



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Economiche Finanziarie

**“WELFORLIFE”**

**APPLICAZIONE DI WELFARE**

**INDIVIDUALE**

**“WELFORLIFE”**

**INDIVIDUAL WELFARE APPLICATION**

Relatore:

Prof.ssa Francesca Mariani

Tesi di Laurea di:

Elena D’Oria

Correlatore:

Prof. Giampaolo Crenca

Anno Accademico 2018 – 2019

## INDICE

Introduzione .....	1
Capitolo 1: Il Welfare State .....	5
1.1 Cos'è il Welfare State? .....	5
1.2 Evoluzione storica: nascita, espansione, crisi e ripresa .....	10
1.3 I modelli di Welfare State.....	17
1.4 Il sistema multipilastro .....	24
Capitolo 2: Lo Stato Sociale italiano .....	30
2.1 Settore previdenziale.....	47
2.2 Settore sanitario .....	55
2.3 Settore assistenziale.....	69
Capitolo 3: Presentazione dell'applicazione "Welforlife" .....	83
3.1 Destinatari.....	83
3.2 Funzionamento.....	87
3.3 Elaborazione dei dati .....	93
3.3.1 Gap sanitario.....	94
3.3.2 Gap assistenziale.....	101
3.4 Analisi dei risultati.....	106

Conclusioni .....	111
Bibliografia .....	113
Sitografia.....	114

## INTRODUZIONE

Questa tesi raccoglie i risultati del modello di impresa sviluppato per partecipare al progetto europeo “Aula Emprede” a cui l’UNIVPM ha aderito, consistente nell’invenzione di un’idea imprenditoriale innovativa.

Alla base del progetto c’è la pianificazione di un’applicazione di welfare individuale intitolata “Welforlife”. Si tratta di un’app di consulenza automatizzata che calcola le scoperture previdenziali, sanitarie e assistenziali di un individuo. Il nome nasce dall’assonanza con il termine “Welfare” e dall’intenzione di comunicare il fine ultimo dell’applicazione: migliorare il benessere nella vita degli individui e incrementare la loro consapevolezza riguardo l’importanza di provvedere alla sottoscrizione di coperture integrative per poter prevenire e gestire potenziali problematiche future.

Uno dei motivi che mi ha spinto a trattare l’argomento è l’attualità delle tematiche sociali attinenti al welfare. Per un paese in tutti i sensi “maturo” come il nostro, il welfare è il settore che più di ogni altro può crescere a lungo termine e trainare l’economia. Siamo “maturi” in senso demografico, con un alto numero di anziani e una speranza media di vita tra le più alte al mondo. Lo siamo sotto il profilo sociale, per l’andamento stagnante del mercato del lavoro, si pensi alle difficoltà nell’inserimento dei giovani, e per l’ampiezza delle aree di esclusione.

Sotto il profilo socioculturale, perché gli standard di sicurezza sociale e di qualità della vita, a cui da mezzo secolo i cittadini si sono abituati, hanno generato un livello altissimo di attese, le cui difficoltà a soddisfarle provocano un senso di frustrazione. E infine è “matura” la nostra struttura produttiva, nella quale il settore terziario ha preso il sopravvento. Per il welfare italiano non si tratta quindi solamente di mantenere gli attuali livelli di spesa, ma occorre incrementarli. Per questo motivo non esiste altra strada che puntare sull’industria del welfare come settore capace di attrarre investimenti, e sostenere la crescente domanda di servizi che proviene dalle imprese e dalle famiglie.

La componente che mi ha spinto a coniugare questo tema sociale con la tecnologia, è proprio la netta accelerazione registrata negli ultimi anni dal settore insurtech. Il termine insurtech è un neologismo, nato dall'unione dei termini insurance ("assicurazione") e technology ("tecnologia"), ed è usato per descrivere l’insieme di tecnologie e strumenti atti ad aumentare l’efficienza e l’efficacia dei prodotti assicurativi. La diffusione dell’innovazione tecnologica ha consentito l’accesso e la condivisione di informazioni e di dati che permettono alle compagnie assicurative di creare e proporre alla clientela prodotti personalizzati, costruiti in base alle esigenze degli assicurati sia nel ramo danni che nel ramo vita, producendo un netto beneficio per i contraenti delle polizze assicurative.

La tesi è articolata in tre capitoli. I primi due fungono da introduzione per permettere al lettore di capire il contesto in cui nasce l'applicazione e apprezzarne quindi maggiormente la funzione.

Più nello specifico, nel primo capitolo viene trattato il fenomeno del Welfare State in modo generico cercando anzitutto di attribuirgli una definizione universale. In seguito si accenna alla sua evoluzione storica, soffermandosi sulle cause della crisi dello stato sociale occorsa durante la fine degli anni Settanta, e i rimedi che, nel corso degli anni, studiosi e istituzioni hanno proposto per superare un concetto di welfare non più sostenibile. Tra le soluzioni si esamina quella che ha portato al sistema di welfare odierno e cioè il sistema multipilastro. Infine vengono presentati i diversi modelli di welfare usati in Europa per mettere in evidenza le differenze che ad oggi ci sono tra i vari paesi e contestualizzare l'Italia in ambito di welfare.

Nel secondo capitolo ci si concentra sulla situazione italiana. Dopo aver descritto il modello di Welfare State utilizzato dal nostro Paese, si analizza la spesa di welfare. Visto lo scopo dell'applicazione, che prevede il calcolo delle scoperture individuali, maggiore attenzione è riposta sulla spesa sociale delle famiglie, approfondendone alcuni aspetti, come, ad esempio, la sua composizione e i legami con altre variabili quali la tipologia familiare, la situazione economica e l'area geografica di residenza. Successivamente ci si focalizza singolarmente sul settore previdenziale, sanitario e assistenziale dato che sono gli ambiti di calcolo

delle scoperture riconducibili ad un'accezione ristretta di welfare più vicina al significato che gli viene comunemente attribuito. Di ogni sfera sono accennati i principi costituzionali fondanti, dato che il sistema di welfare italiano trova le sue radici nella Costituzione, il funzionamento e la spesa.

Il terzo è il capitolo centrale della tesi in cui si illustra nel dettaglio l'applicazione. Si presenta il target di riferimento, il suo funzionamento, il modo in cui sono stati elaborati i dati per calcolare le scoperture (si approfondisce solo la metodologia di calcolo della copertura sanitaria e assistenziale) e, per concludere, si attua un'analisi dei risultati.

## **Capitolo 1**

### **IL WELFARE STATE**

#### **1.1 CHE COS'È IL WELFARE STATE?**

Quando si scrive di un tema, buona norma sarebbe sforzarsi di identificarlo bene, partendo dal suo significato originario nel tentativo di giungere all'elaborazione di una definizione universalmente riconosciuta, o che comunque renda almeno chiaro di cosa si discute.

Il termine “Welfare State”, che può essere tradotto come “Stato del benessere” o “Stato Sociale”, è utilizzato per designare un sistema socio-politico-economico in cui lo Stato si assume l'onere di garantire la sicurezza e il benessere sociale ed economico ai cittadini. Il Welfare State può essere considerato un fenomeno in continua evoluzione con confini estremamente mobili nel tempo e nello spazio tanto che le sue definizioni presenti in letteratura sono numerose. Visti i significati polisemici del termine ed i molteplici aspetti da analizzare, è chiaro che definire precisamente che cosa sia e a cosa serva il Welfare State non è un compito agevole. Va inoltre considerato che la nascita e l'uso dell'espressione hanno avuto vicissitudini storiche alterne. I primi tentativi di definire l'oggetto in questione sono avvenuti negli anni Sessanta con Briggs, seguiti poi da quelli di Therborn, Alber e infine dal politologo Maurizio Ferrera, uno dei massimi esponenti italiani

nell'ambito del welfare<sup>1</sup>. Quest'ultimo definisce il Welfare State come “un insieme di interventi pubblici connessi al processo di democratizzazione, i quali forniscono protezione e risorse sotto forma di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale, introducendo fra l'altro specifici diritti sociali nel caso di eventi prestabiliti nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria”<sup>2</sup>.

Il Welfare State è quindi un insieme di politiche pubbliche. Questo insieme va collocato sullo sfondo di un processo di trasformazioni economiche, sociali e politiche istituzionali che le scienze sociali hanno individuato come processo di modernizzazione. Tale processo ha interessato le società europee a partire dal XIX secolo trasformando la loro struttura produttiva e occupazionale, i loro modelli di organizzazione sociale e i loro sistemi politici e amministrativi. In poche parole il Welfare State è nato proprio come risposta alla nuova configurazione di rischi e bisogni originata dalle dinamiche di modernizzazione.

Gli interventi pubblici sono parte di un più ampio sistema di welfare in cui intervengono soggetti di diverso assetto istituzionale. Lo Stato, dunque, non è l'unico produttore di Welfare: altri soggetti da collocare al suo fianco sono famiglia, terzo settore e mercato. Il quadrilatero costituito da questi soggetti è denominato il “diamante del welfare”. Tuttavia, rimane comunque lo Stato, il soggetto che stabilisce il ruolo e lo spazio da concedere ad ognuno, indirizzando

---

<sup>1</sup> <https://www.secondowelfare.it/mt/contatti/maurizio-ferrera.html>.

<sup>2</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.17.

le risorse, attribuendo diritti sociali e doveri e creando un quadro di riferimento per l'azione degli individui. Tuttavia, proprio per questa ragione, gli interventi di welfare presentano alcune criticità: la loro introduzione non è definitiva e perpetua, ma possono essere eliminati, ridotti o ampliati a seconda delle valutazioni politiche del governo, dell'andamento economico più o meno florido dello Stato nazionale e di altri processi esterni la cui influenza però è dovuta all'intenso fenomeno di globalizzazione. Ciò che cambia da un sistema di welfare all'altro è quindi la quantità, la modalità e il contenuto di ciò che viene redistribuito per via "pubblica" e quanto invece viene lasciato al settore privato con la conseguente divisione delle responsabilità.

Tramite queste politiche lo Stato fornisce protezione contro rischi e bisogni secondo tre modalità: assistenza, assicurazione e sicurezza sociale.

L'assistenza comprende tutti quegli interventi a carattere condizionale e spesso discrezionale, volti a rispondere in modo mirato e specifico ai bisogni individuali o a categorie circoscritte di bisognosi. È con questo tipo di intervento che lo Stato moderno ha fatto la sua apparizione nella sfera sociale. Ciò che caratterizza l'assistenza come modalità di protezione sociale è il fatto che le sue prestazioni sono subordinate all'accertamento da parte dello stato di due condizioni: uno specifico bisogno individuale evidente e l'assenza di risorse per farvi fronte autonomamente.

L'assicurazione sociale si basa sull'erogazione di prestazioni semi-standardizzate in forma tendenzialmente automatica e imparziale, sulla base di precisi diritti e doveri individuali e secondo modalità istituzionali centralizzate. È un servizio volto a rispondere a rischi standard come la vecchiaia, la morte del capofamiglia, l'invalidità, la malattia, la maternità, gli infortuni e la disoccupazione. I nuovi schemi assicurativi pubblici hanno due principali tratti: l'obbligatorietà dell'adesione e il suo finanziamento tramite contributi. Il primo mira a contrastare comportamenti di responsabilità individuale e ripartire i rischi all'interno di platee di lavoratori ampie e stabili nel tempo, mantenendo così relativamente bassi gli importi contributivi e impedendo quei fenomeni di selezione tipici del settore assicurativo, privato e volontario. Anche il passaggio dai premi ai contributi sociali comporta notevoli vantaggi economici: mentre il premio è una somma pattuita indipendente dalla situazione reddituale dell'assicurato, ma collegata al suo profilo di rischio, il contributo sociale è invece una fonte di finanziamento che prescinde dai profili di rischio individuali. Grazie a questi caratteri l'assicurazione sociale ha potuto coprire rischi particolarmente difficili come la disoccupazione e ha accresciuto enormemente le capacità dello Stato di incidere sulle condizioni di vita dei cittadini redistribuendo risorse e opportunità in base ai vari criteri di equità.

Per sicurezza sociale si intende un sistema di protezione esteso a tutta la popolazione attiva, per quanto riguarda la garanzia del reddito, e a tutti i cittadini

per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. È volta a fornire prestazioni uniformi corrispondenti a un minimo nazionale ritenuto indispensabile per condurre una vita dignitosa, e perciò scollegato dai contributi eventualmente versati.

I destinatari degli interventi pubblici sono quindi i cittadini che godono dei diritti sociali. Sono proprio questi diritti a definire e distribuire le risorse e le opportunità fra i cittadini attraverso il conferimento dei titoli ad ottenere prestazioni secondo norme. L'introduzione dei diritti sociali è stata una delle innovazioni di più vasta portata nell'evoluzione dello Stato moderno. Non si è trattato soltanto di un'estensione funzionale, ma per molti aspetti di una trasformazione della natura e della logica di funzionamento dello Stato.

Le politiche sociali più importanti sono quelle pensionistiche, sanitarie, del lavoro e di assistenza sociale. Le prime riguardano essenzialmente il rischio della vecchiaia, e in particolare la perdita di capacità lavorativa, e dunque di sicurezza economica, che caratterizza l'età anziana. Oltre alla vecchiaia coprono anche il rischio di invalidità e il rischio di morte in presenza di familiari superstiti. Le politiche sanitarie rispondono all'esigenza di tutela della salute, mentre le politiche del lavoro riguardano essenzialmente il rischio di restare disoccupato. Quest'ultime mirano però anche a regolare il mercato del lavoro e a promuovere l'incontro fra domanda e offerta, in modo da prevenire per quanto possibile l'emergenza della disoccupazione. Le politiche di assistenza sociale hanno per oggetto una gamma di rischi e di bisogni più ampia: dalla perdita

dell'autosufficienza personale alla povertà economica, alla difficoltà di accesso all'abitazione ai carichi familiari, cioè la presenza di persone deboli all'interno del nucleo familiare. Queste politiche sociali, rispondendo a rischi e bisogni diversi, sono volte a garantire o quantomeno a promuovere l'inclusione sociale ossia l'ancoramento di individui e famiglie al tessuto sociale che li circonda, assicurando loro risorse e opportunità<sup>3</sup>.

Il problema della tutela degli individui bisognosi è da sempre presente nelle società umane. In seguito si procederà con una breve descrizione dell'evoluzione dello Stato Sociale, dalla sua nascita fino ad oggi, in modo da poter meglio comprendere il sistema di welfare attuale.

## **1.2 EVOLUZIONE STORICA: NASCITA, ESPANSIONE, CRISI E RIPRESA**

Il Welfare State ha subito una traiettoria evolutiva che può essere ricondotta a cinque fasi principali: instaurazione, consolidamento, espansione, crisi e riforma<sup>4</sup>.

La fase di instaurazione va dal 1880 al 1920. In letteratura si fa risalire alle Poor laws dell'Inghilterra del XVI secolo la prima forma di assistenza sociale. Tali misure assistenziali erano rivolte ai poveri e avevano carattere residuale, occasionale e discrezionale. Contrariamente a quanto si può immaginare, queste

---

<sup>3</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.17 e ss.

<sup>4</sup> Flora P., Alber J., *Sviluppo dei welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, pag. 70 e ss.

riforme non consistevano in aiuti rivolti a soggetti bisognosi, ma in vere e proprie sanzioni sociali che spesso sfociavano in pene corporali e segregative. Tutto ciò, anche se ad oggi risulta assurdo, è coerente con la politica dell'epoca: i poveri erano considerati dei reietti da punire ed isolare perché reputati soggetti immeritevoli e quindi da emarginare. In questa fase, i Welfare States europei si erano sviluppati in maniera assai simile, ma nel XIX secolo con la «rottura liberale» si iniziano a registrare delle divergenze nei sistemi di assistenza. Questa rottura segna un passaggio importante caratterizzato da significativi cambiamenti sociali dovuti all'industrializzazione e all'urbanizzazione, in un quadro politico in cui i principi di libertà individuale, autosufficienza e uguaglianza si presentavano in antitesi con quelli di dipendenza e protezione affermatasi in precedenza. In questo periodo quindi si cercava di comprendere come questi nuovi valori potessero essere compatibili con un moderno stato sociale. Si cominciano quindi a sperimentare le nuove forme di assistenza sociale. Il primissimo intervento normativo di Welfare State fu adottato nel 1883 dal Governo tedesco. Il cancelliere Bismark introdusse l'assicurazione sociale per favorire la riduzione della mortalità e degli infortuni nei luoghi di lavoro e per istituire una prima forma di previdenza sociale. Tuttavia, tale sistema era riservato solamente ai lavoratori del settore industriale, ben lontano dunque dall'idea universalistica di assistenza.

Dopo il primo conflitto mondiale si può individuare una fase di consolidamento del Welfare State che vede estendersi il raggio di azione del

sistema assicurativo fino a coprire categorie diverse da quella dei lavoratori dipendenti. Avvenimento importantissimo che contraddistingue questa fase è il “Social Insurance and Allied Services” conosciuto come “Rapporto Beveridge”, pubblicato nel 1942 dall’omonimo William Henry Beveridge<sup>5</sup>. In questo rapporto, commissionato dall’allora Ministro del lavoro interessato a conoscere l’effettivo stato del Welfare in Gran Bretagna, Beveridge individuava cinque punti critici definiti come i “cinque grandi mali sociali”: ignoranza, inattività, malattia, squallore abitativo e indigenza. Egli riteneva che fosse compito dello Stato rimuovere questi mali creando un sistema di protezione totale “dalla culla alla tomba” e considerava l’intervento statale come l’unica “cura” possibile. La sua idea era quella di un intervento globale che conducesse alla massima occupazione. Il suo rapporto prevedeva la corresponsione di assegni familiari, la costruzione di un sistema sanitario nazionale accessibile a tutti passando per una serie di benefici per la malattia, i medicinali, la maternità, la disoccupazione, l’anzianità, gli infortuni sul lavoro, fino ad arrivare alle sovvenzioni per i riti funebri. In linea con la concezione universalistica che Beveridge aveva riguardo la partecipazione dei cittadini al sistema assicurativo nazionale, queste prestazioni pubbliche erano finanziate appunto dai cittadini aventi l’onere di sostenere il sistema attraverso la contribuzione fiscale collettiva proporzionata al reddito di ciascuno. Inoltre il

---

<sup>5</sup> Beveridge M., *Alle origini del welfare state. Il Rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali*, Franco Angeli Editore, 2010.

sistema previdenziale necessitava di essere mutevole e adattabile alle esigenze della società dell'epoca in cui ci si trovava, per cui non doveva essere un sistema statico, bensì basato su dei principi generali dai quali poter partire per elaborare concretamente gli interventi di natura sociale più adatti. Il rapporto Beveridge introduce dunque due concetti importanti: il riconoscimento del cittadino come “persona” nella sua globalità e in tutte le fasi della sua vita (bambino, padre, madre, famiglia, malato, anziano e così via), e la visione dello Stato come un tutore sociale istituzionale che si assume la responsabilità di analizzare e risolvere le problematiche sociali trovando, con politiche concrete, la soluzione pratica a queste esigenze programmando interventi basati su un piano economico-finanziario<sup>6</sup>.

Per tutto il secondo dopoguerra il piano Beveridge costituirà la base ideologica per la promozione di politiche di welfare da parte dei governi europei. Il periodo che va dal 1945 al 1975 è denominato “trentennio glorioso” in quanto registra una fase di espansione caratterizzata da un modello di welfare che diventa universalistico, imperniato cioè su principi egualitari, e da un meccanismo di finanziamento basato sulla fiscalità generale e un aumento della spesa sociale<sup>7</sup>.

In questo periodo la situazione rimane tutto sommato sotto controllo grazie alla contemporanea sostenuta crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL) a differenza di

---

<sup>6</sup> Beveridge M, *Alle origini del welfare state. Il Rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali*, Franco Angeli Editore, 2010.

<sup>7</sup> Naldini M., *Le politiche sociali in Europa*, Carrocci, 2006, pag.30.

quanto accade dalla metà degli anni Settanta. In concomitanza con la globalizzazione, ha inizio una fase di crisi legata a fattori economici, politici, sociali e culturali, originata dall'inadeguatezza delle vecchie soluzioni di fronte ai nuovi problemi. I modelli di welfare si basavano su fattori socio-economici e politico-istituzionali che sono venuti meno nel corso degli anni Settanta. Innanzitutto si dava per scontato un'economia in rapida crescita capace di produrre elevati dividendi fiscali da redistribuire sotto forma di protezione sociale, ma in realtà si sono registrati tassi di crescita negativi che hanno comportato la comparsa di deficit e debiti pubblici. Uno dei fattori che ha contribuito a ciò è sicuramente il passaggio da un'economia industriale, caratteristica degli anni d'oro del welfare, basata sul principio di piena occupazione dei lavoratori, ad un'economia post-industriale imperniata più sul settore terziario. Un altro notevole cambiamento è di tipo culturale ed è quello del crescente tasso di partecipazione delle donne al mercato del lavoro accompagnato dalla ridefinizione dei rapporti di genere e dei diritti delle donne. A seguito del mutamento del modello familiare, oltre che ad esserci ripercussioni sulla stabilità dei matrimoni e delle famiglie, si ridefinisce anche la domanda di servizi di welfare come il sorgere della richiesta del servizio di asilo nido. Se poi alla crisi economica si accosta l'introduzione della donna nel mondo lavorativo, si giunge al declino della fertilità che diventa una tendenza strutturale di lungo periodo. Tassi di natalità negativi e aumento della speranza di vita, dovuto al miglioramento della qualità

della vita grazie a scoperte scientifiche in ambito sanitario, tecnologico e alimentare, causano un invecchiamento della popolazione che altera profondamente gli equilibri demografici sottostanti al Welfare State, aggravando i problemi di ordine finanziario. Alle tensioni demografiche interne si sono poi aggiunte anche tensioni esterne, connesse al crescente afflusso di immigrati dai paesi meno sviluppati. Infine, le dinamiche dell'interdipendenza economica e dell'integrazione politica internazionale o addirittura sovranazionale dovute al fenomeno della globalizzazione, hanno gradualmente eroso anche tutto ciò che era stato costruito negli anni precedenti, soprattutto nell'area europea. Il Welfare State si è così ritrovato a essere minato nelle sue stesse fondamenta politico-istituzionali<sup>8</sup>.

In risposta alla crisi oggi gli stati sono intenti a porre in essere un riadattamento istituzionale riguardante tutte le problematiche precedentemente illustrate. L'obiettivo del contenimento ha interessato soprattutto il settore pensionistico e sanitario, particolarmente sensibili alle dinamiche dell'invecchiamento demografico. Nel settore delle pensioni le riforme hanno riguardato soprattutto l'età pensionabile e la formula di computo delle pensioni, che è stata resa meno generosa, rafforzando il legame attuale con i contributi effettivamente versati. In campo sanitario sono state introdotte misure di contenimento dei consumi e, al tempo stesso, misure per accrescere l'efficienza e l'efficacia dei servizi. Per far

---

<sup>8</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali, L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.27.

fronte alla redistribuzione delle opportunità lavorative, sia tra diversi settori produttivi che tra le aree geografiche, e allo sconvolgimento dei tradizionali percorsi di carriera, è stata promossa una redistribuzione delle opportunità di protezione. I nuovi ammortizzatori sociali si sono resi poi necessari anche nei confronti degli immigrati provenienti dai paesi in via di sviluppo, che rischiano di omologarsi in vere e proprie sottoclassi caratterizzate da un cumulo di svantaggi.

