo mito: questo è il paese in cui c'è troppo welfare, mi sembra che i dati dicano con chiarezza assoluta che si tratta di un mito. Chi è del mestiere sa benissimo che non è così, ma a noi sembra di essere dentro un dibattito pubblico che, invece, su questo enfatizza moltissimo la presenza di un welfare immaginario di dimensioni enormi.

I numeri veramente ci dicono con grande forza che questa cosa non è vera, e c'è anche una responsabilità di tutti di non permettere che si ragioni in questi termini perché sono superficiali e non veritieri. Ovviamente le valutazioni



di ciascuno possono e devono essere differenti, ognuno la pensa come vuole, però i dati sono questi.

Secondo mito: si assume che questo sia il paese che esagera nell'erogare servizi e che deve riallocare le risorse dai servizi ai trasferimenti finanziari. Anche su questo i dati forse potrebbero indurre qualche dubbio rispetto a questo tipo di impressione.

Terza questione, che emerge con grandissima evidenza: non siamo un paese che si caratterizzi per una altissima capacità di selezionare. In una situazione in cui il perimetro del welfare è molto stretto rispetto agli altri paesi, qual è la modalità con cui si seleziona chi ha più titoli di qualcun altro per accedere? Dall'analisi che vi abbiamo proposto si evidenzia che, invece, di decidere chi debba avere più o meno di qualcun altro, con quali ipotesi, criteri e meccanismi, abbiamo di fatto deciso che in qualche modo si devono allocare le risorse in modo molto indifferenziato, arrivando così al 95 per cento dei livelli di copertura e avendo contemporaneamente risorse inferiori rispetto a tutti.

Quarto punto: che questo sia un welfare locale è veramente tema tutto da rivedere. Che cosa si dice e si scrive, come ci si regola in termini astratti, è un conto. Dove si producono le decisioni, quali sono i livelli di ricomposizione decisionale è un altro conto. Quindi: dove vogliamo porre lo sguardo per dirci se questo è veramente un welfare locale? La distribuzione delle risorse tra centro e periferia a noi sembra dire con tutta evidenza che quello italiano non è affatto un welfare locale, è un mito che ci sembra evidentemente smentito dai fatti.

Quinto punto, il mito della programmazione. Possiamo dirci davvero che questo è un paese che fa programmazione? I dati che nel nostro paese mancano e che negli altri paesi ci sono (i dati sugli utenti in carico, che abbiamo stimato, sui produttori, che non abbiamo trovato...): per carità, forse non siamo riusciti a individuare i dati, ma ci sembra un dato anche il fatto che se abbiamo ottenuto i dati su tre paesi europei tranne che nel nostro, forse non siamo stati capaci, ma forse ci sono anche delle difficoltà nell'assetto istituzionale del paese e anche nell'orientamento al governo e ai servizi

del paese attorno alla costruzione di dati e di conoscenze. Cosa vuol dire che questo è paese che fa programmazione se non abbiamo un'idea a volte nemmeno di qual è la popolazione che potrebbe essere potenzialmente il nostro target, oltre che del numero di utenti in carico nelle diverse tipologie di servizi? Qual è il significato della parola programmazione?

Sono punti che ci siamo limitati ad accennare, ma meriterebbero un approfondimento: ognuno di questi potrebbe essere un capitolo a sé, su cui rivederci e discutere quel punto semplicemente, e come gestiamo il fatto che forse si tratta di un mito più che di un dato reale.

Poi ci sono alcuni altri temi, di policy in senso più stretto:

- c'è un tema di allocazione intergenerazionale delle risorse

- e un tema di impatto che ha l'allocazione intergenerazionale delle risorse rispetto alle prospettive di sviluppo di un paese.

Dai dati che abbiamo messo in campo c'è da ragionare sul fatto che un paese possa considerare il welfare come qualcosa che si definisce "a valle" dei sistemi di sviluppo e delle decisioni di crescita, oppure, al contrario, lo possa considerare incorporato nel sistema paese come un motore delle traiettorie di sviluppo e di crescita del paese. Dov'è posizionato secondo voi sulla base dei dati che abbiamo mostrato? Credo che sia abbastanza evidente ma andrebbe un po' discusso: abbiamo mostrato come paesi che allocano risorse in modo più significativo all'interno dei sistemi di welfare sono paesi che hanno altri livelli di occupazione totale, altri livelli di occupazione femminile, altri livelli di crescita complessivamente come paese.

Terza questione di policy riguarda le modalità di finanziamento del welfare. Tra gli elementi che abbiamo evidenziato, ci sono le modalità di finanziamento adottate dai diversi paesi: tra acquisire le risorse col prelievo fiscale ed acquisire le risorse con dei meccanismi contributivi e assicurativi c'è una differenza anche dal punto di vista di significato politico e di possibilità politica di muoversi nella direzione di ampliamento degli interventi. Anche questa partita meriterebbe un approfondimento che noi non andremo nell'economia di questo seminario, ma



non possiamo non evidenziare che anche questo spunto emerge in modo evidente da questo lavoro di ricerca.

Infine, altro capitolo che non tratteremo ma non possiamo non evidenziare come emergente dai dati, è legato a un paio di problemi:

- i meccanismi di welfare basati su logiche così automatiche ce li rappresentiamo come equi oppure no? Noi pensiamo che il fatto che copriamo il 95 per cento di un target che peraltro abbiamo tenuto più ristretto degli altri significa anche che riusciamo ad essere più equi? Oppure, al contrario, ci dobbiamo porre il problema se ci sia anche il rischio che dentro quella quota di risorse più ristretto rischiamo di avere anche dei minori livelli di equità?

- secondo elemento che emerge dalla nostra analisi: questo è un tratto europeo, non solo italiano, e nella slide abbiamo usato un termine forse un po' ingeneroso e un po' esagerato perché volevamo dirlo in modo diretto e in due parole... però, in sostanza, dopo molti tentativi di riforme condotte in tutti i paesi, i livelli di frammentazione degli interventi sono ancora molto alti in ogni paese, e tutti si stanno ancora interpellando su come andare a ricomporre que-

sti livelli di frammentazione.

Fin qui abbiamo semplicemente messo in connessione i dati e vi abbiamo consegnato alcuni dati di fatto segnalando che forse potremo anche rimettere in discussione alcune cose. Adesso vogliamo richiamare alcuni dei termini che fanno parte in modo un po' scontato delle cose di cui si parla occupandosi di welfare. A noi pare che questi termini meritino di essere tolti dalla sfera dei temi scontati e definiti, che debbano essere rimessi in discussione, alla luce di quanto visto oggi. Richiamerò, quindi, alcune parole chiave che a nostro parere meritano qualche approfondimento e risultano poco utili nell'empireo asfittico delle "parole d'ordine":

- il tema della programmazione è una delle cose soprattutto a livello locale di cui si parla di più. Quando un singolo attore, all'interno di un sistema di welfare molto frammentat, fosse pure molto bravo a programmare le risorse, se il sistema di welfare è frammentato sta spingendo una leva ricompositiva o no? Un ufficio di piano che fosse un ottimo gestore di risorse non è necessariamente un ufficio di piano che ricompono perché se il sistema è molto frammentato il governo delle risorse e quindi una buona

programmazione di per sé non va né a far convergere né a far divergere i sistemi... perché il tema vero è che non siamo abituati a riportare il tema della programmazione dentro una lettura di sistema, che tenga conto di questa estrema frammentazione;

- anche il tema dell'integrazione socio-sanitaria cosa vuol dire? Come qualificiamo il ragionamento sull'integrazione tra sociale e sanitario nel momento in cui la quota prevalente delle persone non autosufficienti nel nostro paese dal punto di vista del rapporto col sistema di intervento pubblico percepiscono trasferimenti finanziari basati su meccanismi prevalentemente automatici? Tutta quella quota di popolazione è oggetto o no del nostro ragionamento sull'integrazione socio-sanitaria? Oppure l'integrazione socio-sanitaria è integrazione tra Comune e Asl perché un conto è il protocollo interistituzionale tra due soggetti che fanno fatica a dialogare e un altro conto è una logica di integrazione attorno a un bacino di bisogni definito da un insieme di utenze e da una popolazione che lo compone;

- anche il tema libertà di scelta può essere letto in una prospettiva diversa. Stiamo citando alcuni temi chiave, che sono un po' delle bandiere, alcuni per una parte politica, alcuni per un'altra. Noi crediamo che ci sia eccome il tema della libertà di scelta, perché nel momento in cui c'è una elevata frammentazione il vero problema della libertà di scelta è come mettere una persona in grado di sapere quali sono le condizioni che il sistema è in grado di offrire. Quanto più il sistema è frammentato a livello istituzionale, tanto più questa questione si pone, ma facciamo un po' più fatica a leggere questo tema dal punto di vista della dinamica finanziaria del sistema. Infatti, come abbiamo visto ([slide 18 pag. 91](#)), siamo l'unico sistema che trasferisce il 52 per cento di soldi e investe solo il 48 per cento delle proprie risorse in termini di prestazioni. Quindi da questo punto di vista il tema del voucher inteso come strumento che necessariamente configura libertà di scelta è molto discutibile. Queste affermazioni non sono pro o contro l'utilizzo dei voucher: nel momento in cui



noi identifichiamo questo strumento solo come strumento di gestione possiamo avere delle ottime ragioni su cui ciascuno può essere d'accordo o no, ma nel momento in cui ne facciamo invece un arnese che modifica il funzionamento complessivo di un sistema è importante che ci ricordiamo che la maggior parte delle risorse di quel sistema si stanno muovendo (forse in soldi) dentro altri canali. Dal punto di vista della parti politiche, vi ricordo che qualcuno enfatizza tantissimo il voucher, così come qualcun altro enfatizza in modo altrettanto eccessivo un'idea sovradimensionata di programmazione da parte degli attori: nel mettere in discussione entrambi questi punti di vista vorremmo invitare tutti gli attori di policy a un dibattito che dia più spazio alle evidenze, e meno ai dati per scontato di tipo ideologico;

- il tema delle politiche locali l'abbiamo già evidenziato: anche qui, il problema non è se sono importanti le politiche locali, il problema è che senso hanno le politiche locali nel momento in cui ci troviamo di fronte a un'articolazione così frammentata del sistema. Fare le cose a livello locale è un bel tema, ma quando ogni Comune fa la sua policy, il suo sistema di interventi e non riesce a pensare che la quota maggiore del budget della propria città è direttamente nelle mani delle diverse persone e famiglie che le ricevono direttamente dall'Inps in termini di supporto al reddito o di indennità di accompagnamento, come può comprendere che lavorare alla ricomposizione è una funzione pubblica? Le policy locali come spazio di azione separato dei singoli enti non ci sembrano esattamente il modo migliore di interpretare l'idea di politica locale dentro un sistema di welfare come quello che noi vi abbiamo restituito sulla base dei dati;

- anche il tema del governo degli accessi diventa un tema molto importante e, tanto per iniziare, quali accessi? Che cosa vuol dire fare il governo degli accessi senza avere un link con le altre istituzioni che sono in relazione con quegli utenti rispetto ai quali stiamo facendo una selezione di accessi? Dov'è la vera funzione di gatekeeping? Nell'accesso all'indennità di accompagnamento o nell'accesso al singolo sistema di prestazioni? Vi ricordo qual è il valore medio dei sistemi di



prestazioni domiciliari che abbiamo evidenziato all'interno del nostro paese;

- vorrei non aggiungere altro sul tema dell'efficienza. Oggi, qui, sono presenti molti policy maker, ci sono anche policy maker che si occupano di policy a livelli più macro, alcuni non solo su temi che hanno a che fare con il welfare. Non sto a ridire quanto l'efficienza sia una condizione necessaria di svolgimento delle attività, ma richiamo il rischio che ho evidenziato nel commentare i dati: più diamo enfasi al tema efficienza, più apriamo spazio alla possibilità di non mettere a fuoco che ci sono delle decisioni da prendere, decisioni che in quanto tali spostano anche dei sistemi di interessi, spesso legittimi, seri e legati a condizioni di difficoltà o di fragilità. Proprio per questo è tanto difficile, ma anche tanto necessario, decidere, ed è necessario evitare che il deficit di capitale sociale e capacità negoziale sia "coperto" da generici e "magici" richiami al tema dell'efficienza. In quanto tema fondamentale, l'efficienza deve essere perseguita in termini realistici e rigorosi, ma bisogna evitare che diventi la copertura della difficoltà di produrre decisioni in un sistema che, abbiamo visto, si qualifica ri-

spetto a quelli degli altri tre paesi proprio per la poca propensione a produrre decisioni;

- tra le parole che fanno parte del mainstream e meriterebbero di essere ridiscusse abbiamo lasciato per ultimo questa, che secondo noi è una specie di fantasia: dove e come collocare il tema dei Liveas? Qual è il finanziamento che noi abbiamo a disposizione per andarci a posizionare dentro il tema dei Liveas lo avete visto. Quali sono i livelli di partenza del paese, le differenze delle diverse aree al proprio interno oggi non lo avete visto, ma sapete benissimo che le differenze sono enormi. Immaginare che la ricomposizione delle parti si possa ottenere con uno standard e un automatismo ci pare poco realistico: non è detto che una logica di questo tipo permetta di introdurre nel paese un cambiamento di prospettiva, potrebbe addirittura produrre una retrocessione a livelli meno garantiti di quelli da cui stiamo partendo.

