PERCORSI DI secondo welfare

Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

Welfare, welfare sanitario e ruolo del secondo welfare

Federico Razetti – Laboratorio «Percorsi di secondo welfare»
federico.razetti@secondowelfare.it

Concorso EconoMia

Webinar 21 marzo 2017

Struttura della presentazione

1. **Il welfare**
2. **Le politiche sanitarie**
3. **La crisi del welfare pubblico**
4. **Le possibili risposte del secondo welfare**

1. **Il welfare**
2. Le politiche sanitarie
3. La crisi del welfare pubblico
4. Le possibili risposte del secondo welfare

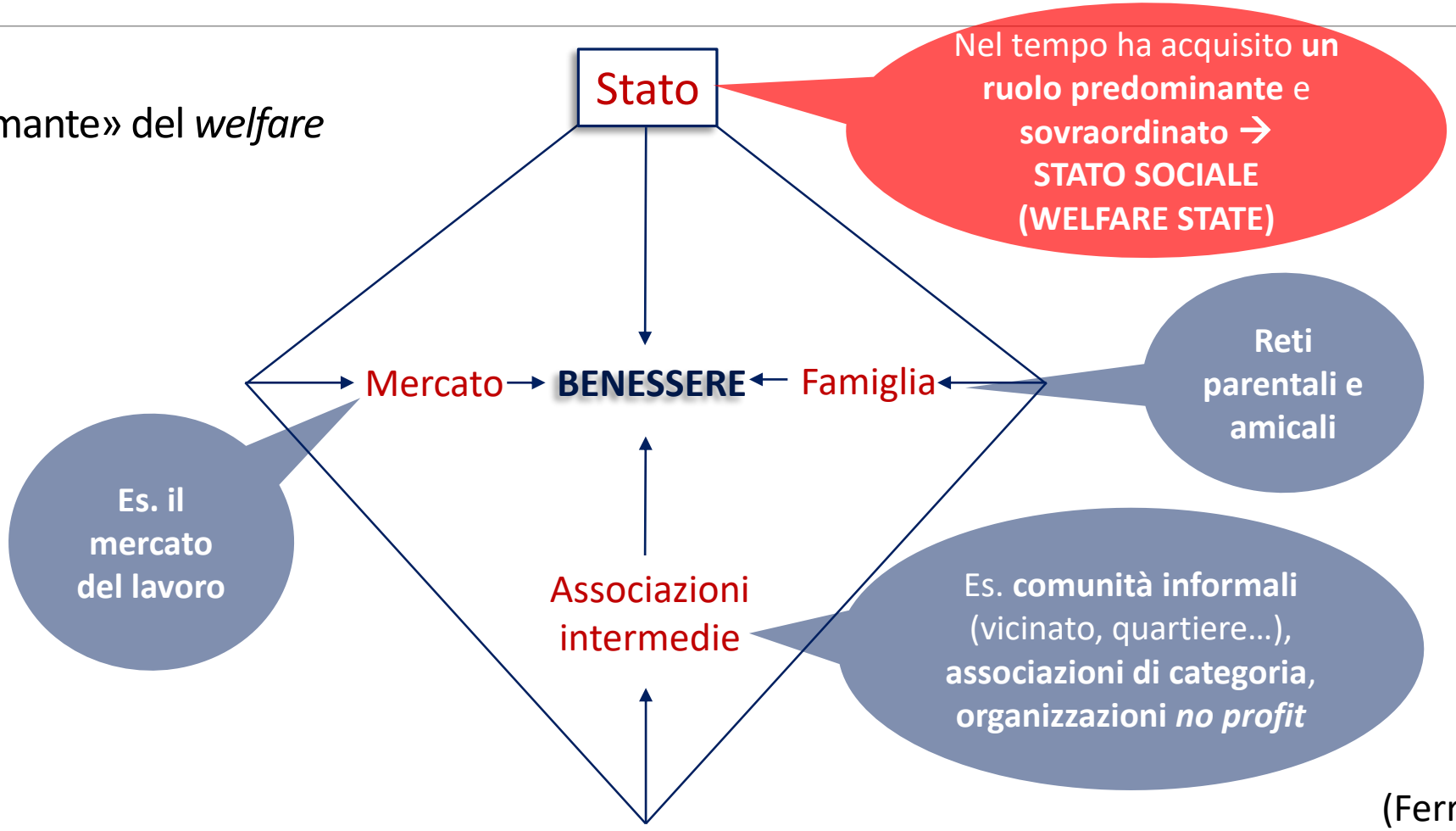
Il welfare

Welfare = **benessere**

- Insieme di **interventi** che mirano a promuovere il **benessere degli individui** lungo il **corso di vita**
- Questi interventi si rendono necessari in presenza…
  - dell'esposizione a un **RISCHIO**, cioè a un'eventualità negativa (es. **malattia**)
  - che – quando si manifesta – genera un **BISOGNO**, ovvero…
    - la **mancanza** di qualcosa di importante (es. **deficit di salute**)
    - e la **necessità** di qualcosa per porvi rimedio (es. **esigenza di assistenza sanitaria**).

Chi offre protezione rispetto ai principali rischi sociali?

Il «diamante» del *welfare*



(Ferrera 2012)

Il welfare state: le risposte ai principali rischi sociali

Welfare state

- Un insieme di **politiche pubbliche** connesse al processo di **modernizzazione** (industrializzazione, urbanizzazione, passaggio alla famiglia nucleare, alfabetizzazione di massa, democratizzazione, burocratizzazione…)
- …tramite le quali lo **Stato** fornisce ai propri **cittadini** protezione contro **rischi** e **bisogni prestabiliti**
- …introducendo, fra l'altro, **specifici diritti sociali** nonché **specifici doveri di contribuzione finanziaria**

Il welfare state: le risposte ai principali rischi sociali

Le politiche sociali

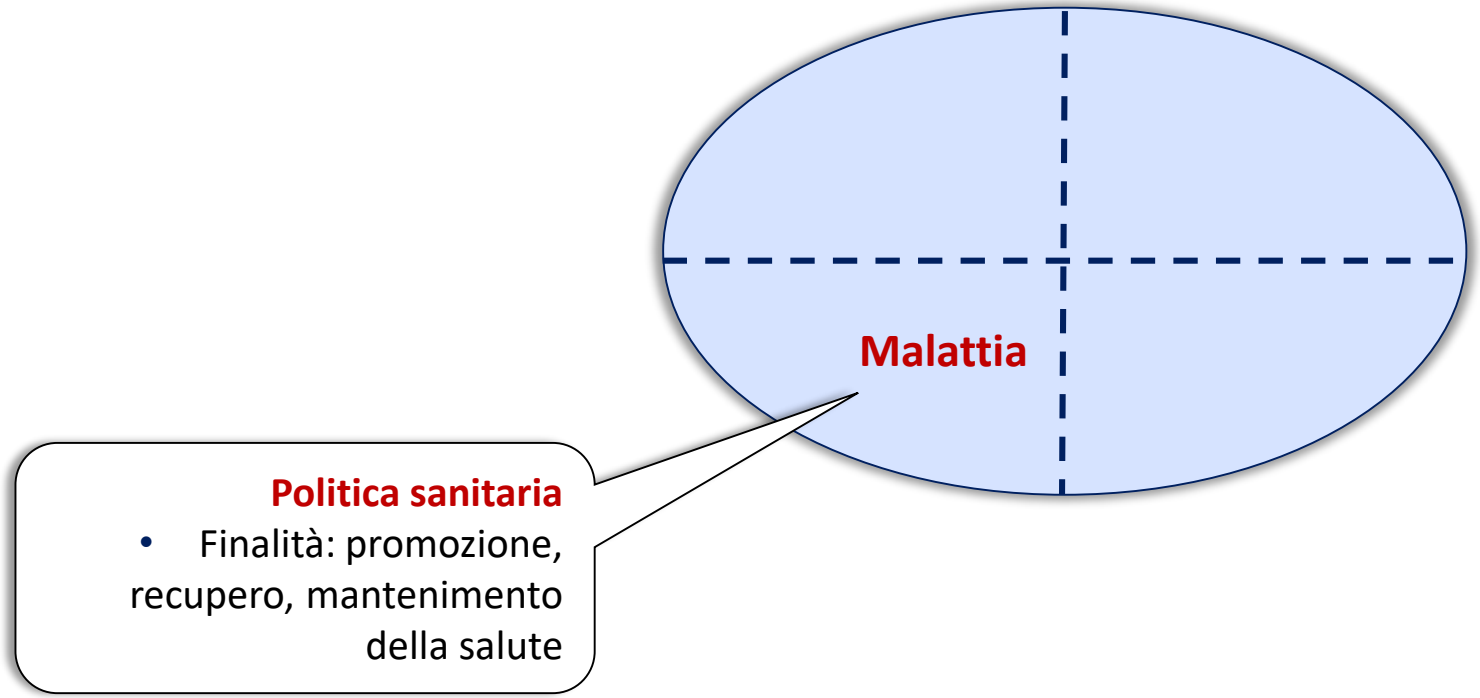
Politica del lavoro
- Finalità: regolazione rapporti di lavoro; sostegno o mantenimento del reddito; rimozione ostacoli non legislativi all'entrata/permanenza nel mercato del lavoro

