

Il sistema di welfare

(pp. 255 - 336 del volume)

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

La sanità nell'anno della crisi

Nell'anno della crisi emerge una crescita delle spese per la salute degli italiani (molto l'11,5%, abbastanza il 27,5% e poco l'8,3%) e sono proprio gli intervistati che si sono autocollocati nelle fasce di reddito più basso a dichiarare in misura maggiore l'incremento della propria spesa sanitaria (tab. 1). Gli effetti della crisi economica e lo sforzo sistematico e diffuso di razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica si intrecciano, provocando il primo e più significativo impatto proprio sulle famiglie che si autocollano al livello socio-economico più basso.

Tab. 1 - Spesa nell'ultimo anno per la salute propria e della famiglia per livello socio-economico (val. %)

Spesa per la salute (spese per farmaci, visite mediche, dentista, analisi, ecc.)	Livello socio-economico				Totale
	Alto/Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	
Molto aumentata	7,6	8,3	18,1	19,3	11,5
Abbastanza aumentata	22,2	26,3	30,3	33,1	27,5
Poco aumentata	16,6	7,6	7,1	7,3	8,3
Rimasta stabile	52,8	55,2	41,4	36,9	50,1
Diminuita	0,8	2,6	3,1	3,4	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

E poco meno di un terzo degli italiani spendono di più anche per le prestazioni a carico del Ssn per le quali è previsto il ticket, mentre il 27,8% segnala un aumento per le spese per analisi e radiografie a pagamento intero, il 29,4% per il dentista, il 31,0% per i farmaci senza ricetta, il 35,6% per le visite specialistiche a pagamento intero.

L'impatto della crisi sembra dunque sostanzarsi in un peggioramento delle possibilità di accesso ai servizi sanitari anche pubblici che pesa di più proprio sui meno abbienti. Ciò in un contesto generale in cui non è irrilevante la quota di italiani che hanno la percezione di una recente riduzione complessiva della copertura sanitaria pubblica: il 32,7% – e di nuovo la quota si innalza proprio tra chi ha il livello socio-economico meno elevato fino al 40% circa (tab. 2).

Tab. 2 - Andamento dell'offerta pubblica per la salute negli ultimi 2 anni per livello socio-economico (val. %)

La copertura pubblica per i problemi di salute (da quelli diagnostici alle visite mediche specialistiche) secondo la sua esperienza negli ultimi 2 anni	Livello socio-economico				Totale
	Alto/Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	
Si è ridotta, sono di più le cose che mi devo pagare o per le quali devo pagare qualcosa	25,0	31,0	37,6	39,6	32,7
Si è ampliata, ci sono più cose per le quali il Servizio sanitario mi garantisce copertura	12,6	7,1	9,0	8,0	8,2
È rimasta inalterata, in realtà la copertura è sempre la stessa	62,4	61,9	53,4	52,4	59,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

Si tratta di difficoltà economiche che in qualche caso possono essersi tradotte anche in un vero e proprio ridimensionamento di consumi sanitari: quasi il 40% degli intervistati di livello socio-economico basso dichiara di essere stato costretto a rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie, ed è di poco inferiore (37,8%) la quota di chi ha ridotto l'acquisto di farmaci a pagamento. Per i meno abbienti rimane solo il welfare che spesso comunque richiede un esborso economico: il 51,9% degli intervistati di livello basso e il 42,8% di chi si autocolloca ad un livello medio-basso si sono rassegnati alla lunghezza delle liste d'attesa senza poter sperimentare l'*exit* verso la sanità privata, spesso necessaria per accedere alle prestazioni in tempi brevi.

Il rischio è che la combinazione della crisi economica, della razionalizzazione complessiva e dello sforzo suppletivo dell'adeguamento dei Piani di rientro finisca per penalizzare proprio quei cittadini che già pagano il costo di una sanità meno efficiente.

Le cure primarie per ripartire dal territorio

Il governo della non autosufficienza e la gestione della cronicità rappresentano le priorità di un sistema che risulta, invece, ancora disequilibrato, nel quale il bilanciamento tra ospedale e territorio è ancora un *work in progress*.

L'ospedale, infatti, mantiene il ruolo di catalizzatore della risposta sanitaria, al quale i cittadini ricorrono non solo nei momenti in cui percepiscono un grave rischio per la salute, ma anche nelle situazioni *borderline*: gli accessi al Pronto soccorso sono infatti stimati secondo i dati Istat in circa 55.000 al giorno. Solo nella regione Lazio gli accessi al Pronto soccorso toccano nel 2008 quota 2.125.823, e sono in gran parte ascrivibili a codici verdi (72,9%) e bianchi (9,7%) (tab. 4).

