



Prospettive per un fisco pro-welfare

1. Introduzione

Il progetto “Prospettive per un fisco pro-welfare” si colloca nell’ambito di un’articolata attività di studio e ricerca condotta dalla Fondazione Forum Ania-Consumatori, cui l’Unione Nazionale Consumatori intende contribuire in misura significativa con un’indagine che ha lo scopo di verificare attese, preoccupazioni e speranze dei consumatori riguardo alle politiche sociali alla luce delle quali valutare misure fiscali a sostegno del *welfare*.

Le ricerche realizzate dalla Fondazione Forum Ania-Consumatori mostrano come da alcuni anni si stia verificando un processo di trasferimento della gestione dei rischi dal settore pubblico alle famiglie, poiché le tradizionali “coperture” tendono progressivamente a contrarsi o ad essere non facilmente accessibili con un conseguente aggravio economico per le famiglie stesse. Inevitabilmente il livello del-

le prestazioni socio-assistenziali si abbassa e nel contempo diventa più difficile l'accesso ai sistemi di protezione. Inoltre, si è verificato un sensibile aumento della pressione fiscale, che ha raggiunto livelli tra i più elevati dell'area OCSE. Ne consegue che i nuclei familiari spesso non dispongono di risorse adeguate per far fronte alla gestione dei rischi.

1.1 *Uno sguardo retrospettivo*

Il *Welfare State* nasce nella Germania bismarckiana nel 1881 e si diffonde nel resto dell'Europa occidentale come modello "rivoluzionario" per rispondere ai nuovi bisogni sociali di quelle vaste masse popolari che si erano concentrate nelle città e nei quartieri industriali in seguito all'affermarsi dell'economia capitalistica.

Nel 1942 un eminente economista e sociologo britannico, William H. Beveridge, presentò al parlamento del suo paese un famoso rapporto che reca il suo nome, *Social Insurance and Allied Services: Beveridge Report*, in cui egli formulò i principi fondamentali di un moderno stato sociale che fosse in grado di offrire ai cittadini: a) un elevato standard di sicurezza sociale mediante un servizio sanitario obbligatorio e universalistico; b) un livello minimo di reddito per garantire la sopravvivenza materiale; c) un sistema di assicurazioni sociali (pensione, invalidità e malattia). Dopo la fine della Seconda guerra mondiale la diffusione e il consolidamento del *Welfare State* proseguì

senza arrestarsi per almeno un trentennio (i cosiddetti “Trenta gloriosi”) favorito da una fase di relativa pace internazionale e da una notevole crescita economica.

Agli inizi degli anni '80 il *Welfare State* fu però messo in discussione. Il nuovo premier inglese Margaret Thatcher promosse un programma di progressiva riduzione dell'intervento statale in campo economico e sociale per sostenere i principi della libera concorrenza e dell'etica individualistica con il sostegno del presidente americano Ronald Reagan e dei partiti conservatori dell'Europa occidentale.

Il thatcherismo interpretava un sentimento diffuso in Europa: ossia che la fase di espansione del welfare state si fosse ormai esaurita e che ad essa sarebbe subentrata una fase di transizione che avrebbe visto contrapporsi due tendenze: l'una, di tipo conservatrice volta alla riduzione dello stato sociale, e l'altra, d'ispirazione socialdemocratica e riformista, orientata a una revisione radicale dello stato sociale al fine di renderlo conforme alle mutate condizioni economiche delle società (Ranci e Pavolini 2015, 15-16).

Secondo alcuni, il *Welfare State* era diventato così costoso da diventare un pericolo per la sicurezza economica degli individui, inefficiente nel garantire alti standard nei servizi e rischioso perché alimentava il conflitto tra benessere collettivo e libertà individuali (Heclo 1981; trad. it. 1983, 27). Il *welfare*, almeno momentaneamente,

cessò di essere considerato un elemento fondamentale della forza economica, politica e sociale di una nazione.

Esaurita la fase di crescita economica che aveva contraddistinto i primi decenni del secondo dopoguerra, le nazioni europee erano agitate da nuove questioni sociali ed economiche: la disoccupazione non era scomparsa, ma si rivelava un fenomeno connaturato, in varia misura, a tutte le società europee; le disuguaglianze sociali, dopo la naturale riduzione conseguente al consolidarsi all'economia industriale, riprendevano ad aumentare in coincidenza con la crescita del settore terziario. A tali questioni, si aggiungevano altri fenomeni che modificavano sensibilmente il quadro economico-sociale entro cui si era costituito il *Welfare State*: in particolare, l'emancipazione femminile che imponeva una radicale revisione del modello familiare e l'invecchiamento costante della popolazione.

Come è noto, il programma neoliberistico di smantellamento non è riuscito nell'intento di mettere in crisi il *Welfare State*, che anzi in alcune aree ha conosciuto, almeno fino alla grande crisi del 2007-2008, addirittura una fase di crescita. Ancor oggi, infatti, in molte società occidentali il *Welfare State* assorbe in media due terzi della spesa pubblica e una parte significativa di tale spesa (pari mediamente al 16-17% del PIL nazionale) è impegnata per finanziare tanto gli stipendi del personale dell'amministrazione pubblica addetto al *welfare*

quanto a finanziare istituzioni pubbliche e private che erogano servizi sanitari, educativi, sociali, ecc.