Politica pensionistica
- Finalità: previdenziale, assistenziale, di sicurezza sociale

Politica sanitaria
- Finalità: promozione, recupero, mantenimento della salute

Politica socio-assistenziale
- Finalità: promozione dell'ancoramento di individui e famiglie al tessuto sociale che li circonda

Il welfare state: le risposte ai principali rischi sociali



- Come sono distribuite le risorse e le opportunità legate alla tutela degli individui rispetto al **rischio della malattia**?
- Ciò dipende (in parte) da come sono organizzati i **sistemi sanitari**

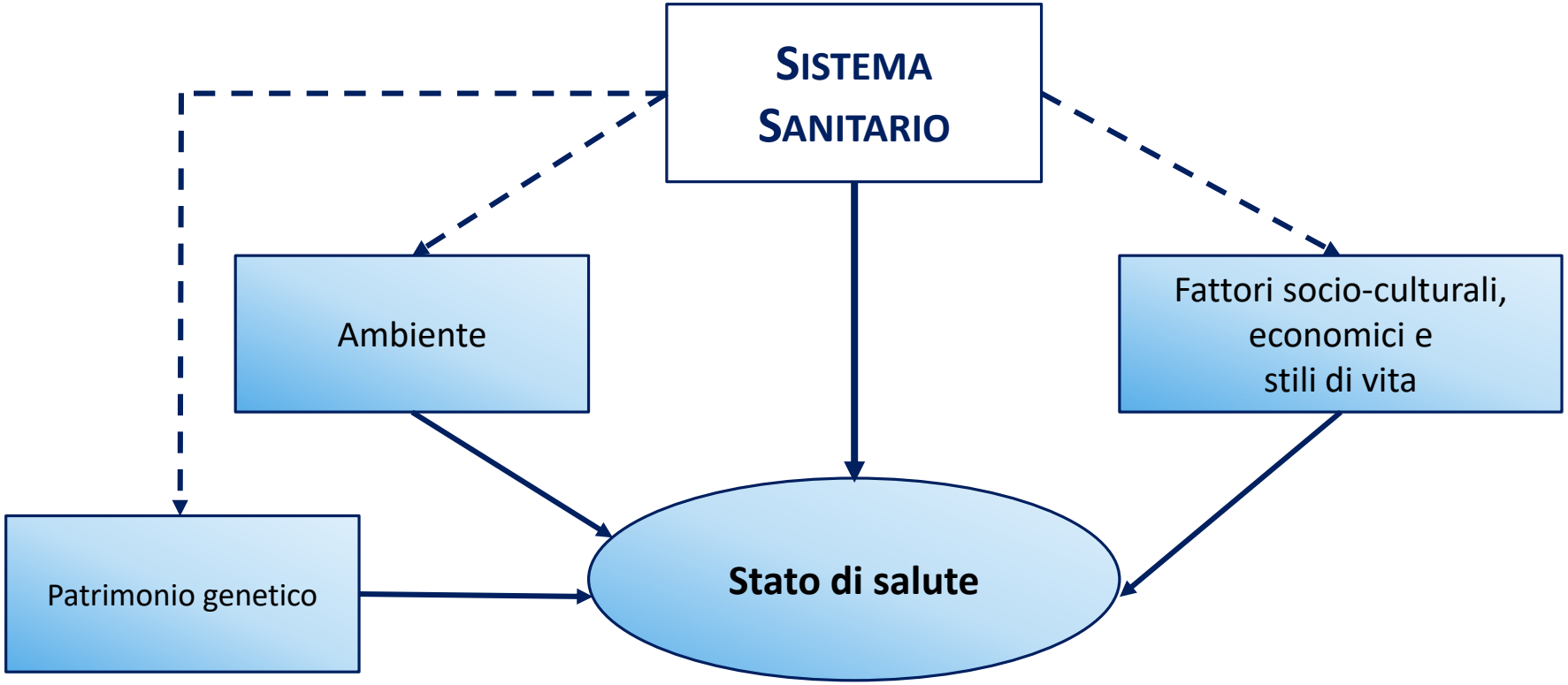
1. Il welfare
2. **Le politiche sanitarie**
3. La crisi del welfare pubblico
4. Le possibili risposte del secondo welfare

La protezione rispetto al rischio della malattia: i sistemi sanitari

- Un **sistema** è un insieme di parti interrelate e interdipendenti, volte a raggiungere obiettivi definiti.

- Un **sistema sanitario** è:
  - *the sum total of all the organizations, institutions and resources whose primary purpose is to improve health* → l'insieme di tutte le organizzazioni, istituzioni e risorse il cui obiettivo primario è il miglioramento della salute (sito WHO)
  - l'insieme delle istituzioni, delle persone, delle risorse, umane e materiali, e delle loro relazioni (personali, sociali, economiche), che concorrono alla **promozione**, al **recupero** e al **mantenimento** della **salute** (Maino 2012, p. 185; Mapelli 2012, p. 13).

La protezione rispetto al rischio della malattia: i sistemi sanitari



(Fonte: Maino 2012)

La protezione rispetto al rischio della malattia: i sistemi sanitari

	Il mercato	L'assicurazione volontaria	L'assicurazione sociale di malattia	Il modello universalistico
Finanziamento	Prezzo	Premio	Contributi salariali	Tassazione generale (solidarietà)
Prestazioni	Quelle comprate	Variano in funzione della polizza o del piano sottoscritto	Variano in funzione dello *status* lavorativo (diversi schemi)	Le stesse per tutti i cittadini (uguaglianza)
Assicuratore	Nessuno	Compagnie assicurative *for profit* e S.M.S.	Casse di malattia *no profit*	Stato
Chi è coperto	Chi (può) compra(re)	Chi (può/vuole) sottoscrive(re)	Chi paga i contributi	Tutti i cittadini (universalità)

La protezione rispetto al rischio della malattia: i sistemi sanitari

	Il mercato	L'assicurazione volontaria	L'assicurazione sociale di malattia	Il modello universalistico
	• **ITALIA (cure odontoiatriche, farmaci di fascia C, occhiali) [+ ticket]** • OLANDA (cure «aggiuntive») • [FRANCIA: ticket]	• **ITALIA (supplementare)** • USA • SVIZZERA (fino al 1996) • OLANDA (complementare) • GERMANIA (sostitutiva) • FRANCIA (complementare)	• **ITALIA (dagli anni '40 al 1978)** • OLANDA (cure «essenziali») • AUSTRIA • BELGIO • GERMANIA • FRANCIA • GIAPPONE • GRECIA	• **ITALIA (dal 1978)** • GRAN BRETAGNA • SVEZIA • DANIMARCA • NUOVA ZELANDA • CANADA • SPAGNA • GRECIA (per chi non è coperto da ASM) • USA (*Medicare* e *Medicaid*)