La strutturazione odierna della *primary care* risulta invece in difficoltà, ancora troppo caratterizzata da accessibilità limitata, da isolamento professionale, da scarso coordinamento pluri-professionale. I medici di medicina generale, proprio in virtù dell'ampio favore di cui godono (gli italiani esprimono nel 2009 una soddisfazione largamente maggioritaria circa l'adeguatezza del servizio, pari al 75,9% anche se con alcune notevoli differenze legate all'area geografica), rappresentano il fulcro e l'anima della ristrutturazione complessiva dell'organizzazione territoriale (tab. 5).

Tab. 4 - Dati di attività in Pronto soccorso nel Lazio, 2008 e I semestre 2009 (v.a. e val. %)

	2008		2009 (I semestre) (1)	
	v.a.	val. %	v.a.	val. %
Età				
0-14	331.879	15,6	171.697	16,4
15-44	926.534	43,6	448.939	42,8
45-64	422.824	19,9	208.341	19,8
65 e più	441.520	20,8	219.197	20,9
Non disponibile	3.066	0,1	1.366	0,1
Codice triage				
Bianco	205.484	9,7	89.400	8,5
Verde	1.550.610	72,9	760.613	72,5
Giallo	334.894	15,8	180.497	17,2
Rosso	23.872	1,1	13.784	1,3
Non eseguito	10.859	0,5	5.213	0,5
Giunto cadavere	104	0,0	33	0,0
Accessi per decisione autonoma	1.557.199	73,3	773.871	73,7
Totale (2)	2.125.823	100,0	1.049.540	100,0

(1) Archivio non consolidato per consegna errata nel I trimestre da parte del Santissimo Gonfalone (Rmg) e San Giovanni Evangelista (Rmg), nel II trimestre per consegna errata del San Giovanni Evangelista (Rmg), Civile di Anagni (Fr) e per mancata consegna del Civile di Ceccano (Fr)

(2) Esclusi i ricoveri programmati registrati in Pronto soccorso

Fonte: elaborazione Censis su dati del Sistema Informativo Emergenza Sanitaria-Laziosanità

Tab. 5 - Giudizio sulla adeguatezza del medico di medicina generale per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Adeguito	80,7	74,7	85,9	67,2	75,9
Inadeguato	19,3	25,3	14,1	32,8	24,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

Conviene fare figli in Italia?

Il calo vistoso che ha caratterizzato la fertilità e la natalità in Italia tra la fine degli anni '70 e i primi '90 ha consegnato agli italiani degli anni 2000 un Paese stabilmente a crescita zero. Il tasso di fecondità rimane tra i più bassi d'Europa: il numero di nuovi nati per 1.000 donne in età fertile nel 2007 è infatti pari a 40,3 contro i 41,9 della Grecia, i 43,1 della Spagna e i 54,8 della Francia. Una volta avuto il primo figlio, mediamente in età relativamente avanzata, molte madri italiane peraltro non ne fanno altri pur desiderandoli: secondo l'Istat circa un terzo di esse cita a questo proposito motivi economici (20,6%) e di lavoro (9,5%).

Nello scenario che i dati contribuiscono a delineare, dunque, emerge in modo chiaro come il combinarsi dell'instabilità lavorativa ed economica della popolazione giovanile con le trasformazioni di matrice culturale impatti sia sull'età del primo parto che sul ridimensionamento delle aspirazioni genitoriali delle italiane.

La strutturazione attuale del sistema di tutele d'altronde appare fortemente inadeguato e troppo legato al vincolo della condizione professionale: i dati al 2005 mostrano come il 55,2% delle donne che hanno avuto un figlio nell'anno di riferimento fossero occupate al momento del parto, e che a questa quota di donne sia spettato complessivamente l'84,0% delle prestazioni economiche per la maternità, pari mediamente a poco meno di 5.000 euro complessivi. Al contrario, alle disoccupate (il 5,2% delle madri) è spettato il 2,1% dell'importo complessivo, e a quelle in condizione non professionale (il 39,6% delle madri) il 13,9% delle prestazioni (a titolo di assegni di maternità erogati per le donne disoccupate e in condizione non professionale, misure soggette a limiti contributivi e a verifica dei mezzi) pari a circa 1.137 euro (tab. 6).