Il termine più appropriato per designare questo delicato processo di adattamento istituzionale è quello di “ricalibratura” in quanto tende ad essere un termine neutro e a non avere accezioni negative. Si tratta quindi di una ricalibratura di tipo “funzionale” come risposta ai nuovi bisogni (prima infanzia, vecchiaia, ecc.) e a nuovi rischi (nuove forme di povertà), e di una ricalibratura “distributiva”, in riferimento all’esigenza di riequilibrare il grado di protezione di diverse categorie di cittadini racchiuse tra i due estremi dei dipendenti pubblici e delle persone in cerca di prima occupazione<sup>9</sup>

Questa analisi del percorso storico compiuto dal welfare consente di definire e confrontare le diverse fasi e i diversi modelli che la protezione sociale ha avuto nel corso degli anni, ma permette anche di capire come, nella realtà di oggi, e nei modelli di welfare contemporanei, convivano, insieme, molti elementi delle fasi precedentemente descritte.

---

<sup>9</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali. L’Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.30.

### 1.3 I MODELLI DI WELFARE STATE

Il sociologo danese Esping-Andersen, in “The Three Worlds of Welfare Capitalism”, ha introdotto una classificazione dei diversi sistemi di Welfare State denominati “regimi”, riconoscendone tre tipi in base alle loro diverse caratteristiche<sup>10</sup>.

Il regime liberale di welfare “residuale”, tipico dei paesi anglosassoni come Australia, Nuova Zelanda, Canada, Gran Bretagna e Usa, è caratterizzato da un intervento pubblico minimo che concede i diritti sociali solo in seguito alla dimostrazione dello stato di bisogno. Con il termine “residuale” si vuole indicare che i destinatari dei servizi pubblici sono una fascia molto ristretta in quanto le prestazioni vengono fornite solamente a chi è povero di risorse, previo accertamento dello stato di bisogno. Infatti per la maggior parte degli individui tali servizi sono acquistabili sul mercato privato. Solamente quando il mercato “fallisce” e cioè l'incontro tra domanda e offerta non ha luogo per l'eccessivo costo dei servizi e/o per l'insufficienza del reddito, si attuano i programmi destinati alle fasce di maggior rischio. Negli Usa, ad esempio, è presente il servizio Medicaid per i poveri, il Medicare per gli anziani e l'AFDC<sup>11</sup> per le madri sole. Il risultato è un forte dualismo tra cittadini non bisognosi e cittadini assistiti.

---

<sup>10</sup> <https://www.lacooltura.com/2018/10/esping-andersen/>.

<sup>11</sup> AFDC: Aid to Families with Dependent Children. Sussidio statale alle famiglie con figli a carico.

Nel regime conservatore di welfare “particolaristico”, tipico degli Stati dell’Europa continentale e meridionale, tra cui l’Italia in una prima fase, i diritti derivano dalla professione esercitata e sono quindi collegati alla condizione del lavoratore. Di fatto in base al lavoro svolto si stipulano delle assicurazioni sociali obbligatorie che sono all’origine della copertura per i cittadini. Una variante del modello particolaristico è il cosiddetto welfare aziendale che si è diffuso in alcuni paesi occidentali ed in Giappone e che si basa su contributi dei lavoratori e dell’azienda stessa, come forma di partecipazione agli utili da parte dei dipendenti.

Nei paesi scandinavi e in Italia invece vige il regime socialdemocratico di welfare “universalistico”. In questo modello i diritti sociali derivano dalla cittadinanza per cui vi sono dei servizi che vengono offerti a tutti i cittadini dello Stato senza nessuna distinzione. Tale regime promuove l’uguaglianza di stato passando così dal concetto di assicurazione sociale a quello di «sicurezza sociale», fornendo un welfare che si propone di garantire a tutta la popolazione standard di vita qualitativamente più elevati.

Questi tre regimi, pur avendo evidenti limiti nell’interpretazione dei numerosi Welfare State esistenti, hanno creato nuove prospettive comparative.

Ferrera cerca di colmare una lacuna di tipo geografico presente nella classificazione di Esping-Andersen riguardante l’assenza degli Stati dell’Europa

meridionale. Egli li definisce con l'espressione la "quarta Europa Sociale"<sup>12</sup> e vi include Spagna, Grecia, Portogallo e Italia, anche se è l'unica nazione dell'Europa meridionale inclusa nella precedente classificazione. Questi Stati, benché nella fase evolutiva del Welfare State facessero riferimento al classico modello bismarckiano, durante la fase dell'espansione hanno sviluppato dei modelli peculiari ed originali di protezione sociale. Una delle caratteristiche sostanziali è il sistema di protezione dualistico, con alta protezione per alcune categorie sociali come dipendenti pubblici e dipendenti delle grandi imprese che possono confidare su una certa stabilità occupazionale, e modeste forme di protezione per altre come i lavoratori precari, stagionali, autonomi, dipendenti di piccole imprese, ecc. Questa dualità ha determinato la creazione di una forma di solidarietà sociale fondata su un concetto di famiglia intesa come ammortizzatore di rischi e bisogni. Si parla infatti di "modello delle solidarietà familiari e parentali", il quale funzionerebbe unicamente in presenza di forti vincoli familiari lungo tutto l'arco della vita. Un'altra peculiarità dei paesi sud-europei è il percorso rivoluzionario di creazione del Welfare State, riconducibile al periodo in cui, tra gli anni Settanta e Ottanta, Spagna, Portogallo, Grecia ed Italia furono i primi a istituire un servizio sanitario nazionale universale, garantito in virtù dei soli diritti di cittadinanza. Questo avvenimento oltre che ad essere innovativo in termini di equa redistribuzione di chance di vita, si può definire fondamentale per la

---

<sup>12</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.42.

determinazione di un comune modello di welfare tra questi paesi. Un terzo aspetto è rappresentato da una forte presenza nel settore del welfare di istituzioni facilmente manipolabili da parte dei partiti politici, di frodi o clientelismi nell'ambito delle prestazioni, e di evasione fiscale dal punto di vista contributivo.

A questi quattro modelli Ferrera ne affianca uno riferito alla quinta «Europa sociale», composta da tutti i paesi dell'ex blocco comunista che sono entrati a far parte dell'Unione Europea nel 2004 e che si sono trovati a dover “costruire” e consolidare una stabile economia di mercato e, al contempo, un maturo sistema democratico e di welfare.

I cinque regimi appena citati non sono una interpretazione definitiva della realtà, piuttosto possono essere considerati come una descrizione momentanea di una realtà che dovrà essere rivisitata. Difatti il tempo, gli avvenimenti sociali ed economici, gli attori sociali e istituzionali, che localmente o globalmente influenzano il grado e le modalità di condivisione dei rischi, sono variabili che influenzano continuamente questo ambito di ricerca. Proprio per questo motivo Ferrera crea una nuova classificazione delle tipologie di Stato Sociale fondata sull'analisi dei fattori occupazionali e della loro influenza sul sistema decisionale e definitorio delle politiche di assistenza sociale. Egli introduce dei “modelli di solidarietà” individuando due fondamentali varianti: il modello occupazionale, ispirato alle teorie di Bismark, e il modello universalistico, basato sulle teorie di Beveridge, declinati a loro volta in puri, cioè rimasti fedeli all'originario, e misti

ovvero che al contrario hanno avuto un distacco. Si ottengono così quattro modelli nei quali prevarranno in alcuni casi categorie occupazionali e in altri il principio universalistico di cittadinanza.

I Welfare State occupazionali puri hanno schemi di protezione sociale che coprono solo alcune categorie di lavoratori dipendenti e continuano a seguire la strada delle piccole inclusioni occupazionali. I nuovi settori occupazionali inclusi nelle politiche previdenziali si rivolgono a quasi tutta la popolazione anche se la solidarietà sociale rimane comunque non omogenea, originando così una moltitudine di comunità a rischio. Esempi emblematici di nazioni che adottano questo modello sono: Francia, Belgio, Germania e Austria.

I Welfare State occupazionali misti sono tipici dell'Italia, Svizzera, Olanda e Irlanda. In questi quattro paesi, benché evidenzino esperienze eterogenee, il modello occupazionale resta dominante. A differenza del modello puro, in quello misto è sempre presente uno schema a copertura nazionale fondato non sul principio della partecipazione lavorativa, ma su quello della cittadinanza. Ad esempio in Italia l'assicurazione sanitaria, intesa come prestazioni in natura e servizi, è garantita a tutta la popolazione dal 1978.

Il modello universalistico misto è caratterizzato da schemi di protezione sociale che coprono tutti i cittadini indipendentemente dalla loro posizione lavorativa. Le esperienze di riferimento sono quelle di Gran Bretagna, Canada e Nuova Zelanda. Questi paesi inizialmente attuarono schemi assicurativi nazionali "means- tested"

e cioè con verifica dei mezzi per il rilascio della prestazione, trasformati nel secondo dopoguerra in schemi di sicurezza sociale ad ampia copertura.

L'ultimo modello è quello universalistico puro. Quest'ultimo copre tutta la popolazione residente secondo l'applicazione più pura del principio universalistico, senza distinzioni né sul piano occupazionale né su quello dei diritti di cittadinanza. Gli esempi sono quelli dei paesi della penisola scandinava in cui, per esempio la Svezia attua i principi legati a un'idea di Welfare State universalistico puro fin dal 1913.

Secondo Ferrera, la rivalutazione del target di riferimento dei vari interventi pubblici, anche nei welfare universalistici, è sintomo dell'emergere di una crisi del sistema di finanziamento del welfare da cui ne consegue la necessità di contenere le spese in modo da garantire il sostegno necessario a chi non è autosufficiente o a chi si trova in un momentaneo stato di indigenza. Il targeting è divenuto quindi, nell'ultimo decennio, un elemento chiave nell'elaborazione delle politiche sociali in tutti i modelli esposti, fatta eccezione per i welfare scandinavi che, in virtù di una consolidata struttura di tipo universalistico, riescono a esserne quasi completamente immuni. In questi paesi lo Stato sociale è definito "casa di tutti", per cui si tende a consolidare il benessere dell'intera popolazione e non solo dei bisognosi. In Gran Bretagna, invece, l'applicazione iniziale dei means-test nella selezione dei destinatari dei servizi ha portato al manifestarsi di alcuni effetti collaterali. Il test di selezione, incentrato sull'individuazione di indizi di povertà

effettiva, veniva automaticamente interpretato come qualcosa di stigmatizzante, rendendo così più difficoltoso un eventuale percorso di inserimento sociale e incentivando il non utilizzo dei servizi assistenziali. Le politiche sociali nei paesi mediterranei, sono caratterizzate da una gestione dei beni collettivi a volte clientelare e personalistica che crea un ambiente di governo soggetto ad azioni fraudolente nella destinazione delle risorse comuni. Non si ispirano quindi a quei principi di efficienza, razionalità ed efficacia fondamentali in un contesto in cui di fatto si dovrebbero applicare metodi standard.

Per rendere il quadro più completo, sebbene per brevi cenni, appare utile segnalare anche la distinzione di diversi modelli di Welfare State che scaturisce da una prospettiva di studio «attenta alle relazioni, ai rapporti, alle dipendenze e interdipendenze, familiari e parentali»<sup>13</sup>.

Il primo di questi modelli, detto “male breadwinner”, si basa su una chiara divisione dei compiti nella famiglia: l’uomo capofamiglia procaccia il reddito familiare ed è titolare di diritti sociali e mediatore di protezione sociale per la moglie e per i figli, alla donna spetta invece il compito di cura ed è portatrice di diritti derivati come, ad esempio, la pensione reversibile e gli assegni familiari.

Il modello “dual-erner”, invece, è caratterizzato da interventi di tipo universalistico con la piena occupazione maschile e, allo stesso tempo, elevati

---

<sup>13</sup> Naldini M., *Le politiche sociali in Europa*, Carocci, 2006, pag. 55 e ss.

livelli di quella femminile. Sono presenti misure che consentono alle madri di conciliare vita professionale e compiti di cura che in alcuni casi spettano anche ai padri. I servizi all'infanzia di conseguenza sono molto sviluppati, contrariamente a quanto avviene nei modelli male breadwinner.

Il terzo e ultimo modello è quello delle solidarietà familiari e parentali. È fondato sull'assunto che il sistema familiare funzioni in base all'esistenza di forti relazioni intergenerazionali e di parentela lungo il ciclo di vita. Oltre che riprendere le peculiarità del modello male breadwinner, si caratterizza quindi per una scarsa capacità di assorbire la domanda di lavoro maschile e per bassi salari.

#### **1.4 SISTEMA MULTIPILASTRO**

Di fronte al quadro di crisi presentato in precedenza si sono succedute innumerevoli tesi al fine di trovare un'alternativa alla situazione del Welfare State esistente. Alcune prevedevano una netta inversione rispetto al tradizionale sistema di welfare, optando per un ritorno alla capitalizzazione e quindi ad un welfare sostanzialmente privato, sostenendo che nel lungo periodo i rendimenti dei mercati finanziari sono superiori al tasso di crescita dell'economia, e che quindi la capitalizzazione permette di distribuire lo stesso livello di benefici previdenziali e assistenziali a fronte di minori contributi versati. Altri invece, optavano per un sistema di welfare misto, argomentando come i rendimenti futuri del mercato finanziario e del tasso di crescita dell'economia siano incerti, e che quindi la

diversificazione della ricchezza in due componenti, una a ripartizione (pubblica) e una a capitalizzazione (privata), possa essere uno strumento efficace per massimizzare i rendimenti, ripartire il rischio del portafoglio e aumentare il benessere. In sostanza l'obiettivo è rovesciare l'ottica passiva, risarcitoria e statalista del Welfare State per costruire un sistema di protezione attiva che miri a sviluppare le potenzialità della persona e generi vantaggi sia per il singolo individuo che per l'intera collettività. Si intende quindi dare sostanza a un welfare che si realizzi non solo attraverso le funzioni pubbliche, ma anche tramite le forze sociali presenti nella comunità come la famiglia e l'impresa no profit<sup>14</sup>, e che miri a diversificare le fonti di finanziamento organizzando in termini più convenienti la spesa sociale privata. In questa chiave va letta la proposta di sviluppare un sistema di finanziamento multipilastro, che integri pubblico e privato, con riferimento in particolare agli ammortizzatori sociali, all'ambito previdenziale, sanitario e di assistenza alla persona. Si punta quindi alla creazione di un sistema di welfare "integrato" e "allargato".

Nell'ambito pensionistico, la costruzione di un sistema multipilastro è finalizzata ad una riduzione dei rischi previdenziali attraverso la diversificazione della gestione (pubblica e privata) e dei criteri di finanziamento (ripartizione e capitalizzazione), con strategie di investimento di lungo periodo. In Europa il

---

<sup>14</sup> Ferrera M., *Le trappole del welfare. Uno Stato sociale sostenibile per l'Europa del XXI secolo*, Il Mulino, 1998.

sistema pensionistico è formato da quattro pilastri. Il primo pilastro è istituito dallo Stato ed è quindi gestito dal settore pubblico. Viene erogata una prestazione pensionistica di base, finanziata con il sistema a ripartizione. L'adesione al sistema è collettiva e obbligatoria in quanto l'individuo non è in grado di prevedere con cura i propri bisogni effettivi futuri e quindi di risparmiare in modo adeguato. Alcuni paesi<sup>15</sup> adottano un primo pilastro "bis" che si differenzia dal primo pilastro tradizionale per una gestione privata ed il metodo di finanziamento a capitalizzazione. Il secondo e il terzo pilastro costituiscono la previdenza complementare che, attraverso lo strumento del fondo pensione, ha la finalità di fornire agli aderenti più elevati livelli di copertura previdenziale per assicurare al pensionato lo stesso livello di vita della fase lavorativa. Il fondo pensione può essere considerato un intermediario finanziario che raccoglie i contributi degli aderenti e li gestisce, nelle forme previste dalla legge, cercando di massimizzarne il montante. Si classificano in fondi chiusi, aperti, preesistenti e individuali a seconda del tipo di adesione, di gestione o di fonte istitutiva. Nello specifico, il secondo pilastro presenta fondi pensionistici istituiti da associazioni datoriali e dei lavoratori tramite contratti o accordi a livello di settore o aziendali, gestiti da privati e la cui adesione è collettiva e volontaria. La pensione erogata è di tipo integrativo, finanziata con il sistema a capitalizzazione. Il terzo pilastro invece è

---

<sup>15</sup> Danimarca, Francia, Portogallo, Finlandia, Regno Unito, Svezia, Lettonia, Lituania, Polonia, Ungheria, Slovacchia, Estonia, Romania, Bulgaria.

formato dai PIP (Piani Individuali Pensionistici) istituiti e gestiti da imprese di assicurazione mediante contratti assicurativi. L'adesione è volontaria e individuale e la pensione erogata è una pensione integrativa a capitalizzazione.<sup>16</sup>

Figura 1.4.1: Il sistema multipilastro previdenziale.

	I° PILASTRO	I° PILASTRO bis	II° PILASTRO	III° PILASTRO
TIPOLOGIA PENSIONE	DI BASE	DI BASE	INTEGRATIVA (1)	INTEGRATIVA
SOGGETTO ISTITUTORE	STATO	STATO	ASSOCIAZIONI DATORIALI E DEI LAVORATORI, tramite contratti o accordi a livello di settore o aziendali	PROVIDER di SETTORE
ADESIONE	OBBLIGATORIA	OBBLIGATORIA (2)	VOLONTARIA/ OBBLIGATORIA	VOLONTARIA
GESTIONE	COLLETTIVA	COLLETTIVA	COLLETTIVA	INDIVIDUALE
FINANZIAMENTO	PUBBLICA	PRIVATA	PRIVATA	PRIVATA
OBIETTIVO	RIPARTIZIONE	CAPITALIZZAZIONE	CAPITALIZZAZIONE	CAPITALIZZAZIONE
	SICUREZZA SOCIALE (5)	SICUREZZA SOCIALE (5)	SALVAGUARDIA DEL TENORE DI VITA ABITUALE	COPERTURA DI ESIGENZE PREVIDENZIALI INDIVIDUALI

Fonte: Cicia M., *Fondi pensione*, Anno accademico 2017/2018, Modulo 3.

Se dal punto di vista strettamente pensionistico i vari Paesi europei hanno già da tempo intrapreso delle decisioni a livello legislativo mirate a creare un sistema multipilastro, dal punto di vista sanitario-assistenziale si sono prese solo recentemente alcune decisioni che mirano a favorire tale sistema.

<sup>16</sup> Cicia M., *Fondi pensione*, Anno accademico 2017/2018, Modulo 3.

Per quanto riguarda il settore sanitario, il primo pilastro è gestito dal settore pubblico ed è diretto a garantire l'assistenza sanitaria di base a tutti i cittadini e principalmente prestazioni sanitarie adeguate alle fasce economicamente più deboli della popolazione. Con il secondo pilastro si costituisce un sistema di sanità integrativa gestito da enti come fondi sanitari, società di mutuo soccorso e casse di assistenza sanitaria, con lo scopo di garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini. Il terzo pilastro prevede un sistema di sanità privata gestito dalle compagnie assicurative e finalizzato a prestare coperture sanitarie costruite in funzione di elementi attuariali e proposte dagli intermediari assicurativi.

Anche nel settore assistenziale si prevedono tre pilastri. Il primo pilastro è un sistema di tutela che prevede l'erogazione di prestazioni monetarie e/o naturali a sostegno delle persone o delle famiglie con redditi inferiori a determinate soglie, quindi in situazioni economiche disagiate, o dei soggetti con una riduzione parziale o totale della capacità lavorativa. A integrazione delle prestazioni offerte dal settore pubblico, nel secondo pilastro possono essere annoverati i fondi sanitari integrativi come per la sanità. Il terzo pilastro è rappresentato dalle polizze assicurative volte a garantire il pagamento di una rendita o di un capitale erogato nel caso in cui si verifichi la non autosufficienza, una malattia grave o l'incapacità lavorativa. Alcune polizze assistenziali tipiche sono: la polizza Long Term Care (LTC) che copre dal rischio di perdita dell'autosufficienza, la Dread Disease (DD) che assicura contro il rischio di malattie gravi e la Permanent Health Insurance

(PHI) che garantisce contro il rischio di incapacità lavorativa dovuta a infortunio o malattia. Occorre anche sottolineare che l'individuazione di un parallelo privato in ambito assistenziale a cui i cittadini possano rivolgersi per colmare il gap generato dalla scarsità di risorse del settore pubblico è di difficile individuazione. Per alcune tipologie di interventi infatti non è possibile individuare in maniera netta e precisa il settore di welfare di appartenenza. Un esempio è il settore socio-sanitario che si pone nell'intersezione tra il settore sanitario e quello assistenziale.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Crenca G., *Analisi delle politiche di welfare*, Anno accademico 2017/2018, Capitolo 2.

## Capitolo 2

### LO STATO SOCIALE ITALIANO

Ricapitolando quanto accennato nel Capitolo 1, allo Stato Sociale italiano si possono attribuire cinque principali peculiarità. Si tratta di un modello “particolaristico” occupazionale misto, largamente appoggiato su culture clientelari, profondamente dualistico, basato prevalentemente su trasferimenti di reddito piuttosto che su servizi, ed, infine, è ampiamente improntato su una cultura familistica, paternalistica e patriarcale.

Gli interventi pubblici sociali hanno sempre avuto come punto di riferimento una categoria, un ceto o un gruppo, facendo così assumere alle politiche sociali un carattere particolaristico, in cui, cioè le prestazioni appaiono fortemente differenziate a seconda del soggetto cui si riferiscono. Si assiste così al sorgere e al consolidarsi di un sistema di protezione sociale dove la gran parte delle prestazioni e dei programmi appaiono calibrati sulla base dello “status” acquisito dall’individuo tramite la partecipazione al mercato del lavoro. Benché l’Italia in passato rientrasse tra i modelli occupazionali puri, nel corso del tempo, in particolare nel secondo dopoguerra, ha superato questo modello ed è approdata ad un modello occupazionale misto e cioè con una visione più universalistica del sistema. Un primo episodio può essere individuato nel 1949 con la decisione che

il collocamento della forza lavoro fosse una funzione pubblica basata sulla chiamata numerica e non nominativa. Si promuoveva in questo modo uno fra i più rilevanti diritti sociali di cittadinanza previsti dalla Costituzione: la tutela e la piena garanzia dell'ingresso nel mercato del lavoro. Un altro avvenimento rilevante è individuato nella riforma della scuola dell'obbligo attuata nel 1962. Questo intervento ha creato un sistema di prestazioni uguali per tutti, finanziato dalla fiscalità generale, che di lì a dieci anni si sarebbe basata addirittura su un sistema progressivo. Vale la pena evidenziare anche l'istituzione della pensione sociale nel 1969. È l'unico momento in cui fa breccia nella cultura previdenziale italiana l'idea che anche il cittadino avente più di 65 anni, senza aver maturato con il proprio lavoro il diritto a una pensione di vecchiaia, sprovvisto di mezzi, abbia diritto a una qualche tutela da parte della collettività. Tuttavia la pensione sociale non è diventata un vero strumento di lotta all'esclusione e alla povertà economica degli anziani in quanto, ancora oggi, l'attuale ammontare di questa prestazione non può garantire loro una sopravvivenza decorosa qualora siano sprovvisti di altri mezzi. Va infine menzionata la riforma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la Legge 833 del 1978, con cui si dà vita a un sistema prepotentemente universalistico. Viene affermato per tutti il diritto alla tutela della propria salute, vengono previsti livelli minimi garantiti di assistenza sanitaria e le prestazioni sono finanziate dalla fiscalità generale.