Complessivamente, riteniamo che queste questioni meriterebbero, sulla base del quadro che abbiamo visto, di essere collocate dentro una cornice che non può essere data per scontata, e ad una prospettiva degli scenari di posizionamento del nostro paese.

Non vogliamo formulare delle proposte di policy, vogliamo evidenziare che nelle tante riforme dall'alto che si sono tentate abbiamo colto alcune ricorrenti criticità, come se ci fosse un solo modo per fare policy making: mettere in ordine i problemi, identificare una soluzione, definire normativamente quella soluzione e poi lasciare andare al gioco degli attori. Questo meccanismo di policy making non sembra avere prodotto una grande ricomposizione perché spesso ha prodotto l'aggiunta di altri elementi all'interno di un sistema che di elementi di frammentazione già ne aveva parecchi. L'inesito del processo di policy making è il riconoscimento della frammentazione, e il tentativo della ricomposizione, ma quello che gli attori non considerano mai all'avvio del processo è tutta la negoziazione necessario. Nessuno cede rispetto alla "bandiera" su cui si era posizionato all'avvio del processo, a fine processo ci si accorge che invece di tracciare un solco ci si accontenta di "lasciare un segno" che non è esattamente la stessa cosa.

È molto pericoloso perché fa sì che nei sistemi di

welfare che abbiamo di fronte, già molto frammentati, quei piccoli segni che vengono lasciati siano un altro tassello che si va ad aggiungere a quelli precedenti. In questo modo il susseguirsi di policy making ricompositivi ci ha portato a sistemi che sempre più frammentati...

Vorremmo proporre una prospettiva diversa: crediamo che questo sia il momento in cui dentro a sistemi che sono caratterizzati dalla frammentazione non sia di aiuto a nessuno pensare alla frammentazione come al nemico da abbattere, e debba, al contrario, essere un po' incorporata nel paradigma. La domanda dovrebbe diventare: come faccio a giocare in un sistema frammentato? E cambia la funzione del policy making, che non deve essere necessariamente quella di re-ingenierizzare e negare la frammentazione: un modo di fare cambiamento è anche quello di chiedersi quali sono le leve con cui si possono aiutare gli attori ad abitare dentro un sistema frammentato giocando più leve ricompositive che leve di frammentazione.

In un sistema che ha un altissimo tasso di entropia ci sembra una funzione di policy anche quella di aiutare gli attori a fare giochi che invece di aumentare l'entropia la vadano un po' a ridurre e a ricomporre, utilizzando la leva conoscitiva a supporto degli attori, invece, o quantomeno a fianco, della leva prescrittiva tipica dei processi di policy. Diciamolo molto serenamente: il rapporto tra dove pensiamo che stiano le decisioni e quanto siano automatici i meccanismi è molto forte: quanto più noi ci rappresentiamo di poter governare unitario e accentrato, tanto più ci aspettiamo che la leva possa essere "la grande riforma". L'azione di policy secondo noi, in un sistema frammentato come quello del nostro paese, dovrebbe assumere come prospettiva fondamentale quella di aumentare le capacità di sistema e di investire sulle conoscenze, sui quadri di riferimento, sul modo in cui le persone abitano dentro sistemi frammentati, che sono difficilissimi da abitare soprattutto in questo periodo. Vogliamo immaginare un processo di riforma che passi anche per il conferimento agli attori di strumenti per conoscere meglio quello che stanno facendo, il modo in cui si stanno posizionando, le traiettorie che stanno andando a costruire. ■

1 - ALCUNI DATI A CONFRONTO...

Alcuni dati riguardanti la CONTABILITA' NAZIONALE di Italia, Inghilterra, Francia e Germania (1)

				
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

PPA: Standard di Potere d'Acquisto, 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).
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)
INDICE DI GINI: misura la disuguaglianza nella distribuzione del reddito o della ricchezza. Il valore 0 indica che i redditi sono uniformemente distribuiti, il valore 100 indica assoluta disuguaglianza, ovvero che tutta la ricchezza è posseduta da una sola persona.

2 - ALCUNI DATI A CONFRONTO...

Alcuni dati sulla POPOLAZIONE di Italia, Inghilterra, Francia e Germania (2)

				
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 FECONDITA' 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

INDICE DI DIPENDENZA: rapporto tra il numero di anziani non autosufficienti 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) (Eurostat)

TASSO DI FECONDITÀ TOTALE: esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni)

3 - ALCUNI DATI A CONFRONTO...

Alcuni dati sull'OCCUPAZIONE in Italia, Inghilterra, Francia e Germania (3)

				
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%

TASSO DI DISOCCUPAZIONE: Questo tasso rappresenta il numero di disoccupati come percentuale della forza lavoro. La forza lavoro è costituita dalle persone occupate e disoccupate. Un individuo disoccupato è una persona compresa tra i 15 e i 74 anni la quale: a. è senza lavoro durante la settimana di riferimento, b. è disponibile a lavorare, ovvero disposto ad accettare un lavoro dipendente o in proprio entro le 2 settimane successive la settimana di riferimento, c. ricerca attivamente un lavoro, cioè ha attuato specifiche azioni nelle 4 settimane precedenti la settimana di riferimento per cercare un lavoro dipendente o in proprio; oppure ha trovato un lavoro che inizierà al massimo entro 3 mesi dalla settimana di riferimento (Definizione Eurostat)

4 - ORGANIZZAZIONE DELLO STATO: CARATTERISTICHE COMUNI

Numero e grandezza media dei diversi livelli di Governo (4)

								
	Numero				Grandezza media (popolazione)			
LIVELLO CENTRALE	<i>Repubblica</i>	<i>1 Regno 4 Stati</i>	<i>Repubblica</i>	<i>Repubblica</i>	60.800.000	62.700.000	65.350.000	81.800.000
LIVELLO REGIONALE	20	9	27	16	3.050.108	5.600.000	2.420.000	5.100.000
LIVELLO LOCALE (DISTRETTI)	110	98	101	402	550.909	640.000	647.000	203.500
LIVELLO LOCALE	8.092	4.500	36.000	12.013	7.488	13.900	1.815	6.844

FONTI: elaborazione Cergas su "ISTAT - 2011" (Italia); "UK Office for National Statistics - 2011" (Inghilterra); "Insee - 2011" (Francia); "Destatis-2011, Federal Ministry of the Interior-2009" (Germania)

5 - SPESA PUBBLICA E ENTRATE PER LIVELLO DI GOVERNO

Spesa pubblica e entrate pubbliche (5)

								
	SPESA PRO CAPITE IN €, 2011				ENTRATE PRO CAPITE IN €, 2011			
BUDGET PUBBLICO TOTALE (*)	€ 13.154	€ 14.429	€ 17.119	€ 14.235	€ 13.154	€ 14.429	€ 17.119	€ 14.235
LIVELLO CENTRALE (STATO E AMMINISTRAZIONE CENTRALE)	€ 4.264	€ 5.881	€ 6.836	€ 4.710	€ 8.004	€ 7.936	€ 7.044	€ 4.557
LIVELLO REGIONALE E LOCALE	€ 3.950	€ 4.590	€ 3.587	€ 6.471	€ 1.640	€ 2.020	€ 3.604	€ 6.300
GESTIONE DELLA SICUREZZA SOCIALE	€ 4.920	€ 3.956	€ 8.138	€ 6.261	€ 3.480	€ 4.473	€ 7.943	€ 6.436

(*) I trasferimenti tra diversi livelli di governo non possono essere evidenziati separatamente nei budget dei singoli livelli istituzionali ma sono stati contabilizzati una sola volta nel budget totale.

FONTI: Elaborazione Cergas su "National accounts, Eurostat-2011"; "Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda -2012" (Italia); "UK National Accounts at UK National Statistics 2011" (Inghilterra); "Finances Publique, Insee -2011" (Francia); "Public finances and taxes, Destatis-2011" (Germania)

6 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE, SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA E PIL

Articolazione della spesa pubblica e incidenza sul PIL (6)

				
% del PIL				
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	27,1%	26,3%	32,7%	28,4%
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	4,8%	3,2%	2,6%	2,5%
SPESA PUBBLICA PER ALTRE FUNZIONI	18,6%	22,4%	20,6%	14,0%
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	50,6%	51,9%	55,9%	44,9%
SPESA PRIVATA	49,4%	48,1%	44,1%	55,1%
PIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% della Spesa Pubblica Complessiva				
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	53,6%	50,6%	58,5%	63,3%
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	9,5%	6,3%	4,7%	5,7%
SPESA PUBBLICA PER ALTRE FUNZIONI	36,8%	43,1%	36,8%	31,1%
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FONTI: Elaborazione Cergas su "National accounts, Eurostat-2011"; "Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda -2012" (Italia); "UK National Accounts at UK National Statistics 2011" (Inghilterra); "Finances Publique, Insee -2011" (Francia); "Public finances and taxes, Destatis -2011" (Germania)

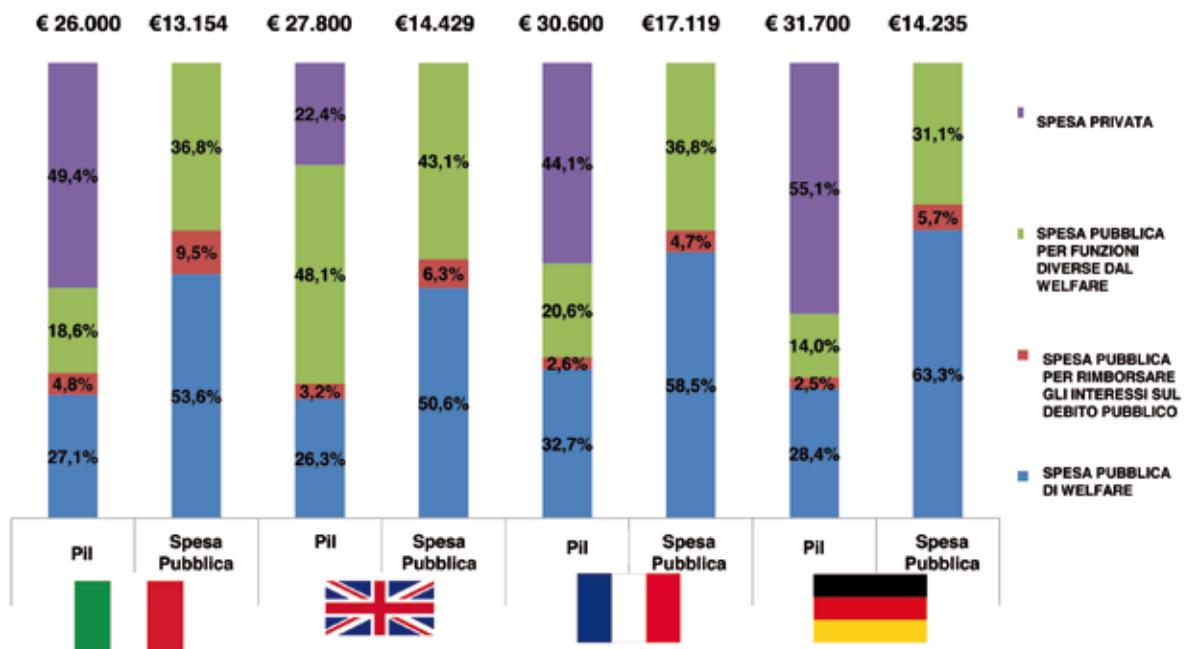
7 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE, SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA E PIL

Articolazione del PIL pro capite in valori assoluti:

€ pro capite, 2011				
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	€ 7.055	€ 7.303	€ 10.011	€ 9.008
SPESA PUBBLICA PER INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	€ 1.254	€ 903	€ 805	€ 804
SPESA PUBBLICA PER altre FUNZIONI	€ 4.845	€ 6.224	€ 6.303	€ 4.423
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	€ 13.154	€ 14.429	€ 17.119	€ 14.235
SPESA PRIVATA	€ 12.846	€ 13.371	€ 13.481	€ 17.465
PIL	€ 26.000	€ 27.800	€ 30.600	€ 31.700

FONTI: Elaborazione Cergas su "National accounts, Eurostat-2011"; "Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda - 2012" (Italia); "UK National Accounts at UK National Statistics 2011" (Inghilterra); "Finances Publique, Insee -2011" (Francia); "Public finances and taxes, Destatis-2011" (Germania)

8 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE, SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA E PIL



Fonte: si veda fonte dati in slides 7 e 8

9 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE: I PERIMETRI DI RIFERIMENTO

(7) Per analizzare la spesa di Welfare abbiamo usato un metodo di riclassificazione chiamato "La regola dell'intervento". Abbiamo considerato sette diverse aree di intervento del Welfare e calcolato la spesa per ognuna di queste aree partendo da dati non aggregati e riallocandoli sulla base degli interventi erogati ai diversi gruppi target, e non sulla base degli assetti istituzionali (ovvero degli enti che erogano o definiscono gli interventi).

Abbiamo suddiviso la spesa totale di Welfare in 3 diversi perimetri di analisi per indagare l'allocazione delle risorse nei diversi sistemi.

AREA DI INTERVENTO	Beneficiari e gruppi target	PERIMETRI DI WELFARE
Pensioni	Persone che ricevono una pensione al termine della carriera lavorativa e beneficiari di pensioni di reversibilità	MACROPERIMETRO
Spesa sanitaria	Interventi sanitari per adulti e minori.	
Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro	Politiche e interventi per i lavoratori	
Politiche abitative	Persone che hanno problemi di alloggio.	
Interventi per famiglie e minori	Minori (a rischio di esclusione sociale e non), giovani e famiglie	MESOPERIMETRO
Interventi per esclusione sociale e povertà	Persone a rischio di esclusione sociale	
Long term care e invalidità	Anziani non autosufficienti e disabili (adulti e anziani)	MICROPERIMETRO

10 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE: I PERIMETRI DI RIFERIMENTO

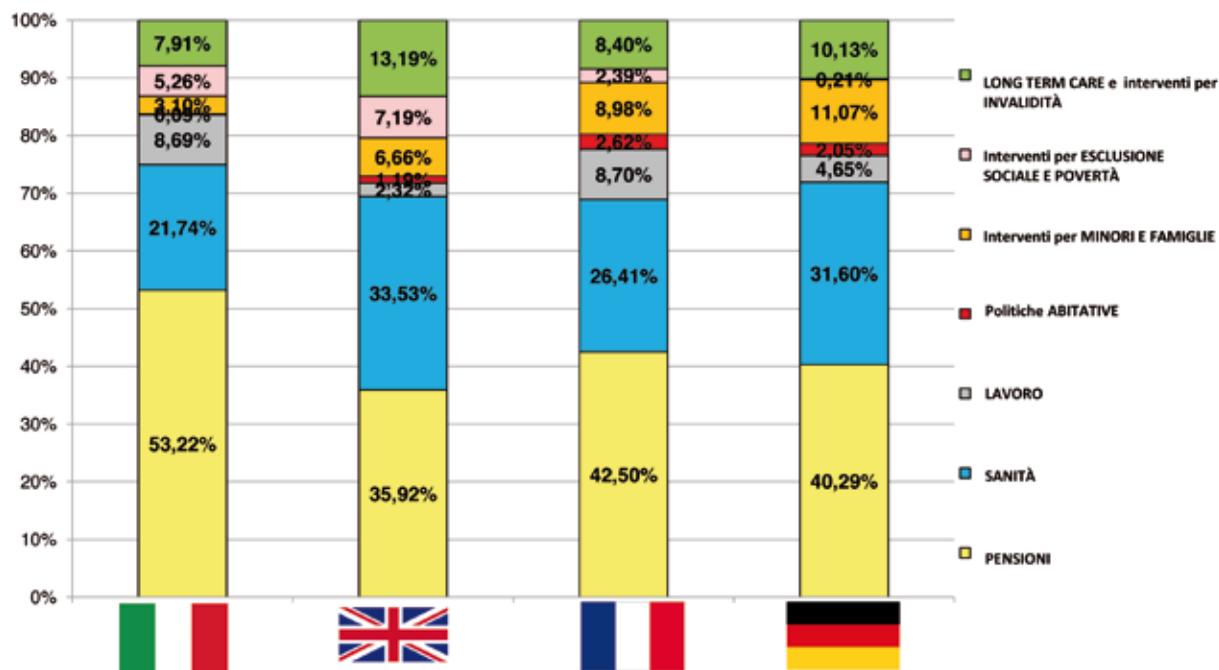
La spesa pubblica di Welfare in € pro capite (8) :

euro PRO CAPITE				
LONG TERM CARE e interventi per INVALIDITÀ	€ 558	€ 963	€ 841	€ 912
MICROPERIMETRO	€ 558	€ 963	€ 841	€ 912
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	€ 219	€ 486	€ 899	€ 997
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	€ 371	€ 525	€ 239	€ 19
MESOPERIMETRO	€ 1.148	€ 1.974	€ 1.979	€ 1.928
PENSIONI	€ 3.755	€ 2.623	€ 4.255	€ 3.629
SANITÀ	€ 1.534	€ 2.449	€ 2.644	€ 2.847
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	€ 613	€ 170	€ 871	€ 419
Politiche ABITATIVE	€ 6	€ 87	€ 262	€ 184
MACROPERIMETRO	€ 7.055	€ 7.303	€ 10.011	€ 9.008

FONTI: Elaborazione Cergas su "Bilancio sociale INPS – 2010", "Istat – 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009", "Bilancio INAIL – 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010" (Italia); "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" (Inghilterra); "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis" (Germania)

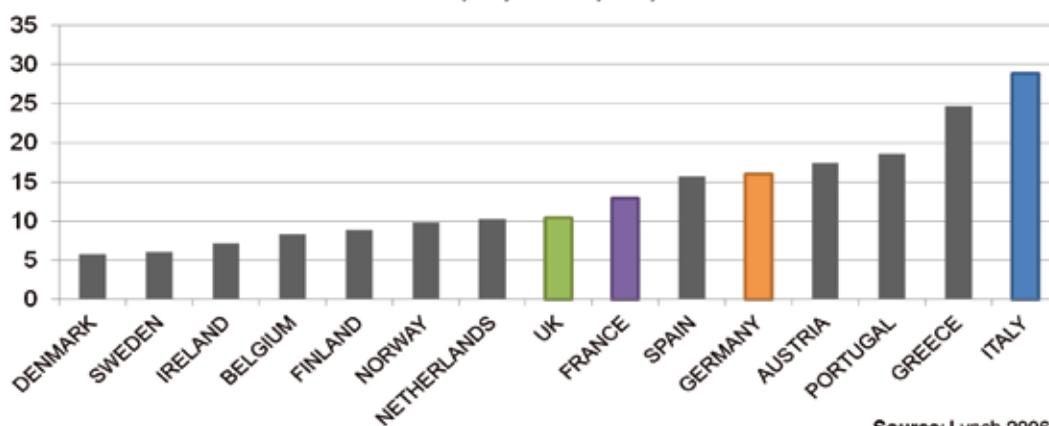
11 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE: AREE DI INTERVENTO

Distribuzione della spesa per le diverse aree di intervento (9):



12 - RAPPORTO TRA SPESA PER ANZIANI E SPESA PER NON ANZIANI

Rapporto tra spesa per anziani e spesa per non anziani
(media di valori 1985/2000 per persona over 65 come %
del pil pro capite)



Source: Lynch 2006

(10) **RAPPORTO TRA SPESA PER ANZIANI E SPESA PER NON ANZIANI:** rapporto tra la spesa complessiva di protezione sociale per gli anziani (inclusendo pensioni e servizi per la non autosufficienza) e la spesa per cittadini non anziani (ad esempio: sussidi di disoccupazione, politiche per il mercato del lavoro attivo, assegni familiari, servizi familiari). Questo indicatore permette di stimare il peso relativo della spesa per anziani in un sistema di Welfare (Lynch, 2006, pp.4)

13 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE: I PERIMETRI DI RIFERIMENTO

Spesa pubblica di Welfare come % della spesa pubblica (11) :

% DI SPESA PUBBLICA				
LONG TERM CARE e interventi per INVALIDITÀ	4,2%	6,7%	4,9%	6,4%
MICROPERIMETRO	4,2%	6,7%	4,9%	6,4%
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	1,7%	3,4%	5,3%	7,0%
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	2,8%	3,6%	1,4%	0,1%
MESOPERIMETRO	8,7%	13,7%	11,6%	13,5%
PENSIONI	28,5%	18,2%	24,9%	25,5%
SANITÀ	11,7%	17,0%	15,4%	20,0%
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	4,7%	1,2%	5,1%	2,9%
Politiche ABITATIVE	0,04%	0,6%	1,5%	1,3%
MACROPERIMETRO	53,6%	50,6%	58,5%	63,3%
SPESA PUBBLICA TOTALE	100%	100%	100%	100%

FONTI: Elaborazione Cergas su "Bilancio sociale INPS – 2010", "Istat – 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009", "Bilancio INAIL – 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010" (Italia); "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" (Inghilterra); "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis" (Germania)

14 - SPESA PUBBLICA DI WELFARE: I PERIMETRI DI RIFERIMENTO

Spesa pubblica di Welfare come % del PIL (12) :

% DEL PIL				
LONG TERM CARE e interventi per INVALIDITÀ	2,1%	3,5%	2,7%	2,9%
MICROPERIMETRO	2,1%	3,5%	2,7%	2,9%
Interventi per MINORI E FAMIGLIE	0,8%	1,7%	2,9%	3,1%
Interventi per ESCLUSIONE SOCIALE E POVERTÀ	1,4%	1,9%	0,8%	0,1%
MESOPERIMETRO	4,4%	7,1%	6,5%	6,1%
PENSIONI	14,4%	9,4%	13,9%	11,4%
SANITÀ	5,9%	8,8%	8,6%	9,0%
LAVORO, DISOCCUPAZIONE e INCIDENTI SUL LAVORO	2,4%	0,6%	2,8%	1,3%
Politiche ABITATIVE	0,02%	0,3%	0,9%	0,6%
MACROPERIMETRO	27,1%	26,3%	32,7%	28,4%
PIL PRO CAPITE	100%	100%	100%	100%

FONTI: Elaborazione Cergas su "Bilancio sociale INPS – 2010", "Istat – 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009", "Bilancio INAIL – 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010" (Italia); "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" (Inghilterra); "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis" (Germania)

15 - IL MICROPERIMETRO: SPESA PER LONG TERM CARE

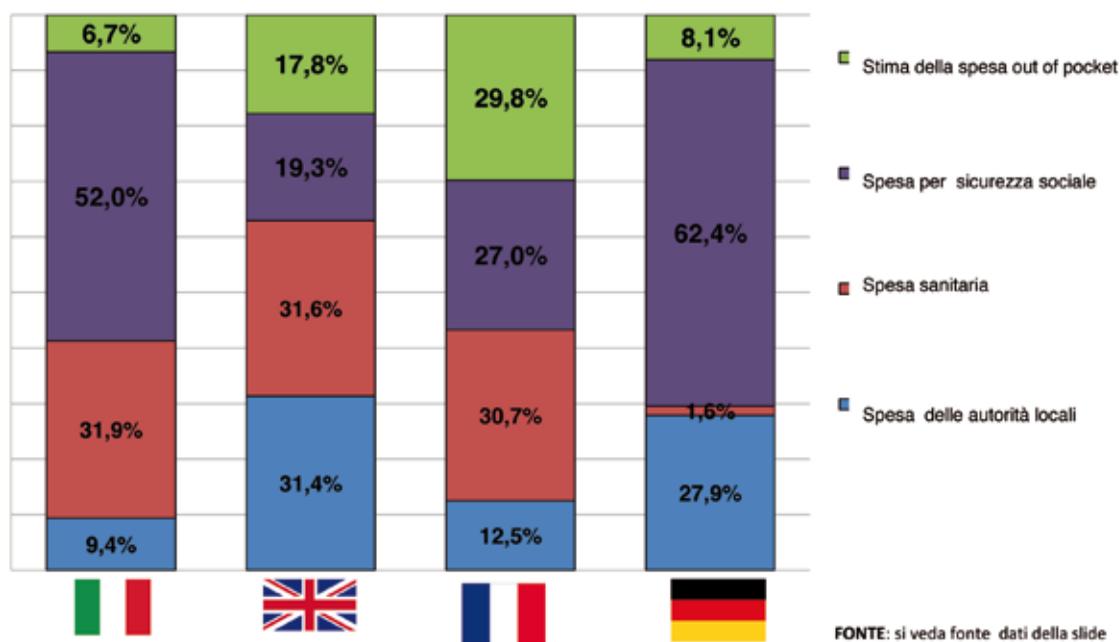
Spesa per Long Term Care allocata tra i diversi attori pubblici (13) :

Spesa per LONG TERM CARE , euro pro capite				
Spesa degli enti locali	€ 56	€ 367	€ 150	€ 277
Spesa sanitaria	€ 191	€ 370	€ 368	€ 16
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 311	€ 226	€ 323	€ 619
Spesa pubblica complessiva	€ 558	€ 963	€ 841	€ 912
Spesa out-of-pocket stimata (*)	€ 40	€ 208	€ 356	€ 80
Spesa pubblica complessiva + out-of-pocket	€ 598	€ 1.171	€ 1.197	€ 993

(*) **Stime Cergas basate su:** "Fondazione Censis- Long Term Care e Assistenza Integrativa - 2008" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011" (Inghilterra); "Joel et alii 2010", "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", (Francia); "Schulz, 2010" (Germania).

FONTI: elaborazione Cergas su "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" (Inghilterra); "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)

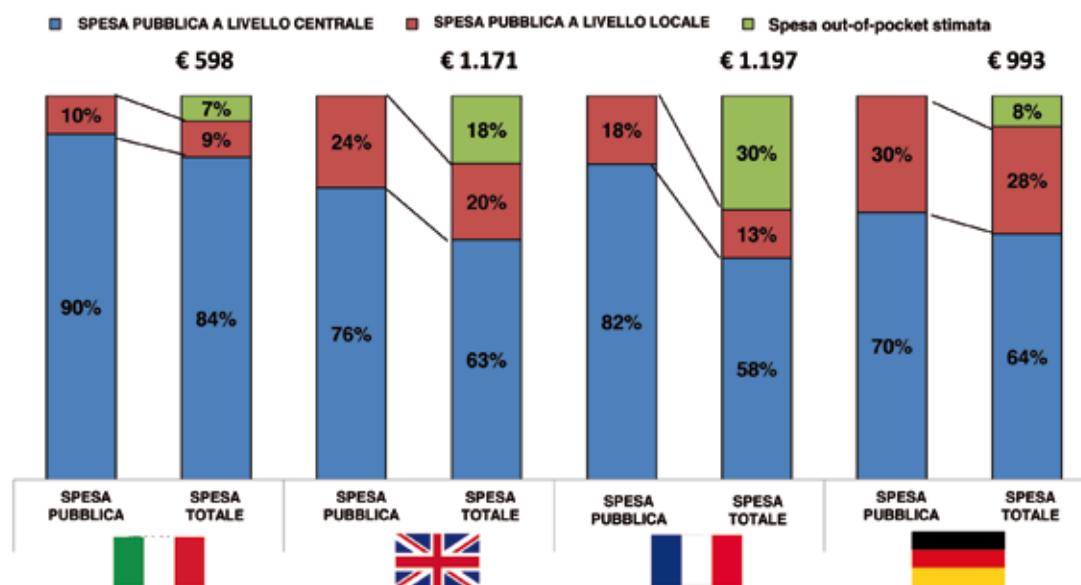
16 - IL MICROPERIMETRO: SPESA PER LONG TERM CARE



Fonte: si veda fonte dati della slide numero 16

17 - IL MICROPERIMETRO: SPESA PER LONG TERM CARE

Spesa pubblica per non autosufficienza gestita a livello locale, gestita a livello centrale e incidenza dell'out of pocket: (14)



18 - IL MICROPERIMETRO: BENEFITS MIX

Politiche per la Long Term Care: prestazioni cash vs servizi reali (15):

	Prestazioni per Long Term Care - SPESA		Prestazioni per Long Term Care - UTILIZZATORI	
	PRESTAZIONI CASH	SERVIZI REALI	PRESTAZIONI CASH	SERVIZI REALI
	52%	48%	1.933.000 (*)	?
	46%	54%	57%	43%
	39%	61%	60%(**)	40%
	31%	69%	53%	47%

(*) Numero di beneficiari di "Indennità di accompagnamento" - 2011

(**) Stima basata sul numero di beneficiari "APA" - 2011

FONTI: Elaborazione Cergas su "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)

19 - IL MICROPERIMETRO: I PRODUTTORI DI SERVIZI

Natura dei produttori di servizi (16):

	SERVIZI RESIDENZIALI (*)			SERVIZI DOMICILIARI (*)		
	PRODUTTORI PUBBLICI	PRODUTTORI PRIVATI (profit e non)	DIMENSIONE MEDIA (n. di letti)	PRODUTTORI PUBBLICI	PRODUTTORI PRIVATI (profit e non)	DIMENSIONE MEDIA (utilizzatori)
	2.686 (**)	-	53	-	-	-
	35%	65%	95	40%	60%	60
	54%	46%	66	30%	70%	-
	5%	95%	73	2%	98%	44

(*) % basata sul numero di servizi esistenti

(**) Numero di produttori pubblici di assistenza a domicilio per anziani non autosufficienti in Italia, dati completi non disponibili

FONTI: Elaborazione Cergas su: "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).

20 - IL MICROPERIMETRO: ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI INCLUSI NEL SISTEMA

Sistema di Long term care e copertura dei bisogni (17):

					
Popolazione oltre i 65 anni		12.301.537	10.563.000	13.186.000	16.844.000
POPOLAZIONE TOTALE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE	TASSO DI PREVALENZA	18,50%	23,05%	23,62%	30,27%
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OVER 65 NON AUTOSUFFICIENTE (A)	2.275.784	2.435.000	3.114.533	5.098.679
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OVER 65 NON AUTOSUFFICIENTE CON TASSO DI PREVALENZA= 18.5% (B)	2.275.784	1.954.155	2.439.410	3.116.140
POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE (C)		2.165.070	1.377.000	1.200.000 (*)	2.041.800
% DI POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA NEL SISTEMA (C/B)		95,14%	44,37%	49,19%	65,52%
% DI POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA NEL SISTEMA - PREVALENZA NAZIONALE (A/C)		95,14%	35,61%	38,53%	40,05%

(*) Numero di beneficiari "APA"

IL TASSO DI PREVALENZA 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. **FONTI:** elaborazione Cergas su: "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).

FONTI: Elaborazione Cergas su "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).

21 - IL MICROPERIMETRO: ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CON NECESSITÀ DI LONG TERM CARE

Costo per assistito (18):

				
SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 33.926.400.000	€ 60.399.082.569	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000
POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI INCLUSA NEL SISTEMA (a)	2.165.070	1.377.000	1.200.000 (*)	2.041.800
DISABILI ADULTI INCLUSI NEL SISTEMA (b)	571.520	745.000	956.600 (**)	418.200
NUMERO COMPLESSIVO DI PERSONE INCLUSE (a+b) = NUMERO COMPLESSIVO DI UTENTI	2.736.590	2.122.000	2.156.600	2.460.000
Spesa annua per assistito	€ 12.397	€ 28.463	€ 25.475	€ 30.340
Spesa mensile per assistito	€ 1.033	€ 2.372	€ 2.123	€ 2.528

(*) Numero di beneficiari "APA" -2011

(**) Numero di beneficiari "AAH" -2011

FONTI: Elaborazione Cergas su: "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 Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008", " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania).

22 - RIASSUMENDO...

1. La **REGOLA DELL'INTERVENTO** come metodo per comparare i sistemi di welfare in Italia, Francia, Germania, UK
2. Il livello macro (che include la spesa totale per il welfare) e il livello micro (focus su Long Term Care e Disabilità)
3. Dimensioni di analisi chiave: assetti istituzionali, meccanismi di finanziamento, definizione delle policy e delle strategie, management
4. Livelli: centrale vs locale; trasferimenti finanziari vs prestazioni; spesa pubblica vs spesa out-of-pocket
5. Long Term Care: bisogni e tassi di copertura

Note alla presentazione

- (1) GDP è l'equivalente dell'italiano PIL ovvero Prodotto Interno Lordo. In questa tabella si mostrano le differenze in termini di Pil totale, pro capite e standardizzato per parità di potere d'acquisto tra i paesi. Si mostra poi qual è la spesa assoluta per interessi sul debito pubblico dei differenti Paesi (Public expenditure for financial debt), l'incidenza dell'economia sommersa (Shadow economy, FONTE: Schneider, 2011, Size and development of the shadow economy from 2003 to 2012: some new facts) e l'indice di Gini (che mostra quanto la ricchezza sia concentrata da 1 a 100: paesi con indice pari a 100 vedono tutta la ricchezza concentrata nelle mani di una persona sola) per mostrare come differenti livelli assoluti di Pil possano poi articolarsi nei singoli Paesi.
- (2) DEPENDENCY RATE (indice di dipendenza) mostra il rapporto tra la popolazione inattiva over 65 e la popolazione attiva 15-64. Questo dato ci mostra quanto la popolazione anziana di un paese dipenda relativamente dalla popolazione adulta e attiva nel mondo del lavoro. Seguono poi dati sulle caratteristiche delle famiglie: tasso di fertilità, % di nuclei famigliari composti da genitore single, % di nuclei famigliari composti da anziani soli e le dimensioni medie dei nuclei famigliari (FONTE: Iakovou M., Skew A., 2010, Household structure in the UE, ISER Working paper series n°10). Queste misure ci mostrano alcuni trend sociali trasversali nel contesto europeo.
- (3) La tabella mostra i dati di occupazione, occupazione femminile e disoccupazione dei vari paesi mettendoli in relazione con il livello di istruzione totale. L'indicatore mostra infatti la % di popolazione con un livello di istruzione pari a livello di istruzione medio superiore o universitario che in Italia rappresenta il 55% circa della popolazione.
- (4) La tabella mostra il numero di Regioni, Province e Comuni (o livelli corrispondenti) per ognuno dei quattro paesi e le loro dimensioni medie in termini di abitanti, mostrando diversi modelli di organizzazione del territorio ma confermando alcune caratteristiche ricorrenti tra i paesi europei.
- (5) La tabella mostra la suddivisione della spesa pubbliche e delle entrate tra diversi livelli di Governo di ogni paese mostrando una coerenza interna tra entrate e uscite per livelli di Governo per Francia e Germania e una maggior redistribuzione per Italia e Uk. (*) Non è stato possibile evidenziare in tutti i casi i trasferimenti tra diversi livelli di governo che possono quindi essere stati conteggiati due volte.
- (6) La spesa pubblica è rapportata al Pil per evidenziare la distribuzione tra spesa pubblica e privata e all'interno della spesa pubblica tra diverse tipologie di spesa (per welfare, per interessi sul debito e per altro).
- (7) Il metodo che abbiamo utilizzato per calcolare la spesa di Welfare di ogni singolo Paese e la sua articolazione interna si basa sulla riclassificazione della spesa di Welfare in base alla "Interventions rule". Siamo partiti dai dati originali e disaggregati dei singoli Paesi (utilizzando dati da fonti statistiche nazionali invece che internazionali) e abbiamo aggregato ogni voce di spesa per singolo intervento sulla base dei destinatari. Abbiamo così ottenuto 7 aree di intervento definite in base agli utenti target e non alle Istituzioni che erogano o finanziano gli interventi. Un esempio sul caso italiano per chiarire il metodo: le indennità di accompagnamento, anche se erogate da Inps, non sono state attribuite alla voce Pensioni (Pensions) ma alla voce Anziani non autosufficienti (Long term care and invalidity interventions). Le 7 aree individuate sono poi raggruppate in: macroperimetro (tutto il welfare); mesoperimetro (interventi per infanzia, famiglia + interventi per povertà ed esclusione sociale + interventi per non autosufficienti: costituiscono gli interventi di Welfare sociale alla persona); microperimetro (interventi non autosufficienti). Questo è utile per comparare l'articolazione interna dei sistemi.
- (8) Nella tabella sono riportati i valori procapite della spesa di welfare per i 4 paesi articolata secondo Aree di intervento e perimetri di riferimento. Per ogni paese è possibile valutare, in euro pro capite sulla popolazione totale del paese, l'articolazione della spesa di Welfare per varie aree di intervento (quale la spesa pro capite per sanità pura? Quale per non autosufficienza?) ma anche l'articolazione dei diversi perimetri.
- (9) Il grafico mostra l'articolazione interna per aree di intervento della spesa di Welfare dei singoli paesi. Prescindendo dai valori assoluti e dal livello di spesa, i diversi sistemi mostrano diverse strategie nella distribuzione della spesa tra interventi.
- (10) Il grafico mostra il valore del rapporto della spesa per anziani sulla spesa per "non anziani" in diversi paesi. L'indicatore rapporta la spesa sociale per anziani (in pensioni e servizi) alla spesa sociale per disoccupazione, politiche attive del lavoro, politiche e servizi per la famiglia e misura il valore relativo della spesa per anziani.
- (11) La tabella mostra l'articolazione della spesa di welfare di ogni paese rispetto alla spesa pubblica.
- (12) La tabella mostra l'articolazione della spesa di welfare di ogni paese rispetto al Pil. In questa distribuzione incide in prima istanza la % di Pil che il singolo paese dedica a spesa pubblica e, in seconda istanza, la % di spesa pubblica che il paese dedica al Welfare in una concatenazione di effetti.
- (13) In tabella si mostra in valori pro capite la distribuzione della spesa per non autosufficienza tra diversi attori pubblici (livello locale, sistema sanitario, altri attori prevalentemente previdenziali). Si riporta anche la stima della spesa out of pocket: si intende la spesa privata delle famiglie al netto dei trasferimenti ricevuti da attori pubblici. Questa stima è stata calcolata a partire da studi e report riferiti ai singoli paesi e alla non autosufficienza per anziani in particolare.
- (14) Il grafico mostra l'incidenza % della spesa pubblica per non autosufficienza gestita a livello locale e gestita a livello centrale in modo da evidenziare la ripartizione delle competenze tra diversi livelli di governo. Parallelamente mostra anche come varia questa distribuzione agguinando la spesa out of pocket.
- (15) La tabella mostra come in ogni paese si distribuiscano prestazioni cash (cash benefits = assegni, invalidità, buoni sociali) e servizi reali (in-kind benefits = servizi residenziali, diurni, assistenza domiciliare) sia rispetto alla spesa che rispetto al numero di utenti che ricevono l'uno o l'altro tipo di prestazioni. Interessante notare come le proporzioni siano invertite guardando a spesa e a numero di utenti. Per il caso italiano abbiamo riscontrato una mancanza sistematica di dati precisi.
- (16) La tabella mostra la % di produttori pubblici e privati (profit + non profit) per i diversi paesi e servizi. Per il caso italiano abbiamo riscontrato una mancanza sistematica di dati precisi.
- (17) La tabella mostra in sequenza: il numero di anziani over 65 residenti in ogni paese, il tasso di prevalenza utilizzato in ogni paese per la stima degli anziani non autosufficienti (tasso di prevalenza = incidenza statistica della condizione di non autosufficienza sulla popolazione di riferimento, nel nostro caso la popolazione over 65; il tasso varia a seconda del riconoscimento dello stato di non autosufficienza adottato in ogni paese), il conseguente numero di non autosufficienti stimato sia con il tasso di quel paese che con quello valido in Italia (18,5% degli over 65). Stimata la popolazione target non autosufficiente si riporta il numero degli anziani in carico al sistema di welfare (che ricevono almeno uno degli interventi disponibili): per l'Italia non essendo disponibile un dato totale ufficiale si approssima utilizzando il numero dei beneficiari di assegno di accompagnamento. Rapportando il numero di anziani in carico al numero di anziani non autosufficienti totale (si usa la stima sul tasso italiano) si ottiene il tasso di copertura del bisogno.
- (18) In questa tabella si calcola il costo per assistito: partendo dalla spesa totale per non autosufficienza coincidente con il microperimetro (anziani + disabili) si divide la spesa totale per il numero di utenti in carico (assistiti) anziani e disabili in modo da ottenere la spesa annua per assistito e la spesa mensile per assistito.

CONTESTUALIZZARE IL WELFARE

Simone Baglioni *Glasgow Caledonian University*

È difficile discutere la vostra ricerca perché è ricchissima di dati, ci avete trasmesso una mole di informazioni molto interessanti e molto utili, mi voglio limitare però a pochissimi punti.

Il primo punto parte da una domanda che mi sono fatto e che pongo anche a voi che avete realizzato questa ricerca. Venendo qui, ho cercato di capire dopo aver letto quello che Gio-

vanni Fosti ha poi presentato qui, se questa differenza tra i vari Paesi nella capacità di offrire servizi sia in termini quantitativi sia in termini di tipologia (contributi in cash piuttosto che servizi in kind), ho cercato di capire, dicevo, se questi modelli diversi di welfare, hanno un impatto diverso sulla qualità di vita delle persone non autosufficienti.

La domanda è: che differenza c'è, in termini di qualità di vita, per una persona non-autosufficiente che riceve servizi di cura in Italia, un Paese che dà poco a tutti, come avete mostrato voi, e una che vive in un Paese che dà di più ma a pochi? Dove si vive meglio? Me lo chiedevo perché appunto ho provato a cercare un po' di dati e ne ho trovati di contraddittori.

Prima Frank Bönker, il collega tedesco, parlava della scarsa affidabilità dei dati sulla qualità di vita delle persone non autosufficienti attraverso i vari Paesi, la mia domanda nasceva da un'intuizione (che si rivela però sbagliata, guardando ap-



punto alcuni dati). L'intuizione è la seguente: a rigor di logica noi ci potremmo aspettare effettivamente una diversa qualità di vita nei vari Paesi e potremmo pensare che laddove, io che ho un bisogno in quanto non sono autosufficiente, ricevo di più sicuramente sarò più soddisfatto, più contento, e tutto sommato starò meglio di chi vive in un contesto in cui riceve di meno. Ma è davvero così?

Questo è il mio vero commento alla vostra ricerca e questo mi ha fatto pensare che dobbiamo *contestualizzare* il welfare, e in particolare la parte di welfare che riguarda la non autosufficienza. Tuttavia, se adottiamo un'analisi contestuale del welfare dovremmo capire che non è solo una questione di politiche ma è anche una questione, per esempio, di cultura e di discorso pubblico sulle politiche. Un esempio: io posso anche vivere da persona non-autosufficiente in un Paese in cui ricevo 200 euro al mese invece di 400 come riceverei se vivessi nel Paese vicino al mio, tuttavia nel mio Paese il mio essere non autosufficiente non è costantemente rappresentato dai media o dai politici (ovvero nel discorso pubblico) come un peso, un fardello, o come un problema. Vivo dunque in un Paese che mi 'sostiene' anche moralmente. Questo aspetto non è 'monetizzabile' eppure è importante nella valutazione dei sistemi di welfare, ovvero dei servizi e delle politiche per i non-autosufficienti. Un esempio ancora: vivo in

Scozia e nonostante la Scozia sia in qualche modo diversa dall'Inghilterra sulle politiche sociali e sul welfare state, il dibattito nazionale arriva anche in Scozia; e in questo periodo c'è una discussione sul cambiamento di alcuni benefici che ricevono le famiglie di persone non autosufficienti o di disabili e il discorso pubblico sviluppato a tal proposito è chiaramente un discorso di stigmatizzazione. Se non altro lo è stato all'inizio, poi il Governo ha cambiato leggermente discorso e strategia, anche grazie alla reazione di una parte dell'opinione pubblica e delle associazioni di disabili. Tuttavia è innegabile che c'è la tendenza a usare un discorso pubblico stigmatizzante sul welfare, soprattutto il welfare legato alla non autosufficienza, un discorso che, come quello inglese che si riferisce al welfare come al *burden*, il peso che tutti dobbiamo sopportare a causa di alcuni. Anche questo è importante nella valutazione di un sistema di welfare e quindi l'invito è quello di riflettere sul 'quanto' – che pure è importantissimo, il vostro risultato lo trovo davvero molto rilevante – ma aggiungendoci anche queste altre dimensioni più 'di qualità' per avere una comprensione più completa del rapporto tra welfare state e benessere delle persone in generale, non soltanto

delle persone che si trovano a dover essere accudite o comunque che si trovano in bisogno di cura. Questo discorso sulla contestualizzazione del welfare state porta poi a considerare che in realtà il welfare si dovrebbe analizzare prendendo in considerazione tutta una serie di altre politiche che sono importanti: le politiche del lavoro per esempio o le politiche familiari, le politiche di conciliazione e così via. Provo a spiegarmi meglio su questi aspetti apparentemente inerenti il welfare solo indirettamente: io posso anche avere una popolazione in cui la gran parte del lavoro di cura è fornito da donne che si occupano appunto di prendersi cura di anziani non autosufficienti, e dunque ho un welfare state basato sul sostegno da privato a privato, ma ho poi un contesto, un mercato del lavoro in cui per queste donne che 'si prendono cura' rimane possibile uno sviluppo professionale, una carriera al di fuori del periodo speso a prendersi cura.

Ma posso essere invece in un contesto come quello italiano in cui c'è comunque un grosso investimento di cura da privato a privato, all'interno della famiglia, però non c'è un contesto di sostegno in altre politiche fondamentali come appunto quelle del lavoro o quelle di conciliazione.



L'altro punto che mi sta a cuore – io lavoro sulla disoccupazione giovanile quindi sono molto contento che Fosti e Sinclair abbiano parlato della questione della giustizia intergenerazionale –, ecco lavorando 'dall'altro lato' ovvero nel sistema di welfare che non si occupa di persone non autosufficienti ma che si occupa di giovani

disoccupati, ci rendiamo conto sempre di più che stiamo seduti su un vulcano e facciamo quasi finta di niente. Mi chiedo quanto pensiamo di poter resistere in una situazione di così forti squilibri intergenerazionali nell'allocazione delle risorse soprattutto quando sulle generazioni giovani pesa poi anche la responsabilità del mantenimento economico in parte dei sistemi di welfare attuali.

Questo aspetto mi permette di riallacciarmi a quanto diceva prima Giovanni Fosti circa il bisogno di integrazione delle politiche. Penso che davvero dovremmo andare verso una integrazione che non può limitarsi all'integrazione socio-sanitaria ma che diventi un'integrazione di tutta una serie di politiche, un'integrazione che sia capace di ricomporre i vari conflitti che noi abbiamo, tra i quali mi pare particolarmente importante quello intergenerazionale. Se non andiamo verso questa integrazione non credo proprio che risolveremo i problemi.

Infine, credo che potrebbe essere interessante spendere una parola nella discussione sull'integrazione delle politiche, ed è una parola sul ruolo dell'Unione Europea. Oggi qui non ne abbiamo parlato molto, però l'Unione Europea sia come suggerimento di policy sia tramite finanziamenti a progetti vari spinge le nostre società all'integrazione delle politiche. Mi e ci chiedo quanto questo ruolo dell'Unione europea possa essere di aiuto anche per ricomporre quella mancata in-

“Mi chiedo quanto pensiamo di poter resistere in una situazione di così forti squilibri intergenerazionali nell'allocazione delle risorse soprattutto quando sulle generazioni giovani pesa in parte anche la responsabilità del mantenimento economico dei sistemi di welfare attuali”

tegrazione non solo tra politiche ma anche tra livelli di governance.

Voglio chiudere con l'ultimo punto proprio sulla questione della governance perché da un lato è vero che troviamo deludente che i livelli di governo locale siano considerati rilevanti nei vari Paesi europei soprattutto per l'implementazione, ovvero la messa

in opera, delle politiche, mentre le decisioni, sia in materia di allocazione delle risorse sia di policy, vengono prese altrove. Ma è anche vero, e lo è soprattutto nel welfare state, che l'innovazione di cui tutti adesso siamo alla ricerca, come l'innovazione sociale legata ai servizi di cura, venga proprio dal livello locale. Credo sia molto difficile trovare l'innovazione top-down soprattutto in questo settore. L'innovazione nei servizi di welfare viene dal basso, viene da chi si trova a dover risolvere rapidamente una serie di problemi o a ricomporre quelle frammentazioni di cui tu prima parlavi. In tal senso, con Sinclair abbiamo lavorato per mettere insieme una serie di ricerche che si sono svolte in Europa proprio sull'innovazione sociale nella cura e nella non autosufficienza a livello locale, e la nostra proposta è che da quel livello di promozione dell'innovazione si possa effettivamente trasferire il “sapere”. Passando dal locale al nazionale si può dare vita davvero a un sistema di governance dei servizi e delle policy del welfare state che adesso non abbiamo.

Io non mi darei per vinto, non lo darei per scontato che siamo e saremo in un sistema in cui comunque rimarremo fissi a un livello nazionale che ‘utilizza’ puramente il livello locale. La realtà è già oltre questo, credo, e voi lo sapete meglio di me poiché il Cergas lavora su queste cose a livello locale da anni, e però mi sembra che tendiamo a trascurare questo punto nell'analisi del welfare. Credo, invece, sia importante. ■

LE SFIDE CHE CI ATTENDONO

Cristiano Gori *London School of Economics and Political Science.
Università Cattolica del Sacro Cuore & Irs, Milano*

Ho preparato una serie di punti che vi propongo, il primo riguarda alcuni interrogativi metodologici cui voglio accennare senza sviluppare troppo, cosa che probabilmente farà Francesco Longo dopo.

Primo aspetto: nelle classificazioni Eurostat la spesa italiana per la protezione sociale è sensibilmente più alta di quanto appaia dalle vostre ricostruzioni, quindi questo è un tema che possiamo riprendere.

Il secondo aspetto riguarda il 95 per cento di diffusione (dell'assistenza, *ndr*): secondo me non è che tutti quelli che ricevono una indennità di accompagnamento abbiano bisogno dell'indennità di accompagnamento o tutti quelli che ricevono l'Adi abbiano bisogno dell'Adi; di 95 che lo ricevono magari 70 ne hanno bisogno e 25 no.

Terzo aspetto: noi abbiamo dei dati che ci dicono che circa 350mila persone non autosufficienti per cinque o sei Adl (Activities daily living, ovvero tipologie di attività di vita quotidiana, *ndr*) non ricevono l'indennità di accompagnamento.

Ultimo aspetto di tipo metodologico: forse io terrei un po' più bassa la spesa per il long term care perché seguendo la classificazione che usa la Ragioneria Generale dello Stato risulta essere 1,86 per cento perché non vengono messe nel long term care le pensioni di invalidità, cioè assegno mensile e pensione di invalidità in quanto queste



non servono a sostenere i costi della non autosufficienza, le spese aggiuntive, ma piuttosto l'impossibilità dell'anziano o del disabile di guadagnare. Questi sono tre punti metodologici che vi propongo.

Il primo punto di contenuto. Bisognerebbe dare più forza alle politiche locali. Questo si intreccia col fatto che siamo l'unico paese dove il cash è totalmente preponderante sui

servizi e questo porta all'inevitabile dibattito su cosa fare dell'indennità di accompagnamento.

Io vorrei toccarlo brevemente, perché alcuni dei paesi coi quali ci siamo confrontati oggi ci indicano molto chiaramente la strada, che è quella che voi avete già accennato. Partiamo dal presupposto che, com'è noto, praticamente tutti i paesi europei hanno una misura (di sostegno al reddito, *ndr*) monetaria nazionale, come diritto di cittadinanza per la non autosufficienza. Il dibattito inglese ci dice che proprio questa misura è sempre stata separata dai servizi e che bisogna metterla in rete coi servizi.

L'assicurazione sociale tedesca, che è l'equivalente della nostra indennità di accompagnamento, è alternativa a soldi e servizi che prima venivano dati così (senza integrazione e programmazione, *ndr*), mentre dal 2008 si può ricevere questa misura presso un centro servizi, dove c'è un servizio di informazioni e se si vuole si ha anche diritto a una presa in carico.



L'Austria, che è il paese dove l'indennità di accompagnamento è stata utilizzata di più per pagare le badanti, ha fatto nel 2007 una riforma che prevede di legare la possibilità di ricevere l'indennità di accompagnamento all'assunzione di badanti regolari con un certo livello di formazione e con un incentivo monetario.

A me sembra che la strada sia molto chiara per cui l'indennità di accompagnamento deve essere erogata nel territorio secondo criteri di eleggibilità nazionali con un servizio di informazione legato alla rete di servizi e, se si vuole, una presa in carico. Su questo c'è un livello di consenso molto elevato. La sfida, a mio parere, oggi è laicizzare il dibattito sull'indennità di accompagnamento perché è il classico tema sul quale – sul cosa fare – più o meno tutti sono d'accordo e se si guarda agli altri paesi si vede che si stanno tutti muovendo in questa direzione, allora perché non si riesce a fare?

È un classico caso di policy italiana dove tutti sanno cosa fare, ma nessuno lo fa. Un punto che è stato molto controverso negli ultimi due anni è il criterio d'accesso. Secondo alcuni, come il ministro Sacconi, una persona deve ricevere l'indenni-

tà di accompagnamento solo se ha Isee inferiore a una certa soglia. È bene qui ricordare che in nessun paese europeo c'è Isee per ricevere l'indennità di accompagnamento; l'indennità di accompagnamento, o l'equivalente, è in Europa un diritto di cittadinanza, esattamente come c'è il diritto per la sanità, c'è il diritto di cittadinanza per la non autosufficienza.

Le cose che bloccano questa riforma sono questo aspetto sull'accesso e il timore – che giustamente hanno, ad esempio, le associazioni dei disabili e che Sacconi e Tremonti non hanno alleviato – che se si mette mano a questa misura è per ridurre le risorse loro destinate. Su questo si tratta di costruire un contesto che possa evitare questo timore.

Negli ultimi anni si è un po' diffuso il falso mito che nell'indennità di accompagnamento, in questi 15 miliardi, si possano trovare tanti soldi per i servizi o per altre cose. È un mito che ha avuto la versione di destra di Sacconi, che prevede di togliere i soldi dall'indennità di accompagnamento per darli alle cooperative, e la versione di sinistra, che prevede di togliere i soldi dall'indennità di accompagnamento per



darli ai Comuni. Assolutamente speculari.

Il punto, qualsiasi cosa se ne pensi, è che in ogni caso la riforma dell'indennità di accompagnamento è molto utile per dare informazioni, presa in carico eccetera e garantire appropriatezza delle risposte, ma in ogni caso in gran parte non può che andare su servizi erogati da assistenti familiari o da badanti per struttura dei costi, per tipo del servizio. Probabilmente qui c'è un grande spazio per le cooperative nell'informazione e nella presa in carico ma non nel servizio, per questo credo che la riforma dell'indennità di accompagnamento vada discussa, ma sapendo che con questa vivono meglio gli anziani. Magari il tema della disabilità lo tratterei separatamente, ormai in un numero crescente di paesi i due target vengono separati e mi sembra più sano, però non è da qui che si trovano risorse ulteriori per i Comuni o per le cooperative.

Terzo punto, e così andiamo sulla terza Repubblica, che mi pare di capire stia nascendo in questi giorni.

La riforma dell'indennità di accompagnamento è una dimostrazione plastica del come in Italia se si vuole riformare un tassello se ne deve rifor-

mare un altro, a causa dell'utilizzo improprio di una misura, che fa sì che oggi ci si debba domandare: se l'indennità di accompagnamento è fruita dal 12 per cento degli anziani in Lombardia e dal 15 per cento in Puglia, come spiegare questi tre punti? I tre punti si spiegano perché è noto che nei contesti con più basso livello di istruzione e più basso livello di sviluppo economico ci sono dei tassi di disabilità più alti. I tre punti si spiegano con l'assenza del reddito minimo, per cui l'indennità di accompagnamento nelle aree più deboli del paese, negli anni, ha preso il posto della pensione di invalidità civile, la cui funzione era quella di essere una misura nascosta contro la povertà.

Quindi per chi si candidasse per la terza Repubblica sono queste le due riforme da portare avanti: riforma dell'indennità di accompagnamento e introduzione di un reddito minimo, proprio perché l'una non può esistere senza l'altra, perché c'è reciproca dipendenza.

Quarto punto il tema dell'infrastruttura nazionale, il tema dei livelli essenziali le grandi riforme, Giovanni Fosti ha parlato molto di questo a partire dai dati. Adesso farò una battuta di stile longhiano. Sapete che differenza c'è tra un adulto che deve farsi una appendicite in ospedale, un bambino che deve andare a scuola e un anziano che deve ricevere l'Adi? Io l'ho capito durante la crisi. Al bambino che deve andare a scuola e all'adulto che deve andare in ospedale non si può dire: "guarda ci sono i tagli, non ti diamo il servizio", perché sono dei diritti. All'anziano che deve ricevere l'Adi si può dire: "ci sono dei tagli non te la diamo", perché non ci sono dei diritti effettivi ai servizi per la non autosufficienza. Devo dire che tutto questo parlare di livelli essenziali ho capito ora a cosa serve: quando si è in fase espansiva lo si capisce meno e quando si è in fase recessiva lo si capisce di più, perché i diritti pongono il confine su dove si può arrivare coi tagli.

Livelli essenziali o no, mi pare che il modello della grande riforma sia del tutto superato, si va su obiettivi, su servizi, su percorsi gradualmente eccetera però c'è il tema dei diritti che vanno oltre le prestazioni monetarie al sociale e al socio-sanitario, tema che questa epoca di crisi ci ha mostrato con forza.

Per quanto riguarda le riforme anche su questo sono abbastanza interessato alla terza Repubblica perché durante la seconda Repubblica a livello statale si aveva da una parte il dibattito sulle riforme, sul sociale e sulla non autosufficienza che prevedeva grandissime riforme e modelli iper regolati, dall'altra parte, nella pratica, il fondo nazionale politiche sociali o il fondo non autosufficienza prevedevano il modello dello Stato bancamat. La realtà era abbastanza schizofrenica divisa tra una proposta di iper regolazione e una pratica di bassissimo controllo effettivo.

Se guardiamo alle ultime elaborazioni sugli anziani, nella riflessione che si va facendo in questa nuova fase, i punti che voi sottolineate emergono con sempre maggiore consapevolezza; credo che sia una fase potenzialmente interessante per le riforme e anche per

“Credo che sia una fase potenzialmente interessante per le riforme e anche per un ruolo maggiore per lo Stato centrale sui diritti e su alcuni finanziamenti”

un ruolo maggiore per lo Stato centrale sui diritti e su alcuni finanziamenti. Non dimentichiamoci che, comunque, il pendolo è passato: il pendolo del Titolo V ‘decentrare, decentrare, decentrare’, degli ultimi due anni, infatti, si torna a dire: “è bene che lo Stato stabilisca alcune regole”. Come in tutti i paesi nella sanità e nel sociale si va per periodi storici, mi aspetto che nei prossimi anni anche il decisore nazionale abbia più spazio per definire alcuni interventi.

Quinto punto: ruolo dei Comuni.

Ho imparato dai vostri dati due cose: a) la spesa dei Comuni è la più bassa rispetto tutti i paesi; b) i Comuni sono maggiormente allontanati dalla rete di servizi di quanto avvenga negli altri paesi. Questo mi stimola due temi, uno nazionale e uno sulla Regione Lombardia. Quel-





lo nazionale è che queste cose non capitano per caso. Nel 1997 ci fu la Commissione Onofri che qui è rappresentata dalla professoressa Saraceno che fece alcune proposte per il welfare di fatto considerate abbastanza bipartisan su molti temi, diciamo di buon senso. Diceva: “La spesa sociale dei Comuni è lo 0.3 del Pil nel '97, in quindici anni deve diventare l'1.4 del Pil”. I quindici anni si sono compiuti adesso e siamo passati da 0.3 a 0.47: non è casuale, ha dietro meccanismi decisionali molto precisi, c'è tutta la storia di un percorso politico.

Sul ruolo dei Comuni separati da altri settori mi interessa capire cosa farà la Regione Lombardia, perché è un tema sul quale il livello regionale ha molto impatto. Io dirigo un sito che si chiama *Lombardia sociale* – promosso anche dai sindacati e da altri – dove è emerso che negli ultimi anni tutte le Regioni del centro-nord hanno lavorato su modelli di integrazione tra sociale e sanitario a livello o di assetto istituzionale o di assetto organizzativo o di percorso professionale, presa in carico con vari risultati.

Ci hanno provato, l'unica Regione che ha teo-

alizzato che questo era negativo è stata la Regione Lombardia che negli ultimi due anni ha un po' fatto marcia indietro, ha iniziato a riposizionarsi ed è interessante notare che quando abbiamo organizzato un confronto pubblico coi candidati governatori con *Lombardia-sociale*, per la Lega c'era l'onorevole Salvini che diceva: “Ci siamo accorti che questa cosa non funziona” adesso siamo curiosi di vedere se si passa dalla teoria alla pratica. L'argomento dei Comuni, in questa fase storica, è interessante quasi più sul contesto locale perché è uno dei grandi temi di policy sui cui c'è un messaggio dall'estero che è coerente col messaggio delle altre Regioni. E su questo tutti noi siamo curiosi di vedere come opererà la nuova Giunta.

Il sesto punto la libertà di scelta, che è stato molto evocato. Questo è l'altro punto che interessa Regione Lombardia al quale non posso resistere. Cos'è la libertà di scelta negli altri paesi? Non è la libertà di scelta tra erogatori, ma è una libertà di scelta che, in Germania, è almeno tra soldi e servizi; in Inghilterra è sempre più personal budget, è libertà di scelta tra tanti possibili in-

terventi, a ricordarci che la libertà di scelta nasce dal dibattito sui disabili fisici adulti che non erano interessati a poter scegliere tra una cooperativa o l'altra ma erano interessati a dire: "dateci delle risorse come nostro diritto di cittadinanza per costruirci un percorso di vita".