L'evoluzione del sistema sanitario italiano

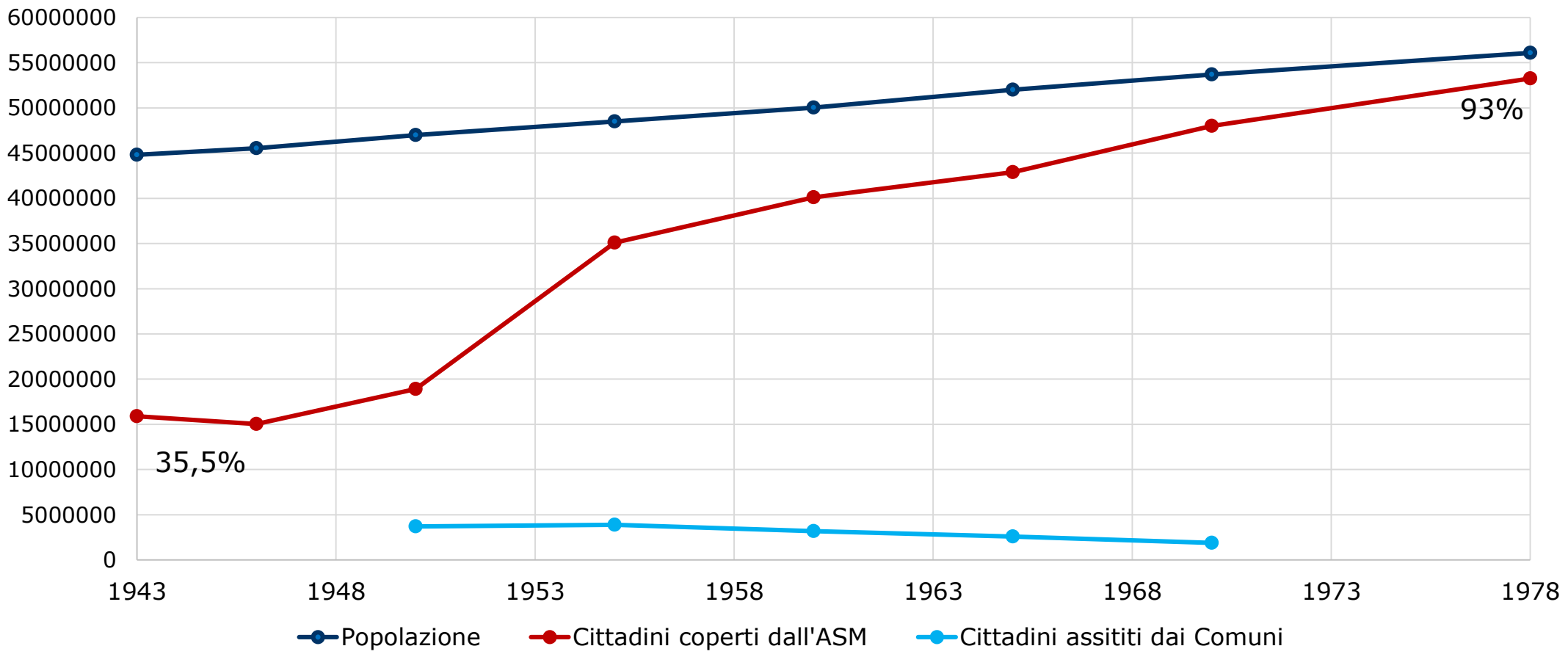
1. **L'assicurazione volontaria** e l'assistenza agli indigenti
   - Fine '800-1943

2. L'**assicurazione sociale di malattia**
   - 1943-1978

3. Il **sistema universalistico**
   - 1978-1992
   - 1992-oggi

?

La copertura sanitaria in Italia nel periodo dell'**assicurazione sociale di malattia** (1943-1978)



[Fonte: rielaborazione da Taroni 2011, Mapelli 2012, Toth 2014]

I principi base del **modello universalistico** (1978 – oggi)

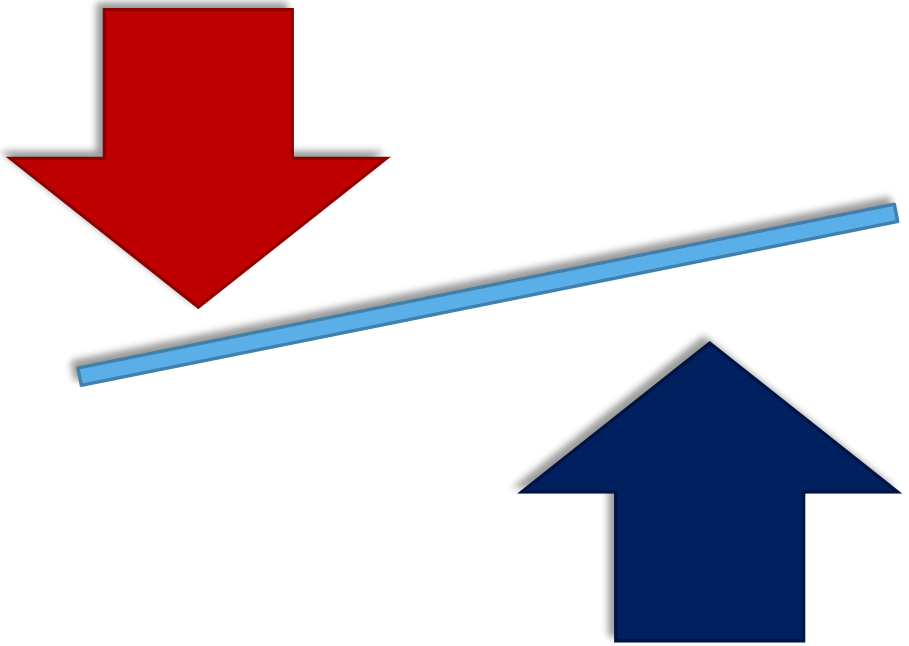
UNIVERSALITÀ DELLA COPERTURA	Diritto all'assistenza sanitaria per tutte le persone.
EGUAGLIANZA DI TRATTAMENTO	Eguaglianza di trattamento di tutti gli assistiti: a parità di bisogno, stessa cura per tutti i cittadini.
GLOBALITÀ DELLE PRESTAZIONI	Il sistema sanitario si fa carico di tutte le esigenze di salute.
UNICITÀ DELLA GESTIONE	Proprietà pubblica dei fattori di produzione e gestione da parte delle ASL.
DEMOCRATICITÀ	Partecipazione e controllo sulla gestione della sanità.

1. Il welfare
2. Le politiche sanitarie
3. **La crisi del welfare pubblico**
4. Le possibili risposte del secondo welfare

Il contesto attuale: il **welfare state sotto pressione**

Riduzione della spesa pubblica e aumento dei vincoli di bilancio

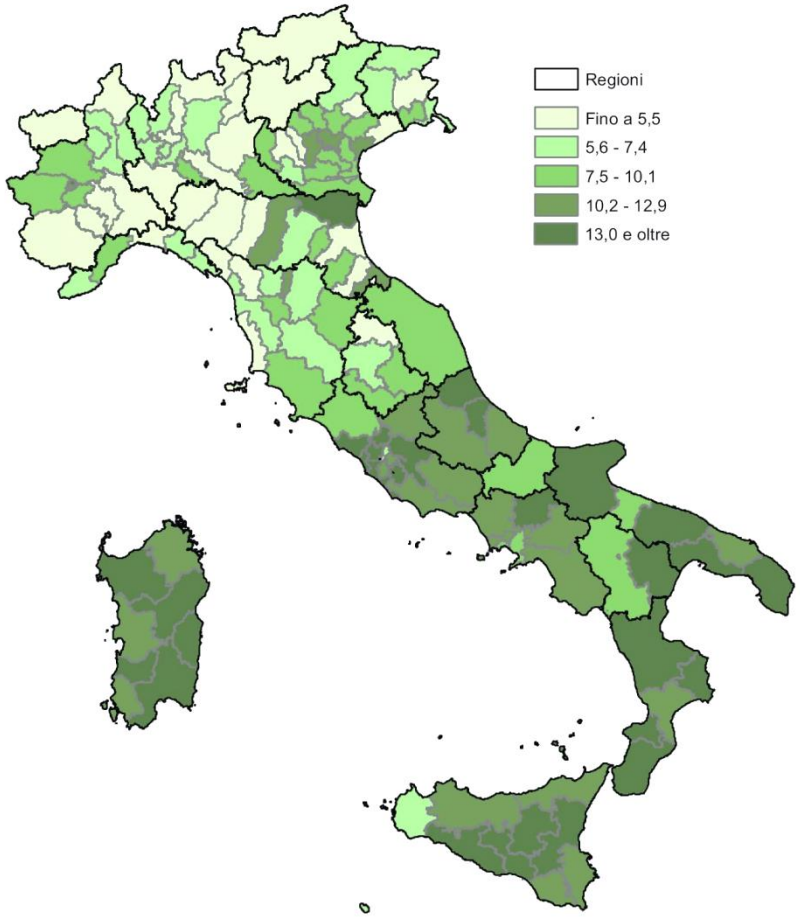
- «Permanent austerity»
- **Crisi economica** dal 2008
- Parametri di **Maastricht**