La seconda questione da affrontare è il carattere clientelare delle politiche sociali. Il Welfare State italiano ha quasi sempre posto, alla base delle sue prestazioni, meccanismi di “scambio politico”: le prestazioni vengono concesse a chi può offrire in contraccambio adesioni o voti a favore. Tale sistema clientelare, presente soprattutto in ambito pensionistico, deriva indubbiamente, oltre che dalla scorrettezza politica, anche dal clima di incertezza creato dalla molteplicità delle norme che non facilitano l’orientamento all’interno di una legislazione soggetta a cambiamenti continui. Un caso emblematico si può ritrovare nella storia delle pensioni di invalidità. Con la riforma di fine anni Sessanta si introduce una pensione di invalidità volta a contrastare l’indigenza e la disoccupazione. Tale pensione non era più solamente riservata agli invalidi e ai disabili fisici, ma era rivolta anche a chi avesse una disabilità di natura “sociale” come risiedere in un’area caratterizzata da un elevato livello di disoccupazione. L’Italia vede, di conseguenza, il numero dei pensionati per invalidità aumentare notevolmente e addirittura superare il numero di pensionati per vecchiaia. La manipolazione clientelare non avviene con grandi riforme, né con clamore, ma trova invece attuazione in un circuito “basso”, popolato da sindacati, partiti politici e burocrazie pubbliche periferiche. La domanda per ottenere la pensione di invalidità spesso era richiesta da persone poco alfabetizzate che si avvalevano dell’assistenza di un patronato sindacale; il quale era remunerato dallo Stato per ogni pratica di invalidità portata avanti a prescindere dall’esito. Dopodiché la

pratica arrivava al Comitato Provinciale INPS in cui sedevano in maggioranza i rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative, in cui i patronati avevano il peso maggiore nel Paese. Quest'ultimi avevano hanno rapporti stretti con le principali forze politiche e, se si tiene conto degli ampi margini di interpretazione e di discrezionalità che la normativa lasciava agli attori, si può ben comprendere come una pratica venisse facilmente "velocizzata" o approvata. Tali prestazioni, o meglio "grazie ricevute", si scambiavano facilmente nel mercato politico con il consenso elettorale. Quando questo circolo è esploso, ci si è resi conto che si era messo in moto un meccanismo distruttivo degli equilibri finanziari del sistema previdenziale; giungendo così alla riforma nel 1984 tramite la quale la pensione di invalidità è tornata a riguardare solamente i disabili fisici.

Lo Stato Sociale italiano è da sempre stato dualistico. Inizialmente i sistemi di protezione sociale erano incentrati sulle Opere Pie e sulle Società Operaie di mutuo soccorso. Entrambe erano molto più diffuse nel Nord che nel Sud, e nei centri urbani piuttosto che nelle campagne: fin da allora assume, quindi, rilievo una precisa differenziazione territoriale della capacità di protezione sociale e di tutela. Tale dualismo territoriale ad oggi non è affatto venuto meno. Se si osserva ad esempio l'ambito sanitario, si nota che il Sud soffre di un'offerta quantitativamente e qualitativamente inferiore al Centro-Nord. Lo stesso vale per le pensioni. Il volume medio delle pensioni pagate ai cittadini del Centro-Nord è di gran lunga superiore di quello del Sud. Questa differenza è spiegabile dal fatto

che nel Nord sono erogate soprattutto pensioni di anzianità, cioè pensioni ricche, mentre nel Sud hanno maggior peso le pensioni sociali e di invalidità, cioè pensioni povere. Se si volesse completare la riflessione con la problematica fiscale, si dovrebbe senza dubbio riconoscere che il contribuente medio del Centro-Nord paga di più rispetto a chi vive nelle regioni meridionali. Difatti l'economia meridionale ha avuto da lungo tempo un tasso di crescita molto più basso di quello dell'economia settentrionale da cui ne consegue la produzione di molto meno reddito ed, in più, è maggiormente caratterizzata dall'economia sommersa e dall'economia criminale. Il vero volto che ha assunto il welfare per il Sud è stata l'abbondante disponibilità di occupazione pubblica, tanto da parlare di "meridionalizzazione della Pubblica Amministrazione". Un dualismo di tale spessore rende perciò assai difficili e incerte le innovazioni e le riforme.

La quarta peculiarità del Welfare State italiano consiste nella cosiddetta "distorsione allocativa". La gran parte delle risorse pubbliche impegnate è costituita da trasferimenti di reddito. Nonostante si stia tentando uno spostamento significativo di risorse sul fronte dei servizi e delle prestazioni non monetarie, questo processo è piuttosto faticoso e difficile in quanto necessiterebbe di una vera e propria rivoluzione culturale. Ciò, oltretutto, renderebbe il sistema meno manipolabile clientelaramente, più universalistico e meno drammaticamente differenziato fra i territori.

Infine l'ultimo punto da sottolineare è la cultura familistica, patriarcale e paternalistica del sistema. Inizialmente si idealizzava una complementare divisione dei ruoli fra i sessi improntata anche su una visione "cattolica": mentre l'uomo capofamiglia procacciava il reddito familiare, la donna, in una condizione coniugale contraddistinta da una sostanziale sottomissione, veniva "sacralizzata" nel ruolo di madre dedita alla cura dei figli, che non doveva assolutamente entrare nel mercato del lavoro per non mettere in pericolo l'assolvimento dei propri compiti "naturali". Tale modello culturale ha esercitato a lungo la sua influenza nel nostro paese, tanto che l'Italia è fra gli ultimi paesi dell'Europa occidentale a conoscere la rivoluzione femminista. Solo negli anni Ottanta e Novanta si assiste all'ingresso massiccio delle donne nel mercato del lavoro. Si tratta di un cambiamento di grande spessore e rilevanza a cui è seguita una profonda riformulazione delle politiche. Tuttavia la famiglia d'origine rimane ancora oggi il principale punto di riferimento. Se da una parte per alcuni diventa l'unico ammortizzatore sociale, dall'altra però si potrebbe trasformare in una sorta di "trappola" perché ostacola la mobilità trattenendo i giovani.<sup>18</sup>

I caratteri fondamentali del Welfare State italiano rispecchiano dunque culture e comportamenti ben radicati nella struttura sociale, così come nella cultura politica, e nonostante l'avvio di processi importanti di cambiamento, questi aspetti

---

<sup>18</sup>Ascoli U., *Le caratteristiche fondamentali del Welfare State italiano*, [www.sissco.it](http://www.sissco.it).

continuano a caratterizzare il nostro sistema di protezione sociale. Questi elementi distintivi fanno sì che l'Italia si discosti dagli standard europei per una doppia distorsione. Una, di tipo “funzionale”, consistente in una diversa composizione interna della spesa: la voce “vecchiaia e superstiti”, secondo i più recenti dati OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) disponibili, ossia quelli relativi al 2016, è pari al 16,1% del PIL, superando di 3,5 punti percentuali il dato medio europeo del 12,6%<sup>19</sup>. Gran parte della spesa sociale italiana, quindi, è assorbita dal sistema pensionistico. Pertanto, mentre il rischio vecchiaia viene iperprotetto, il settore dell'assistenza sociale ricopre una posizione marginale con scarse risorse da dover distribuire tra i bisogni relativi alla famiglia, alla disoccupazione, all'emergenza abitativa, ecc. L'Italia ha poi una distorsione distributiva che riguarda il diverso grado di protezione di cui godono le differenti categorie occupazionali: i lavoratori alle dipendenze di grandi imprese o dell'amministrazione pubblica godono di ampia protezione; gli autonomi e i dipendenti di piccole imprese sono parzialmente garantiti, mentre i lavoratori appartenenti all'economia sommersa, ancora molto presente nel Sud Italia, e gli irregolari non hanno alcuna garanzia. Queste distorsioni causano in primis problemi di efficienza, efficacia ed equità. Si riscontrano differenze nella diversa protezione di cui godono gli individui appartenenti a generazioni diverse: ad esempio un pensionato può contare su un ampio grado di protezione, e al

---

<sup>19</sup><http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>.

contrario una donna che ha bisogno di aiuto nella cura dei figli non gode dell'assistenza e dei servizi necessari. Alcune divergenze si individuano anche tra chi, benché appartenente alla stessa generazione, rientri in diverse categorie occupazionali: ad esempio tra un dipendente della pubblica amministrazione e un lavoratore agricolo. In secondo luogo le distorsioni possono essere considerate parte integrante delle cause che hanno scatenato la crisi del welfare italiano. Si pensi ad esempio che il cambiamento intervenuto nel modo di fare famiglia, che ha determinato una diminuzione delle possibilità di quest'ultima di funzionare come ammortizzatore sociale, in un sistema familista, quale è quello italiano, ha dato luogo a conseguenze più gravi che in sistemi de-familisti in cui invece lo stato si assume un maggior grado di responsabilità attraverso un intervento pubblico che mira a rendere gli individui meno dipendenti dalle relazioni parentali.<sup>20</sup>

In seguito si procederà con un'analisi della spesa di welfare, utile per entrare nell'ottica dei dati utilizzati per calcolare le scoperture.

Ai fini della valutazione della spesa di welfare occorre specificare una prima distinzione considerando separatamente il comparto pubblico e quello privato. Il welfare privato comprende quello occupazionale e familiare. Il primo consiste nell'insieme delle misure di utilità sociale erogate al singolo lavoratore in ambito

---

<sup>20</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, 2006, pag.42 e ss.

aziendale. Qualora traggano origine dalla libera iniziativa degli imprenditori si parla di “welfare occupazionale-unilaterale”, se invece sono il risultato di accordi collettivi allora si tratta di “welfare occupazionale-contrattuale”. È molto difficile definire invece i confini del welfare familiare che tuttavia potrebbe essere definito come il complesso delle iniziative e delle spese che la famiglia sostiene per garantire il benessere e la sicurezza sociale dei propri membri. Il welfare familiare ha un valore strategico che travalica la dimensione economica: oltre che ad avere un ruolo centrale nella soddisfazione dei bisogni sociali emergenti, può contribuire in modo determinante a facilitare il contenimento della spesa statale alleggerendo la pressione sul welfare pubblico<sup>21</sup>.

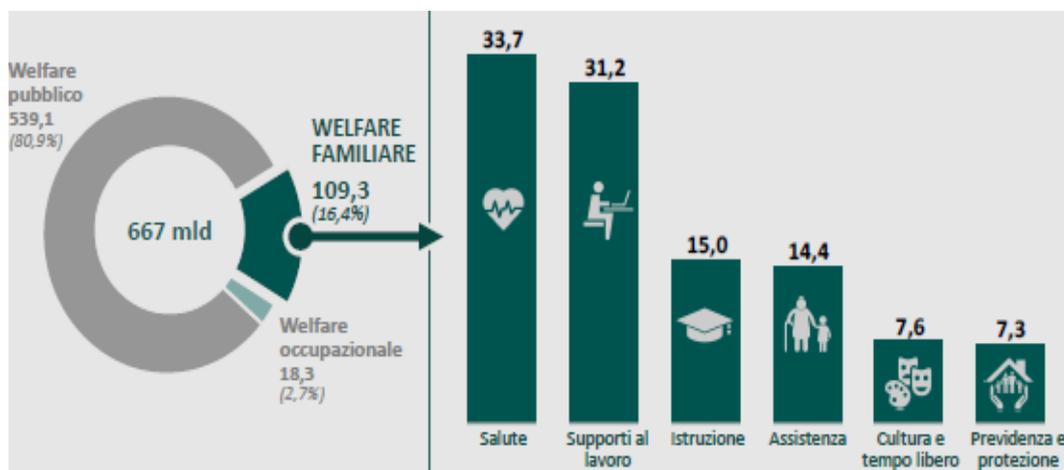
Il calcolo delle scoperture attuato nell’applicazione si basa sui dati del welfare familiare. È proprio su quest’ultimo che si concentrerà quindi l’analisi della spesa. Dato che per calcolare le scoperture nell’applicazione sono stati utilizzati i dati del 2017 perché sono i più recenti e completi, per una coerenza di dati, verrà presentata in maniera più approfondita la situazione del settore di welfare nel 2017.

Il welfare italiano non solo può essere considerato a tutti gli effetti un “settore produttivo”, ma si può definire come uno dei settori più importanti del nostro sistema produttivo, capace di trainare la crescita del Paese.

---

<sup>21</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sulla spesa di welfare delle famiglie italiane*, pag. 6.

Figura 2.1: Il welfare come industria.



Fonte: Rapaccini A., Dallaglio E., Presentazione del Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 2.

Nel 2017 ha un volume complessivo di 666,6 miliardi, il 39,9% del PIL. Al suo interno il peso maggiore è sostenuto dallo Stato (80%), ma la spesa delle famiglie ricopre una quota importante pari al 16,4% della spesa totale che equivale a circa 109,3 miliardi di euro (6,5% del PIL). Il suo volume è il doppio di quello del settore dell'abbigliamento (53 miliardi), il triplo del turismo (39 miliardi) e dell'industria delle automobili (37 miliardi). Per parlare di settori vicini e parzialmente sovrapposti, la sua dimensione è pari all'intera raccolta delle assicurazioni vita (102 miliardi) e a più di tre volte le assicurazioni danni (32 miliardi). Infine offre grandi opportunità di business a imprese e organizzazioni (aziende dei servizi, assicurazioni, banche, attività professionali, associazioni e reti di imprese) che intendano ridefinire il proprio ruolo e investire

nell'innovazione per crescere. Detto ciò, ben si comprende che si dovrebbe quindi cessare di vedere il welfare solamente come un costo e considerarlo come un'area di investimento<sup>22</sup>.

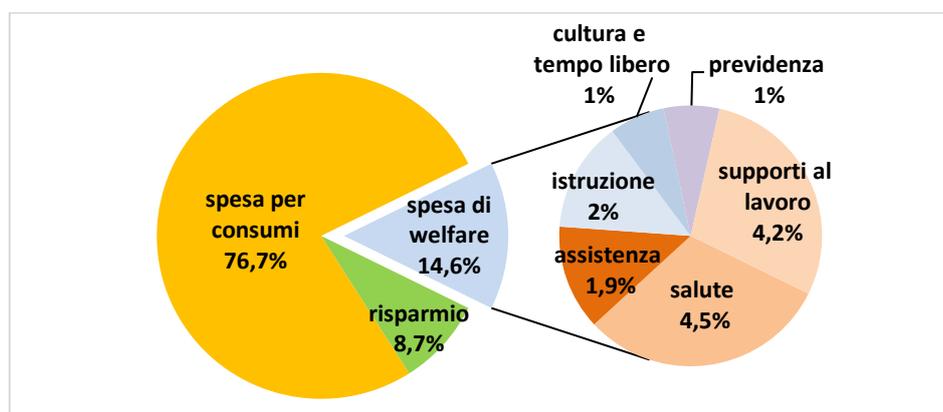
Il welfare familiare può essere ripartito in sei aree: previdenza e protezione, salute, assistenza, istruzione, supporti al lavoro e cultura e tempo libero. Questa classificazione rappresenta le attività di welfare delle famiglie in senso stretto: le spese e i servizi essenziali per il benessere familiare e la sicurezza sociale. Per previdenza e protezione si intendono le polizze pensionistiche e i versamenti individuali volontari nei fondi pensione integrativi, le assicurazioni vita di protezione, le assicurazioni per la casa e la famiglia diverse da quelle per la salute. La salute comprende le spese sanitarie dirette delle famiglie e i premi pagati per le assicurazioni contro le malattie e gli infortuni. I supporti per il lavoro consistono in costi di trasporto e ristorazione che i membri della famiglia devono sostenere per recarsi al lavoro e poter lavorare. L'area istruzione prevede le rette e le spese per i servizi prescolari (asilo e scuola materna), per l'istruzione a tutti i livelli, da quello scolastico al post universitario, comprese le spese di trasporto, mensa, acquisto di libri e di altri prodotti per la didattica. L'assistenza racchiude i servizi e le spese per i familiari anziani e non autosufficienti, per la gestione dei figli minori (baby sitter) e della casa (colf). La cultura e il tempo libero includono tutte

---

<sup>22</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 8.

le spese per l'editoria, lo spettacolo e le altre attività culturali, lo sport e la cura del corpo.<sup>23</sup>

Grafico 2.2: Quota della spesa familiare sul reddito.



Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati del Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 8.

Il reddito medio netto delle famiglie rilevato nel 2017 è di 29.674 euro con un risparmio medio di 2.585 euro l'anno, circa l'8,7% del reddito, ed una spesa media di 27.090 euro l'anno. La spesa media è suddivisa in spesa per consumi e spesa di welfare. Quella per consumi è di 22.762 euro per famiglia (76,7% del reddito), mentre quella di welfare è di 4.328 euro (14,6% del reddito). Di seguito la spesa di welfare sarà esaminata mettendo in relazione il Grafico 2.2 che raffigura la suddivisione del reddito netto delle famiglie e la rilevanza di ciascuna area di welfare sulla spesa, e la Figura 2.3 che mostra la spesa media di un settore

<sup>23</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 8.

per famiglia utilizzatrice e la percentuale di famiglie che usufruiscono dei suoi servizi.

Figura 2.3: Spesa delle famiglie per aree di welfare.

	Famiglie con spesa (Mln)	Quote % sul totale delle famiglie	Spesa media per famiglia utilizzatrice
Salute	25,2	100,0	1.336€
Assistenza	2,9	11,4	4.989€
Istruzione	7,8	30,8	1.937€
Cultura e tempo libero	16,9	67,1	450€
Previdenza e protezione	7,8	30,8	935€
Supporti al lavoro	16,6	65,9	1.877€

Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 32.

Dal Grafico 2.2 emerge che il settore di maggiore consistenza è quello sanitario che rappresenta poco più di un terzo della spesa di welfare familiare complessiva. Come si nota dalla Figura 2.3, sebbene l'importo medio di spesa sanitaria delle famiglie pari a 1.336 euro non sia il più alto registrato, ma si colloca al quarto posto, essendo l'unico servizio di cui usufruisce il 100% delle famiglie, il settore sanitario rimane comunque quello più rilevante. Totalmente opposta invece è la situazione per l'assistenza che costa 14,4 miliardi: si registra infatti l'importo medio di spesa familiare più alto tra tutti, pari a 4.989 euro, ma essendo i suoi servizi utilizzati da una ristretta cerchia di utenti (2,9 milioni), nella media complessiva rimane una sfera di scarso rilievo. L'istruzione dei figli costa 15 miliardi. Questa voce riguarda 7,8 milioni di famiglie che spendono in media 1.937 euro. Le spese per la cultura e il tempo libero hanno un valore totale di 7,6

miliardi, sono sostenute da 16,9 milioni di famiglie per un importo medio piuttosto piccolo di 450 euro. Infine l'area della previdenza e protezione, registra una spesa di 7,3 miliardi, la minore tra tutte, sostenuta da 7,8 milioni di famiglie che spendono in media 935 euro.

Occorre anche tener conto che la dimensione della spesa familiare e, di conseguenza, della spesa di welfare delle famiglie, è strettamente relazionata con altre tre variabili: la condizione economica, l'area geografica e la composizione della famiglia. Studiando la relazione tra la spesa e la condizione economica emergono grandi squilibri. Il peso economico di servizi essenziali risulta infatti particolarmente gravoso per le famiglie meno abbienti. Il paradosso è che l'incidenza delle spese di welfare in proporzione al reddito è maggiore nelle famiglie economicamente più deboli (19%) che nelle famiglie agiate (14,7%)<sup>24</sup>. Inoltre la difficoltà ad affrontare queste spese determina estesi fenomeni di rinuncia alle prestazioni. Oltre il 36% delle famiglie italiane sono state costrette a rinunciare ad almeno una prestazione essenziale, una quota che sale al 56,5% nelle realtà più svantaggiate. Il taglio ha colpito soprattutto le spese di assistenza agli anziani e ai non autosufficienti, seguite dalle cure sanitarie<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 77.

<sup>25</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 76.

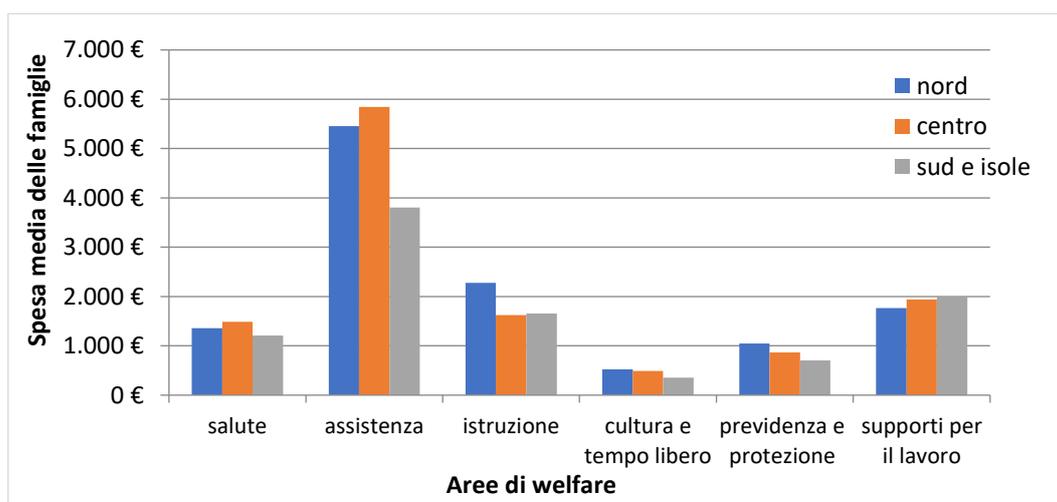
Figura 2.4: Le rinunce nelle aree di welfare (quote percentuali).

	Quota di rinuncia media	Rinuncia per la condizione economica di debolezza
• Sanità	36,7%	58,9%
• Assistenza per anziani e non autosufficienti	76,2%	-
• Servizi per la cura dei figli	41,1%	54,8%
• Istruzione (attività integrative)	35,4%	57,7%
• Cultura e tempo libero	33,8%	50,5%

Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 76.

La rinuncia ad usufruire di un intervento sociale a causa dei suoi costi eccessivi ha raggiunto una estensione tale da costituire uno dei problemi sociali più rilevanti della nostra epoca e rappresenta un segnale evidente del fatto che il Welfare State è sempre più lontano dall'obiettivo di garantire una copertura universale dei rischi sociali.

Grafico 2.5: Relazione tra settori di spesa di welfare e aree geografiche.