Tab. 6 - Condizione professionale delle madri dei nati nel 2005, distribuzione delle prestazioni per maternità e importo medio erogato nel 2005 (val. % e euro)

	Distribuzione madri	Distribuzione prestazioni	Importo medio erogato (euro)
Occupate	55,2	84,0	4.924
Dipendenti	46,0	75,2	5.288
In proprio	9,2	8,8	3.101
Disoccupate	5,2	2,1	1.288
Condizione non professionale	39,6	13,9	1.137
Totale	100,0	100,0	3.235

Fonte: elaborazione e stima Censis su dati Istat, Eurostat e Ministero della Solidarietà sociale

Il mercato del lavoro, che rappresenta l'unico strumento per agganciare forme di sostegno effettive, offre sempre meno stabilità, in particolare per le donne, i lavoratori nella fasce d'età più giovani e soprattutto per i lavoratori stranieri, che se da una parte contribuiscono in modo decisivo alla ripresa della fertilità, dall'altra rappresentano una categoria estremamente debole sotto il profilo socio-economico e spesso esclusa da molti dei benefici previsti per la maternità.

Politiche per l'inclusione sociale: le difficoltà delle comunità territoriali

Il disagio sociale è fortemente territorializzato, come emerge dalla graduatoria provinciale (ottenuta grazie ad un indice sintetico costruito a partire da 14 indicatori semplici) che evidenzia come il *gap* tra province del Centro-Nord e quelle del Sud-Isole sia marcato e relativo a tutte le dimensioni del disagio considerate, da quelle private (consumi e reddito) a quelle di natura collettiva, come le infrastrutture. I contesti provinciali più problematici risultano: Palermo, Agrigento, Matera, Lecce, Caserta, Crotone, Vibo Valentia e Caltanissetta, al contrario Trieste, Aosta, Belluno e Siena sono invece le province con livello di disagio sociale più basso (tab. 7).

Tab. 7 - Il disagio sociale nelle province italiane (*) (0=min, 100=max)

	Indicatore sintetico di disagio sociale	Rango
Palermo	64	1
Agrigento	63	2
Matera	63	3
Lecce	62	4
Caserta	61	5
Crotone	61	6
Vibo Valentia	60	7
Caltanissetta	59	8
Ragusa	59	9
Sassari	59	10
Nuoro	58	11
Enna	58	12
Catanzaro	58	13
Catania	58	14
Cagliari	57	15
Trapani	56	16
Siracusa	56	17
Bari	56	18
Foggia	55	19
Avellino	55	20
Messina	55	21
Salerno	54	22
Potenza	54	23
Taranto	54	24
Campobasso	54	25
Napoli	54	26
Reggio Calabria	54	27
Oristano	54	28
Cosenza	54	29
Benevento	53	30
Italia	43,2	-

(*) L'indicatore sintetico di disagio sociale, il cui valore varia da 0 (minimo) a 100 (massimo), è costruito sulla base dei seguenti indicatori: disoccupazione, andamento della disoccupazione, disoccupazione giovanile, fallimenti, sofferenze bancarie, indice delle infrastrutture sociali, reddito disponibile, consumi delle famiglie, andamento dei consumi, quota dei consumi alimentari, pensioni, criminalità diffusa, criminalità minorile, dispersione scolastica.

Fonte: Censis, 2008

Una ulteriore conferma della diversificazione territoriale del disagio offrono i dati sulle povertà estreme: in Italia vi sono 1 milione 50 mila famiglie in condizione di "povertà alimentare" (pari al 4,4% del totale), con un divario territoriale enorme, con regioni come Veneto (2,3%), Toscana (2,4%), Lazio (2,7%) e Trentino Alto Adige (2,9%) che hanno quote di famiglie in condizione di povertà alimentare sotto al 3%, ed altre come la Calabria (6,2%), la Basilicata (9,1%) e le due isole (Sicilia 9,2%, Sardegna 10,8%) che, invece, presentano valori nettamente più elevati (tab. 8).

Tab. 8 - Famiglie italiane in condizioni di povertà alimentare per regione (val. %)

	Famiglie in povertà alimentare sul totale famiglie di ciascuna regione	Famiglie in povertà alimentare sul totale Italia
Sardegna	10,8	6,7
Sicilia	9,2	17,0
Basilicata	9,1	2,0
Calabria	6,2	4,5
Puglia	6,1	8,6
Abruzzo	5,7	2,9
Molise	5,0	0,7
Campania	4,9	9,5
Piemonte e Valle d'Aosta	4,2	8,0
Friuli Venezia Giulia	3,9	2,1
Marche	3,3	2,0
Emilia Romagna	3,2	5,7
Lombardia	3,1	12,1
Liguria	3,1	2,4
Umbria	3,1	1,1
Trentino Alto Adige	2,9	1,2
Lazio	2,7	5,7
Toscana	2,4	3,6
Veneto	2,3	4,3
Italia	4,4	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Fondazione per la sussidiarietà e Istat