1.2 Le prospettive del welfare state

Dai molteplici sondaggi di opinione condotti in Europa emerge con chiarezza come i cittadini vogliano conservare e, se possibile, accrescere l'offerta delle prestazioni di *welfare*, anche se ciò richiedesse un aumento della pressione fiscale (Roosma, Gelissen e Van Oorschot 2013). Tuttavia i problemi sorti negli anni Ottanta sono ancora al centro di analisi e di discussione: da un lato, si avverte l'esigenza di ridurre il costo pubblico dei programmi sociali; dall'altro, vi è la consapevolezza della necessità di affrontare efficacemente l'emergere dei nuovi rischi sociali che si affiancano ai vecchi per effetto delle trasformazioni economiche e sociali tuttora in atto.

Fino agli anni '70 l'aumento della spesa pubblica per lo sviluppo di politiche sociali sempre più generose è stato sostenuto dalla crescita economica costante che aveva avuto inizio dopo la fine del secondo conflitto mondiale. L'esaurirsi di tale crescita e l'esplosione della dinamica inflattiva congiuntamente all'aumento della disoccupazione hanno reso indispensabile, soprattutto a partire dagli anni Novanta, un contenimento della spesa pubblica.

La duplice esigenza di rendere compatibile la spesa sociale con un adeguato livello di competitività economica ha avuto un forte impat-

to sul *Welfare State*: pratiche, consuetudini, inefficienze, rendite clientelari sono state messe in discussione, provocando, anche per evidenti ragioni politico-elettorali, una notevole resistenza al cambiamento, soprattutto da parte di quella burocrazia la cui ragion d'essere è legata alla conservazione dell'esistente.

Com'è noto, il *Welfare State* poggia su tre pilastri: educazione, sicurezza sociale e sanità pubblica, la cui solidità è stata minata dagli effetti della globalizzazione economica, che hanno eliminato quelle condizioni che avevano reso possibile il compromesso dello Stato sociale, grazie al quale i costi sociali derivanti dal sistema capitalistico risultavano sostenibili (Habermas 1999, 18-21). Quel compromesso comportava una *policy* consistente in: a) forme di sostegno del reddito delle famiglie e dei singoli in condizioni di povertà; b) interventi finalizzati a rimuovere le cause di esclusione sociale o debolezza occupazionale, assicurando strumenti sufficienti per fronteggiare malattie, anzianità, periodi di disoccupazione e infortuni sul lavoro; c) un consistente pacchetto di servizi sociali, che concorreva alla creazione delle condizioni di *well-being* sociale.

La rottura del compromesso dello Stato sociale ha determinato l'esplosione di quelle contraddizioni interne al sistema sociale ed economico dominante che il compromesso stesso aveva fortemente limitato, innescando inevitabilmente tendenze disgregatrici all'interno del tessuto sociale.

Il *welfare*, dunque, è posto ad un bivio: imboccare la strada della propria revisione per adeguarsi ai nuovi scenari e conservare la propria funzione di motore principale della promozione sociale ed economica oppure avviarsi verso un periodo di forti riduzioni per diventare un'istituzione marginale incapace di soddisfare efficacemente i bisogni sociali della popolazione.

2. Obiettivi dell'indagine

I cambiamenti nel settore previdenziale e sanitario cui abbiamo assistito negli ultimi tempi richiederanno, soprattutto alle giovani generazioni, nuovi sacrifici: per questo diventa interessante capire quali sono le speranze e le preoccupazioni dei consumatori. Attraverso la diffusione di una *survey* per mezzo del proprio sito web www.consumatori.it l'UNC ha inteso indagare attese, speranze, preoccupazioni e scelte dei consumatori riguardo al sistema previdenziale e sanitario. Le singole schede sono state analizzate dall'UNC con i seguenti obiettivi:

- “fotografare” il *sentiment* dei consumatori sui temi del *welfare*, con particolare riferimento alla sanità e alla previdenza;
- elaborare un *report* volto ad evidenziare le prospettive per promuovere un fisco *pro-welfare*;
- presentare il *report* (che verrà integralmente pubblicato nel sito del Forum Ania-Consumatori e inserito in sintesi in una sua pub-

blicazione, provvisoriamente denominata “bilancio di sostenibilità del welfare italiano”).

Metodologia dell'indagine

Nel periodo 12 ottobre 2015-15 gennaio 2016 è stata diffusa attraverso il sito dell'UNC www.consumatori.it un sondaggio intitolato “Sanità e previdenza: più o meno tasse per il futuro?” costituito di nove domande, cui hanno risposto oltre 500 persone (62% donne).

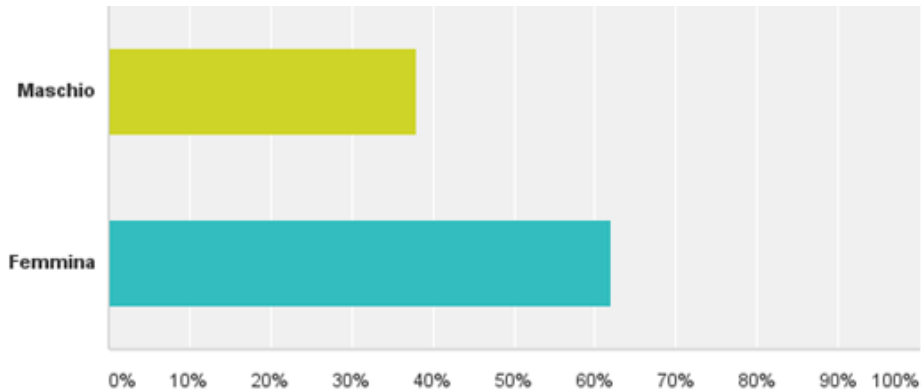
L'indagine condotta dall'Unione Nazionale Consumatori, pur non avendo le caratteristiche della ricerca demoscopica condotta sul campo o attraverso analisi *desk*, costituisce un utile strumento di analisi delle opinioni, dei timori e delle attese dei consumatori riguardo al tema del *welfare* e fornisce elementi di particolare interesse dal punto di vista socio-economico, che possono essere variamente considerati e analizzati nell'ambito di ulteriori e più specifiche indagini.

3. Analisi descrittiva dei risultati

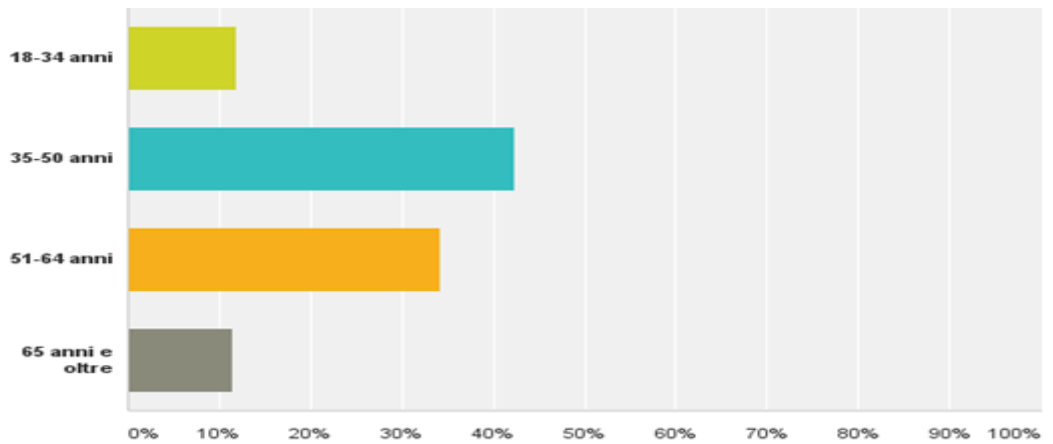
Il campione è costituito per il 68% da intervistati di sesso femminile e per il 32% di sesso maschile. Per quanto attiene alle fasce di età, il 76% degli intervistati sono di età compresa tra i 35 e i 64 anni, mentre il restante 24% è equamente suddiviso tra la fascia compresa tra i 18 e i 34 anni e quella over 65. Il 78% degli intervistati risulta in

possesso di un diploma di scuola media superiore (39%) o di un diploma di laurea (39%).