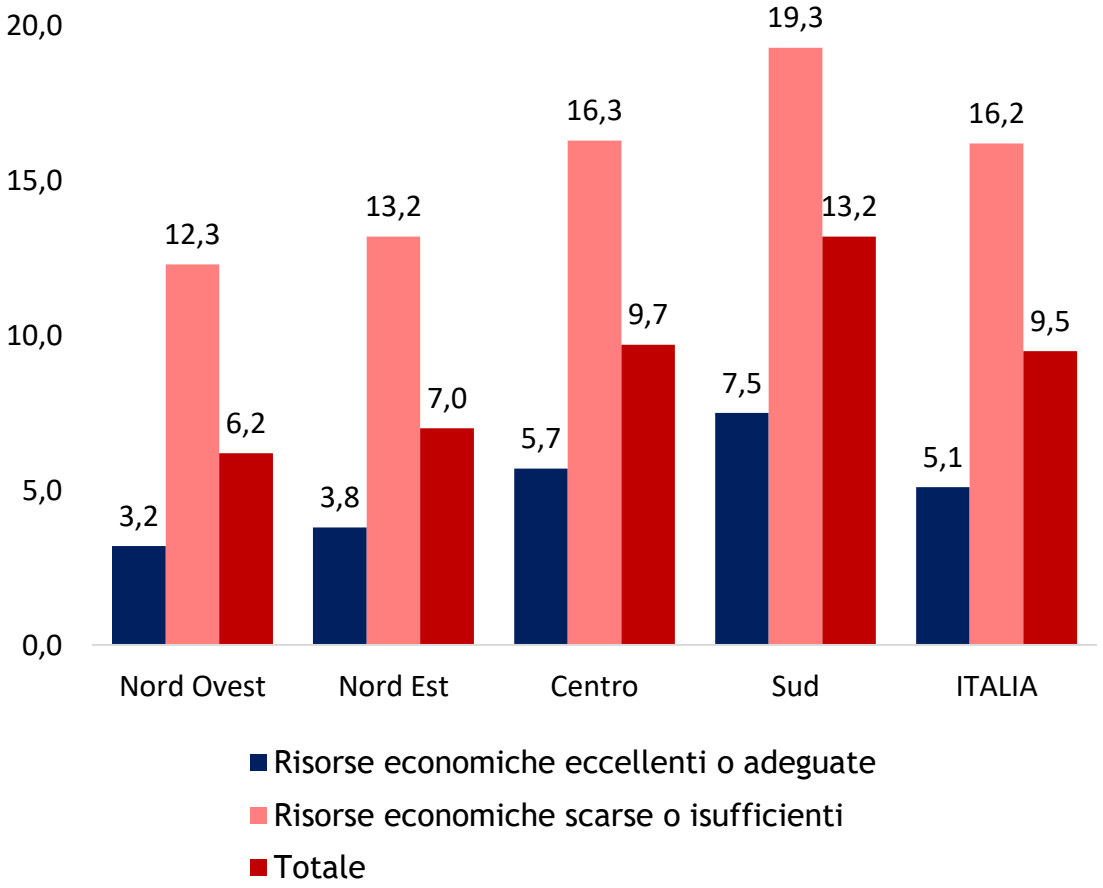


Nuovi rischi e bisogni sociali

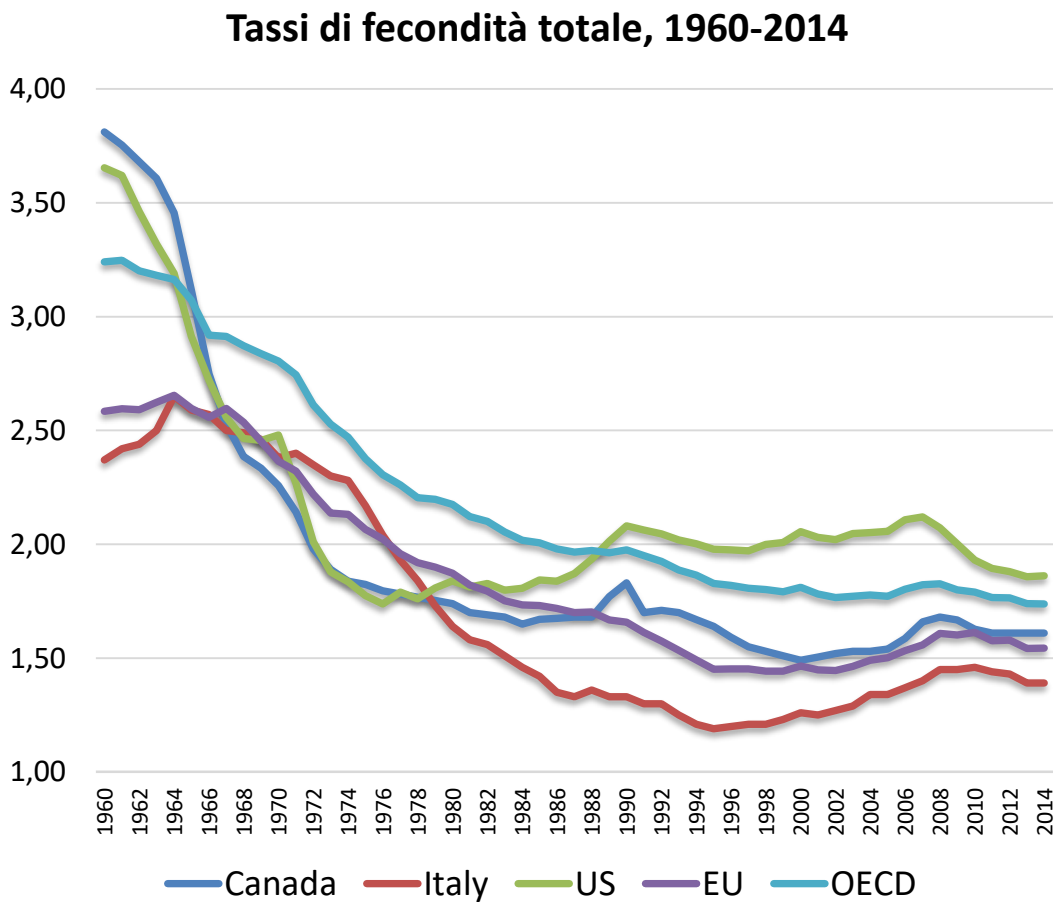
- Una **società** sempre più **vecchia**
- L'incidenza della **malattia** e della **disabilità** aumenta con l'età
- Gli anziani tendono a essere **maggiori consumatrori di servizi sanitari**
- Sono maggiormente esposti a (pluri) **patologie di tipo cronico e degenerativo** (es. cardiopatia, artrite, demenza, cancro, diabete di tipo 2 ecc.) → **disabilità** → necessità di Long-Term Care (LTC)
- Sempre meno anziani avranno una **famiglia** che potrà assisterli

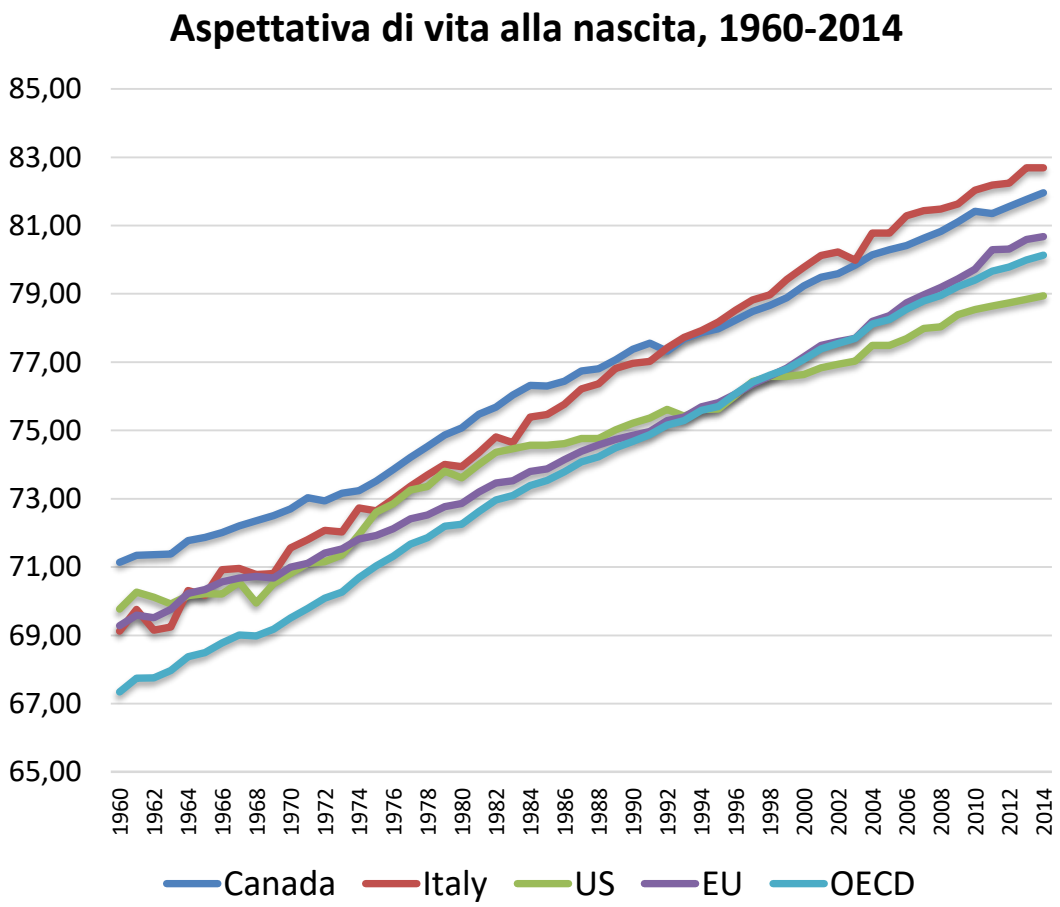
Persone che nei 12 mesi precedenti hanno **rinunciato ad accedere a servizi sanitari** o all'**acquisto di farmaci** per motivazioni economiche o per carenze delle strutture di offerta (%)





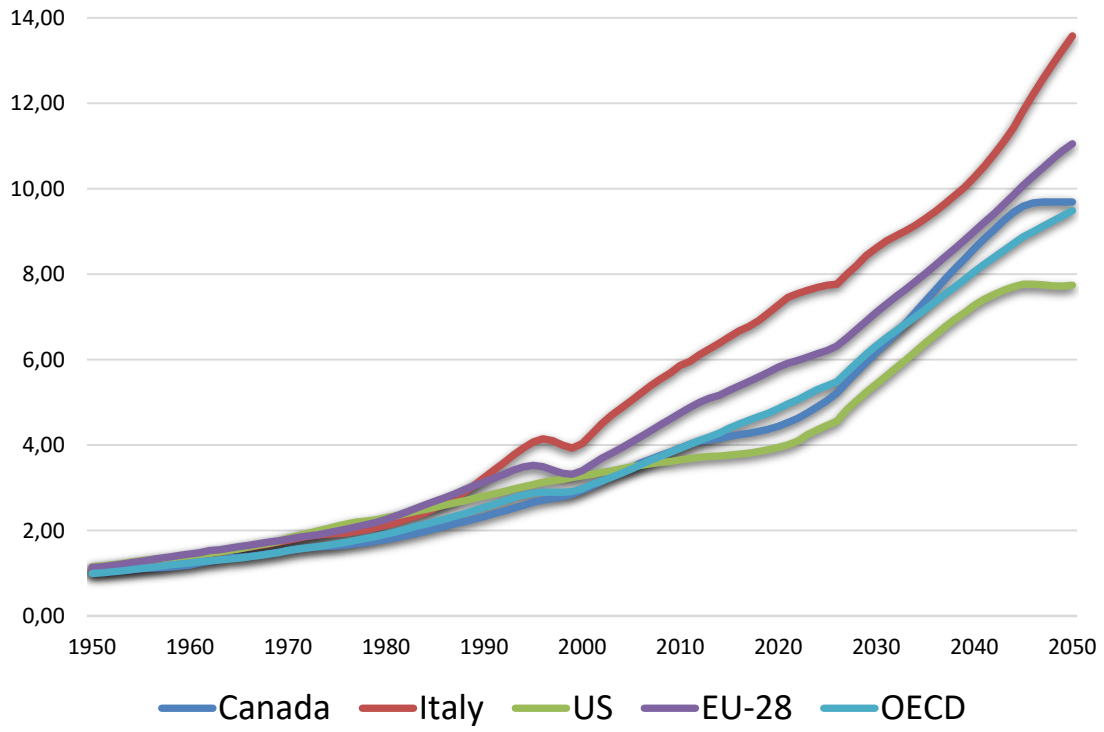
Le trasformazioni demografiche: l'**invecchiamento della popolazione**



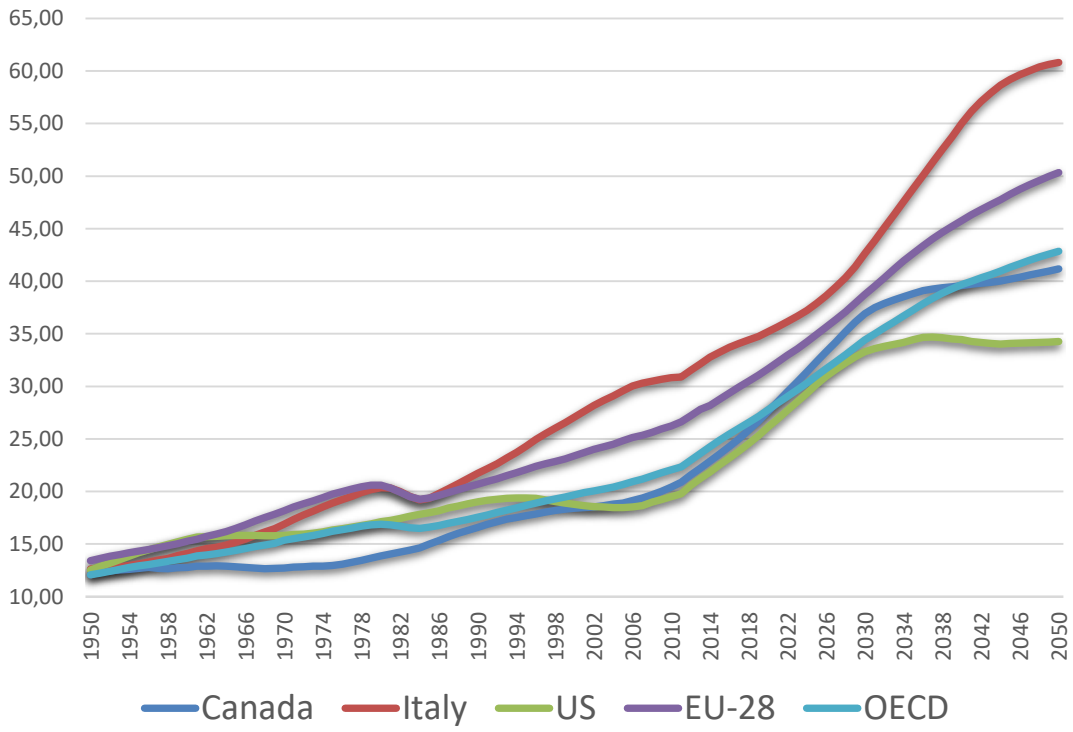


Le trasformazioni demografiche: l'**invecchiamento della popolazione**

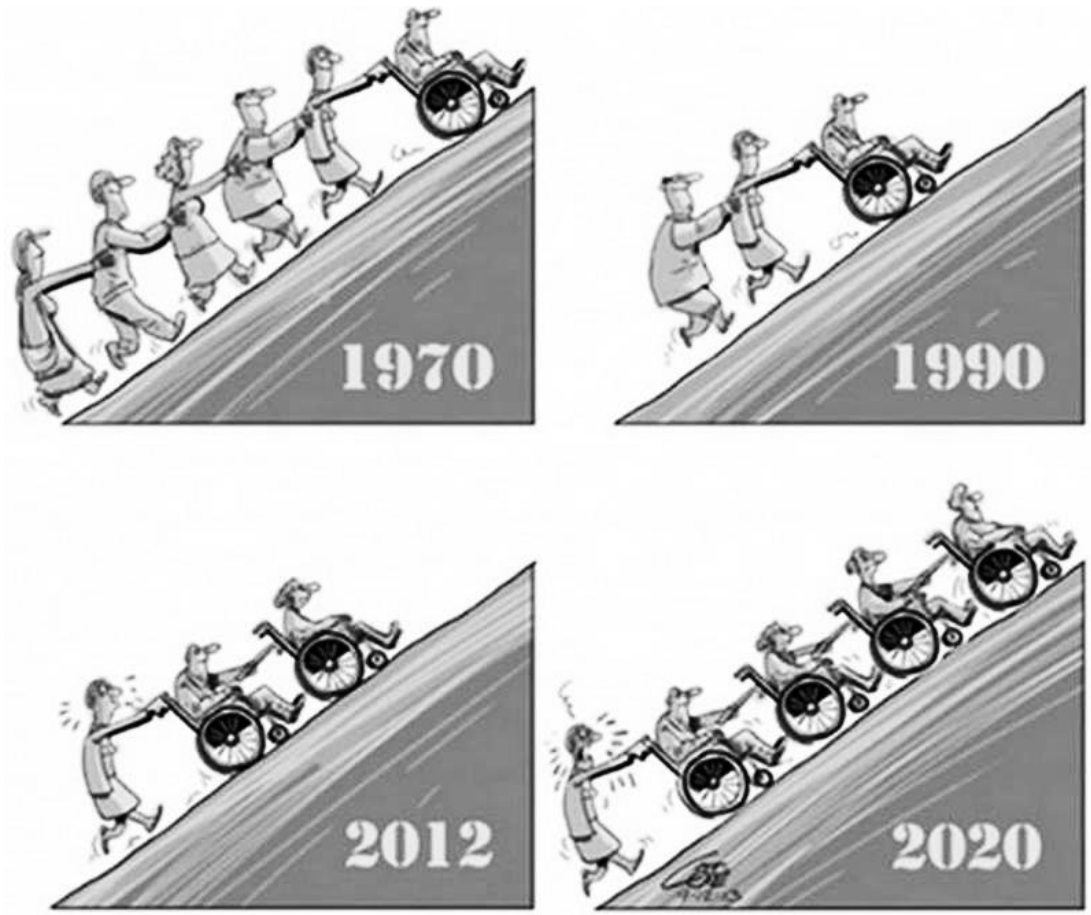
Persone di 80 anni o più sul totale della popolazione (%), 1950-2050, serie storica e proiezioni



Indice di dipendenza strutturale degli anziani (+65/15-64), 1950-2050, serie storica e proiezioni



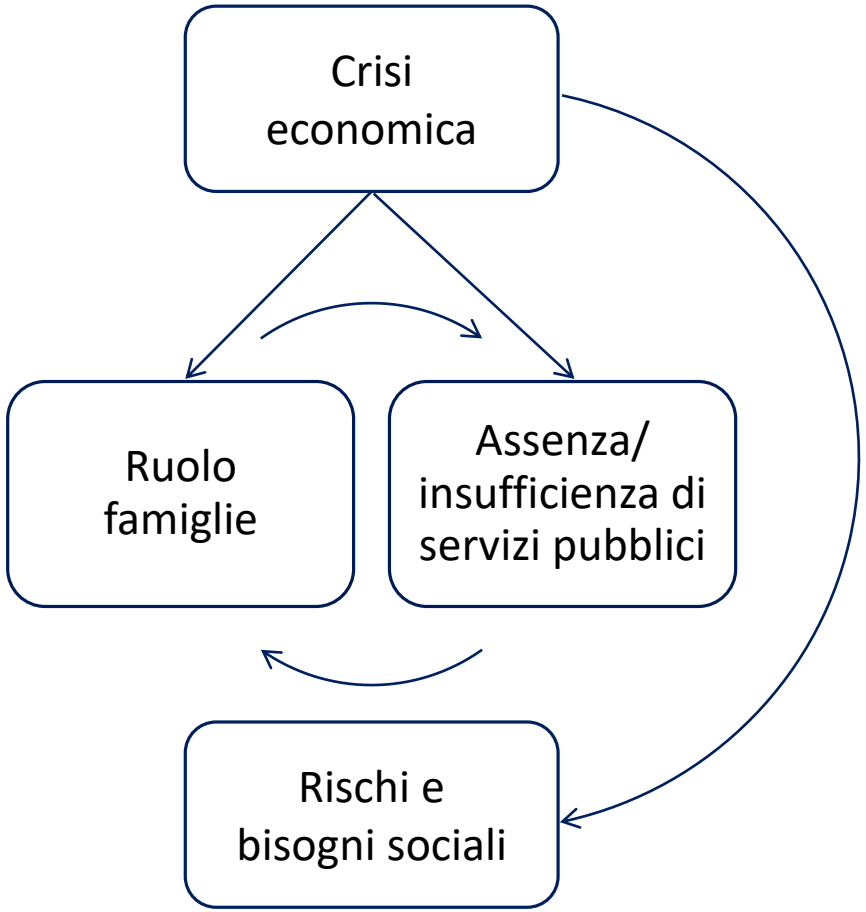
Le trasformazioni demografiche: l'**invecchiamento della popolazione**