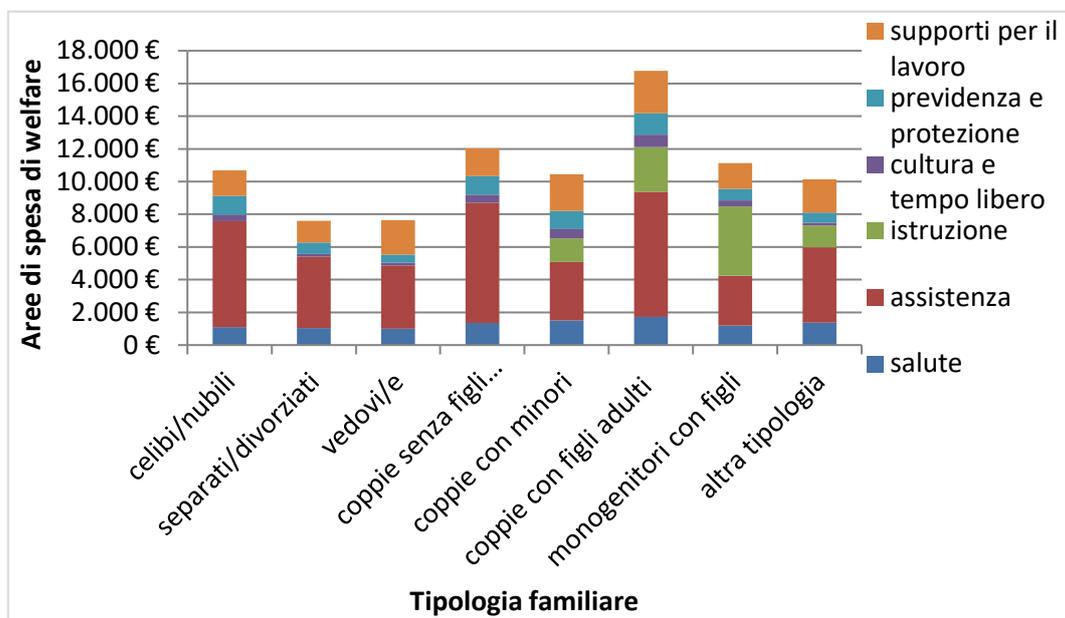


Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati del Rapporto MBS Consulting 2017.

Osservando il Grafico 2.5, rappresentante la relazione che intercorre tra spesa sociale e aree geografiche, emerge che, per ogni settore di welfare, la spesa del Centro-Nord è maggiore di quella sostenuta nel Sud Italia e nelle isole. Questo aspetto è in linea con il fenomeno del dualismo territoriale caratteristico del nostro paese già accennato in precedenza. Una spiegazione può essere ritrovata nella disparità tra i redditi familiari medi annui percepiti nelle due zone, più alti al Nord che al Sud, che riflettono il diverso costo della vita, con la conseguente presenza nel Mezzogiorno di gruppi sociali con profili meno agiati, e nel Settentrione di gruppi sociali a medio o alto reddito. Fa eccezione il settore dei supporti per il lavoro in cui la situazione si ribalta anche se la differenza non è significativa. Una possibile interpretazione potrebbe essere quella dell'esigenza per gli abitanti del Sud di doversi spostare maggiormente per raggiungere centri di maggior industrializzazione e quindi sostenere spese di trasporto più elevate.

Anche il rapporto tra tipologie di famiglia e reddito è stringente. Il Grafico 2.6 mostra anzitutto che la tipologia familiare che in media sostiene una spesa di welfare maggiore è quella formata dalla coppia con figli adulti. Si osserva anche che in genere la spesa maggiore è quella per l'assistenza indipendentemente dalla composizione familiare, e che le famiglie in cui non ci sono figli non hanno spese per l'istruzione.

Grafico 2.6: Relazione tra aree di spesa di welfare e tipologie familiari.



Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati del Rapporto MBS Consulting 2017.

Il capitolo prosegue analizzando più approfonditamente l'area previdenziale, sanitaria e assistenziale. Quest'ultima includerà anche l'ambito dell'istruzione per semplificare il quadro globale dell'applicazione creata e allo stesso tempo avere dati più completi. Si è preferito escludere le restanti aree limitando il perimetro a quelle relative al welfare in un'accezione ristretta e probabilmente più vicina al suo significato comunemente inteso. Di ogni sfera saranno accennati i principi costituzionali fondanti, dato che il sistema di welfare italiano trova le sue radici nella Costituzione, e verranno analizzati il funzionamento e la spesa.

## **2.1 SETTORE PREVIDENZIALE**

La funzione previdenziale in Italia viene assolta dal sistema pensionistico. Si tratta di un sistema di redistribuzione, costituito da regole e istituzioni, che trasferisce risorse correntemente prodotte dalla popolazione attiva a soggetti aventi bisogni diversi. Gli obiettivi sono quelli di garantire al cittadino il mantenimento di un adeguato standard di vita anche dopo il pensionamento e assicurare un livello minimo di reddito per un'esistenza dignitosa.

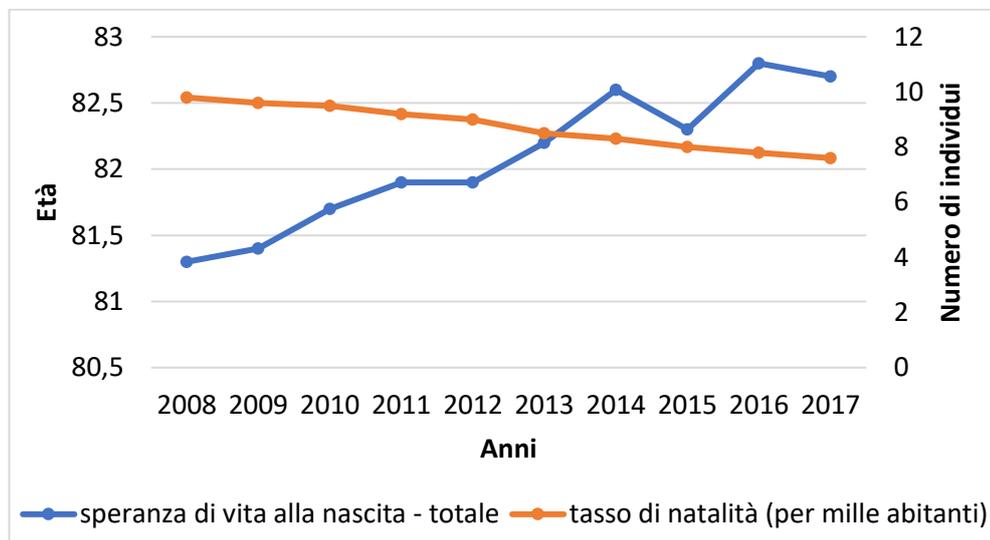
La previdenza sociale italiana nasce nel 1898 con l'istituzione della "Cassa nazionale di previdenza per l'Invalidità e la Vecchiaia degli operai", la cui iscrizione, dopo circa vent'anni, diviene obbligatoria per tutti: lavoratori dipendenti, pubblici o privati, e lavoratori autonomi che non hanno una propria cassa previdenziale autonoma. Solamente nel 1933 prenderà il nome di Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS).

Fino agli anni '90 il sistema pensionistico italiano è stato costituito da un unico pilastro che affonda le sue radici nell'articolo 38 della Costituzione italiana il cui comma 2 recita: "I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"; e il comma 4 prevede che a questi compiti devono provvedere organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. Vengono quindi erogate diverse tipologie di pensioni in base al rischio che si intende coprire. A chi ha cessato l'attività lavorativa per raggiunti limiti di età

anagrafica o contributiva viene erogata una pensione di vecchiaia o anticipata; a chi non può più partecipare al processo produttivo per sopravvenuta incapacità lavorativa lo Stato concede una pensione di invalidità o di inabilità; a coloro che sono legati da rapporti familiari con persone decedute che hanno fatto parte della popolazione attiva è destinata la pensione superstiti e infine a chi non può lavorare ed è sprovvisto di reddito si eroga una pensione assistenziale. La gestione pubblica è un aspetto fondamentale per garantire prestazioni adeguate data l'esistenza di asimmetria informativa nel mercato che non permette di valutare correttamente la gestione del risparmio previdenziale da parte degli intermediari finanziari e quindi la loro solvibilità di lungo periodo, e dato il fallimento dei mercati assicurativi che non possono garantire la copertura dei rischi non indipendenti come ad esempio l'inflazione. Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, il primo pilastro prevede un sistema contributivo e a ripartizione. Con il termine "contributivo" ci si riferisce al metodo di calcolo della prestazione e si vuole intendere che la pensione annuale è determinata dal prodotto del montante individuale contributivo, cioè l'ammontare di tutti i contributi versati dal lavoratore nell'arco della carriera rivalutato al tasso di crescita medio del PIL nominale, e il coefficiente di trasformazione, ovvero un'aliquota fissata ogni triennio dalla legge in relazione all'età del lavoratore nel momento in cui presenta domanda di pensionamento. Con il termine "ripartizione" ci si riferisce invece ad un meccanismo di finanziamento delle pensioni il quale prevede che i contributi

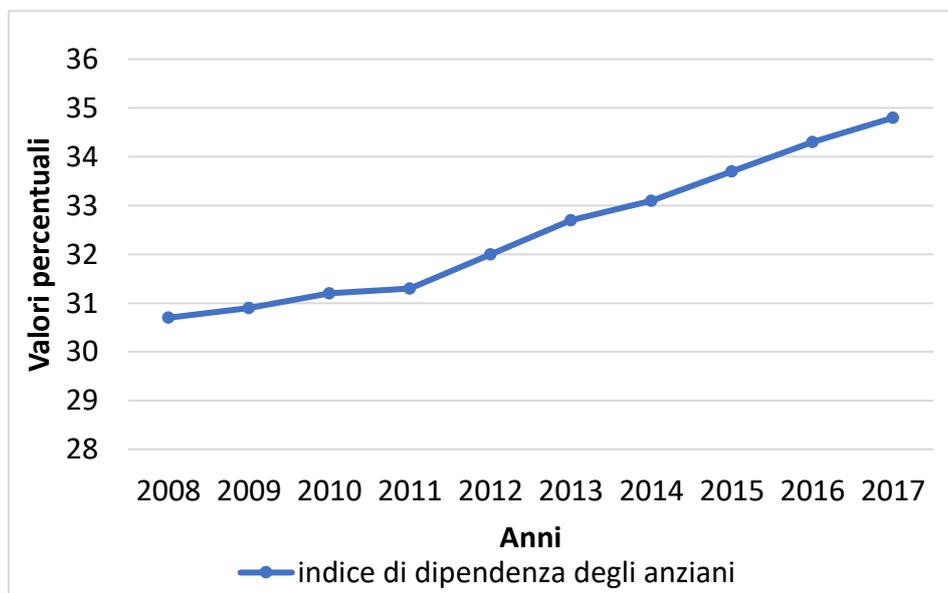
che ogni anno i lavoratori e le aziende versano agli enti di previdenza sono destinati al finanziamento delle prestazioni erogate nello stesso periodo ai pensionati. È fondato quindi su un patto intergenerazionale, ossia ciascun lavoratore si impegna a finanziare le prestazioni pensionistiche di soggetti di generazioni precedenti, con l'accordo che, in futuro, la sua prestazione pensionistica verrà finanziata con i versamenti effettuati dalle generazioni successive. L'erogazione del monte pensioni è immediata, per cui non è necessario accumulare riserve finanziarie, proteggendo in questo modo il sistema dal rischio di investimento. È evidente che in un sistema così organizzato, il flusso delle entrate, rappresentato dal gettito contributivo, deve essere in costante equilibrio con l'ammontare delle uscite. Si tratta quindi di un equilibrio collettivo difficile da mantenere, basato sul bilanciamento tra il numero di lavoratori e di pensionati e quindi fortemente esposto al rischio demografico. Qualora il numero dei pensionati superi quello dei lavoratori, per mantenere l'equilibrio occorrerebbe aumentare l'aliquota contributiva a carico dei lavoratori, Tuttavia lo Stato, per evitare il crearsi di un clima di tensione, si fa carico della differenza aumentando conseguentemente la spesa pubblica. Ed è proprio la situazione che l'Italia sta attraversando nel corso degli ultimi decenni. Si sta registrando uno squilibrio strutturale della popolazione causato dal suo invecchiamento.

Grafico 2.1.1: Tasso di natalità e speranza di vita.



Fonte: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_INDDEMOG1#](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1#).

Grafico 2.1.2: Indice di dipendenza strutturale.



Fonte: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_INDDEMOG1#](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1#).

L'invecchiamento della popolazione, dovuto alla diminuzione del tasso di fertilità e all'aumento dell'aspettativa di vita i cui trend sono evidenti nel Grafico 2.1.1, ha portato ad una rapida crescita del rapporto di dipendenza della popolazione anziana (vedi Grafico 2.1.2), cioè del rapporto tra il numero di individui di età maggiore di 65 anni e di individui in età attiva tra i 15 e i 64 anni. Lo Stato si è ritrovato a dover erogare le pensioni per un periodo di tempo più esteso, con meno entrate contributive a disposizione.<sup>26</sup>

Per fronteggiare questa situazione, sono state attuate, a partire dagli anni '90, una serie di riforme con lo scopo di contenere e controllare la spesa pensionistica. Gli interventi tipici prevedevano l'aumento dell'età pensionabile e la regolamentazione per lo sviluppo di un sistema previdenziale privato. Il sistema fu così riconfigurato basandolo su tre pilastri. A fianco al primo pilastro di previdenza pubblica obbligatoria vengono introdotti un secondo e un terzo pilastro.

Il secondo pilastro, meglio noto come previdenza complementare è regolamentato dal D.Lgs. n. 252/2005, detto "Decreto Maroni". Nello specifico ci si riferisce a fondi pensione chiusi, collettivi o negoziali, fondi preesistenti e fondi pensione aperti ad adesione collettiva. Tali forme sono gestite da istituzioni private quali banche, compagnie assicurative, Società di Gestione del Risparmio (SGR) e Società di Intermediazione Mobiliare (SIM) che hanno l'obiettivo di

---

<sup>26</sup> <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html>.

investire nei mercati finanziari i contributi versati dai lavoratori, datori di lavoro e Stato. È basato finanziariamente sulla capitalizzazione, cioè su accantonamenti di capitale in fondi collettivi che saranno poi investiti nel mercato finanziario da operatori specializzati. Non si tratta più, quindi, di mantenere un equilibrio annuo intergenerazionale, ma di trasferire nel tempo le liquidità accantonate da ciascun lavoratore. L'adesione è volontaria e collettiva, ovvero l'accesso è vincolato all'appartenenza ad un predefinito gruppo di lavoratori. Per favorire la diffusione di questi strumenti di previdenza, la legislazione ha previsto dei vantaggi tra cui il versamento dell'ulteriore contributo da parte del datore di lavoro, la possibilità di investire nel fondo anche la quota di TFR, la deducibilità fiscale dei contributi versati fino a 5.164,57 euro e la riduzione della tassazione dei rendimenti finanziari che passa dal 26% al 20%. Alla fine del 2017, la previdenza complementare conta 415 forme pensionistiche per complessivi 7,586 milioni di iscritti, che rappresentano il 6,1% in più rispetto al 2016, e che in percentuale di forza lavoro corrispondono al 28,9 per cento.<sup>27</sup>.

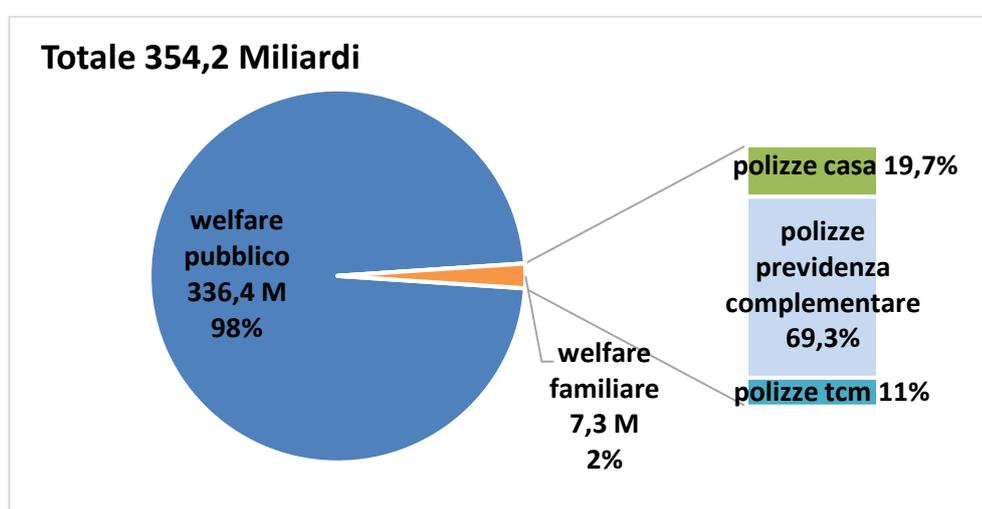
Il terzo pilastro, configurante la pensione integrativa, non è regolato da leggi speciali ma dalle norme previste dal Capo XX del Codice Civile. L'adesione risulta anch'essa essere di tipo volontario ma è individuale. Ciò significa che l'adesione è libera e non vincolata all'appartenenza a un determinato gruppo di lavoratori. Anche queste forme previdenziali sono soggette al regime di

---

<sup>27</sup> Relazione Covip per l'anno 2017.

capitalizzazione con metodo contributivo e sono rappresentate da fondi pensione aperti a adesione individuale e dai Piani Individuali Pensionistici (PIP) sottoscrivibili attraverso le polizze pensionistiche individuali offerte dalle compagnie assicurative.

Grafico 2.1.3: Ripartizione della spesa previdenziale.



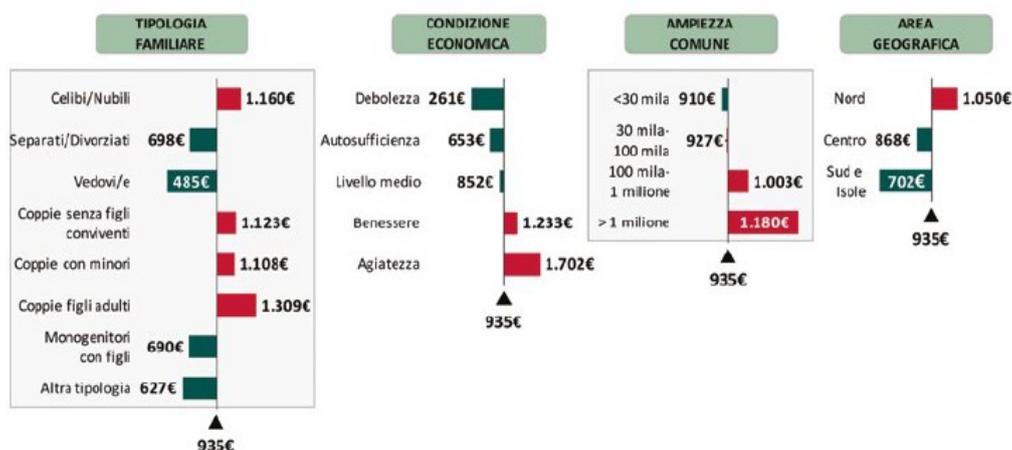
Fonte. Rielaborazione dell'autore su dati Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 63.

Ponendo ora l'attenzione sulla spesa di welfare occorre evidenziare che nel 2017 il settore previdenziale vale complessivamente 354,2 miliardi, circa il 21,2% del PIL, di cui più della metà della spesa si concentra nelle pensioni pubbliche (261,2 miliardi). D'altra parte il ruolo della previdenza integrativa e della protezione privata è ancora limitato: i fondi pensione e polizze collettive di protezione coprono 9,4 miliardi, mentre il welfare familiare 7,3 miliardi. È un

contributo tuttora troppo piccolo se si pensa all'esigenza di integrare le pensioni pubbliche per sostenere il reddito di chi si ritirerà dal lavoro nei prossimi anni, nonché al bisogno di garantire il tenore di vita delle famiglie contro i rischi delle persone e del patrimonio.

Solamente il 30,8% delle famiglie italiane sostengono spese per la previdenza integrativa individuale con un importo medio di 935 euro. Questa spesa è composta da assicurazioni per la casa, polizze vita di protezione, generalmente temporanee caso morte, e polizze di previdenza complementare.

Figura 2.1.4: Spesa di previdenza e protezione per segmenti.



Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 65.

Da evidenziare è la forte correlazione della spesa con la condizione economica, la tipologia familiare e l'area geografica di residenza. La spesa è massima nelle

famiglie agiate e minima nelle fasce deboli poiché, ovviamente, a redditi più alti corrispondono contributi più elevati e maggiori possibilità di investimento. La disponibilità di reddito è la spiegazione anche per il legame che intercorre tra spesa e tipologia familiare. Le famiglie formate da coppie con figli adulti che probabilmente hanno un'occupazione, aventi quindi più entrate, generalmente registrano una spesa quasi tre volte superiore rispetto a quella sostenuta dai genitori soli con figli a carico e dai vedovi. Infine la spesa è maggiore al Nord piuttosto che al Sud e nelle isole, sia per la questione delle disparità di reddito e di contributi, sia per il grado di conoscenza finanziaria che generalmente è inferiore al Sud, che porta gli individui che ignorano la materia ad essere più restii nell'entrare nel mercato assicurativo<sup>28</sup>.

## **2.2 SETTORE SANITARIO**

La tutela della salute occupa un ruolo di primaria importanza nel nostro ordinamento, come sancito dall'Articolo 32 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona

---

<sup>28</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 63.

umana". Proprio per perseguire i principi sanciti in Costituzione, con Legge n.833 del 1978 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un complesso sistema di strutture e servizi allo scopo di garantire a tutti i cittadini l'accesso universale all'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo i principi di universalità, uguaglianza ed equità. Con il termine "universalità" si intende che le prestazioni sanitarie sono estese a tutta la popolazione. In virtù del principio di uguaglianza tutti i cittadini hanno diritto di accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Infine il principio di equità prevede che a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Tali principi ispiratori si basano a loro volta su linee guida operative che hanno il compito di regolamentare e ordinare la complessità delle funzioni svolte dal servizio sanitario sul territorio, funzioni che coinvolgono pressoché tutti i livelli della pubblica amministrazione. Il SSN è strutturato secondo un'impostazione verticale che vede al primo livello, quello centrale, lo Stato, a livello intermedio le Regioni e, all'ultimo, quello periferico, gli Enti locali. Questi soggetti sono caratterizzati da una diversificazione delle competenze. Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, mediante una rete completa di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO). Ai sensi della legge, la Regione è tenuta, subito dopo lo Stato, ad attuare il servizio e le sue competenze e responsabilità traggono origine dall'attribuzione alle Regioni

dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, secondo quanto disposto dall'Articolo 117 della Costituzione.

Il SSN si finanzia attraverso varie fonti: con i prezzi delle prestazioni pagati dai cittadini direttamente agli erogatori come i ticket, con l'Imposta regionale sulle attività produttive (Irap) per la parte a carico del datore di lavoro e con l'addizionale Irpef per la quota a carico del lavoratore, e con imposte e tasse versate dai contribuenti. Va notato che le regioni contribuiscono al prelievo in misura molto diversa, perché la loro capacità fiscale è strettamente legata all'economia locale e ai redditi prodotti. Nessuna regione riesce a finanziare autonomamente il proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR), eccetto le regioni e le province a statuto speciale. Lo stato deve pertanto contribuire, in funzione perequativa, al fabbisogno di spesa regionale, trasferendo le risorse mancanti.

Il budget del SSN, prima denominato Fondo Sanitario Nazionale (FSN)<sup>29</sup>, rappresenta il fabbisogno nazionale di spesa per garantire i livelli essenziali di prestazioni, cosiddetti LEA. Dal 2000 si è consolidata la prassi di negoziare e concordare il budget per un triennio nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. Si tratta dunque di una negoziazione tra stato e regioni, che tiene conto del quadro macroeconomico generale, dei vincoli imposti dall'Unione Europea e delle condizioni della finanza pubblica. All'inizio di ogni anno il budget viene ripartito,

---

<sup>29</sup> Il Fondo Sanitario Nazionale è stato formalmente abolito nel 2001 dall'art. 1 del D.lgs. 56/2000, ma si continua a denominare «Fondo Sanitario Nazionale» il budget del SSN.

tra le regioni che a loro volta lo redistribuiscono tra le ASL presenti nel territorio, per garantire il finanziamento del sistema sanitario regionale e costituire, per ogni regione, il Fondo Sanitario Regionale (FSR). Il criterio utilizzato per la ripartizione è quello della quota capitaria: il fabbisogno finanziario regionale è calcolato moltiplicando la popolazione residente per una cifra media per abitante, corretta per indici di bisogno sanitario per tenere conto dei diversi consumi sanitari per classi di età. Il fabbisogno risultante è diverso da regione a regione perché dipende dalla struttura demografica. Anche se le regioni e le ASL ricevono lo stesso finanziamento per residente, la quantità e la qualità di servizi sanitari che con questi fondi riescono a produrre, può essere molto diversa, perché dipende dall'efficienza produttiva e dai costi dei loro servizi, con il conseguente risultato che i LEA effettivamente erogati non sono gli stessi in tutte le regioni.<sup>30</sup>

Oggi i servizi risultano essere di basso livello. Spesso non sono in grado di dare risposta a situazioni sanitarie a volte anche gravi, i tempi di attesa per usufruire di una prestazione sono troppo lunghi, e le strutture sanitarie non sono dotate di determinati strumenti di analisi o di specifici macchinari, per cui il paziente deve recarsi presso altri istituti a volte anche molto distanti dal luogo di residenza per poter accedere ai servizi. Bizzarro ma vero è il fatto che nonostante

---

<sup>30</sup> Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, 2012.

le evidenti difficoltà strutturali nelle quali versa il SSN, la sanità italiana continua a occupare le posizioni più alte nelle classifiche per le sanità migliori al mondo<sup>31</sup>.

Oltre il problema qualitativo dei servizi, il SSN italiano è caratterizzato anche da una spesa sanitaria corrente in crescita. Si assiste ad un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori, è in aumento. L'invecchiamento della popolazione dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom*<sup>32</sup> che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. Se da un lato si potrebbe intendere come un indicatore di buona performance del sistema sanitario, dall'altra generano situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

Le criticità appena esaminate hanno infatti determinato una forte spinta verso l'adozione di un sistema sanitario integrativo e privato con la convinzione che possa ricoprire un ruolo cruciale nel miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del SSN e al contempo consentire una riduzione dei costi. Anche in questo ambito di welfare, come per la previdenza, l'idea è quella di realizzare un sistema fondato su tre pilastri che preveda con estrema chiarezza ruoli, funzioni e competenze tra

---

<sup>31</sup> Report Osservatorio GIMBE, *Il Servizio Sanitario Nazionale nelle classifiche internazionali*, 2018.

<sup>32</sup> Coloro che hanno vissuto il periodo della ripresa economica e del boom demografico successivo alla fine della Seconda Guerra Mondiale. Sono i nati tra il 1945 ed il 1965.

ognuno di essi, e che soprattutto non contempra la possibilità di fare confusione da un punto di vista giuridico e normativo.

Il secondo pilastro è quello della Sanità Integrativa. È costituito da Forme Sanitarie Collettive come Società di Mutuo Soccorso, Casse di Assistenza Sanitaria e in particolare da Fondi Sanitari. Quest'ultimi sono stati introdotti nel nostro ordinamento con il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Alla costituzione di tali fondi sono chiamati non solo attori di natura collettiva (ovvero le Parti Sociali attraverso la Contrattazione Collettiva Nazionale), ma anche altri soggetti sia pubblici (Enti Locali, Enti Previdenziali, Pubbliche Amministrazioni ecc.) che privati, comprese le compagnie assicurative con l'unico requisito minimo di garantire l'assenza di qualsiasi forma di selezione del rischio. Tutti i Fondi Sanitari a prescindere dalla propria fonte istitutiva sono in ogni caso enti che non possono perseguire scopi di lucro. In seguito questi fondi vengono classificati dalla normativa in Fondi DOC e Fondi NON DOC. I Fondi DOC sono quelli esclusivamente integrativi del SSN, il cui campo di azione è limitato alle sole prestazioni non già ricomprese nei LEA (socio sanitarie e socio assistenziali). Proprio in ragione della loro operatività esclusivamente integrativa, sono caratterizzati da un trattamento fiscale più benevolo (corrispondente all'attuale deducibilità dei contributi versati entro la soglia annua di 3.615,20 euro) e sempre valido a prescindere dalla tipologia reddituale prodotta dall'assistito (sia reddito di lavoro dipendente, sia reddito di lavoro autonomo o altri redditi) e della modalità

di adesione (collettiva o individuale). Nonostante ciò si sono rilevati scarsamente attrattivi per i cittadini perché, di fatto, se si escludono le prestazioni odontoiatriche, non possono assicurare le principali prestazioni che rientrano nella spesa sanitaria privata dei cittadini. Attualmente tutti i Fondi DOC sono istituiti da Compagnie di Assicurazione o, comunque, ricorrono al mercato assicurativo per assicurare i propri Piani Sanitari.

Al contrario i Fondi NON DOC, ribattezzati nell'ultima stesura normativa "Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali", possono erogare qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria, quindi anche quelle ricomprese nei LEA. Nelle intenzioni del legislatore tali fondi dovevano essere una categoria assolutamente residuale ma, visto il bisogno crescente di sanità privata dei cittadini italiani, sono oggi assolutamente preponderanti rispetto ai Fondi DOC. Bisogna altresì sottolineare che tutti i Fondi Sanitari istituiti dalla contrattazione collettiva nazionale sono dei fondi NON DOC. Originariamente questi tipi di fondi garantivano ai propri assistiti un beneficio fiscale più contenuto e di entità variabile, che in seguito è stato pienamente allineato a quello dei Fondi DOC a condizione però che questi Fondi dimostrino di destinare almeno il 20% delle proprie prestazioni a cure odontoiatriche e/o a coperture socio sanitarie e/o socio assistenziali. Tuttavia il beneficio fiscale è riservato solo ai percettori di reddito dipendente che abbiano aderito al Fondo stesso per via di un accordo collettivo, anche aziendale, o in base

ad un regolamento aziendale. Pertanto ai lavoratori autonomi o ai percettori di altri redditi che vogliono iscriversi su base individuale ad un Fondo NON DOC è precluso qualsiasi beneficio fiscale. Proprio questa situazione fa sì che attualmente il 53% dei lavoratori dipendenti beneficino già di una Forma di Sanità Integrativa a fronte di una percentuale di soggetti assistiti sul totale della popolazione italiana di oltre il 20%. Paradossalmente quindi, al di là dei possibili profili di incostituzionalità di un impianto normativo che penalizza fiscalmente tutti i cittadini che non beneficiano delle tutele della Contrattazione Collettiva, vengono tagliate fuori proprio quelle persone che più di altre avrebbero bisogno di una Sanità Integrativa.<sup>33</sup>

Il terzo pilastro prevede un sistema di sanità privata ad adesione facoltativa, gestito dalle compagnie assicurative e finalizzato a prestare coperture sanitarie costituite in funzione di elementi attuariali e proposte degli intermediari assicurativi. Le polizze sanitarie individuali sono assoggettate ad una normativa ben più stringente di quella destinata ai Fondi Sanitari, definita dal Codice Delle Assicurazioni e da tutti i relativi regolamenti attuativi e sottoposte al controllo dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), come vale per tutte le polizze assicurative. Queste polizze sono sottoscritte da tutti quei cittadini che non dispongono di un Fondo Sanitario o che, in ogni caso, necessitano di livelli di copertura superiori a quelli garantiti dai Fondi Sanitari. Esistono diverse tipologie

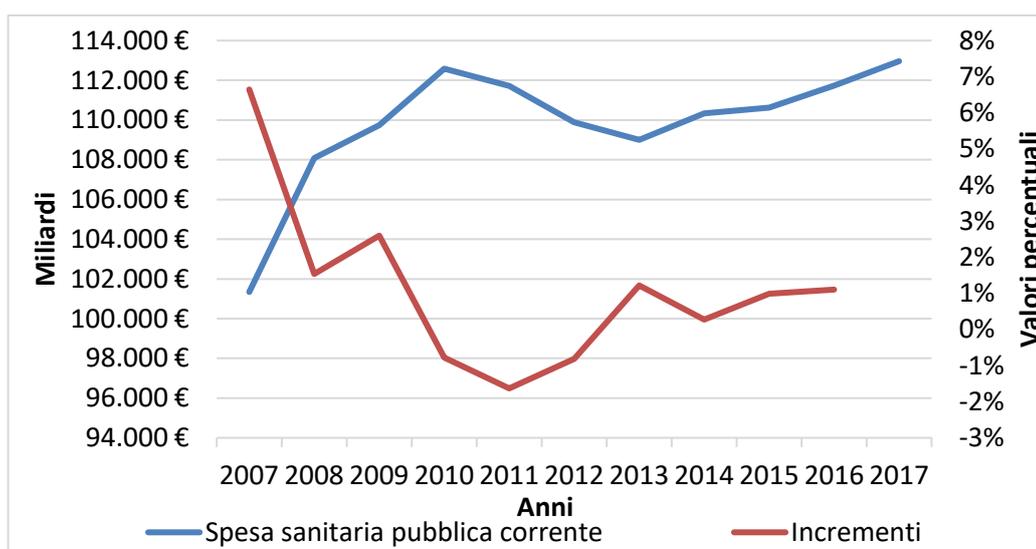
---

<sup>33</sup> VIII Rapporto RBM sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata, Censis, 2018, pag. 39 e ss.

di assicurazioni sanitarie, ognuna con le coperture più adatte per ogni tipo di esigenza del cliente, ed eventualmente estendibili anche ai familiari o ai dipendenti. Possono essere suddivise in due categorie: polizze indennitarie e polizze a rimborso. Le prime garantiscono all'assicurato una somma prestabilita per ogni giorno di ricovero (diaria) e, nel caso se ne presenti il bisogno, anche per i giorni di convalescenza post-ospedaliera. Prevedono inoltre un indennizzo per gli eventuali mancati guadagni derivanti dal fatto di non aver potuto lavorare, in quanto ricoverato o convalescente. Le assicurazioni sanitarie a rimborso risarciscono al beneficiario, integralmente o parzialmente a seconda dei termini del contratto, le spese mediche sostenute per ricoveri e altri trattamenti diagnostici. Tali spese possono essere anticipate di tasca propria dall'assicurato, che poi verrà rimborsato dalla sua assicurazione, oppure addebitati direttamente alla compagnia assicurativa. Queste sono polizze del ramo danni. Tuttavia il contratto assicurativo rientra nel ramo vita quando è prevista la corresponsione di una rendita a favore di soggetti colpiti da eventi invalidanti che ne compromettono l'autosufficienza. Ricapitolando, le assicurazioni sanitarie offrono copertura per spese di ricovero, degenza, cure, fisioterapia e riabilitazione, acquisti di medicinali durante il ricovero e accertamenti diagnostici legati a una malattia o a un infortunio. Viceversa, non offrono copertura per interventi estetici, cure dietologiche, correzioni di difetti fisici, aborti volontari non terapeutici, malattie particolari quali AIDS, schizofrenia e altre patologie psichiche, nonché gli

infortuni derivanti dall'abuso di alcol, stupefacenti, allucinogeni e psicofarmaci. Ai premi pagati dai cittadini per le polizze sanitarie, diversamente da quanto avviene per i Fondi Sanitari, non sono mai stati riconosciuti benefici fiscali ed anzi è applicata una tassa del 2,5% sull'entità di ciascun versamento. Ciò nonostante le prestazioni assicurate dai Fondi Sanitari sono assolutamente identiche a quelle garantite dalle polizze individuali<sup>34</sup>.

Grafico 2.2.1: Spesa sanitaria pubblica.



Fonte: Istat, Data Presentation System "Health For All", versione giugno 2019.

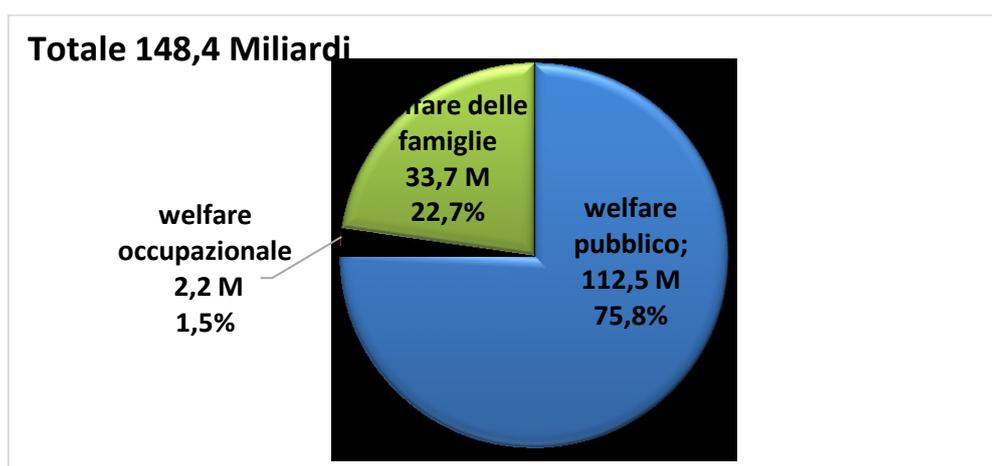
La governance implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi anni un significativo

<sup>34</sup> Crenca G. "Analisi delle politiche di welfare", Anno accademico 2017/2018, Capitolo 2.

rallentamento della dinamica della spesa (Grafico 2.2.1). Infatti, a fronte di una variazione annua della spesa sanitaria pari al 6,65% registrata solo nel 2007, negli anni successivi si registra un incremento medio dello 0,5%. Si evidenzia che, in ciascuno degli anni 2010-2012, si è registrato un decremento, mentre negli anni 2013-2016 si è manifestato un lieve incremento.

Nel 2017 il settore della sanità risulta l'area più rilevante. Copre 148,4 miliardi di spesa complessiva, pari all'8,9% del PIL di cui la spesa pubblica contribuisce per il 75,8%, il welfare privato occupazionale costituito principalmente dai fondi sanitari aziendali e di categoria ha tuttora una quota molto piccola ma di crescente importanza di 2,2 miliardi, mentre la spesa delle famiglie è di 33,7 miliardi, 22,7% del totale.

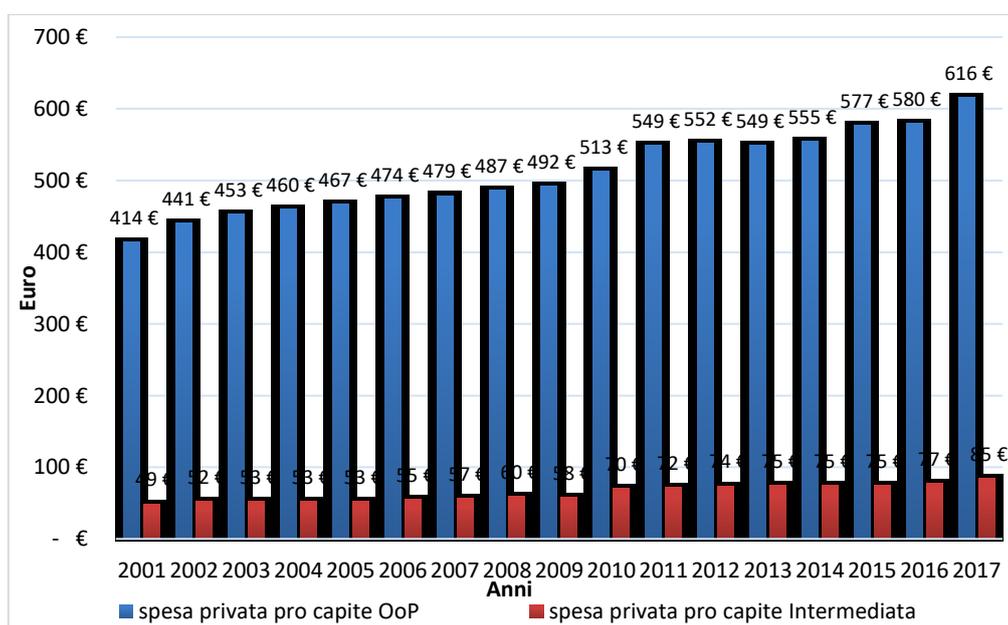
Grafico 2.2.2: Spesa sanitaria di welfare.



Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017 pag. 32.

Il dato che dovrebbe far riflettere è che in Italia, pur in presenza di una sanità fortemente pubblica, l'incidenza delle spese sanitarie che i cittadini sono chiamati a dover pagare direttamente nel momento del bisogno, la cosiddetta “spesa Out of Pocket” (OoP), non solo è molto alta, ma presenta un trend crescente dovuto al rivolgersi delle famiglie ai servizi privati per una oggettiva indisponibilità delle prestazioni pubbliche o eccessive liste di attesa. Anche la spesa intermediata registra un aumento nel tempo, ma il suo ruolo all'interno della spesa privata rimane comunque sempre piuttosto limitato (Grafico 2.2.3).

Grafico 2.2.3: Trend della spesa privata italiana pro capite.

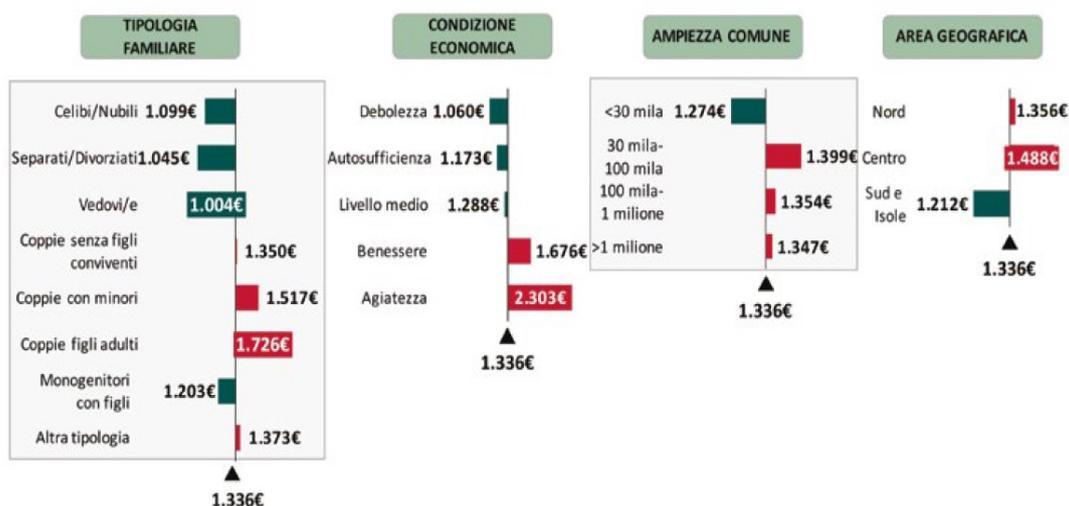


Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati VIII Rapporto RBM – Censis, 2018, pag. 15.

In altri termini, dal momento che l'attuale sistema sanitario del nostro Paese lascia che la soddisfazione di tali bisogni sanitari dipenda esclusivamente alla capacità reddituale di ciascun cittadino, inevitabilmente, unitamente alla crescita della spesa sanitaria privata non possono che crescere anche le disuguaglianze sociali.

I servizi sanitari privati sono utilizzati dal 100% delle famiglie. Ne ricorrono tutte le fasce di reddito, tutti gli stati di salute, tutte le tipologie di famiglie ed è presente in tutte le aree geografiche.

Figura 2.2.4: Spesa sanitaria per segmenti (scostamenti dalla media).



Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 35.

La voce di spesa per la salute è più penalizzante per le persone a basso reddito, per quelle che più hanno bisogno di cure, dagli anziani ai malati cronici ai non autosufficienti, e per quelle che risiedono nei territori a maggior disagio e con servizi sanitari meno performanti.

Le famiglie con condizioni economiche agiate hanno una spesa sanitaria che è addirittura più del doppio di quella sostenuta dai segmenti più deboli, con un rapporto 2 a 1.

Molto importante è sottolineare anche il profondo gap che esiste tra i costi di gestione degli stati di salute “ordinari” rispetto alle situazioni patologiche. A chi è affetto da una patologia acuta è richiesto di incrementare di quasi 3 volte il costo direttamente sostenuto per la propria salute. Il maggior finanziamento a carico del cittadino cresce di 3,4 volte nel caso di necessità di gestione di una patologia cronica e si impenna arrivando a quasi 8 volte nel caso di uno stato di non autosufficienza che tra l'altro trasferisce una serie di ulteriori e significativi oneri indiretti anche sui familiari. In questa analisi emerge con chiarezza come di fronte all'esposizione ai rischi per la salute, la diffusione della sanità integrativa possa garantire un miglior impiego delle risorse degli individui.

La discriminazione della spesa in ambito geografico c'è ma è poco rilevante. Probabilmente la differenza esiste per la maggiore capacità di spesa delle famiglie del Nord, ma è contenuta grazie alla migliore qualità del servizio pubblico che limita la domanda di servizi privati.

L'importo della spesa familiare è molto influenzato dalla composizione del nucleo familiare: il profilo che investe di più è quello della coppia con figli adulti, mentre è decisamente inferiore nelle famiglie monocomponente, di singoli, separati e vedovi, cioè i profili socialmente più fragili e con i livelli più alti di rinuncia alle prestazioni sanitarie.

La rinuncia alla cura ha raggiunto una estensione tale da costituire uno dei problemi sociali più rilevanti della nostra epoca, un segnale evidente del fatto che il Welfare State è sempre più lontano dall'obiettivo di conseguire una diffusione universale. Il 40,8% del totale delle famiglie ha fatto rinunce, e nel 10,2% dei casi si è trattato di rinunce rilevanti riguardanti soprattutto l'ambito delle visite mediche e cure odontoiatriche. Il principale motivo di rinuncia è la difficoltà economica: si raggiunge una incidenza del 61,5% per le famiglie meno abbienti. Il 26% delle famiglie invece rinuncia alle cure per cause qualitative, non tanto per l'insoddisfazione per la qualità dei servizi disponibili, quanto per la mancanza di servizi rispondenti alle esigenze e i lunghi tempi di attesa<sup>35</sup>.

### **2.3 SETTORE ASSISTENZIALE**

Nell'ordinamento italiano l'assistenza sociale è oggi concepita come insieme di attività inerenti alla predisposizione ed erogazione dei servizi o di prestazioni

---

<sup>35</sup> Rapporto MBS Consulting 2017, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, pag. 38.

economiche destinate a rimuovere e superare situazioni di bisogno e difficoltà che la persona umana incontra nel corso della propria vita.

L'assistenza sociale si diversifica dall'assistenza generica perché gli interventi sono predisposti dalla legge. La Legge Crispi del 1890, promosse gli ospedali pubblici, avviò la sanità pubblica, ma, confermò l'assistenza come attività caritatevole rivolta ai bisognosi. Solo con l'entrata in vigore della Costituzione si supera il carattere caritatevole e discrezionale degli interventi sociali e si fondano i diritti sociali facendo nascere l'assistenza sociale. L'articolo emblematico dell'assistenza sociale è l'Articolo 38 della Costituzione che recita: "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano provveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione ed all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera". In altre parole, il cittadino che si trova in stato di bisogno ha diritto ad essere aiutato con interventi, come servizi sociali e prestazioni monetarie, rivolti a contrastare le situazioni di indigenza.

Il finanziamento di tali prestazioni è dato dalla fiscalità generale, in coerenza con il principio di mutualità.

La fruizione è potenzialmente aperta a tutti, ma si attua un accertamento del bisogno individuale manifesto e dell'impossibilità della persona di farvi fronte con mezzi propri. Tale accertamento è attuato tramite la prova dei mezzi che consiste nella verifica che la condizione economica dell'individuo sia inferiore ad una soglia stabilita per legge. Per questo motivo le prestazioni assistenziali rispondono al concetto di categorialità: prevedono infatti un accesso limitato ed esclusivo a specifiche categorie di cittadini (anziani, minori, disabili, lavoratori dipendenti, ecc.).

Possono essere individuate due tipiche funzioni dell'assistenza sociale, differenti ma strettamente correlate tra loro: una funzione preventiva e una di risposta. Attraverso l'offerta di prestazioni monetarie e di servizi sociali, nel primo caso si cerca di promuovere in via preventiva l'inclusione sociale prevedendo una priorità di accesso a determinati servizi per quelle persone in stato di bisogno; nel secondo caso invece sono utilizzati come risposta alle situazioni di povertà e di indigenza economiche, concessi spesso in cambio di una sorta di attivazione del beneficiario, cioè una dimostrazione di impegno nel cercare di inserirsi nella società e nel mondo del lavoro, allo scopo di mantenere integra la dignità della persona. Queste funzioni in parte contrastano quelli che possono essere considerati alcuni limiti dell'assistenza sociale. Uno di questi è la cosiddetta "trappola della povertà" consistente in una distorsione legata al fatto che erogando prestazioni monetarie si potrebbero disincentivare i soggetti ad

uscire dallo stato di bisogno. A inibire il ricorso all'assistenza sociale è anche l'umiliazione di dover esporre la propria situazione economica e patrimoniale per ricevere benefici che spesso porta a preferire la rinuncia della prestazione. L'ultimo freno è quello della mancanza di un servizio efficace ed efficiente di informazioni che possa raggiungere tutti i cittadini.

Come previsto dal Comma 4 dell'Articolo 38 della Costituzione, gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono Enti Pubblici. I livelli di governo interessati sono tre: livello centrale (Parlamento, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), regionale (competenza esclusiva in materia di assistenza sociale) e comunale. Vigè il principio di sussidiarietà secondo il quale se l'ente più vicino al cittadino è in grado di offrire i servizi in modo efficiente, l'ente superiore non deve intervenire, ma può eventualmente sostenerne l'azione. Infatti, al Ministero spetta il compito di controllo e vigilanza sui livelli essenziali delle prestazioni e alle Regioni spetta il compito di operare e di indirizzare e coordinare i Comuni.

Come spiegato all'inizio del capitolo, il Welfare italiano soffre di una "distorsione allocativa", cioè la gran parte delle risorse pubbliche impegnate è costituita da trasferimenti di reddito anziché servizi. La tipologia e l'importo delle prestazioni erogate varia nel tempo a seconda delle politiche di governo attuate. Alcune prestazioni assistenziali sono da anni fornite dall'INPS (assegno sociale, pensione di invalidità civile e assegno al nucleo familiare); altre sono state abolite (carta acquisti ordinaria e sostegno per l'inclusione attiva), altre ancora introdotte

da poco il cui futuro è ancora incerto (reddito di cittadinanza). Nonostante l'ampiezza delle prestazioni che lo stato concede, l'importo di ciascuna spesso non è sufficiente per garantire all'individuo una vita dignitosa. Si pensi all'assegno mensile di invalidità di 285,66 euro riconosciuto ai disabili<sup>36</sup>. Questa cifra si può ritenere sufficiente per poter vivere? A rendere evidente l'incongruità di questo importo è la soglia della povertà assoluta: si tratta del valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definito in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza. Se si considera un singolo, dai 18 ai 59 anni, questa soglia di povertà assoluta varia da un minimo di 563,77 euro al mese per chi abita in un piccolo comune nel Mezzogiorno a un massimo di 834,66 euro mensili per coloro che risiedono in una città metropolitana del Settentrione<sup>37</sup>. Valori che sono dal doppio a quasi il triplo della pensione di invalidità che da sola, dunque, non permette neppure di avvicinarsi alla soglia della povertà assoluta. Se i percettori di pensione di invalidità non sono ancora tutti scomparsi per inedia, ciò si deve a due fattori principalmente. Il primo, fondamentale, è l'aiuto della famiglia che si fa carico del disabile o invalido provvedendo a sostentamento e soprattutto cura. Il secondo è rappresentato dall'indennità di accompagnamento di cui molti invalidi, in particolare quelli più gravi, 'godono'.

---

<sup>36</sup> <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=50196>.

<sup>37</sup> <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/contenuti-interattivi/soglia-di-poverta>.

Questa indennità è corrisposta al fine di retribuire un accompagnatore in quanto il disabile non è in grado di provvedere autonomamente a sé stesso ed ammonta ad altri 517,84 euro esentasse. Tale cifra ai prezzi correnti è sufficiente forse a retribuire un badante, ma solo per mezza giornata. Più spesso serve a compensare la perdita di reddito di un familiare che non lavora e si prende cura di chi è invalido (con tutto ciò che questo comporta, oltre che sul piano personale, in termini di maggiore fragilità economica del nucleo familiare e ridotte prospettive previdenziali). In sostanza, quei 517,84 euro, oltre al fatto che sommati alla pensione di un invalido del Nord non permettono comunque di raggiungere la soglia di povertà, non rappresentano un reddito spendibile, ma il (mezzo) finanziamento di un servizio assolutamente necessario. Già con questo esempio pratico si può ben comprendere la fragilità del settore assistenziale italiano. Tuttavia, se a questa criticità si aggiunge anche l'inadeguatezza dell'offerta caratterizzata dalla mancanza di supporti per i cittadini che garantiscano la qualità dei servizi e ne facilitino la reperibilità, si può concludere quanto sia fondamentale l'integrazione di prestazioni private con quelle pubbliche.

Ad oggi anche nel settore assistenziale sono individuabili tre pilastri. Nel secondo pilastro possono essere annoverati i Fondi Sanitari Integrativi, già illustrati in questo capitolo nell'ambito della sanità. I Fondi in questione infatti possono garantire prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per i non autosufficienti per favorire l'autonomia e la permanenza a casa, ma anche presso strutture

residenziali e semiresidenziali non assistibili a domicilio; e prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

Più difficile è l'individuazione di un terzo pilastro dovuta alla vastità di polizze presenti sul mercato che spesso si mescolano con quelle sanitarie. Le polizze individuali con natura prettamente assistenziale che si stanno diffondendo nel nostro Paese da breve tempo sono: le Dread Disease (DD), le Long Term Care (LTC) e le Permanent Health Insurance (PHI).

L'assicurazione DD aiuta a fronteggiare l'impatto economico che deriva dall'insorgere di malattie gravi, coprendo i costi di cure particolarmente onerose. La polizza prevede l'immediata erogazione di un capitale in contanti all'assicurato, non appena gli venga diagnosticata una malattia di particolare gravità e lo stesso superi un periodo temporale minimo prestabilito di sopravvivenza all'evento. Le malattie gravi previste dalla copertura DD variano da contratto a contratto, le più frequenti sono: infarto del miocardio; malattie che richiedono interventi di chirurgia cardiovascolare (per esempio procedure di by-pass); ictus cerebrale; tumore o neoplasia maligna; insufficienza renale irreversibile; malattie che comportano la necessità di un trapianto d'organo; cecità. Possono essere offerte in forma "stand alone" (autonoma non collegata ad altra polizza), in abbinamento ad assicurazioni vita, come anticipazione di una

parte del capitale assicurato per il caso di premorienza, come capitale aggiuntivo a quello che dovesse poi essere corrisposto in caso di premorienza.

La polizza LTC è una formula assicurativa mirata a risolvere i problemi economici legati alla non autosufficienza nel compimento delle attività elementari della vita quotidiana, quali mobilità e cura personale, dovuti a malattia o infortunio. Essa tutela l'individuo dall'improvvisa perdita della capacità di produrre reddito mettendo a disposizione un capitale tale da consentire di usufruire di una reale assistenza qualificata in tempi rapidi e su base continuativa. La polizza prevede l'erogazione di una rendita vitalizia mensile (LTC) o il versamento di un capitale unico anticipato (Enhanced Disability). In alcuni casi le polizze offrono l'opzione di trasformare l'indennità in servizi: sarà la compagnia a contattare dei fornitori di prestazioni domiciliari e, d'accordo con il medico del paziente, definire le prestazioni di cui il cliente ha bisogno e che potranno essere pagate direttamente dalla compagnia; il vantaggio è quello di poter usufruire di tariffe scontate da parte dei fornitori e di maggiori servizi. Le polizze LTC normalmente possono essere temporanee o a vita intera. Nel primo caso i premi versati sono annuali e la prestazione verrà garantita solo se il sinistro si verifica durante il periodo di copertura; nel secondo caso i premi sono mensili o annuali dovuti solo per un periodo prestabilito (normalmente fino alla cessazione del rapporto di lavoro), mentre la copertura avrà una durata illimitata per tutto il resto della vita dell'assicurato.

L'assicurazione PHI individua una forma assicurativa che prevede la corresponsione di una rendita quando, a causa di infortunio o malattia, l'assicurato è totalmente incapace di percepire reddito da occupazione. Si tratta di un contratto di durata pluriennale, non rescindibile (Permanent), a premio annuo costante suscettibile comunque di indicizzazione per consentire un adeguamento nel corso del tempo della rendita. Viene erogata una rendita di invalidità (professionale) la cui rata è prestabilita al momento della stipula del contratto e non ha carattere risarcitorio quindi non garantisce all'assicurato-beneficiario la corresponsione di un importo pari alla perdita di reddito da lavoro causata dall'invalidità.

Quelle appena descritte sono tutte polizze rientranti nel ramo vita e per questo godono dei benefici fiscali che il legislatore ha previsto per questa categoria. L'agevolazione consiste in una detrazione d'imposta del 19% sui premi versati con il tetto massimo di 1.291 euro annui, a patto che i contratti siano a vita intera, o per tutta la durata del rapporto di lavoro nel caso delle polizze collettive o per almeno 10 anni con l'obbligo di rinnovo da parte della compagnia.<sup>38</sup>

I dati di spesa che verranno riportati in seguito saranno una conferma della criticità e fragilità di questo settore.

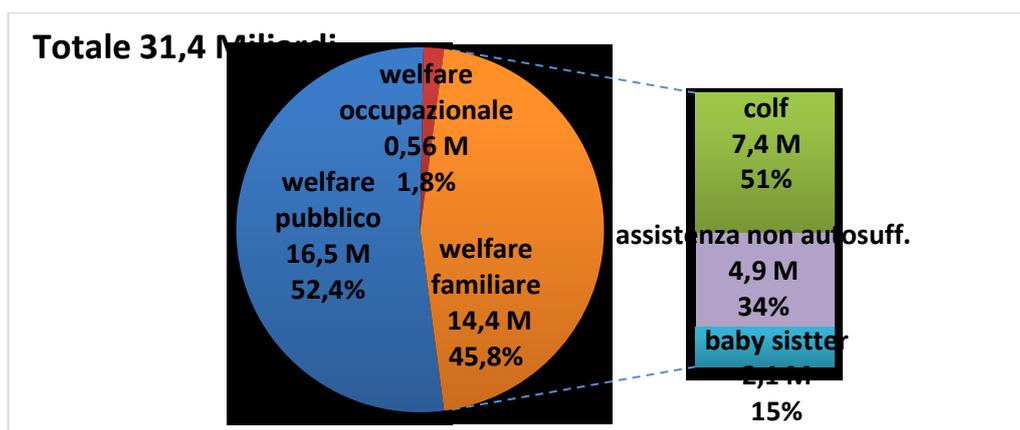
L'assistenza rappresenta il quarto ambito di spesa dopo la sanità, i supporti per il lavoro e l'istruzione (Figura 2.1). Il suo valore complessivo è di 31,4 miliardi, solamente l'1,9% del PIL, certamente destinato a crescere in modo consistente a

---

<sup>38</sup> Crenca G. *Analisi delle politiche di welfare*, Anno accademico 2017/2018, Capitolo 2.

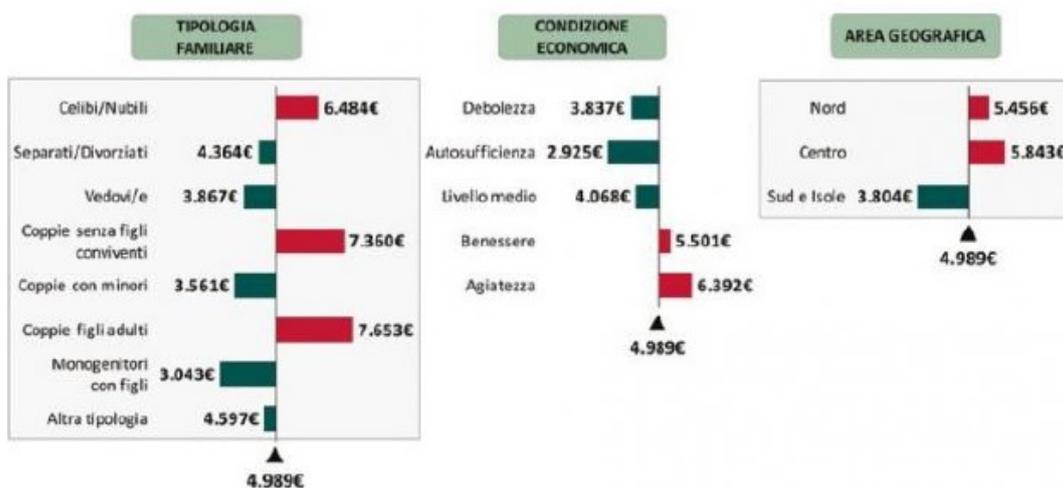
causa dell'invecchiamento della popolazione e all'emergere di nuovi bisogni di cura delle persone e di sostegno alle famiglie. La spesa pubblica contribuisce all'assistenza per il 52,4%, molto meno che per altri settori, e il contributo del welfare occupazionale all'assistenza è tuttora minimo (560 milioni). Non stupisce dunque che quasi la metà della spesa di assistenza sia sostenuta direttamente dalle famiglie. Solo l'11,2% delle famiglie ha sostenuto spese per l'assistenza con un esborso medio per famiglia utilizzatrice di 4.989 euro. Il servizio più diffuso è quello delle colf, tuttavia l'importo medio più alto è speso per i servizi di assistenza agli anziani e ai familiari non autosufficienti. La cura a domicilio dei bambini, il baby sitting, ha una frequenza del 16,5% e una spesa media di 2.324 euro.

Grafico 2.3.1: Spesa per assistenza sociale.



Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati Rapporto MBS Consulting, pag. 41.

Figura 2.3.2: Spese di assistenza sociale per segmenti (scostamenti dalla media).



Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 42.

L'importo della spesa di assistenza è influenzato principalmente dalla composizione del nucleo familiare. È massimo nelle coppie con figli adulti, nelle coppie conviventi senza figli. È molto forte anche il divario tra aree geografiche, ovviamente la spesa è maggiore al Centro e al Nord piuttosto che al Sud. Come nella sanità, l'assistenza è una spesa determinata da esigenze oggettive, che anche le famiglie meno abbienti sono costrette ad affrontare. Infatti, il rapporto nella spesa media tra le famiglie utilizzatrici agiate e quelle in condizione di debolezza economica è solamente 1 a 7. È molto significativa la correlazione inversa tra il livello di reddito e l'impegno dei familiari nella cura delle persone. Nelle famiglie di tutte le condizioni economiche tranne quelle del benessere e dell'agiatezza, la cura dei non autosufficienti è gestita dai familiari stessi per quote superiori

all'80%. La linea di demarcazione sta volta non è tra povertà e le altre condizioni economiche, ma tra tutte le condizioni medio basse e i segmenti di reddito superiore.

Il numero di famiglie che nell'ultimo anno ha rinunciato a servizi per gli anziani o per altri familiari è molto alto: il 48% di quelle con persone bisognose di assistenza. La rinuncia ai servizi di assistenza riguarda tutte le condizioni di reddito indipendentemente dall'area geografica. La differenza però è data dalle motivazioni. Nelle famiglie meno abbienti la causa determinante è economica: nel 68,2% dei casi la famiglia non poteva permettersi il servizio di assistenza. Nel caso delle famiglie benestanti, invece, le cause prevalenti sono di tipo qualitativo. In alcuni casi si è trattato di insoddisfazione per la qualità dei servizi disponibili, in altri casi si è trattato dell'assenza dei servizi richiesti, ma la causa principale è il rifiuto del servizio da parte della persona assistita<sup>39</sup>.

In un'accezione di assistenza un po' più estesa rispetto a quella descritta finora, oltre che le spese per la cura dei figli, si può considerare anche la spesa per la loro istruzione.

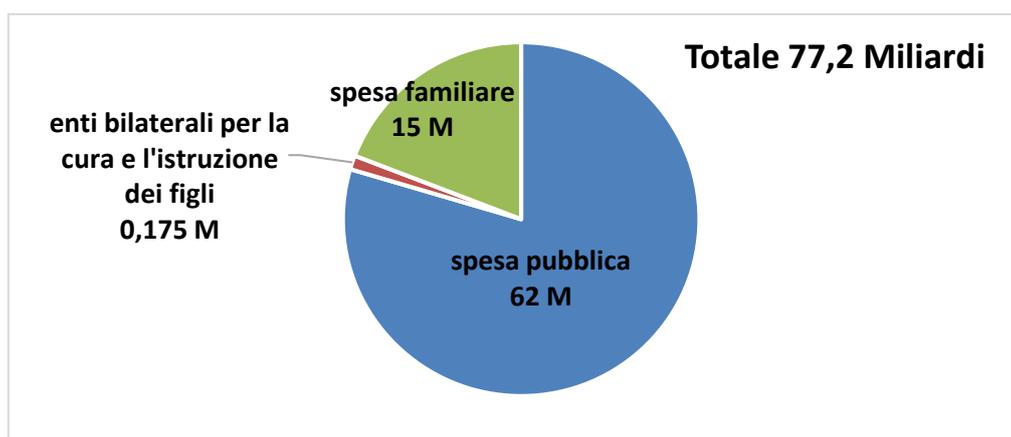
La spesa delle famiglie per l'istruzione ammonta a circa 15 miliardi. Si tratta del terzo settore di welfare in cui le famiglie spendono di più. Questa spesa è

---

<sup>39</sup> Rapporto MBS Consulting, *Osservatorio sulla spesa di welfare delle famiglie italiane*, 2017, pag. 45.

affrontata dal 30,8% delle famiglie. L'importo medio annuo della spesa per famiglia utilizzatrice è di 1.937 euro.

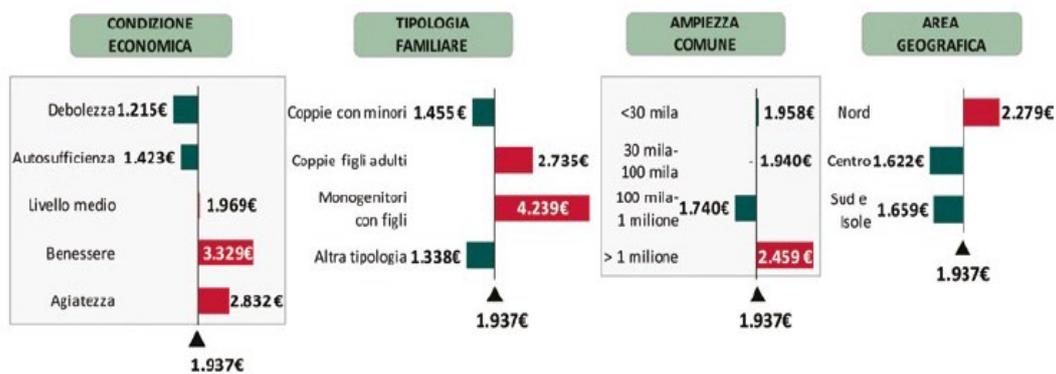
Grafico 2.3.3: Ripartizione della spesa di istruzione.



Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 53.

Questa voce comprende le tasse e le rette di iscrizione, le spese per la didattica (libri, corsi e laboratori, lezioni private e gite) e infine le spese di trasporto e mensa. L'importo della spesa per l'istruzione è correlato a tutte le principali variabili di segmentazione socioeconomica e geografica delle famiglie e presenta valori molto distanti tra loro. La spesa registra un importo parecchio significativo in famiglie in condizione di benessere, formate da monogenitori con figli, e in quelle che vivono nel Nord Italia.

Figura 2.3.4: Spesa per l'istruzione per segmenti (scostamento dalla media).



Fonte: Rapporto MBS Consulting 2017, pag. 53.

## **Capitolo 3**

### **PRESENTAZIONE DELL'APPLICAZIONE**

“Welforlife” è un'applicazione di consulenza automatizzata che opera nell'ambito del welfare con lo scopo di svolgere la funzione di broker online nel settore previdenziale, sanitario e assistenziale, suggerendo agli individui che la utilizzano come agire per far fronte alle proprie esigenze.

In questo capitolo si descrive il target di riferimento dell'applicazione, il suo funzionamento, il modo in cui sono stati elaborati i dati per calcolare le scoperture sanitarie e assistenziali e, per concludere, si presenta un'analisi dei risultati.

#### **3.1 DESTINATARI**

L'applicazione è rivolta a tutte le persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Il limite inferiore di 18 anni è stato scelto in quanto è l'età minima con cui si possono sottoscrivere le polizze assicurative e ci si può iscrivere ai fondi integrativi. Il limite superiore è stato fissato a 65 anni perché, nonostante non ci siano vincoli anagrafici validi a priori per sottoscrivere un contratto assicurativo, oltre questa età è complicato trovare compagnie disponibili alla stipula della polizza e l'iscrizione ad un fondo pensionistico può risultare inconveniente in quanto i costi di gestione potrebbero superare i rendimenti ottenuti.

Altri destinatari di questa applicazione possono essere individuati nelle compagnie di assicurazione. Le assicurazioni possono utilizzare questo strumento come supporto per i broker o agenti nello svolgimento della loro attività lavorativa come specialisti del settore.

Dalla ricerca di mercato «Financial Services Global Distribution & Marketing Consumer Survey» effettuata da Accenture, la più grande società di consulenza aziendale al mondo<sup>40</sup>, è emerso che il tema del welfare è un tassello cruciale della strategia delle compagnie assicurative: oltre il 50% degli assicuratori ritiene che sia un elemento fondante dello sviluppo futuro del settore e che il modello ibrido “phigital”, cioè un modello che combina i vantaggi del digitale, in termini di riduzione dei costi di distribuzione, e i vantaggi del fisico, in termini di offerta ai clienti di una migliore consulenza e maggiore affidabilità, sia vincente. L’insieme di questi elementi combinato ai prezzi più concorrenziali può rappresentare un importante driver di fidelizzazione. Infatti, il prezzo resta una delle componenti più significative nella scelta di acquisto del cliente.

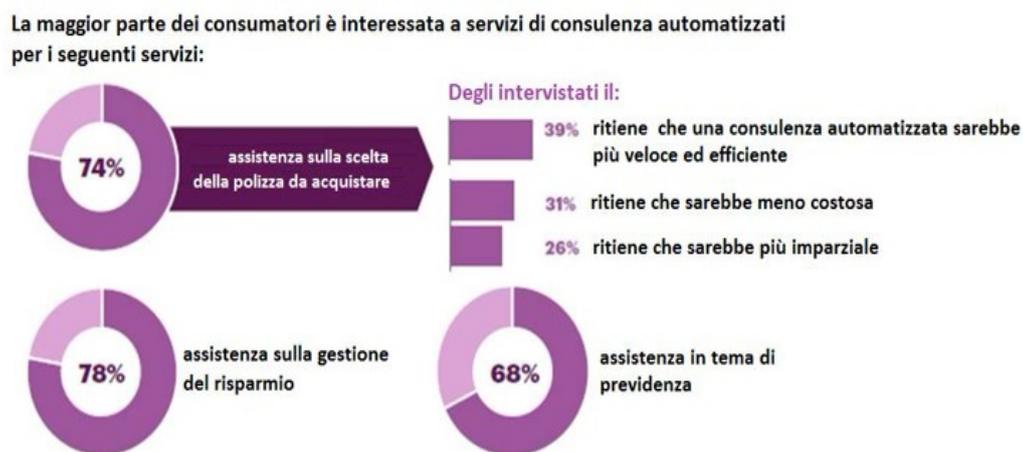
Sondando l’opinione di 32.715 clienti del settore assicurativo in 18 mercati, il 74% del campione è risultato a favore dell’introduzione di sistemi di consulenza automatizzati in ambito assicurativo. La quota di consumatori che preferisce utilizzare i canali online per ottenere informazioni sui prodotti e servizi assicurativi è aumentata notevolmente nell’arco di 3 anni passando dal 54% nel

---

<sup>40</sup> <http://www.assoconsult.org/impres-associate/accenture/>.

2013 al 68% nel 2016. I siti di confronto prezzi e gli aggregatori di assicurazioni online ora occupano il terzo posto tra le consulenze assicurative, superati solo da intermediari e /o agenti assicurativi e familiari. I consumatori ritengono che la consulenza automatizzata sia più veloce e efficiente, meno costosa e più imparziale. I servizi a cui i consumatori sono maggiormente interessati sono: assistenza sulla gestione del risparmio (78%), assistenza sulla scelta della polizza da acquistare (74%), assistenza in tema di previdenza (68%).<sup>41</sup>

Figura 3.1.1: Interesse dei consumatori per i servizi di consulenza automatizzata.



Fonte: Accenture, *Financial Services Global Distribution & Marketing Consumer Survey*, 2017.

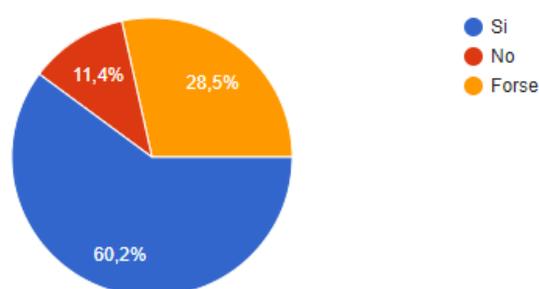
<sup>41</sup> <http://www.accenture.com/it-it/insight-financial-services-distribution-marketing-consumer-study>.

Per ottenere una conferma di questi dati è stato proposto un questionario online. Su un campione di 123 persone è emerso che l'89,4% non è iscritto ad un fondo pensione complementare, l'81,3% non è iscritto ad un fondo sanitario integrativo o non ha una copertura assicurativa sanitaria e che l'84,4% del campione non possiede coperture assicurative assistenziali come polizze temporanee caso morte o di copertura contro la perdita dell'autosufficienza (LTC). Da questi primi dati si intuisce come l'ambito del welfare sia ancora un ambito sconosciuto a molti e per cui potrebbe essere considerato come un buon settore di investimento con molta clientela potenziale. Inoltre emerge che, nonostante i candidati sostengano che il loro grado di conoscenza finanziaria sia medio-basso (circa il 90%), le decisioni in ambito assicurativo/previdenziale sono prese da più della metà del campione in completa autonomia, informandosi su internet e consultando la propria famiglia. Solo il 22,8% affida la gestione a terzi confermando quindi l'ipotesi che effettivamente si è in un clima di sfiducia finanziaria. Il questionario infine si conclude con una domanda diretta riguardo l'eventuale interesse che il candidato potrebbe avere circa l'utilizzo di questa applicazione: il risultato è stato positivo per più del 60% dei candidati, negativo per l'11,4%, mentre il 28,5% rimane in dubbio.

Figura 3.1.2: Risultato della ricerca di mercato sull'interesse del campione riguardo l'applicazione.

Sarebbe interessato ad una app che le suggerisca che polizze sottoscrivere per migliorare il suo tenore di vita presente e futuro?

123 risposte



Fonte: Elaborazione dell'autore.

### 3.2 FUNZIONAMENTO

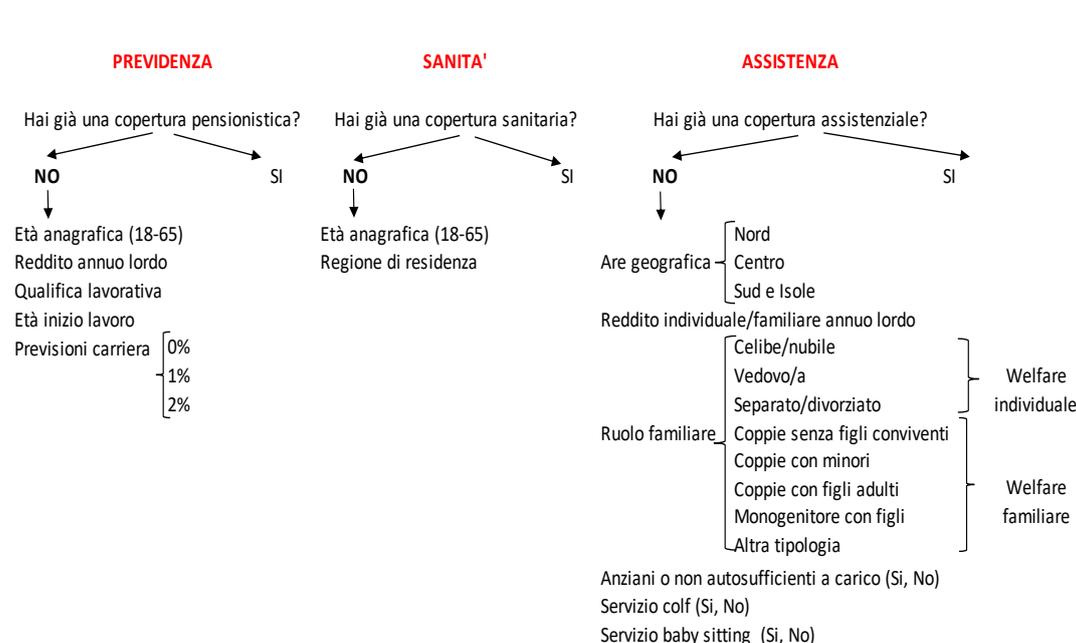
Il fine ultimo dell'applicazione è quello di calcolare le scoperture di una persona nell'ambito previdenziale, sanitario e assistenziale. Ciò avviene sottoponendo l'individuo ad un questionario per analizzarne i bisogni e raccogliere i dati utili. Una volta ottenuti i risultati viene indicata una scala di priorità delle scoperture e si suggerisce come agire per colmarle.

Più nello specifico, il funzionamento dell'applicazione può essere riassunto in quattro fasi:

## 1. Raccolta dati

In questa fase viene proposto all'individuo un questionario che analizza i suoi bisogni e con il quale si raccolgono i dati necessari al calcolo delle scoperture. Innanzitutto, si richiede se si è iscritti a un fondo pensione e se si è in possesso di coperture sanitarie e assistenziali. Nel caso in cui la risposta sia negativa in uno dei tre ambiti, si procede al calcolo della relativa scoperta.

Schema 3.2.1: Variabili richieste dal questionario di Welforlife.



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Le variabili utili per il calcolo della scoperta previdenziale sono l'età anagrafica, il reddito annuo lordo, la qualifica lavorativa, l'età di inizio lavoro e le prospettive di carriera.

Per calcolare la scoperta sanitaria invece necessita conoscere l'età anagrafica e la regione di residenza.

Nell'ambito assistenziale le variabili necessarie sono l'area geografica di residenza, il reddito familiare o individuale annuo lordo, la tipologia familiare, la presenza di anziani o non autosufficienti a carico, l'avvalersi del servizio di colf e del servizio di baby sitting.

## 2. Calcolo delle scoperture

In questa seconda fase avviene l'elaborazione degli input raccolti. Le scoperture sono calcolate basandosi sull'ipotesi che l'individuo sia sano e che quindi svolga un'attività lavorativa tradizionale e non sia affetto da malattie tali da poterlo escludere dalla sottoscrizione di polizze assicurative.

La scoperta previdenziale è definita come la differenza tra un obiettivo reddituale al momento della pensione e quanto erogato dal sistema pensionistico di base.

Il gap sanitario corrisponde alla spesa out of pocket di un cittadino e quindi equivale ad una stima dell'importo medio annuo che un individuo spende per curarsi. Il livello della scoperta varia in base all'età, in quanto all'aumentare di

quest'ultima cresce il bisogno di cure dell'individuo, e in base alla regione poiché la sanità è un ambito di competenza regionale come previsto dall'articolo 117 della Costituzione.

Anche la scopertura assistenziale coincide con la spesa assistenziale out of pocket media annua di una famiglia. Il gap potrà essere calcolato sia a livello individuale che familiare. La decisione di calcolare un gap familiare è dovuta all'impossibilità di scindere i bisogni della famiglia da quelli del singolo nel caso in cui ne abbia una (si pensi all'assistenza dei figli o di familiari anziani a carico). Si procede al calcolo del gap individuale piuttosto che familiare in base alla risposta ottenuta alla variabile "ruolo familiare". Nel caso in cui la risposta sia celibe/nubile, separato/divorziato, vedovo/a o coppia senza figli, si calcola il gap individuale, nei restanti casi invece si calcola quello familiare. In quest'ultimo si tiene conto anche del servizio per baby sitter nel caso in cui se ne usufruisca e della spesa per l'istruzione dei figli.

### 3. Presentazione di una scala di priorità delle scoperture

Una volta ottenuti i risultati si presenta una classifica decrescente dei gap, dal settore avente la scopertura maggiore a quella minore o nulla nel caso in cui si abbia già una copertura. In seguito, si attua una asset allocation: richiedendo quale sia la somma che si ha intenzione di investire, si indica la percentuale da destinare alla copertura dei gap in ogni settore.

#### 4. Suggerimento di come colmare le scoperture

Infine, sulla base delle priorità osservate, si suggerisce la strategia migliore per coprirsi.

Qualora la scopertura pensionistica sia ampia, si propone l'iscrizione ad un fondo pensione, chiuso o aperto, con una adesione collettiva, in modo da poter usufruire degli ulteriori contributi del datore di lavoro. In alternativa, nel caso di adesione individuale, si indica la sottoscrizione di un PIP. In entrambi i casi si godrà di una deducibilità dei contributi versati fino ad un tetto di 5.164,57 euro e si potrà vedere il proprio montante contributivo incrementato di rendimenti maggiori perché tassati al 20% invece che al 26%. Inoltre, si suggerisce anche il comparto di investimento ispirandosi al modello "Life cycle" secondo cui il comparto in cui l'individuo dovrebbe investire varia in base all'età anagrafica e agli anni che mancano al pensionamento: all'aumentare dell'età anagrafica e con l'avvicinarsi della pensione conviene investire in asset sempre meno rischiosi<sup>42</sup>. Quindi se l'individuo ha un'età compresa tra i 18 e i 40 anni si consiglia il comparto azionario, il più rischioso, se ha dai 40 ai 50 anni, un comparto bilanciato il cui rischio esiste ma è contenuto, e per gli ultimi anni di carriera un comparto garantito o obbligazionario caratterizzato da un rischio nullo o quasi.

Se il gap sanitario risulta elevato si suggerisce l'iscrizione ad un Fondo Sanitario o la sottoscrizione di una polizza sanitaria. Ai lavoratori dipendenti, se

---

<sup>42</sup> Cicia M., *Fondi pensione*, Anno accademico 2017/2018.

previsto da contratto o da regolamento aziendale, si propone l'iscrizione ad un Fondo Sanitario ad adesione collettiva in modo da poter sfruttare lo sgravio fiscale del contributo annuo fino a 3.615,20 euro, sottolineando che per usufruirne occorre accertarsi che il Fondo sia DOC o nel caso in cui sia NON DOC, che quest'ultimo destini annualmente il 20% dell'ammontare complessivo delle erogazioni a favore degli iscritti nelle prestazioni previste dalla legge. I lavoratori autonomi o i soggetti che si scrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi da tale beneficio fiscale. Quindi, nel caso di adesione individuale, si propone l'iscrizione ad un Fondo NON DOC per usufruire della detrazione dei contributi dalle imposte per il 19% fino ad un tetto di 1300 euro, o in alternativa, si consiglia la sottoscrizione di una polizza sanitaria in cui i premi sono assoggettati all'imposta del 2,5%, ma sono detraibili, nei limiti stabiliti dalla legge, tutte le spese mediche sostenute anche se parzialmente o interamente riscalate dalla compagnia di assicurazione<sup>43</sup>. Si rammenta anche, se si ha figli, che è conveniente accertarsi che le coperture siano estendibili anche al resto della famiglia.

Nel caso in cui sia alto il gap assistenziale si consiglia l'iscrizione ad un Fondo sanitario NON DOC ricordando che l'iscrizione è aperta anche ai familiari e che l'eventuale beneficio contributivo è limitato ai soli lavoratori dipendenti per

---

<sup>43</sup> <https://www.pensionielavoro.it/site/home/wikisalute/cose-lassistenza-sanitaria-integrativa/a-quali-forme-di-assistenza-e-possibile-rivolgersi.html>.

effetto di un contratto o regolamento aziendale. In alternativa si indica la sottoscrizione di polizze LTC, TCM, DD e PHI. La copertura LTC è suggerita per un lavoratore dipendente che è l'unica fonte di reddito per la famiglia e che ha dei figli a carico in modo che se dovesse perdere l'autosufficienza, potrebbe garantire comunque un reddito per sé e per la propria famiglia. La DD è consigliata in particolare a soggetti i cui parenti hanno sofferto di gravi patologie come infarti, tumori o trapianti d'organo e che forse con maggiore probabilità potrebbero essere esposti a questi rischi. La PHI invece è suggerita ad un lavoratore autonomo per tutelarsi dal rischio che, a causa di una malattia o infortunio, sia totalmente incapace di percepire reddito da lavoro.

### **3.3 ELABORAZIONE DEI DATI**

In questo sottocapitolo si descrive il metodo utilizzato da Welforlife nel calcolo della copertura sanitaria e assistenziale.

I dati utilizzati risalgono al 2017 in quanto risultano essere i più recenti e completi.

### 3.3.1 Gap sanitario

Per la determinazione del gap sanitario di un individuo sano si parte dalla seguente equazione:

$$\begin{aligned} \text{Gap sanitario} &= \text{spesa pubblica pro capite} - \text{spesa privata intermediata} \\ &= \text{spesa privata OoP delle famiglie pro capite} \end{aligned} \quad (1)$$

Come già spiegato precedentemente, la spesa sanitaria è una variabile dipendente dall'età anagrafica dell'individuo e dalla regione di residenza. Nella realtà anche il sesso dell'individuo incide sulla spesa sanitaria: il Ministero dell'Economia e delle Finanze afferma che “Si rileva una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 30% attorno ai 90 anni”. Nonostante ciò, “l'andamento della spesa sanitaria risulta sostanzialmente comune ad entrambi i sessi”<sup>44</sup>. Effettivamente i vari metodi di calcolo del fabbisogno sanitario consultati, in nessun caso attuano una differenza della spesa tra i sessi. Per questi motivi la formula utilizzata è:

---

<sup>44</sup> MEF, “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n.5, 2018, pag. 145

Gap sanitario individuale = coefficiente della classe d'età  $i$  · spesa OoP delle famiglie pro capite della regione  $j$  (2)

con  $i=1,2,3 ; j=1,2,\dots,20$

Tabella 3.3.1.1: Coefficienti delle classi d'età.

	CLASSE D'ETA'	COEFFICIENTE
$i=1$	(18-34)	0,635
$i=2$	(35-64)	0,985
$i=3$	( $\geq 65$ )	1,46

Fonte: VII Rapporto RBM Censis 2017, pag. 156.

In genere le classi d'età in cui è ripartita la popolazione in tema sanitario sono 21, ognuna con un'ampiezza di 5 anni<sup>45</sup>. Tuttavia, i dati che prevedono la ripartizione della spesa sanitaria per le 21 classi d'età sono riservati<sup>46</sup>. Si è deciso di procedere seguendo quanto proposto dalla RBM Consulting. Il target dei destinatari sarà ripartito in 3 classi: quella dai 18 ai 34 anni, dai 35 ai 64 e quella degli individui con 65 anni e oltre. Fatta 100 la spesa sanitaria Out of Pocket (OoP) pro capite, un individuo con età compresa tra i 34 e i 64 anni sostiene una spesa media pari a 98,5, corrispondente ad una volta e mezzo quella di una persona tra i 18 e 34. Quella di un individuo longevo è a sua volta pari a quasi una volta e mezza la spesa sanitaria di un individuo della classe intermedia.

<sup>45</sup> The European House Ambrosetti, "13° meridiano della sanità", 2018, pag.194.

<sup>46</sup> <https://www.healthsearch.it/>.

Tabella 3.3.1.2: Spesa OoP delle famiglie pro capite delle regioni.

	REGIONE	SPESA OoP PRO CAPITE
<i>j</i> =1	Piemonte	647 €
<i>j</i> =2	Valle d'Aosta	936 €
<i>j</i> =3	Lombardia	835 €
<i>j</i> =4	Trentino-Alto Adige	625 €
<i>j</i> =5	Veneto	740 €
<i>j</i> =6	Friuli-Venezia Giulia	674 €
<i>j</i> =7	Liguria	683 €
<i>j</i> =8	Emilia-Romagna	758 €
<i>j</i> =9	Toscana	670 €
<i>j</i> =10	Umbria	471 €
<i>j</i> =11	Marche	420 €
<i>j</i> =12	Lazio	679 €
<i>j</i> =13	Abruzzo	438 €
<i>j</i> =14	Molise	457 €
<i>j</i> =15	Campania	413 €
<i>j</i> =16	Puglia	440 €
<i>j</i> =17	Basilicata	530 €
<i>j</i> =18	Calabria	521 €
<i>j</i> =19	Sicilia	512 €
<i>j</i> =20	Sardegna	450 €
	Italia	629 €

Fonte: The European House Ambrosetti, “13° meridiano della sanità”, 2018, pag. 177.

Applicando l'equazione (2), moltiplicando quindi ciascun coefficiente di ogni classe d'età per la spesa OoP pro capite di ogni regione, si ottengono i risultati riportati nella Tabella 3.3.1.3.

Tabella 3.3.1.3: Risultati delle scoperture sanitarie individuali per ogni classe d'età e regione.

CLASSE D'ETA' REGIONE	(18-34)	(35-64)	(≥65)
Piemonte	411 €	637 €	945 €
Valle d'Aosta	594 €	922 €	1.367 €
Lombardia	530 €	822 €	1.219 €
Trentino-Alto Adige	397 €	616 €	913 €
Veneto	470 €	729 €	1.080 €
Friuli-Venezia Giulia	428 €	664 €	984 €
Liguria	434 €	673 €	997 €
Emilia-Romagna	481 €	747 €	1.107 €
Toscana	425 €	660 €	978 €
Umbria	299 €	464 €	688 €
Marche	267 €	414 €	613 €
Lazio	431 €	669 €	991 €
Abruzzo	278 €	431 €	639 €
Molise	290 €	450 €	667 €
Campania	262 €	407 €	603 €
Puglia	279 €	433 €	642 €
Basilicata	337 €	522 €	774 €
Calabria	331 €	513 €	761 €
Sicilia	325 €	504 €	748 €
Sardegna	286 €	443 €	657 €
Italia	399 €	620 €	918 €

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Le scoperture appena calcolate sono state ottenute con gli ultimi dati disponibili, quelli del 2017. Come alternativa si presenta una stima dei gap della spesa sanitaria delle famiglie nel 2019. La stima è ottenuta calcolando le percentuali di crescita annue della spesa sanitaria regionale OoP delle famiglie su un arco di tempo di 10 anni (2007-2017), in seguito si determina l'incremento

medio annuo utilizzando una media geometrica piuttosto che aritmetica per evitare la sovrastima dei tassi e infine ai dati certi del 2017 si applica l'incremento medio annuo per due anni consecutivi.

Tabella 3.3.1.4: Spesa sanitaria OoP regionale pro capite (2007-2017).

ANNO REGIONE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	518 €	526 €	491 €	538 €	574 €	602 €	623 €	646 €	637 €	677 €	647 €
Valle d'Aosta	587 €	559 €	628 €	909 €	984 €	914 €	906 €	879 €	788 €	1.148 €	936 €
Lombardia	503 €	497 €	452 €	554 €	607 €	606 €	621 €	618 €	767 €	846 €	835 €
Trentino-Alto Ad.	447 €	455 €	453 €	599 €	654 €	631 €	607 €	619 €	707 €	466 €	625 €
Veneto	480 €	492 €	460 €	635 €	696 €	663 €	628 €	658 €	689 €	657 €	740 €
Friuli-Venezia G.	611 €	650 €	713 €	877 €	953 €	860 €	816 €	859 €	561 €	642 €	674 €
Liguria	469 €	509 €	527 €	504 €	535 €	560 €	565 €	594 €	558 €	627 €	683 €
Emilia-Romagna	552 €	579 €	586 €	648 €	701 €	712 €	708 €	715 €	693 €	650 €	758 €
Toscana	479 €	486 €	448 €	515 €	568 €	562 €	566 €	584 €	587 €	594 €	670 €
Umbria	403 €	413 €	404 €	545 €	569 €	532 €	513 €	519 €	425 €	672 €	471 €
Marche	413 €	402 €	409 €	544 €	584 €	553 €	545 €	546 €	446 €	420 €	420 €
Lazio	464 €	481 €	526 €	547 €	593 €	561 €	512 €	530 €	568 €	581 €	679 €
Abruzzo	384 €	417 €	411 €	474 €	501 €	504 €	482 €	480 €	454 €	476 €	438 €
Molise	447 €	446 €	446 €	477 €	492 €	458 €	476 €	468 €	386 €	485 €	457 €
Campania	343 €	349 €	321 €	315 €	341 €	353 €	362 €	365 €	297 €	413 €	413 €
Puglia	354 €	372 €	373 €	413 €	452 €	437 €	444 €	442 €	504 €	541 €	440 €
Basilicata	282 €	306 €	322 €	452 €	492 €	526 €	537 €	535 €	412 €	521 €	530 €
Calabria	374 €	399 €	389 €	438 €	469 €	487 €	466 €	477 €	371 €	372 €	521 €
Sicilia	315 €	352 €	352 €	376 €	395 €	407 €	387 €	393 €	416 €	425 €	512 €
Sardegna	336 €	346 €	344 €	433 €	471 €	493 €	463 €	480 €	343 €	428 €	450 €
Italia	441 €	455 €	444 €	512 €	554 €	550 €	543 €	553 €	568 €	593 €	629 €

Fonte: Database Istat "Health For All".

Con i dati della tabella 3.3.1.4 sono stati calcolati gli incrementi annui nel seguente modo:

$$\text{Incremento medio della regione } j \text{ per l'anno } t \text{ della spesa OoP pro capite} = \frac{\text{spesa OoP della regione } j \text{ dell'anno } t}{\text{spesa OoP della regione } j \text{ dell'anno } t - 1} - 1$$

con  $j=1,2,\dots,20$  ;  $t=2007,\dots,2017$  (3)

Tabella 3.3.1.5: Incrementi medi annui regionali della spesa OoP.