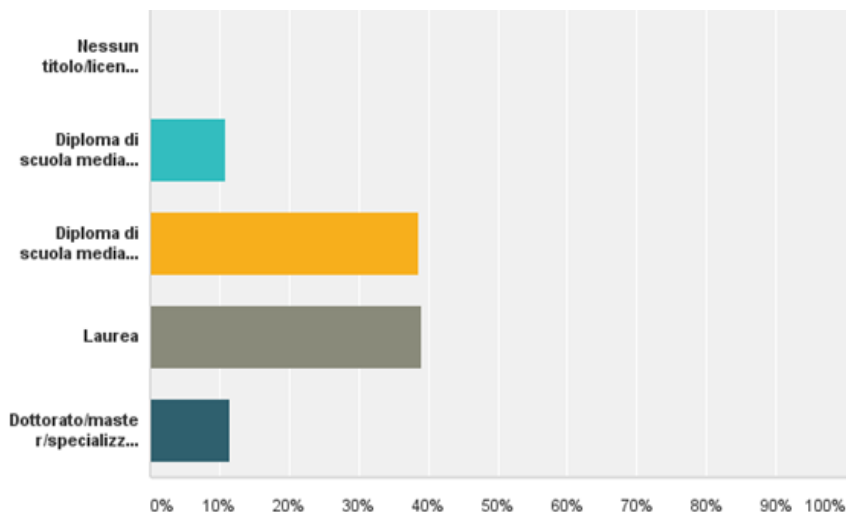
Q1: 1. Indica il tuo sesso



Q2: Indica la tua fascia di età



Q3: indica il tuo titolo di studio



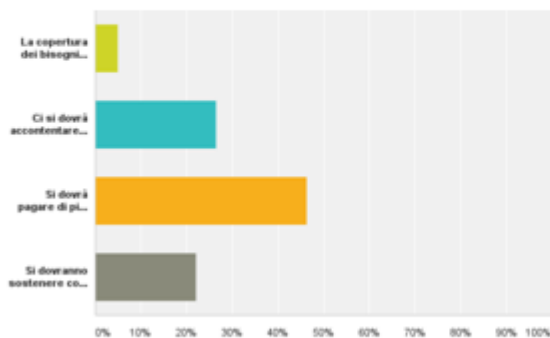
3.1 *Il futuro dell'assistenza sanitaria*

Alla domanda n. 4 “Quale sarà in futuro il grado di copertura del servizio sanitario pubblico?”, cui era possibile fornire più di una risposta, il 46 per cento degli intervistati ritiene che “si dovrà pagare di più per ottenere i servizi attuali”, mentre il 26 per cento prevede che “ci si dovrà accontentare di un numero minore di servizi da parte dello Stato”.

Il primo dato mostra che secondo una cospicua parte degli intervistati (quasi il 50 per cento), il servizio sanitario avrà un costo maggiore per i cittadini allo scopo di assicurarne la sostenibilità con il conseguente aumento dei ticket previsti, mentre il secondo indica una sor-

te di rassegnazione nell'accettare un ridimensionamento dei servizi alla salute. Solo il 5% è convinto che lo Stato riuscirà a garantire un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni dei cittadini.

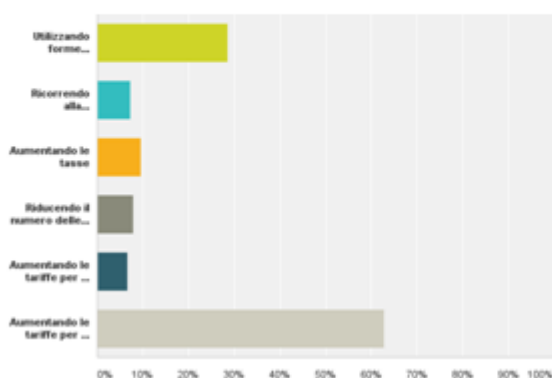
**Q4: 4. Quale sarà in futuro il grado di copertura del servizio sanitario pubblico?
(Indica una sola opzione)**



Alla domanda n. 5 “Com’è possibile mantenere un adeguato livello di assistenza sanitaria pubblica?”, cui era possibile fornire più di una risposta, il 63% degli intervistati propone di aumentare le tariffe per le prestazioni limitatamente alle fasce di reddito più elevate. Si tratta di una risposta che non sorprende e che, sia pure indirettamente, pone al centro dell’attenzione ancora una volta i criteri di definizione dei LEA, cioè dei livelli essenziali di assistenza che sono le prestazioni e i servizi forniti dal Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento

di una quota di partecipazione (ticket). Il 29 per cento degli intervistati suggerisce di ricorrere a forme assicurative integrative allo scopo di mantenere un adeguato servizio di assistenza sanitaria. Si tratta di una percentuale non trascurabile che mostra di essere concretamente interessata e culturalmente propensa a forme di assistenza integrativa.

Q5: 5. Com'è possibile mantenere un adeguato livello di assistenza sanitaria pubblica?
(Indica una o più opzioni)



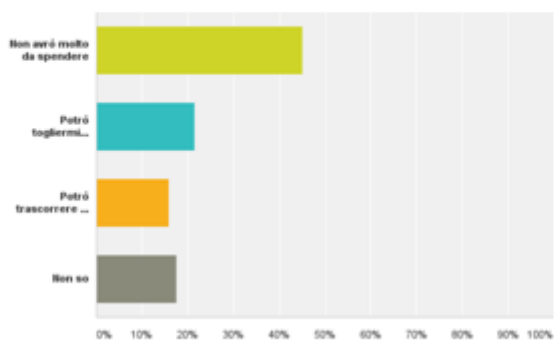
3. 2 Il futuro previdenziale

Pensando alla propria vecchiaia (domanda n. 6) il 45% degli intervistati è convinto che non avrà molte risorse economiche da utilizzare. Tale dato attesta l'ormai diffusa consapevolezza che la pensione costruita secondo il regime contributivo non fornirà sufficienti garanzie per far fronte alle esigenze tipiche

della terza età. Complessivamente il 37% invece non sembra particolarmente preoccupato per il proprio futuro pensionistico, mentre il 18% per cento non sa rispondere.

Il 32% di coloro di età compresa tra i 18 e i 34 anni risponde che non avrà molto da spendere rispetto al 50% di coloro di età compresa tra i 51 e i 64. I giovani sono nel complesso più incerti riguardo al loro futuro, tant'è che il 32% risponde che non sa quanto avrà da spendere (rispetto al 18% degli ultra-cinquantenni) con una prevalenza di pessimisti tra i diplomati (53%) rispetto ai laureati (32%).