In questo quadro, solo muovendo verso un contesto di welfare di comunità, radicato territorialmente e in grado di promuovere una filiera di offerta (dal lavoro al sociale) fatta di erogazioni monetarie e di servizi modulati sulla composizione del sistema di bisogni locali, e in grado di valorizzare le risorse non pubbliche presenti, l'inclusione sociale potrà accrescere la propria efficacia, garantendo quella sicurezza sociale che sembra destinata a sparire con l'erosione del vecchio welfare.

Meno risorse e più conflitti nella distribuzione della spesa sociale

La crisi avrà sicuramente l'effetto di rendere più acuta la competizione sociale e territoriale intorno alle risorse per la protezione sociale. Il sentiero di lentissimo aggiustamento della spesa pubblica per prestazioni sociali, con il rosicchiamento tra il 2000 e il 2006 del primato della spesa pensionistica, risulta infatti nuovamente in discussione. La dinamica italiana degli ultimi sei anni ha infatti visto una crescita ridotta delle voci "anzianità e superstiti" e "sanità" (rispettivamente aumentate a un tasso medio annuo dell'1,6% e del 3,5%, contro l'1,9% e il 3,6% della Ue15) e al contrario incrementi più consistenti per le funzioni "disabilità" (1,9% in Italia, 1,7% nell'Europa a 15), "famiglie e minori" (5,2%, 2,0%), "housing ed esclusione sociale" (9,3%, 4,2%) e, soprattutto, "disoccupazione" (5,3%, 0,9%) (tab. 11).

Tab. 11 - Tasso medio di crescita annuo delle prestazioni di protezione sociale a prezzi costanti: un confronto internazionale, 2000-2006 (val. %)

	Anzianità/ superstiti	Malattia	Disabilità	Famiglia/ minori	Disoccupazione	Housing/esclusione sociale	Totale
Italia	1,6	3,5	1,9	5,2	5,3	9,3	2,3
Francia	3,0	3,7	3,6	2,0	2,3	1,5	3,0
Germania	0,5	-0,1	-0,5	-0,1	-3,4	10,2	0,2
Regno Unito	1,9	7,3	2,0	1,4	-0,4	3,1	3,4
Spagna	3,4	5,7	3,4	7,5	6,1	10,8	4,7
Ue15	1,9	3,6	1,7	2,0	0,9	4,2	2,5

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Uno scenario che va dunque ripensato: i dati del Nucleo di valutazione della spesa pensionistica mettono in rilievo come per stabilizzare il rapporto pensioni/Pil occorrerebbe un tasso di crescita medio annuo per il triennio 2008-2010 pari all'1,8%, lontano dagli andamenti previsti per i prossimi anni.

È forte la sensazione che la coperta si sia fatta molto corta, soprattutto se si considera il lato del finanziamento. Si pensi, infatti, all'impatto della crisi sulla previdenza complementare, nei primi nove mesi del 2009 si sono rilevati un rallentamento delle adesioni (appena +3% rispetto al mese di dicembre 2008), e diffusi problemi nei versamenti (circa 520 mila iscritti non hanno versato o hanno versato in ritardo i previsti contributi).

Per rompere l'assedio sarà necessario fare alcune scelte condivise: tanto più che sta diventando evidente una certa erosione del grado di fiducia rispetto alla capacità di tutela della protezione sociale in Italia. Nel confronto europeo gli italiani sono tra i meno convinti della capacità del proprio sistema di protezione sociale di assicurare una copertura adeguata (il 37% contro un valore medio dell'Europa a 27 pari al 48%). Tenuto conto che gli italiani sono tra i meno convinti che il welfare sia troppo costoso, è chiaro che la priorità risiede nella capacità di compiere scelte in grado di innalzare la capacità del modello sociale di dare sicurezza rispetto ai nuovi bisogni dei cittadini (tab. 12).

Tab. 12 - Opinioni dei cittadini sul sistema di protezione sociale del proprio Paese: un confronto internazionale (val. %)

Percentuale di intervistati che ritiene che la protezione sociale del proprio Paese:	Offre una copertura adeguata	Può servire da modello ad altri Paesi	Costa troppo alla società
Italia	37	28	51
Germania	62	62	54
Francia	68	81	64
Regno Unito	52	48	55
Spagna	67	64	42
Ue 27	48	46	54

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat