



WELFARE,
ITALIA | LABORATORIO
PER LE **NUOVE**
POLITICHE **SOCIALI**

RAPPORTO 2020
THINK TANK "WELFARE, ITALIA"



RAPPORTO 2020

THINK TANK “WELFARE, ITALIA”

Novembre 2020

© 2020 Unipol Gruppo e The European House - Ambrosetti S.p.A. Tutti i diritti riservati. Nessuna parte del rapporto può essere in alcun modo riprodotta senza l'autorizzazione scritta di Unipol Gruppo e di The European House - Ambrosetti S.p.A.

I contenuti del presente Rapporto sono riferibili esclusivamente al lavoro di analisi e di ricerca e rappresentano l'opinione di Unipol Gruppo e The European House - Ambrosetti.

PREFAZIONI	5
CONTRIBUTI DEL COMITATO SCIENTIFICO	9
INTRODUZIONE	19
CAPITOLO 1 - L'emergenza sanitaria in corso e il sistema di welfare italiano nello scenario pre-COVID	23
1.1. La pandemia COVID-19 e i suoi impatti sulla salute: la fotografia internazionale ed italiana	24
1.2. Il sistema di <i>welfare</i> italiano nello scenario pre-COVID	30
1.3. Le componenti del sistema di <i>welfare</i>	36
1.4. Il ruolo del settore privato nel supportare la vocazione universalistica del <i>welfare</i> italiano: il <i>progress report</i> nello scenario pre-COVID	46
CAPITOLO 2 - Il sistema di welfare italiano alla luce dell'emergenza COVID-19	63
2.1. La pandemia COVID-19 e i suoi impatti socio-economici: la fotografia internazionale e italiana	64
2.2. La centralità del <i>welfare</i> nazionale come strumento di <i>mitigation</i> e coesione alla prova del COVID-19	72
2.3. Le misure adottate dall'Italia e dall'Europa per garantire la capacità di risposta del sistema di <i>welfare</i>	85
CAPITOLO 3 - Il modello evolutivo di welfare integrato e le sfide poste dall'aggiustamento del sistema post-COVID	96
3.1. La capacità di risposta del sistema di <i>welfare</i> regionale: il Welfare Italia Index	97
3.2. La visione evolutiva del sistema di <i>welfare</i> proposta dal Think Tank "Welfare, Italia"	105
3.3. Le disuguaglianze emergenti e le nuove sfide ai beneficiari di <i>welfare</i> nello scenario post-COVID	110
3.4. Nota Metodologica	114
CAPITOLO 4 - Le proposte d'azione per l'evoluzione del sistema di welfare italiano nello scenario post-COVID	119
4.1. Potenziare il sistema di <i>welfare</i> : generare ricadute di lungo termine	120
4.2. Le linee d'azione del Think Tank "Welfare, Italia" per il potenziamento del sistema di <i>welfare</i>	121
PRINCIPALI FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO	141
INDICE DELLE FIGURE	145

PREFAZIONI

Carlo Cimbri

Group CEO, Unipol Gruppo

"I problemi non possono essere risolti dallo stesso livello di conoscenza che li ha creati"

Albert Einstein

Dove eravamo rimasti prima che il mondo ci sorprendesse con un cambiamento epocale? Il Rapporto "Welfare Italia" 2019 aveva evidenziato la necessità per il nostro Paese e per l'Europa di un "Welfare New Deal", un progetto capace di accompagnare le grandi scelte di transizione economica e sociale di impatto sulla società, che facessero leva su una visione evolutiva del sistema di welfare, in un'ottica di maggiore integrazione pubblico-privato.

La diffusione del COVID-19 rappresenta ora uno shock capace di produrre impatti importanti sul sistema socio-economico e di moltiplicare l'urgenza di bisogni già presenti, come la necessità di assistenza sanitaria, il sostegno al reddito e la protezione della continuità lavorativa. In questo contesto del tutto nuovo, il ruolo del sistema di welfare è più centrale che mai, in quanto fondamentale strumento di protezione dagli impatti della pandemia a difesa dei cittadini.