Q6: 6. Pensando alla tua vecchiaia ritieni che sul piano della condizione economica...
(Indica una sola opzione)

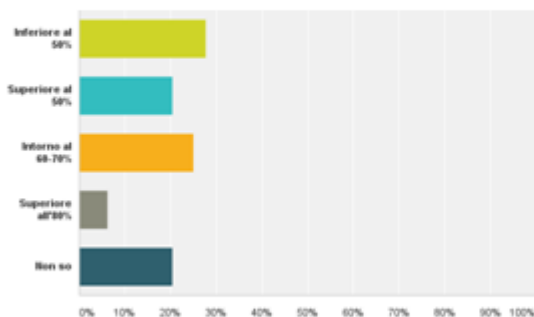


Alla domanda n. 7 “A quale percentuale del tuo reddito corrisponderà la pensione che percepirai?” solo il 6% degli intervistati ha risposto che sarà superiore all’80%: è verosimile che questa esigua parte degli intervistati godrà di una pensione calcolata secondo il regime retributivo (il 12% per cento degli intervistati dichiara di avere più di 64 anni). Il 29% presume che potrà godere di una pensione inferiore al 50% del proprio reddito attuale.

È interessante notare che le donne si dimostrano più pessimiste degli uomini rispetto alla pensione che percepiranno: infatti, il 35% di loro presume che la pensione sarà inferiore al 50% del reddito, mentre solo il 16% degli uomini è della stessa opinione. Il 33% degli uomini (contro il 20% delle donne), invece, ritiene che la propria pensione ammonterà a circa il 60-70% dell’ultimo reddito.

I più giovani ritengono che percepiranno una pensione più bassa: infatti, solo il 14% di chi ha meno di 50 anni pensa che riceverà una pensione intorno al 60-70% del reddito attuale rispetto al 35% degli ultracinquantenni. Questo dato fotografa il “confitto generazionale” da tempo in atto nel sistema pensionistico le cui pesanti conseguenze economico-sociali non si sono ancora manifestate nella loro pienezza.

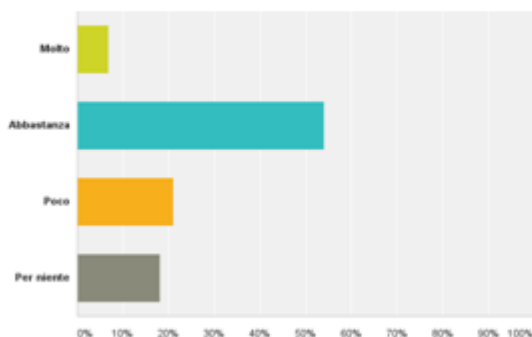
**Q7: 7. Secondo te, a quale percentuale del tuo reddito corrisponderà la pensione che percepirai?
(Indica una sola opzione)**



3.3 Lo Stato, il fisco e il welfare

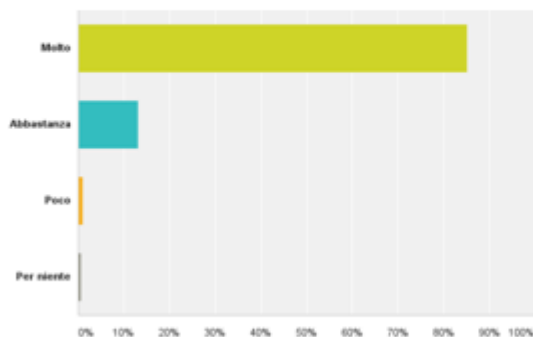
Il 61% si è dichiarato molto o abbastanza favorevole a pagare direttamente i servizi di cui ha bisogno se lo Stato riducesse le tasse (domanda n. 8), dato che sembra costituire un'indiretta conferma di alcuni risultati emersi nel corso di un'indagine Censis-Forum Ania-Consumatori del 2014 (Forum Ania-Consumatori-Censis 2015, 96) secondo cui quasi il 61% degli italiani è molto o abbastanza favorevole all'introduzione di vantaggi fiscali per alcuni strumenti assicurativi (polizze sanitarie, iscrizioni a mutue sanitarie, polizze *long term care*, ecc.), mentre oltre il 65% è molto o abbastanza d'accordo sulla possibilità di dedurre fiscalmente alcune spese per il welfare (badante, baby sitter, ecc.).

**Q8: 8. Saresti favorevole a pagare direttamente i servizi di cui hai bisogno se lo Stato riducesse le tasse?
(Indica una sola opzione)**



In linea con l'opinione della maggior parte dei cittadini europei, gli italiani sono d'accordo nel riconoscere allo Stato il compito di assicurare i servizi fondamentali (domanda n.9) . Ciò conferma il fatto che gli italiani si oppongono a qualsiasi riforma che metta in discussione la funzione superiore e regolatrice dello Stato, perché sono fortemente avversi al rischio. Ridefinire, tagliare, risparmiare oggi in vista di eventuali vantaggi per un futuro più o meno prossimo non è considerata una prospettiva convincente. Questa risposta sintetizza la "voglia di welfare" ed esprime "la capacità di resistenza" (*resilience*) della società che si contrappone ad ipotesi di "taglio" (*retrenchment*) dei servizi.

Q9: 9. In ogni caso sei d'accordo che lo Stato continui ad assicurare i servizi fondamentali?
(Indica una sola opzione)



4. Conclusioni

Nei “Trenta Gloriosi” in Italia si è costruito un sistema di welfare fortemente sbilanciato a vantaggio della funzione pensionistica e a detrimento della copertura di altri rischi (soprattutto quello della disoccupazione) e degli interventi familiari (Ferrera, Fargion e Jessoula 2012). Tale evidente squilibrio ha reso necessario, a partire dagli inizi degli anni Novanta sino al 2012, un progressivo e radicale riassetto del regime pensionistico principalmente allo scopo di ridurre la generosità insostenibile ed eliminarne i privilegi e le disuguaglianze. Un analogo sforzo riformatore, anche considerando gli interventi del 1992-93 (con la trasformazione delle Usl e dei maggiori ospedali in aziende), non si è verificato nel campo della sanità, ove ci si è limitati

ad un'ampia discussione sulla regolazione del sistema, che ha portato sinora ad unico risultato significativo: una diminuzione della spesa molto più accentuata che nel resto d'Europa. Ciò ha comportato un'inadeguata risposta nei confronti dei portatori di nuovi rischi o bisogni sociali mutati, che indicano in tale settore una prevalenza dei processi di *retrenchment* su quelli di ricalibratura.

Ne consegue che tra i "pilastri" del welfare è proprio quello sanitario a richiedere un intervento deciso volto a garantirne la stabilità nel tempo.

Nonostante nel 2000 l'Oms abbia stilato una classifica dei servizi sanitari di oltre 190 paesi in cui quello italiano risultava al secondo posto dopo quello francese, gli italiani soddisfatti della qualità dei servizi sanitari sono solo il 54% rispetto all'87% degli inglesi, al 91% dei francesi e al 97% dei belgi (European Commission 2010), dato che è confermato da un analogo sondaggio (Gallup 2009) secondo il quale unicamente il 53% degli italiani ha fiducia nel sistema sanitario nazionale.

Eppure – giova sottolinearlo - l'Italia è un paese decisamente "in salute", poiché ha un livello di speranza di vita tra i più elevati in Europa (Cnel Istat 2015, 68). L'allungamento della vita continua a progredire e, nel 2013, l'Italia è risultata la prima nazione in Europa per la più elevata speranza di vita degli uomini (80,3 anni - stima Eurostat). Rispetto alla media dei 28 paesi europei (80,6 anni) nel nostro

paese la speranza di vita della popolazione in complesso è più lunga di almeno 1 anno e mezzo, attestandosi al secondo posto della graduatoria (82,9 anni) dopo la Spagna. Inoltre, la speranza di vita delle donne continua a collocarsi al terzo posto (85,2 anni), dopo Spagna (86,1 anni) e Francia (85,6 anni).

In un simile contesto si rilevano tuttavia alcune criticità di particolare rilevanza, che impongono una serie di interventi di ricalibratura del welfare. In primo luogo, non migliora nel 2013 la qualità della sopravvivenza e si registra, rispetto al 2005, un peggioramento del benessere psicologico. Si riconferma la tendenza all'aumento della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso tra gli anziani.

Il rilevante carico assistenziale che queste patologie comportano per le famiglie e per i servizi socio-sanitari si può rivelare di difficile sostenibilità sociale ed economica, riflettendosi negativamente sulla qualità della vita, non solo dei malati ma anche dei loro familiari.

Le differenze territoriali sono in crescita, con il Mezzogiorno che, anche per effetto della crisi, vede aumentare il proprio svantaggio nella speranza di vita e nella qualità della vita media degli anziani, ma anche nella mortalità infantile. Persistono inoltre marcate differenze geografiche nella salute fisica e psicologica, sempre a vantaggio del Centro-Nord, e nei fattori di rischio legati agli stili di vita. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha tra le sue conseguenze l'aumento della diffusione delle demenze e delle malattie mentali.

Merita inoltre particolare attenzione una questione assai delicata per la sostenibilità del servizio sanitario: l'assistenza continuativa ai non autosufficienti (*long-term care*). Secondo le stime del Ministero del lavoro (2011), vi sarebbero oggi circa 2,8 milioni di persone non autosufficienti, delle quali non è dato conoscere l'esatta condizione assistenziale. I maggiori oneri di assistenza attualmente ricadono sui familiari dei non autosufficienti, che devono sostenere le spese dirette (colf, badanti, ecc.).

Dal punto di vista del benessere economico, è importante sottolineare come nel 2014 e, in maggior misura nei primi mesi del 2015, la situazione economica abbia registrato una serie di segnali positivi che dalle regioni del Nord si diffondono al resto del Paese, riflettendosi sulla condizione delle famiglie (Cnel - Istat 2015, 126). Il reddito disponibile e il potere d'acquisto sono in aumento; cresce la spesa per consumi finali, anche se in misura più limitata in conseguenza del lieve aumento della propensione al risparmio. In particolare, il reddito disponibile pro-capite nel 2014 si è attestato su 17.539 euro, rimanendo sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (17.563 euro), mentre la spesa per consumi è stata pari a 16.074 euro confermando il calo del 2013 e la leggera ripresa del 2014. Il rischio di povertà e, soprattutto, di povertà assoluta hanno smesso di aumentare, mentre la grave deprivazione diminuisce per il secondo anno consecutivo, attestandosi sui livelli del 2011.

In altri termini, ai primi cenni di recupero reddituale, le famiglie - che fino al 2011 avevano utilizzato i risparmi accumulati o avevano risparmiato meno per sostenere i propri consumi - *hanno ricominciato a risparmiare per tutelarsi dai rischi che permangono in una situazione ancora problematica per molte famiglie.*

In questo quadro generale, in cui si alternano luci e ombre, devono essere collocati e interpretati alcuni dati significativi del sondaggio condotto dall'Unione Nazionale Consumatori, che è opportuno ricordare sinteticamente:

1. Il 63% degli intervistati chiede l'aumento dei ticket limitatamente alle fasce di reddito più elevate, che costituisce una voce del finanziamento. Tuttavia questa voce, che acquista un particolare rilievo dal punto di vista etico, di fatto ha un'incidenza modesta sul finanziamento del servizio sanitario (circa il 3%) e non contribuirebbe ad un aumento significativo delle risorse disponibili per il *welfare*.

2. Il 61% degli intervistati è favorevole a pagare direttamente alcuni servizi in cambio di una riduzione della pressione fiscale confidando nelle proprie capacità di utilizzare efficacemente una parte delle proprie risorse per acquisire forme di protezione integrativa.

3. Il 98% degli intervistati desidera che lo Stato conservi il monopolio dei servizi fondamentali: è un dato che non stupisce, perché gli italiani, così come gli altri popoli dell'Europa occidentale, riconoscono lo Stato innanzitutto come Stato sociale fondato sui principi fonda-

mentali di eguaglianza di trattamento dei cittadini e di equità del finanziamento.

Per comprendere la complessità delle questioni che il problema della sostenibilità del sistema sanitario sottende, è opportuno ricordarne le modalità di finanziamento: IRAP e addizionale regionale all'IRPEF (34,4%); compartecipazione regionale al gettito dell'Iva e accisa sulla benzina (48,4); ticket (2,7%); ulteriori integrazioni a carico dello Stato (6,4%); contributo delle regioni a statuto speciale (8,1%). Ciò significa che tutti i consumatori, sia pure in misura diversa, pagano il SSN, poiché consumano beni e servizi e pagano quindi l'imposta sui consumi (Iva). Il sistema sanitario poi opera un'invisibile – e straordinaria – redistribuzione di reddito nella società, che molti sottovalutano. Alcuni cittadini infatti pagano di più di quanto non ricevano come prestazioni assistenziali e altri ricevono senza aver pagato a sufficienza. Senza quella che è stata chiamata “solidarietà estorta” (Evans 1984) non vi sarebbe il servizio sanitario nazionale, che opera secondo due principi: quello della “lotteria della natura”, tipico di ogni sistema assicurativo, per cui i sani pagano per i malati, e quello “intenzionale” dei moderni stati sociali, per cui i “ricchi” pagano di più per consentire ai “poveri” l'accesso a servizi costosi.

Come si è ricordato in precedenza, oltre il 60% degli italiani è favorevole all'introduzione di vantaggi fiscali per alcuni strumenti assicurativi di tipo sanitario e alla possibilità di dedurre fiscalmente alcu-

ne spese per il *welfare*. Pertanto l'adozione di politiche fiscali che rispondano a tale orientamento sarebbero verosimilmente in grado di orientare le scelte dei consumatori nell'allocazione dei risparmi, come peraltro è già avvenuto con effetti virtuosi in altri settori (energetico, edilizio, ecc.).

Stante l'attuale pressione fiscale, non è immaginabile l'introduzione di nuove forme di tassazione che avrebbero certamente effetti depressivi sul quadro economico generale. È bene ricordare in proposito che la spesa sanitaria pubblica è passata dal 3,6% del Pil nel 1960 al 7,2% nel 2010 (113 miliardi spesi) con un incremento di 3,6 punti percentuali di Pil e di pressione fiscale. Dopo un biennio di leggero calo la spesa pubblica per la sanità è tornata a crescere con 112 miliardi nel 2014 (+0,9% rispetto al 2013). È auspicabile quindi l'introduzione della deducibilità fiscale di alcune spese sostenute per il *welfare* cui si è già fatto riferimento, che potrebbe favorire la riduzione degli oneri a carico delle famiglie e creare forme di assistenza a responsabilità diffusa. In ogni caso, ogni progetto di radicale *retrenchment*, sia esso manifesto o nascosto, si scontra con fenomeni di *path dependency* (le scelte già effettuate vincolano le decisioni attuali e future) e con la resistenza dei *policy-takers*.

In Italia comunque si spende in sanità decisamente meno rispetto ai Paesi europei più direttamente confrontabili con il nostro paese, mentre aumenta il divario tra la spesa per il servizio sanitario in Italia

e la spesa per i servizi sanitari nei principali paesi dell'area UE. Infatti, se osserviamo il valore della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, ovvero la quota di risorse che un Paese mette a disposizione della sanità rispetto all'intera ricchezza prodotta, la distanza dell'Italia con gli altri principali paesi europei è evidente: 7,1% dell'Italia rispetto al 7,6% del Regno Unito, all'8,7% della Germania e al 9% della Francia.

Quale sarà l'entità della spesa sanitaria pro capite nel prossimo futuro? Ipotizzando che il rapporto tra spesa e PIL rimanga costante, è possibile stimare la spesa pro capite al 2020 per l'effetto delle dinamiche attese di crescita del PIL e della numerosità della popolazione. In tal caso il divario tra l'Italia e gli altri paesi europei si allargherebbe ulteriormente a causa di una crescita del PIL più lenta che negli altri Paesi. La differenza con il Regno Unito aumenterebbe al 24%, quella con la Francia al 43% e quella con la Germania ad oltre il 60%. Questo effetto di ulteriore ampliamento del divario di spesa tra Italia ed altri Paesi potrebbe essere oltre tutto sottostimato. A tale riguardo, è opportuno considerare i dati Istat, che indicano un calo della spesa sanitaria al 6,9% del PIL nel 2014 e, soprattutto, il Documento di Economia e Finanza (a cura del MEF) del 10 aprile 2015, che descrive una crescita per la spesa sanitaria inferiore a quella del PIL, prefigurando un calo del rapporto spesa/PIL al 6,8% nel 2015 e al 6,5% nel 2019, con una riduzione del finanziamento di oltre 2,3 mi-

liardi di euro ogni anno rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute (The European House-Ambrosetti 2015, 10).

Nel concludere questa analisi, è opportuno sottolineare che un sistema sanitario costituisce una “macchina organizzativa” assai complessa la cui funzione è quella di rispondere a precisi stimoli: l’aumento o la decrescita della popolazione, il variare delle condizioni di salute in relazione con l’ambiente e gli stili di vita, il mutare dei volumi di prestazioni, le sollecitazioni a produrre o a vendere servizi, ecc. (Mapelli 2012, 267). In esso convivono credenze, illusioni, speranze, luoghi comuni, che però attualmente devono misurarsi con risorse decrescenti: la speranza di vita aumenta e molte malattie diventano guaribili con conseguente aumento della domanda di assistenza e di cura. Quando si decide quanto e come spendere per l’assistenza sanitaria, quando si stabilisce di effettuare tagli pesanti per ridurre la spesa pubblica, consapevolmente o inconsapevolmente si decide il futuro di milioni di individui, si traccia un solco invisibile che separa chi può restare ancora in vita da chi invece deve essere “accompagnato”, più o meno gradualmente, alla fine della propria esistenza.

Riferimenti bibliografici

- Cnel-Istat (2015), *III° Rapporto sul benessere equo e sostenibile*, Roma.
- European Commission (2010), *Patient safety and quality of healthcare*, Special Eurobarometer 327, Bruxelles.
- Evans, R.G. (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths.
- Ferrera, M., Fargion, V., Jessoula, M. (2012), *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale*, Venezia, Marsilio.
- Flora, P, Heidenheimer, A.J. [1981] (eds.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick (NJ), Transaction; trad. it. *Lo sviluppo del welfare State in Europa e in America*, Bologna, il Mulino, 1983.
- Forum Ania-Consumatori – Censis (2015), *Gli scenari del welfare. Verso uno stato sociale sostenibile*, Milano, FrancoAngeli.
- Gallup (2009), *In Oecd Countries, Universal Healthcare Gets High Marks*, www.gallup.com/poll/122393.
- Habermas, J. (1998), *Aus Katastrophen lernen?*, Frankfurt a/M., Suhrkamp; trad .it. *Imparare dalle catastrofi?* In Id. , *La costellazione postnazionale*, Milano, Feltrinelli, 1999.
- Hecló, H. (1981), *Toward a New Welfare State*, in Flora, P. e Heidenheimer, A.J. (1981; trad. it. 1983, pp. 465-469).
- Mapelli, V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, il Mulino.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2011), *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*, Roma.

Ranci, C., Pavolini, E. (2015), *Le politiche di welfare*, Bologna, il Mulino.

Roosma, F., Gelissen, J., e Van Oorschot, W. (2013), *The Multidimensionality of Welfare State Attitudes: A European Cross-National Study*, in «Social Indicators Research», 113, 1, pp. 235-255.

The European House-Ambrosetti (2015), *La sanità del futuro: Prevenzione, Innovazione e Valore. Rapporto Meridiano Sanità 2015*, Milano.

Toth, F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino.

Who (2000), *The World Health Report 2000. Health System: Improving Performance*, Genève.