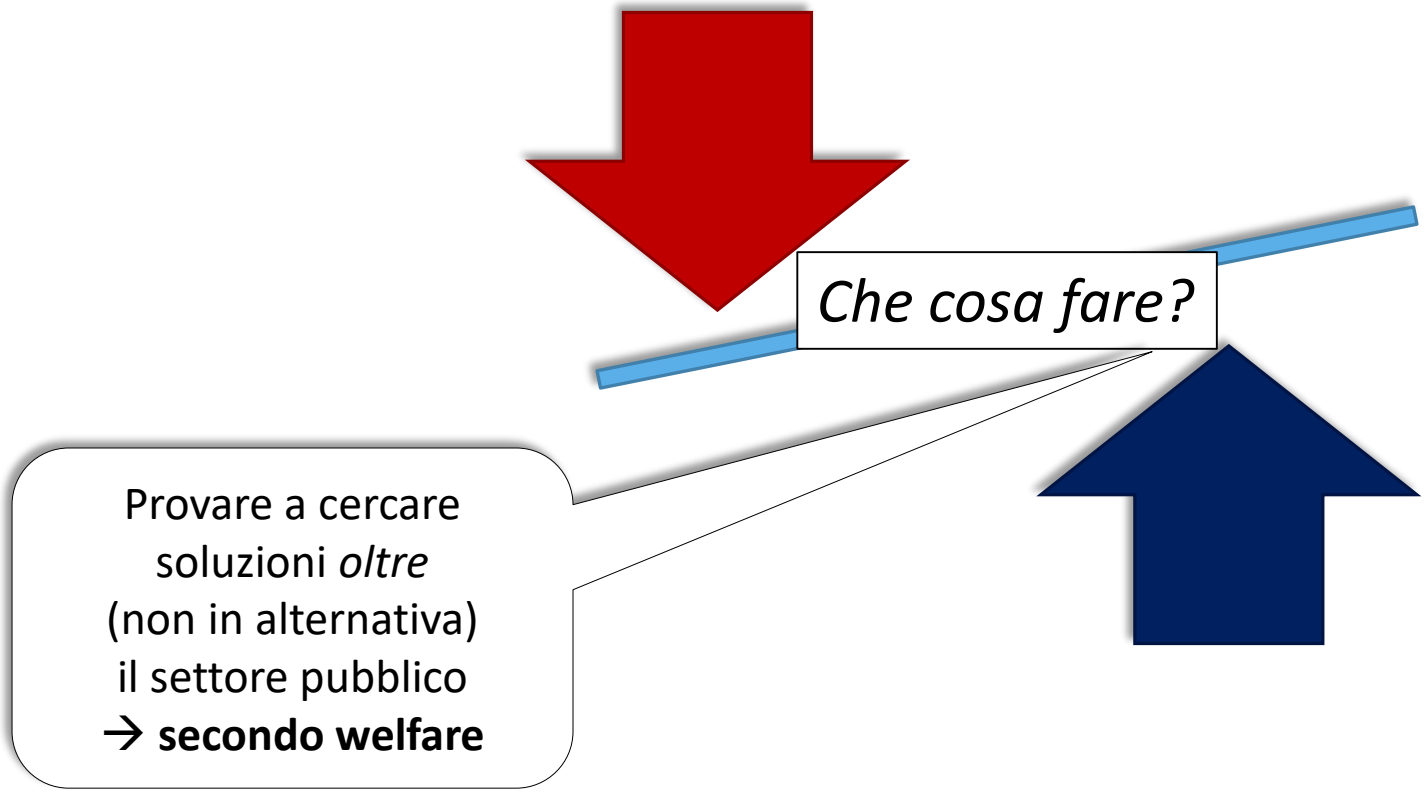
“Nuovi” problemi: la **non autosufficienza**

- Ad oggi, stimate in **3,4 milioni le persone potenzialmente bisognose di assistenza *Long-Term Care* (LTC)** in Italia (quasi il 6% della popolazione).
- In Italia per la non autosufficienza si stima siano mobilitate **risorse private** rilevanti:
  - oltre 9 miliardi di euro per le assistenti familiari («badanti»)
  - 4,9 miliardi di euro per il pagamento delle rette per gli oltre 295mila longevi ospiti di residenze
- A cui si aggiungono le risorse pubbliche, sbilanciate su **trasferimenti monetari** (soprattutto, **indennità di accompagnamento**, misura iniqua e inefficiente in quanto non differenziata a seconda dei diversi gradi di dipendenza e delle risorse dei beneficiari).

Un circolo vizioso



1. Il welfare
2. Le politiche sanitarie
3. La crisi del welfare pubblico
4. **Le possibili risposte del secondo welfare**


Che cosa fare?
Provare a cercare soluzioni *oltre* (non in alternativa) il settore pubblico
→ **secondo welfare**

Una possibile via di uscita: il secondo welfare

Un mix di

- **protezione** e **investimenti** sociali
- a **finanziamento *non pubblico***
- fornito da una **vasta gamma di attori** economici e sociali
- collegati in **reti** caratterizzate da un **forte radicamento territoriale**

«**Secondo**» in senso…

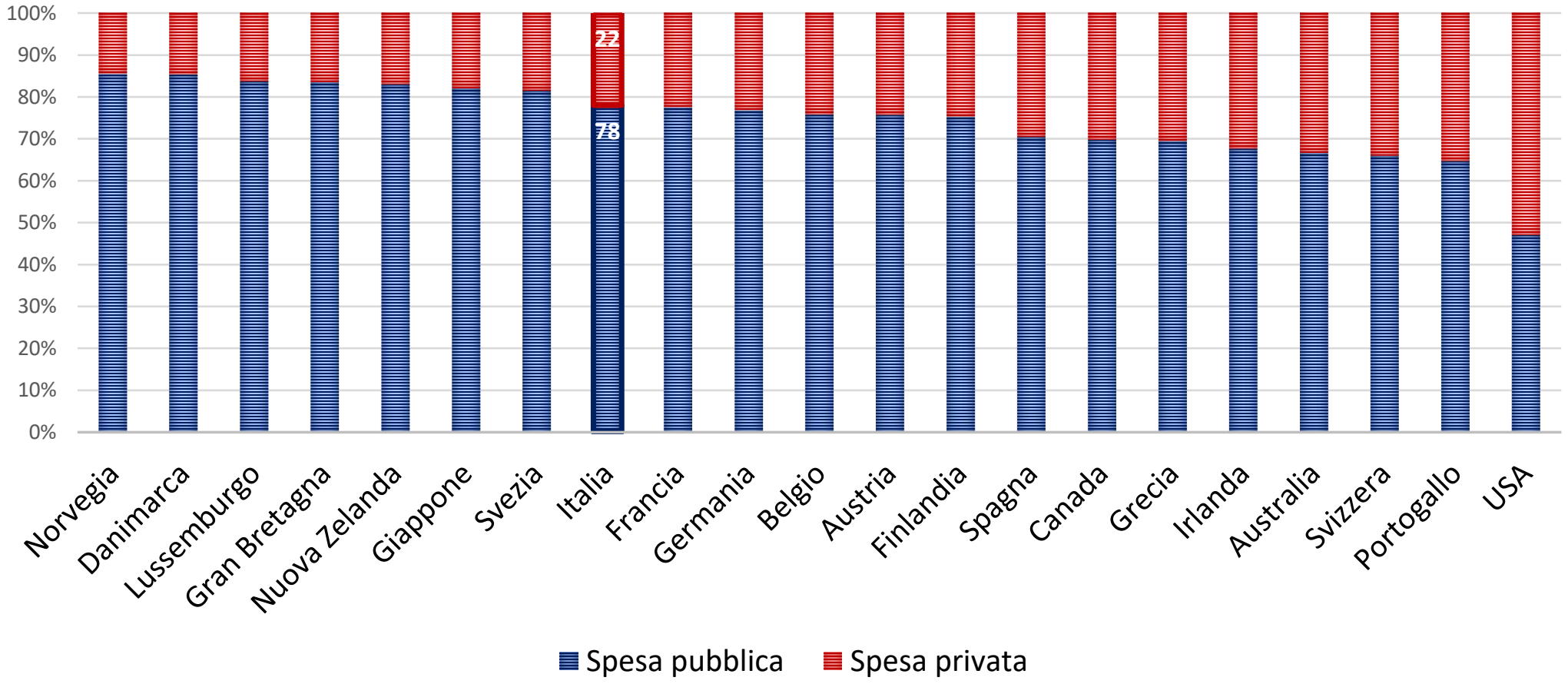
- **temporale**: si tratta di forme che si sviluppano *dopo* il «primo» welfare, quello edificato dallo Stato nel corso del Novecento, soprattutto durante il Trentennio Glorioso (1945-1975)
- **funzionale**: il secondo welfare *si aggiunge* agli schemi del primo, *integra* le sue lacune, ne stimola la modernizzazione, si avventura in sfere di bisogno ancora inesplorate dal pubblico, mobilita risorse non pubbliche addizionali