Quello che mi chiedo, guardando quello accade negli altri paesi, è se la Regione Lombardia, che ha sempre battuto sulla libertà di scelta come possibilità di scegliere tra diversi erogatori, vorrà andare nei prossimi anni sulla libertà di scelta come possibilità di scegliere tra diversi percorsi esistenziali, il tema sulla disabilità domiciliare residenziale e il tema della conciliazione. Già ci sono dei segni.

Sulla libertà di scelta due cose: uno, vale la pena ricordare che nei paesi che voi avete citato – come in nessun paese europeo – esiste il meccanismo del voucher per la Rsa com'era stato pensato dalla Regione Lombardia, cioè le Rsa si accreditano all'inizio dell'anno e poi ognuno insegue il suo utente, questo non ha eguali in Europa. Poi è interessante notare che in Francia siamo al 20 per cento di strutture per anziani come media tra domiciliare e residenziale for profit, mentre nel Regno Unito siamo al 75-80 per cento e in Germania quasi al 50 per cento di media. Quindi c'è anche questo tema del ruolo sempre più forte delle strutture residenziali for profit.

Il tema delle decisioni. Su questo sono molto in difficoltà perché comunque la si pensi, voi avete detto che in Italia l'intensità degli interventi è molto bassa e questo segnala una bassa capacità di decidere.

Prendiamo un dato, utenti e ore per caso in Adi: nel 2005 sono utenti il 2.9 degli anziani con 23 ore, nel 2010 si sale a 4.1 mentre le ore sono scese a 19. Ma cosa è meglio? Questo mi serve anche per dire qualche cosa su come vedo – alla luce di quello che voi dite – il dibattito dei prossimi anni. Queste sono scelte molto complicate. Io non sono sicuro che ci sia una strada migliore, ma non ho le idee chiare perché se lo si chiede funziona sempre così: gli operatori vorrebbero seguire meno utenti meglio e i programmatori vorrebbero seguire più utenti. Dopodiché hanno entrambi delle ottime ragioni perché secondo l'operatore il programmatore lo fa per avere voti e secondo il programmatore l'operatore lo fa per-

ché così si realizza di più professionalmente, lavorando con meno casi.

In paesi dove si è andati verso modelli più di concentrazione, come voi suggerite, come Inghilterra e Svezia si dice: "sì questo è efficace su alcuni, ma si perde la prevenzione".

Non c'è tempo per sviscerare, ma questo è uno di quei temi su cui nei prossimi anni sempre di più ci sarà da interrogarsi e io sono molto in difficoltà.

Terz'ultimo punto: disponibilità di dati. È vero, non si conosce il numero degli utenti per i servizi agli anziani non autosufficienti, anche se col Sina (Sistema informativo non autosufficienza) si stanno raccogliendo un numero crescente di dati, però c'è bisogno di più dati. Non vorrei che andassimo via da questa sala pensando che non ci sono abbastanza dati. Bisogna ricordare che negli ultimi quindici anni la disponibilità di dati è cresciuta tantissimo sia a livello nazionale che regionale e molto spesso il problema non è avere più dati ma è usarli.

Io temo sempre questo tema dei dati, perché può essere usato dal decisore per dire: "quindi non



decido e quindi devo fare un'altra survey". Pensate, invece, quindici anni fa sul nazionale non c'era Istat, non c'erano dati, Inps era molto più debole, e pensate anche al livello regionale. Vorrei tenere il doppio fuoco: ci vogliono più dati ma bisogna anche imparare a usare meglio i dati che abbiamo: questa è la sfida.

Penultimo punto: la dimensione diacronica nel tempo.

Voi avete evidenziato una serie di criticità, dall'altra parte queste criticità si collocano in un periodo storico. I dati 2011-2012 sono i primi dati nella storia di servizi e interventi per la non autosufficienza che non crescono più. Tu prima avevi sempre detto "non crescono abbastanza", adesso hai i dati sull'indennità di accompagnamento che dicono che il 2011 è il primo anno di riduzione dell'utenza nella storia d'Italia, i dati sull'Adi che si sono stabilizzati in tutta Italia e ridotti nel nord Italia come utenza, i dati sui Comuni che sul 2012 indicano un arretramento in molti Comuni.

Questa è un'altra domanda e cioè come posizionare la vostra riflessione in un contesto ventennale che dice: "bisogna fare di più" mentre adesso inizia l'inversione a U?

Ultimo punto il governo della spesa. Voi dite decisioni. Questo è un tema che avete toccato benissimo e che mi ha molto stuzzicato e qui voglio dire due cose. La prima è che sulle politiche nazionali – ho avuto modo di studiarle recentemente – se non guardiamo gli ultimi quindici anni (torno ai dati della spesa dei Comuni) non sono successe per caso queste cose; l'indennità di accompagnamento è andata avanti da sola e nessuno ha investito sui servizi ma questo è capitato perché a livello politico il centrodestra non si è mai interessato di temi sociali. I due principali schieramenti, le aree politiche interessate ai temi sociali, sono stati i cattolici da una parte e la sinistra dall'altra, la sinistra si è sempre concentrata in prevalenza sui temi del lavoro e i cattolici sui temi di inizio vita o fine vita come da Dottrina. Mi

"I dati 2011-2012 sono i primi dati nella storia di servizi e interventi per la non autosufficienza che non crescono più"





viene da dire che i temi sociali del socio-sanitario non sono mai stati una priorità politica, ci sono sempre state delle precise decisioni in altro senso per cui i temi sociali erano una priorità della Caritas nel territorio, era una priorità del Comune dell'Emilia Romagna, ma se si saliva nella catena non diventavano mai una priorità della politica nazionale. La questione di inizio vita-fine vita non l'ho inventata, l'ho sentita nominare da Carlo Maria Martini. Questo tema delle decisioni sulle politiche nazionali è importante però arriva secondo me da una precisa eredità storica. E questo se volete mi dà anche un po' di ottimismo per il futuro, perché è tutto da dimostrare che vada così anche nel futuro.

L'ultimo punto il tema della spesa. Voi dite decisioni ed efficienza. Io ho capito una cosa in questi tre anni. In questi anni ci sono poche risorse per il welfare e il decisore si appoggia a due strategie retoriche: una è dire: "i soldi ci sono, usiamoli meglio" e l'altra è dire: "ci sarà il secondo welfare: le assicurazioni private, le fondazioni troveranno la risposta a fondi pubblici inadeguati".

Una cosa che abbiamo imparato in questi anni

è che l'efficienza può migliorare. Ma se non si rialloca la spesa, non si hanno abbastanza risorse pubbliche da una parte; dall'altra parte, il secondo welfare è molto utile in funzione complementare a un maggior intervento pubblico, quindi o si ottiene più spesa pubblica o si ha più disagio sociale. Non c'è un'alternativa.

Allora si deve provare a governare la spesa pubblica, cioè a riallocare la spesa pubblica ad altre voci, alla non autosufficienza, in un contesto dove questo è molto più difficile di prima.

Quali sono state le due strategie, di cui si è sempre parlato negli ultimi quindici anni, per recuperare risorse per il sociale e il socio-sanitario? Dalle pensioni o dal socio sanitario. Dalle pensioni non si è riusciti perché poi quando hanno fatto la riforma a livello nazionale all'interno della torta del fondo sanitario tra sanità e socio-sanitario non si è riusciti a riallocare.

Quindi avete ragione, il punto è governare la spesa e la sfida è riuscire a realizzare, in un contesto molto più complicato, cose che non si è riusciti a fare in un contesto molto più semplice. Questa, a ben vedere, credo che sarà una sfida di molte politiche pubbliche nei prossimi anni. ■

Conclusioni



ASPETTANDO LA RIFORMA...

Giovanni Fosti *Cergas, Università Bocconi*

Io credo di avere un minuto e la prima parte di questo minuto la dedico per ringraziare Cristiano Gori e Simone Baglioni per come hanno interloquuto con le considerazioni che vi abbiamo proposto e un'altra parte per ringraziare Francesco Longo e i miei colleghi. Avete visto che le persone che sono intervenute a presentare i casi nazionali sono tutte persone estremamente giovani e siccome so che non arrossirà neanche un po', vorrei anche dire che Elisabetta Notarnicola è la più giovane e questo è anche il motivo per cui abbiamo pensato che fosse in grado di prendersi la responsabilità di essere la prima ad aprire: noi crediamo che questo paese i giovani debbano avere titolo a prendersi le responsabilità che sono in grado di assumersi.

Le osservazioni sono tante riprendo solo una questione da Simone e una da Cristiano.

Simone ci ha posto un tema: dove si fa l'innovazione? Si fa a livello locale oppure si fa a livello centrale? È inutile fare storie, l'innovazione si fa perché dei soggetti si mettono insieme, mettono insieme i pezzi e alla fine tirano fuori qualcosa di nuovo quindi si fa a livello locale. Questo pone però il problema di un welfare che "si racconta" come locale, ed è di fatto centrale...

Io ho colto nelle sollecitazioni di Cristiano dei temi veramente straordinariamente interessan-



ti ma vorrei tornare su uno in particolare, cioè su questa questione della riforma e su cos'è che ci preoccupa nell'aspettativa della riforma. Vorrei tornare su un dato il dato è che il perimetro in cui ci stiamo muovendo è un perimetro in cui questo paese ha un Pil da 1.600 Euro pro-capite: quando il perimetro del bacino in cui peschi le risorse è così stretto, l'unico

modo per aumentare la quota di qualche cosa è ridurre la quota di qualcos'altro. Ma quando la quota di tutti è molto stretta io credo che dobbiamo immaginarci un'altra idea di cosa significhi fare welfare, che significhi capire come gli attori si mettano d'accordo dentro una traiettoria che in qualche modo ricomponga.

Questa è eminentemente una funzione di policy cioè costruire delle visioni che permettano agli attori di integrarsi dentro ad una prospettiva riconoscibile. Da questo punto di vista in questo momento la sfida al welfare non è una sfida solo di riallocazione di risorse, ma è anche la possibilità di ridisegnare un sistema che passi per la capacità locale di ricomporre risorse ed interventi, più che per l'attesa di interventi che riscrivano i giochi. I dati che funzione hanno da questo punto di vista? Qui il problema, come anche Cristiano ci segnala, giustamente, non è se non ci sono i dati, il problema è se noi crediamo o no che sia prioritario inve-

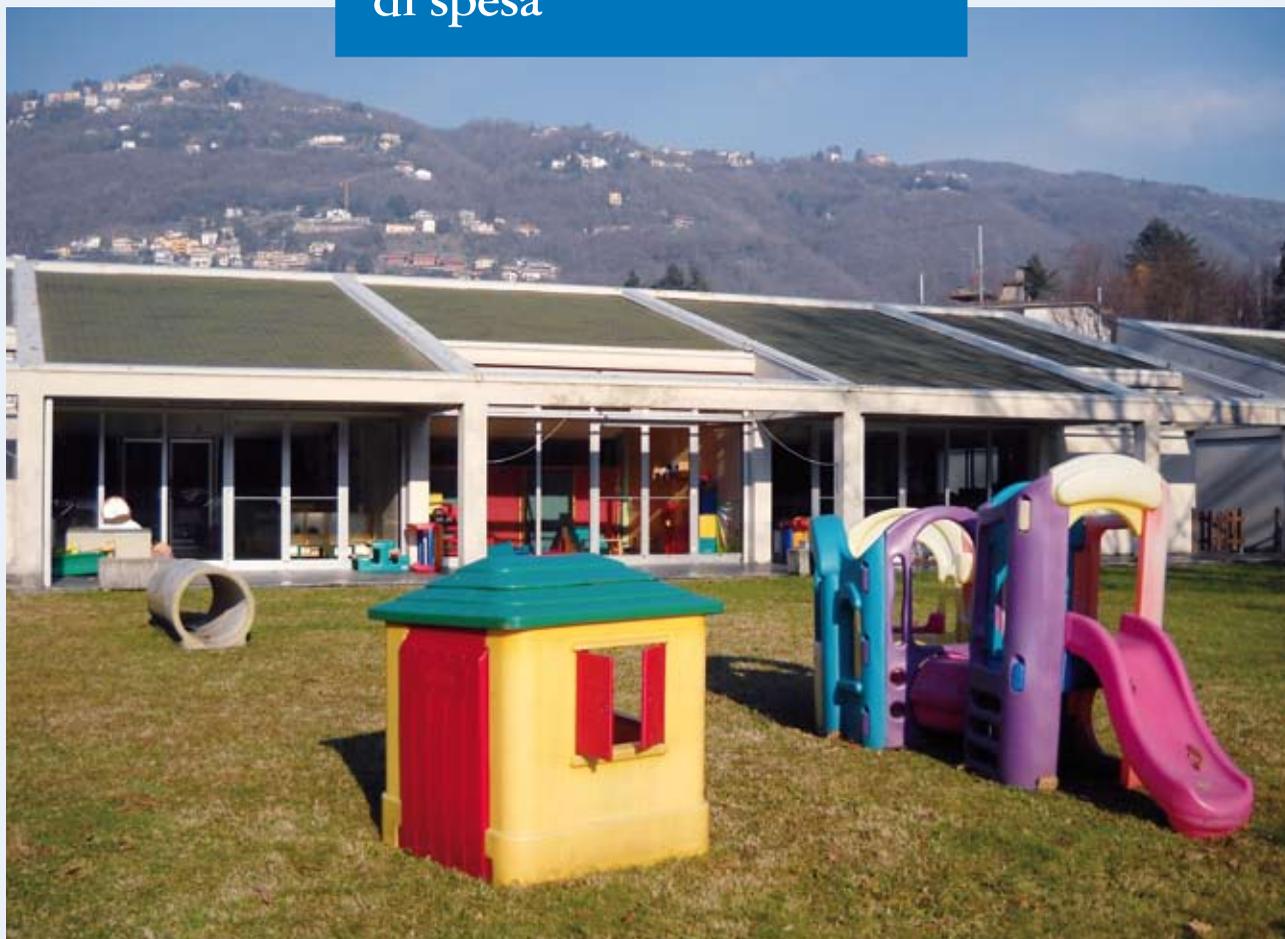
stire su dei sistemi di conoscenza in cui gli attori abbiano la geografia dei sistemi di cui fanno parte, e non solo la geografia di se stessi, e se crediamo che questo possa spostare il modo in cui si fa welfare. Se pensiamo che il problema sia solo modificare l'allocazione delle risorse vuol dire che decidiamo che con delle risorse si possa fare solo quello che abbiamo sempre fatto, più o meno qualche recupero o perdita di efficienza. Noi siamo convinti che con un welfare fatto di giochi diversi e di alleanze tra le parti con quel poco che viene messo in campo forse è possibile fare anche qualcos'altro. Ma questo significa che pensiamo agli attori dentro il welfare come soggetti capaci di creare valore e non solo capaci di gestire in modo efficiente o non efficiente delle dinamiche di spesa, e che questa cosa sia l'unica su cui investi-