Dunque, a distanza di un anno, e a cavallo di una crisi mondiale senza precedenti, non possiamo che confermare l'importanza di un "nuovo corso" del Welfare, rilanciando soprattutto la sua componente "attiva". I principi-guida restano l'inclusività, l'equità e l'accesso universale alle prestazioni, ma a questo punto è necessaria una visione evolutiva del welfare che, insieme a previdenza, sanità e politiche sociali, consideri la necessità di agire sulla formazione e sull'educazione come ulteriore dimensione del nostro sistema di Welfare, al fine di migliorare le condizioni socio-economiche e la qualità di vita dei cittadini. Questa componente attiva del welfare è soprattutto un fattore abilitante per la ripresa e la crescita economica in grado di permettere la piena inclusione di persone che rischierebbero l'esclusione dal sistema produttivo, dal mercato del lavoro e più in generale dal sistema di relazioni sociali.

Per raggiungere questo scopo è fondamentale premere l'acceleratore su alcuni cambiamenti: prima di tutto è centrale il ricorso alle nuove tecnologie, in primis al digitale. Servono reti, reti su cui far viaggiare dati, conoscenze, competenze, superando i gap attuali presenti nel Paese. Reti che facciano circolare informazioni utili a creare un sistema più efficiente, a partire da quello sanitario, così duramente messo alla prova dalla pandemia.

E' più che mai indispensabile un'allocazione efficiente delle risorse, per questo serve un modello diverso di integrazione tra pubblico e privato, che si basi sempre più sulla differenziazione dei ruoli (profit e no-profit), fondata sulla capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni, evitando duplicazioni delle

prestazioni e dei servizi offerti e realizzando finalmente tempestività, flessibilità e personalizzazione delle stesse.

Gli obiettivi sono chiari: una scuola meritocratica che prepari le future generazioni; un sistema sanitario efficiente e equo; una politica attiva del lavoro che gestisca anche i fenomeni migratori con una logica che altri Paesi, come la Germania, hanno espresso; una politica fiscale che premi chi più lavora, tagliando le tasse sulla parte variabile della retribuzione.

Quante possibilità abbiamo che tutto questo si realizzi? Dipenderà dalle scelte che si faranno molto presto nel nostro Paese e in un'Europa che, per la prima volta dopo tanti anni, sta dimostrando una capacità di reazione, mettendo a disposizione degli Stati membri non solo risorse ma anche linee-guida sulla base delle quali immaginare un cambiamento epocale.

In tutto questo il Gruppo Unipol ha affrontato l'emergenza derivante dal Covid-19, misurando sul campo le proposte elaborate "in laboratorio" dal nostro think tank "Welfare Italia" e sviluppandole in linea con quanto è accaduto. Nel rapporto prodotto quest'anno, con l'aiuto dell'Advisory Board, del Comitato Scientifico e dei principali stakeholder del settore, troverete un'analisi approfondita della realtà e alcune idee per il futuro che mettiamo a disposizione, come sempre, di leader politici, esponenti delle Istituzioni, della comunità finanziaria e del mondo no-profit.

Tre le direttrici lungo le quali sarebbe conveniente muoversi nel lungo termine:

- l'introduzione di nuove tecnologie digitali in ambito medico, con la possibilità di sviluppare una "presa in carico" globale del paziente (prima, durante e dopo la prestazione sanitarie) e il rilancio di una vera e propria collaborazione tra sanità pubblica e privata, in grado di creare sinergie e agire in maniera complementare, senza sovrapposizioni;
- una razionalizzazione degli strumenti di politica sociale, partendo dalla famiglia, superando l'attuale sistema a pioggia dei bonus e rivedendo alcune scelte del sistema pensionistico;
- una rivoluzione fiscale della tassazione sui rendimenti della previdenza integrativa, con la creazione di nuovi strumenti a favore dei più giovani che vogliono provvedervi anche prima di entrare nel mondo del lavoro.

Ripartire dai giovani, dalle loro speranze, dalle loro aspettative, ci sembra il modo migliore per guardare al nostro futuro.