Una possibile via di uscita: il secondo welfare

I punti di forza del secondo welfare

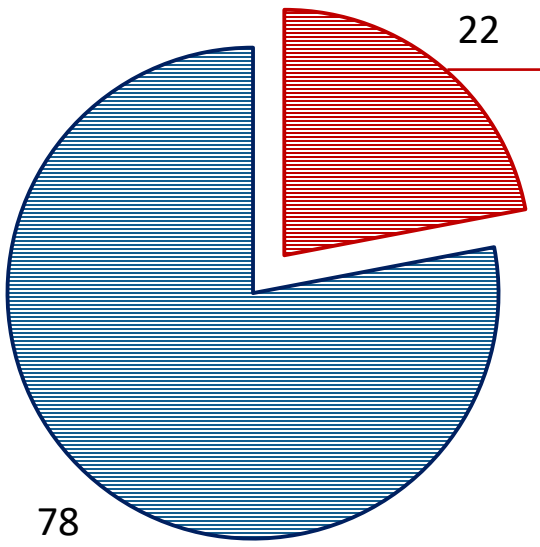
Adattamento ai bisogni settoriali/territoriali e **flessibilità**	Graduale **estensione** di **nuove forme di tutela** per i cittadini in una **logica integrativa**	Sperimentazione di esperienze e progettualità **innovative**	Nuove forme di **interazione positiva** fra gli attori fino alla creazione di vere e proprie reti *multi-stakeholder*

La composizione della spesa sanitaria **totale** (2013)



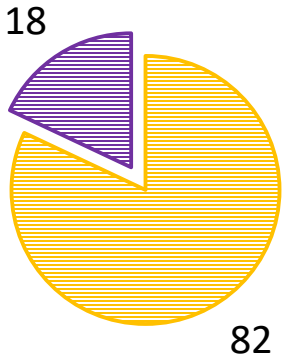
La composizione della spesa sanitaria **privata**

Composizione % della **spesa sanitaria totale**



Privata Pubblica

Composizione % della **spesa sanitaria privata**



Out of pocket

Intermediata

Polizze individuali e **collettive** →
→ **FONDI SANITARI INTEGRATIVI**: sempre più spesso previsti dai **contratti di lavoro**

Lo sviluppo della sanità integrativa su base occupazionale

- Sono **290 i Fondi Sanitari iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute**
- La maggior parte dei Fondi Sanitari è stata costituita tramite **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro** (CCNL).
- Nel **2013 il numero totale degli assistiti dei Fondi è stato di 6,9 milioni:**
  - 4,7 erano lavoratori dipendenti
  - 540mila lavoratori autonomi
  - 1,4 milioni erano i familiari dei lavoratori dipendenti
  - 266mila i familiari dei lavoratori autonomi
- L'ammontare delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti è stato complessivamente pari a **2,11 miliardi di euro**.
- L'ammontare delle risorse per prestazioni di **assistenza odontoiatrica**, **socio-sanitaria** e **finalizzate al recupero della salute** è stato di circa **691 milioni di euro**.

(Ministero della salute 2015)

La diffusione del welfare sanitario nelle grandi imprese

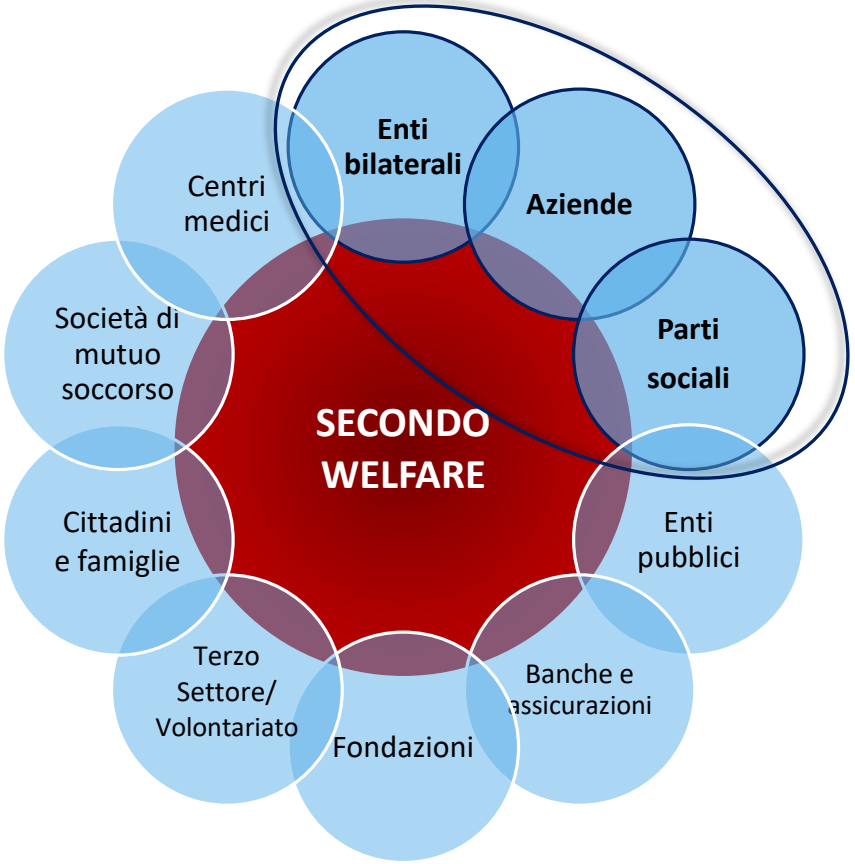
Prestazioni di welfare	Imprese (%)	
	Centro-Nord	Meridione
Alloggi	7,2	2,8
Borse di studio	24,3	14,3
Agevolazioni al consumo	26,3	8,6
Sostegno al reddito	24,4	14,3
Prestiti agevolati	38,8	40,0
Fondo pensione	88,7	77,1
Fondo sanitario	62,3	47,1
Fondo LTC	10,2	2,8
Servizi di cura per l'infanzia	19,5	2,8
Disponibilità congedi extra	29,4	14,3
N. medio interventi per azienda (0-10)	3,3	2,1

Il welfare fornito dalle imprese può avere un impatto positivo sulla salute anche attraverso…

- **La salubrità dei luoghi di lavoro**
- **La promozione di stili di vita più sani, l'informazione sanitaria e il *welness*** (es. attraverso l'attenzione alla qualità dell'alimentazione offerta in mensa, programmi di sensibilizzaizone…)
- **La promozione della prevenzione sanitaria** (es. programmi di *screening, check-up* medici, piani vaccinali…)
- **La facilitazione di misure di conciliazione vita-lavoro**

Fonte: Indagine Ires – Università Politecnica delle Marche su 318 grandi aziende (> 500 dipendenti) nel 2012 (Pavolini *et al*. 2013).

Lo sviluppo della sanità integrativa su base occupazionale



Welfare occupazionale

- L'**insieme di benefit e servizi forniti ai lavoratori**
- … dall'**azienda** (di propria iniziativa o tramite accordo con i sindacati)
- …**ai dipendenti** (e spesso ai loro familiari)
- …al fine di **migliorarne la vita lavorativa** e **privata**
- …in **numerosi ambiti**: dal sostegno al reddito familiare e alla genitorialità, alla **tutela della salute**, fino a misure per il tempo libero e agevolazioni di carattere commerciale.

Che cosa resta da fare?

Includere le categorie di cittadini/ lavoratori ancora scoperte o non adeguatamente tutelate (es. Piccole e Medie Imprese)	Prevedere agevolazioni e nuove tutele negli **ambiti meno coperti** dal primo welfare **e** superare le **classiche erogazioni monetarie**	Allentare il vincolo tra status lavorativo e diritto alle nuove forme di tutela, assicurando **continuità** nelle prestazioni al singolo lavoratore	Accrescere la **conoscenza** delle iniziative già realizzate e diffondere le pratiche migliori ed **estendere** in modo capillare le buone prassi nei **territori**	Necessità che anche la sanità integrativa “viri” verso il **socio-sanitario** per rispondere ai "nuovi bisogni" (**non autosufficienza e LTC**)	Costruire **partnership e “reti”** tra aziende e con gli attori sociali ed economici del territorio (es. reti d’impresa)