REGIONE	ANNO	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	MED. GEO
Piemonte		0,015	0,067	0,096	0,067	0,049	0,035	0,037	0,014	0,063	0,044	0,042
Valle d'Aosta		0,048	0,124	0,447	0,083	0,071	0,009	0,030	0,104	0,457	0,185	0,090
Lombardia		0,012	0,091	0,226	0,096	0,002	0,025	0,005	0,241	0,103	0,013	0,033
Trentino-Alto A		0,018	0,004	0,322	0,092	0,035	0,038	0,020	0,142	0,341	0,341	0,063
Veneto		0,025	0,065	0,380	0,096	0,047	0,053	0,048	0,047	0,046	0,126	0,068
Friuli-Venezia G.		0,064	0,097	0,230	0,087	0,098	0,051	0,053	0,347	0,144	0,050	0,098
Liguria		0,086	0,035	0,044	0,062	0,047	0,009	0,051	0,061	0,124	0,089	0,051
Emilia-Romagna		0,050	0,011	0,106	0,082	0,016	0,006	0,010	0,031	0,062	0,166	0,033
Toscana		0,014	0,078	0,150	0,103	0,011	0,007	0,032	0,005	0,012	0,128	0,028
Umbria		0,026	0,023	0,349	0,044	0,065	0,036	0,012	0,181	0,581	0,299	0,077
Marche		0,026	0,017	0,330	0,074	0,053	0,014	0,002	0,183	0,058	0,000	0,021
Lazio		0,036	0,094	0,040	0,084	0,054	0,087	0,035	0,072	0,023	0,169	0,059
Abruzzo		0,085	0,014	0,153	0,057	0,006	0,044	0,004	0,054	0,048	0,080	0,034
Molise		0,001	0,001	0,070	0,031	0,069	0,039	0,017	0,175	0,256	0,058	0,028
Campania		0,018	0,080	0,019	0,083	0,035	0,025	0,008	0,186	0,391	0,000	0,026
Puglia		0,051	0,002	0,107	0,094	0,033	0,016	0,005	0,140	0,073	0,187	0,037
Basilicata		0,084	0,053	0,404	0,088	0,069	0,021	0,004	0,230	0,265	0,017	0,062
Calabria		0,066	0,024	0,126	0,071	0,038	0,043	0,024	0,222	0,003	0,401	0,052
Sicilia		0,118	0,000	0,068	0,051	0,030	0,049	0,016	0,059	0,022	0,205	0,026
Sardegna		0,030	0,006	0,259	0,088	0,047	0,061	0,037	0,285	0,248	0,051	0,066
Italia		0,032	0,024	0,153	0,082	0,007	0,013	0,018	0,027	0,044	0,061	0,032

Fonte: Elaborazione dell'autore.

L'incremento medio ottenuto per ogni regione viene applicato alla spesa OoP regionale del 2017.

Spesa OoP della regione  $j$  dell'anno 2019 = spesa OoP della regione  $j$  dell'anno 2017  $\cdot (1 + \text{incremento medio annuo della regione } j)^2$

con  $j = 1, \dots, 20$  (4)

Tabella 3.3.1.6: Spesa sanitaria OoP regionale pro capite del 2019 e stima delle scoperture sanitarie per ogni classe d'età.

CLASSE D'ETA'				DATI STIMATI 2019
	REGIONE	(18-34)	(35-64)	
Piemonte	446 €	692 €	1.025 €	702 €
Valle d'Aosta	706 €	1.096 €	1.624 €	1.112 €
Lombardia	566 €	877 €	1.300 €	891 €
Trentino-Alto Adige	448 €	695 €	1.031 €	706 €
Veneto	536 €	831 €	1.231 €	843 €
Friuli-Venezia Giulia	516 €	800 €	1.186 €	812 €
Liguria	479 €	743 €	1.101 €	754 €
Emilia-Romagna	513 €	796 €	1.180 €	808 €
Toscana	450 €	698 €	1.034 €	708 €
Umbria	347 €	539 €	798 €	547 €
Marche	278 €	431 €	639 €	438 €
Lazio	484 €	750 €	1.112 €	762 €
Abruzzo	298 €	462 €	684 €	469 €
Molise	307 €	476 €	705 €	483 €
Campania	276 €	428 €	634 €	434 €
Puglia	301 €	466 €	691 €	473 €
Basilicata	380 €	589 €	874 €	598 €
Calabria	366 €	567 €	841 €	576 €
Sicilia	342 €	531 €	787 €	539 €
Sardegna	325 €	503 €	746 €	511 €
Italia	426 €	660 €	978 €	670 €

Fonte: Elaborazione personale.

Infine, con la stima della spesa OoP dell'anno 2019 si calcolano i nuovi gap con lo stesso metodo utilizzato in precedenza ovvero moltiplicando la spesa regionale per i coefficienti delle classi d'età. I risultati sono riportati nella Tabella 3.3.1.6.

### 3.3.2 Gap assistenziale

Welforlife calcola la scoperta per assistenza considerando sia la spesa per assistenza sociale che per l'istruzione dei figli.

$$\begin{aligned} \text{Gap assistenziale} = & [(spesa\ media\ per\ colf + spesa\ media\ per\ baby\ sitter + spesa \\ & media\ per\ anziani\ o\ non\ autosufficienti) \cdot coeff.1i_{ass.soc.} \cdot coeff.2j_{ass.soc.} \cdot \\ & coeff.3h_{ass.soc.}] + [spesa\ media\ per\ l'istruzione \cdot coeff.1i_{istr.} \cdot coeff.2j_{istr.} \cdot \\ & coeff.3h_{istr.}] \end{aligned} \quad (5)$$

in cui:

$coeff.1i_{ass.soc.}$  = coefficiente relativo alla tipologia familiare  $i$  con  $i=1, \dots, 8$ .

$coeff.2j_{ass.soc.}$  = coefficiente relativo alla condizione economica  $j$  con  $j=1, \dots, 5$ .

$coeff.3h_{ass.soc.}$  = coefficiente relativo all'area geografica  $h$  con  $h=1, \dots, 3$ .

Analogamente accade per i coefficienti relativi all'istruzione.

Come già analizzato nel Capitolo 2.3, la spesa per assistenza dipende da tre variabili: dalla tipologia familiare, dalla condizione economica e dall'area geografica.

Innanzitutto, occorre effettuare una precisazione riguardo alcune di queste variabili. Il Rapporto MBS Consulting 2017 da cui sono stati presi i dati, prevede cinque segmenti diversi per la variabile “Condizione economica”: debolezza, autosufficienza, livello medio, benessere, agiatezza<sup>47</sup>. Di questi il Rapporto presenta solo il valore medio annuo di reddito per ogni segmento, i cui valori sono riportati nella Tabella 3.3.2.1, e non un limite inferiore ed uno superiore, cosa che invece, ai fini dell'applicazione, è utile per collocare gli individui in un segmento piuttosto che in un altro dopo aver domandato il reddito annuo lordo familiare o individuale, in modo da considerare i giusti coefficienti.

Tabella 3.3.2.1: Reddito medio delle famiglie di ogni segmento della variabile “Condizione economica”.

REDDITO MEDIO CONDIZIONE ECONOMICA	INDIVIDUALE	FAMILIARE
debolezza	7.882 €	13.635 €
autosufficienza	16.206 €	25.699 €
livello medio	20.389 €	31.506 €
benessere	25.462 €	41.920 €
agiatezza	41.403 €	68.709 €

Fonte: Rielaborazione dell'autore su Rapporto MBS Consulting, pag. 14.

<sup>47</sup> MBS Consulting, *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*, 2017, pag. 14.

Per questo motivo si sono creati degli intervalli il cui limite superiore e inferiore del segmento  $j$  sono calcolati nei seguenti modo:

$$\text{Limite superiore del segmento } j = \text{reddito medio del segmento } j + (\text{reddito medio del segmento } j+1 - \text{reddito medio del segmento } j) \cdot \frac{1}{2} \quad (6)$$

$$\text{Limite inferiore del segmento } j = \text{limite superiore del segmento } j-1 \quad (7)$$

con  $j=1,2,3,4,5$

Per evitare un'esclusione degli individui in base alla condizione economica, il limite inferiore del segmento di debolezza è posto pari a 0 euro. Una volta ottenuti i valori esatti, si sono effettuate delle approssimazioni per rendere la classificazione più immediata.

Tabella 3.3.2.2: Intervalli dei segmenti di condizione economica.

CONDIZIONE ECONOMICA	REDDITO INDIVIDUALE		REDDITO FAMILIARE	
	intervallo esatto	intervallo approssimato	intervallo esatto	intervallo approssimato
debolezza	0€ - 12.044€	<12.000 €	0€ -19.667€	<20.000€
autosufficienza	12.045€ -18.298€	12.000€ ≤x< 18.000€	19.668€ - 28.603€	20.000€ ≤x< 29.000€
livello medio	18.299€ -22.926€	18.000€ ≤x< 23.000€	28.604€ - 36.713€	29.000€ ≤x< 37.000€
benessere	22.927€ -33.433€	23.000€ ≤x< 33.000€	36.714€ - 55.315€	37.000€ ≤x< 55.000€
agiatezza	>33.433€	≥33.000€	>55.315€	≥55.000€

Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati del Rapporto MBS Consulting 2017.

La variabile “Area geografica”, per la classificazione degli individui in un segmento piuttosto che in altro, si rifà alla suddivisione elaborata dall’Istituto nazionale di statistica (Istat): il Nord comprende Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d’Aosta, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto; il Centro include Lazio, Marche, Toscana ed Umbria; e infine il Sud e le isole racchiudono le regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna.<sup>48</sup>

Avvalendosi dei dati della Figura 2.3.2 e 2.3.4, rappresentanti i valori medi di ogni variabile e segmento della spesa OoP per assistenza sociale e per l’istruzione, si calcolano dei coefficienti utili per capire l’incidenza di queste variabili sulla spesa media per assistenza sociale (4.989 €) e per l’istruzione (1.937 €). I coefficienti si ottengono rapportando la spesa media relativa ad ogni segmento di ogni variabile alla spesa media per assistenza sociale o per l’istruzione in base all’area di welfare a cui si riferiscono. La Tabella 3.3.2.3 che segue riporta i risultati ottenuti.

---

<sup>48</sup> <http://dwcis.istat.it/cis/docs/4-8.htm>.

Tabella 3.3.2.3: Incidenza delle variabili “Tipologia familiare”, “Condizione economica” e “Area geografica” sulla spesa assistenziale.

		spesa per assistenza sociale ( <i>ass.soc.</i> )		spesa per istruzione ( <i>istr.</i> )	
		spesa media	coeff.	spesa media	coeff.
tipologia familiare (1)	<i>i</i> =1 celibi/nubili	6.484 €	1,30	-	-
	<i>i</i> =2 separati/divorziati	4.364 €	0,87	-	-
	<i>i</i> =3 vedovi/e	3.867 €	0,78	-	-
	<i>i</i> =4 coppie senza figli conviventi	7.360 €	1,48	-	-
	<i>i</i> =5 coppie con minori	3.561 €	0,71	1.455 €	0,75
	<i>i</i> =6 coppie con figli adulti	7.653 €	1,53	2.735 €	1,41
	<i>i</i> =7 monogenitore con figli	3.043 €	0,61	4.239 €	2,19
	<i>i</i> =8 altra tipologia	4.597 €	0,92	1.338 €	0,69
condizione economica (2)	<i>j</i> =1 debolezza	3.837 €	0,77	1.215 €	0,63
	<i>j</i> =2 autosufficienza	2.925 €	0,59	1.423 €	0,73
	<i>j</i> =3 livello medio	4.068 €	0,82	1.969 €	1,02
	<i>j</i> =4 benessere	5.501 €	1,10	3.329 €	1,72
	<i>j</i> =5 agiatezza	6.392 €	1,28	2.832 €	1,46
area geografica (3)	<i>h</i> =1 nord	5.456 €	1,09	2.279 €	1,18
	<i>h</i> =2 centro	5.843 €	1,17	1.622 €	0,84
	<i>h</i> =3 sud e isole	3.804 €	0,76	1.659 €	0,86

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Non conoscendo né la funzione, né il peso con cui le variabili incidono sulla spesa, questi coefficienti vengono moltiplicati alla spesa media dei servizi che l'individuo dichiarerà di usufruire e, nel caso in cui nella tipologia familiare risultino dei figli, anche alla spesa media per l'istruzione (vedi Tabella 3.3.2.4).

Tabella 3.3.2.4: Importi di spesa media assistenziale.

spesa media per servizio colf	3.161 €
spesa media per servizio baby sitting	2.324 €
spesa media per assistenza anziani e non autosufficienti	8.627 €
spesa media per istruzione	1.937 €

Fonte: Rielaborazione dell'autore su dati del Rapporto MBS Consulting 2017.

L'equazione (5) può essere utilizzata in qualsiasi caso: nel momento in cui l'individuo non usufruisca di uno o più servizi o non abbia figli, l'importo di spesa corrispondente a questi sarà 0 euro. In conclusione il modo di calcolare la scoperta individuale o familiare non cambia.

### **3.4 ANALISI DEI RISULTATI**

Il fine di questo paragrafo è quello di verificare l'efficacia di Welforlife. I casi da poter presentare sono infiniti, tuttavia ne verranno scelti tre, quelli che si ritiene siano i più peculiari.

Il primo caso che si analizza è quello di un individuo con caratteristiche simili a quelle dell'autore. Si considera quindi una persona di 24 anni, residente nella regione Marche, celibe/nubile, con un reddito annuo individuale minore di 20.000 euro, che non usufruisce del servizio di colf, della baby sitter e non ha anziani o persone non autosufficienti a carico.

-Gap sanitario: la classe d'età in cui rientra l'individuo è quella dai 18 ai 34 anni, il coefficiente di riferimento per questa classe è 0,635 (vedi Tabella 3.3.1.1). La regione Marche registra una spesa OoP delle famiglie pro capite pari a 420 euro (vedi Figura 3.3.1.4). Applicando la formula (2), quindi moltiplicando il coefficiente per la spesa, si ottiene una scoperta di 267 euro (Tabella 3.3.1.3).

Tabella 3.4.1: Calcolo gap sanitario del primo caso.

(18-34)	Marche	Totale
0,635	420€	267€

Fonte: Elaborazione dell'autore.

-Gap assistenziale: utilizzando l'equazione (5) risulta che la scoperta individuale è pari a 0 euro. Questo accade perché i coefficienti corrispondenti a ciascun segmento vengono moltiplicati ad una spesa per assistenza sociale nulla, visto che non si usufruisce dei servizi, e ad una spesa per l'istruzione nulla data l'assenza di figli.

Tabella 3.4.2: Calcolo gap assistenziale del primo caso.

	SPESA PER ASSISTENZA SOCIALE					SPESA PER ISTRUZIONE FIGLI			TOTALE
	coeff.	spesa media colf	spesa media baby sitting	spesa media anziani/non autosuff.	totale	coeff.	spesa media	totale	
celibe/nubile	1,30					0			
debolezza	0,77	0€	0€	0€	0€	0	0€	0€	0€
centro	1,17					0			

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nella classifica delle scoperture di questo individuo al primo posto appare il gap previdenziale, seguito da quello sanitario e infine da quello assistenziale. Verrà suggerita quindi, in modo prioritario, una iscrizione ad un fondo pensione con l'investimento nel comparto azionario, e in via residuale la sottoscrizione di una polizza sanitaria.

Il secondo caso è rappresentato da un lavoratore autonomo di 35 anni, residente in Valle d'Aosta, con una tipologia familiare corrispondente alla coppia con figli minori, un reddito familiare annuo di 30.000 euro, che usufruisce del servizio colf e di baby sitting.

Tabella 3.4.3 Calcolo gap sanitario del secondo caso.

(35-64)	Valle d'Aosta	Totale
0,985	936€	922€

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Tabella 3.4.4: Calcolo gap assistenziale del secondo caso.

	SPESA PER ASSISTENZA SOCIALE				SPESA PER ISTRUZIONE FIGLI			TOTALE	
	coeff.	spesa media colf	spesa media baby sitting	spesa media anziani/non autosuff.	totale	coeff.	spesa media		totale
coppia con figli minori	0,71					0,75			
livello medio	0,82	3.161€	2.324€	0€	3.480,78€	1,02	1.937€	1.740,18€	5.220,96€
nord	1,09					1,18			

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Come si può notare dai risultati ottenuti nelle Tabelle 3.4.3 e 3.4.4, le scoperture di questo individuo rispetto al caso analizzato in precedenza sono sicuramente più consistenti, in particolare quella sanitaria: la Valle d'Aosta è la regione italiana in cui i cittadini sborsano di tasca propria l'importo maggiore per la propria salute. Welforlife consiglia l'iscrizione ad un Fondo Sanitario, le cui prestazioni sono ampliabili anche alla famiglia, e la sottoscrizione di un contratto assicurativo PHI per la tutela contro il rischio di incapacità lavorativa dovuta a infortunio o malattia.

Come terzo e ultimo caso si esaminano le scoperture di un lavoratore dipendente di 65 anni, residente in Puglia, monogenitore con figli, con un reddito individuale annuo di 33.000 euro e con una persona non autosufficiente a carico.

Tabella 3.4.5 Calcolo gap sanitario del terzo caso.

(≥65)	Puglia	Totale
1,46	440€	642€

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Tabella 3.4.6: Calcolo gap assistenziale del terzo caso.

	SPESA PER ASSISTENZA SOCIALE					SPESA PER ISTRUZIONE FIGLI			TOTALE
	coeff.	spesa media colf	spesa media baby sitting	spesa media anziani/non autosuff.	totale	coeff.	spesa media	totale	
monogen con figli	0,61					2,18			
agiatazza	1,28	0€	0€	8.627€	5.140,83€	1,46	1.937€	5.308,16€	10.448,99€
sud	0,76					0,85			

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Occorre porre l'attenzione su due aspetti principali. Il primo è che, nonostante l'individuo sia più anziano rispetto a quello presentato nel secondo caso, e che quindi il coefficiente di riferimento applicato sia maggiore, la sua scopertura sanitaria risulta minore dovuto al fatto che risiede in un paese del Sud Italia in cui la spesa OoP pro capite delle famiglie è meno della metà rispetto a quella valdostana. In secondo luogo la spesa per l'istruzione sostenuta è invece molto alta. Ciò è in linea con le statistiche presentate nel Capitolo 2. In effetti dalla Figura 2.3.4 rappresentante la spesa per istruzione per segmenti, emerge che il segmento monogenitore con figli (per la tipologia familiare) e quello dell'agiatazza (per la condizione economica) osservavano i valori più alti tra tutti o quasi.

In un caso come questo la scopertura assistenziale è sicuramente in cima alla scala delle priorità, seguita dalla sanità. Per un individuo di 65 anni i benefici che si possono trarre iscrivendosi ad un fondo pensione sono quasi nulli. Piuttosto urge la sottoscrizione di polizze assicurative assistenziali, seguita dall'iscrizione a fondi sanitari, dato che nella maggior parte dei casi 65 anni è l'età massima per accedervi. Welforlife consiglia una copertura LTC dato che l'individuo è l'unica fonte di reddito per la famiglia: avendo delle persone a carico, tra cui figli e un individuo non autosufficiente, se dovesse perdere l'autosufficienza, coprendosi potrebbe garantire comunque un reddito per sé e per la propria famiglia.

## CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni si è assistito ad una crescente crisi del Welfare State. Il graduale invecchiamento della popolazione ha difatti profondamente alterato gli equilibri demografici sottostanti allo stesso, aggravando i già acuti problemi di ordine finanziario. La divaricazione tra bisogni sociali che aumentano e le difficoltà del sistema pubblico nel dare risposte conseguenti, stante la non adeguata disponibilità di risorse economiche, fa parte ormai della vita quotidiana delle persone. La conseguenza di questi disagi è che le famiglie italiane hanno dovuto ricorrere in via crescente alla spesa out-of-pocket, utilizzando cioè risorse proprie. Rispondere ai diversi bisogni sociali della famiglia richiede oggi di non limitarsi ad utilizzare le prestazioni del welfare pubblico: l'esplorazione di altri sistemi di welfare rappresenta una modalità per ottenere risposte maggiormente adeguate.

È fuori dubbio che l'influenza del lungo ciclo economico negativo vissuto in questi anni ha influito in maniera significativa sul cambiamento dei consumi, degli stili di vita, delle modalità di risparmio: insomma è avvenuta una certa maturazione della concezione dei rischi che possono coinvolgere la famiglia. Tuttavia la cultura assicurativa delle famiglie italiane è ancora modesta, vige ancora un clima di sfiducia finanziaria che porta gli utenti a non affacciarsi affatto

al mondo assicurativo o a non rivolgersi a specialisti del settore, ma a prendere le decisioni in famiglia e consultando internet.

In questo scenario Welforlife potrebbe rivelarsi uno strumento innovativo e assolutamente incentivante per la crescita del settore del welfare. Calcolare le scoperture di un individuo può aiutare ad aumentare la consapevolezza riguardo l'importanza di provvedere autonomamente alla propria tutela e prevenire i rischi. Sotto l'aspetto aziendale il punto di forza di questa applicazione è quello di dover essere consultata periodicamente dagli utenti dato che i bisogni degli individui si evolvono in continuazione, si pensi ad esempio all'aumento dell'età e al cambiamento della composizione familiare. Lo svantaggio, invece, consiste nella necessità di essere aggiornata sistematicamente, in quanto si basa su dati storici, aspetto fondamentale per l'elaborazione di profili accurati. Occorre riconoscere che i dati utilizzati per il calcolo dei gap, seppur recenti e esatti, sono in parte incompleti. Nonostante ciò, i risultati si avvicinano molto alle situazioni reali. La complessità nella ricerca dei dati è un problema comune, basti pensare che le compagnie assicurative per disporre di stime e basi tecniche si avvalgono del lavoro di società di consulenza attuariale e finanziaria private. Si immagina pertanto quanto più efficace potrebbe diventare questo strumento con dati più precisi e aggiornati.

## BIBLIOGRAFIA

- Beveridge M. (2010) *Alle origini del welfare state. Il Rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali*, Franco Angeli Editore.
- Cicia M. (Anno accademico 2017/2018) *Fondi pensione*.
- Crenca G. (Anno accademico 2017/2018) *Analisi delle politiche di welfare*.
- Ferrera M. (2006) *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino.
- Flora P., Alber J. (1983) *Sviluppo dei welfare state in Europa e in America*, Il Mulino.
- Mapelli V. (2012) *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino.
- Naldini M. (2006) *Le politiche sociali in Europa*, Carrocci.
- Rapporto 5 MEF (2018) *Il monitoraggio della spesa sanitaria*.
- Rapporto MBS Consulting (2017) *Osservatorio sulla spesa di welfare delle famiglie italiane*.
- Report Osservatorio GIMBE (2018) *Il Servizio Sanitario Nazionale nelle classifiche internazionali*.
- The European House Ambrosetti (2018) *13° meridiano della sanità*.
- VIII Rapporto RBM- Censis (2018) *Sulla Sanità Pubblica, Privata ed intermediata*.

## SITOGRAFIA

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>.

<http://www.accenture.com/>.

<http://www.assoconsult.org/>.

<http://www.covip.it/>.

<http://www.inps.it/>.

<http://www.istat.it/>.

<http://www.sissico.it/>.

<https://www.healthsearch.it/>.

<https://www.lacooltura.com/>.

<https://www.pensionielavoro.it/>.

<https://www.secondowelfare.it/>.