re se il perimetro è quello di 1.600 euro di Pil procapite.

Mi permetterete una battuta: si può anche scrivere in una riforma che io devo correre i 100 metri in 11" netti, ma se mi costringete ad attuarla il rischio è che l'unica possibilità a mia disposizione per correre i 100 in 11 netti sia quella di truccare il cronometro... e questo diventa un pericolo. Se quella fosse l'unica possibilità è meglio non scriverlo, perché mi induce in tentazione. Questo è il problema vero che ho rispetto al tema della riforma: con un PIL procapite da 1.600 euro ci sono temi che hanno lo stesso grado di realismo della mia ca-

pacità di correre i 100 metri in 11 secondi, e se non ne teniamo conto continuare a parlare di quei temi non migliora il sistema, ma rischia di farlo deteriorare ancora di più. ■

“Pensiamo agli attori dentro al welfare come soggetti capaci di creare valore e non solo capaci di gestire delle dinamiche di spesa”



QUALE TERAPIA?

Francesco Longo *Cergas, Università Bocconi*

Possiamo riassumere la situazione del sistema di welfare italiano con tre istantanee.

1. Siamo un Paese che conosce poco il proprio sistema di protezione sociale però ne ha tanti miti. Se voi leggete i giornali c'è un'assertività incredibile: "spendiamo troppo per il welfare, se smantelliamo il welfare le imprese riprenderanno". Ovviamente queste affermazioni non sono mai documentate con dati basati su evidenze scientifiche.

Si afferma, tra l'altro che "si è spostato il pendolo su decentramento e accentrato": peccato che mentre il pendolo della retorica si è spostato la realtà è rimasta perfettamente immobile. Questo conferma il dato che siamo un paese che raccoglie poche evidenze sui fatti ma nel frattempo cita miti.

2. Siamo un paese che non sceglie. Si dà poco a tutti. L'assegno di accompagnamento è uguale per tutti, a prescindere dal reddito, dal patrimonio e dalla gravità della disabilità o della condizione sociale. I tedeschi almeno sgranano il contributo alla non autosufficienza in nove cluster diversi: tre livelli di gravità assistenziale, tre diverse intensità rispetto all'ambito di cura, informale domestico, formale domestico o ricovero. L'opacità e la scarsa conoscenza del welfare italiano non compare solo sul lato della spesa, ma anche del finanziamento. Ad esempio il finan-



ziamento dei servizi per la non autosufficienza arrivano per ben 11 miliardi dal Sistema sanitario nazionale, senza che questo sia esplicito, contabilizzato ufficialmente e riferimento di una politica dichiarata. Allo stesso modo con cui allochiamo implicitamente la spesa è implicito anche il finanziamento. Essendo tutto implicito non c'è un luogo per discuterne e non c'è neanche lo

strumento di policy a ciò deputato.

3. Siamo un paese che ha molti fondamentali in disordine. In Italia il 54 per cento delle persone sono diplomate o laureate in Germania l'80 per cento. Il tasso di occupazione femminile è inferiore di 20 punti rispetto agli altri, paghiamo il doppio rispetto agli altri di spesa per debito pubblico. Abbiamo i fondamentali del paese in disordine e questi fondamentali se si chiamano 'fondamentali' non si aggiustano né in sei mesi né in un anno né in tre anni.

In questo quadro quale terapia? Il nostro paese avrebbe bisogno di concentrarsi almeno sei mesi sulla diagnosi e di astenersi da proporre terapie e cioè iniziare a conoscere, analizzare e interiorizzare questi dati di crisi strutturale. Dobbiamo prendere coscienza che abbiamo i fondamentali in disordine, che abbiamo politiche implicite, che abbiamo un livello di consapevolezza collettiva bassa e quindi una agenda politica scarsamente allineata ai reali problemi del paese.

Iniziamo a far girare le informazioni sottolintendendo che non esistono soluzioni semplici e consolatorie, ma che abbiamo di fronte decisioni difficili. Ad esempio continuiamo ad offrire poco a tutte le persone non autosufficienti o iniziamo a segmentare le risposte in funzione del reddito o dello stato sociale o del setting assistenziale. Invece l'agenda politica del paese è lontana dal proporre diagnosi dei problemi fondamentali e dal discutere soluzioni di policy tra di loro alternative. Conoscendo la crisi del sistema l'abolizione delle Province o l'abbattimento del costo della politica non spostano i nostri fondamentali, appaiono piuttosto come soluzioni che distolgono l'attenzione, da cui partorire soluzioni apparentemente semplici, senza trade off,

e quindi consolatorie. In altri termini abbiamo un'agenda politica del tutto laterale rispetto ai nostri problemi cruciali, anche nel campo del welfare.

Propongo due domande conclusive proprio per incoraggiarci a condividere e approfondire la diagnosi, prima di discutere le possibili alternative di policy:

- 1) a fronte della profondità della crisi siamo sicuri che basta aspettare o abbiamo bisogno davvero di una stagione coraggiosa in cui rimettiamo in discussione alcune dimensioni fondanti il nostro welfare e il nostro patto sociale?
- 2) pensiamo di trasformare progressivamente il



“Negli ultimi venti anni nessuno dei quattro paesi europei è riuscito a disegnare la ‘grande riforma’ e quindi viene qualche sospetto che non sia tecnicamente disponibile o politicamente sostenibile ”

quindi qualche sospetto viene che la ‘grande riforma’ non sia tecnicamente disponibile o politicamente sostenibile.

Qual è allora l'altra prospettiva disponibile? Questa ricerca prevalentemente pone delle domande e abbiamo bisogno della pazienza di stare un po' sulla diagnosi prima di avventurarci nella individuazione delle soluzioni. La condivisione del quadro informativo, l'individuazione analitica delle principali criticità, la comprensione delle determinanti dei problemi è una premessa indispensabile a ogni formulazione di policy e il paese ha appena iniziato questa prima fase. ■

paese negli anni che ci vorranno (tre, cinque, dieci) attraverso la ‘grande riforma’, avendo osservato che nessuno dei paesi europei è riuscito a fare la grande riforma, oppure è più probabile che trasformiamo il paese attraverso una modifica delle mappe cognitive collettive, del posizionamento degli attori, provando a generare nuovi setting dove la sommatoria di tanti territori locali producono nel complesso una modifica nel paese?

Non saprei su quali delle due opzioni puntare. Da un lato ‘la grande riforma’ sembra tanto facile, perché basta scrivere una buona legge e trovare una maggioranza in Parlamento che la approva. Rimarco però che negli ultimi venti anni nessuno dei quattro paesi europei è riuscito a disegnarla e

IL VERO PROBLEMA SONO LE MANCATE SCELTE POLITICHE

Anna Bonanomi *Segretario generale Spi Lombardia*

Carla Cantone, segretario generale dello Spi nazionale, cui spettavano le conclusioni non è potuta essere con noi per altri improrogabili impegni, si scusa per la sua assenza e ci manda i suoi più cordiali saluti.

Voglio, in questi pochi minuti che ho a disposizione, ringraziare tutti i gentili ospiti che hanno partecipato alla presentazione della ricerca, in particolare Cristiano Gori e Simone Baglioni per l'importante contributo di approfondimento ma, soprattutto, per aver messo in evidenza i punti cruciali delle criticità del nostro sistema di welfare.

Lo ho già fatto nella mia introduzione stamane, ma voglio ringraziare ancora per il prezioso lavoro che oggi è stato presentato, Giovanni Fosti e tutti i ricercatori che, con lui, hanno realizzato questo prezioso lavoro.

Dalla ricerca e dai molti spunti dei nostri interlocutori mi pare si possa definire con sufficiente certezza quali sono i problemi che vanno necessariamente 'aggredditi' per disegnare un welfare più inclusivo, equo e capace di accompagnare le persone nei momenti di difficoltà della loro esistenza, siano essi lavoratori, giovani, fragili o anziani.

Mi pare che il primo grande problema si riferisca alla capacità del nostro sistema paese di mettere a disposizione risorse adeguate a far fronte a



una protezione sociale che abbia almeno gli stessi standard dei maggiori paesi europei industrializzati. Questo mi pare il vero nodo che non ritengo sia da confinare a un problema finanziario quanto a una mancata scelta politica. Nel momento in cui, di fronte ai fenomeni di profonda trasformazione della condizione sociale ed economica, si riducono le risorse della spesa socia-

le ciò significa che non si ha la volontà di aprire un confronto che porti a decidere di avviare a soluzione i grandi limiti del nostro sistema di welfare.

Sempre sul fronte delle risorse, esiste, come abbiamo visto, un problema di come si spendono le risorse disponibili. Da questo punto di vista la troppa diversificazione delle fonti di finanziamento che non trovano quasi mai nel territorio una gestione unitaria e sinergica, insieme a un utilizzo spesso svincolato da criteri che facciano riferimento al grado di fragilità della persona interessata, alla sua rete familiare, alle condizioni economiche e ai reali servizi disponibili sul territorio, rendono le poche risorse disponibili mal spese e poco finalizzate.

Esiste poi un'emergenza, la condizione dei non autosufficienti, che deve essere immediatamente affrontata. A questo proposito un nodo sostanziale, che del resto oggi da più parti è stato sollevato, fa riferimento all'assegno di accom-



pagnamento e alla necessità di riformarne i presupposti di concessione, decentrando a Regioni e Comuni le risorse da destinare poi ai non autosufficienti e alle loro famiglie, graduando l'ammontare sulla base della condizione delle persone e organizzando una gamma di servizi che supportino e aiutino a mantenere nel proprio domicilio l'anziano. Questa è una discussione che noi siamo disponibili ad aprire se si creano però le condizioni che garantiscano tale beneficio nell'ambito di un diritto che oggi è acquisito e regolato; non sono oggi altrettanto garantiti a tutti i livelli, i servizi a supporto della domiciliarità che dipendono in totale misura dalla compatibilità economica di bilancio degli enti territoriali e regionali.

Infine penso che il tema delle politiche riferite alla famiglia – che oggi è stato toccato molto relativamente – sia da trattare contemporaneamente agli altri punti di criticità. Anche in tutti gli altri sistemi analizzati la famiglia è ritenuta e considerata parte integrante del sistema di tutela della condizione della non auto-

sufficienza e ad essa sono destinate politiche, risorse che sono considerate parte integrante del processo di programmazione ed erogazione del bisogno, da noi non è così. Anzi la famiglia in moltissimi casi si fa totalmente carico del problema ed è sola nella gestione di questo enorme problema sociale.

Grazie per l'attenzione. ■