Valerio De Molli

Managing Partner & CEO, The European House - Ambrosetti

Nel momento della pubblicazione di questo Rapporto, l'Italia si trova nuovamente immersa nella seconda ondata dell'emergenza COVID-19, che ha riportato l'attenzione sulla centralità dei sistemi di *welfare* come strumento di risposta ai bisogni di protezione da parte dei cittadini e a garanzia della tenuta sociale del Paese. Le tensioni e le proteste che, nelle ultime settimane di ottobre, si sono consumate in molte piazze, da Nord a Sud, non possono che acuire il senso di apprensione verso le tante fragilità, economiche e di coesione, che l'Italia ha accumulato nel tempo.

Il Rapporto 2019 del Think Tank "Welfare, Italia" aveva delineato per lo scorso anno un sistema di *welfare* già stretto in una doppia tenaglia che vede l'Italia come il Paese europeo con la maggiore quota di popolazione *over-65* (22,8%) e con uno dei più bassi tassi di natalità d'Europa (1,29 nascite per donna vs. 1,55 in Europa), davanti solo a Spagna (1,26) e Malta (1,23).

L'emergenza COVID-19 determina ulteriori tensioni per la sostenibilità del sistema di *welfare*, minando le condizioni per la crescita del Paese. Il prossimo futuro sarà infatti contrassegnato da impatti socio-economici senza precedenti per effetto di una crisi che, secondo il modello di The European House - Ambrosetti, indurrà un crollo del Prodotto Interno Lordo italiano per il 2020 pari al -10,8%, registrando il terzo anno peggiore nei 150 anni della storia d'Italia.

Gli impatti occupazionali sono già evidenti, con circa 800 mila posti di lavoro persi nel primo semestre del 2020 e una riduzione attesa fino a 1,5 milioni di lavoratori in meno a fine anno. Le conseguenze per la povertà sono altrettanto allarmanti: senza integrazioni da parte dello Stato, la pandemia potrebbe infatti triplicare il numero di famiglie italiane in povertà assoluta.

Nelle pagine di questo Rapporto, che giunge alla seconda edizione, attraverso un'analisi delle ricadute del COVID-19 su tutte le componenti del sistema di protezione sociale (sanità, politiche sociali e previdenza), emerge il fondamentale ruolo del sistema di *welfare* come strumento di mitigazione degli impatti socio-economici della crisi rispetto ai bisogni dei cittadini.

Per fare alcuni esempi concreti: 1) in soli due mesi sono state raddoppiate le terapie intensive, superando i 9 mila posti letto; 2) quando quasi 2,3 milioni di imprese sono state forzatamente chiuse nella fase del *lockdown* di marzo, coinvolgendo quasi il 34% dei lavoratori, gli strumenti di politica sociale hanno protetto le fasce più deboli; 3) il ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni è esploso e in soli otto mesi sono state autorizzate 2,1 miliardi di ore superando la media mensile dell'anno precedente di circa 12 volte.

Come Think Tank "Welfare, Italia" - piattaforma che ha l'ambizione di essere luogo di discussione, condivisione di idee e valorizzazione di buone pratiche - sentiamo la responsabilità di interrogarci circa la sostenibilità nel lungo periodo del nostro sistema di *welfare*. Per questo motivo, la nostra visione evolutiva rilancia l'importanza di un Welfare New Deal, ossia di una rimodulazione del bilancio dello Stato che permetta di affrontare le sfide sociali del presente senza compromettere la sostenibilità e gli equilibri intergenerazionali, abilitando un

modello di "welfare di precisione" attraverso misure puntuali rispetto ai bisogni evolutivi dei cittadini.

Prima di invitarvi alla lettura, ringrazio sentitamente il Comitato Scientifico alla guida dell'iniziativa, e che ho l'orgoglio di presiedere, nelle persone di Veronica De Romanis (Professore di Politica Economica Europea, Stanford University di Firenze e LUISS di Roma); Giuseppe Guzzetti (Avvocato e Filantropo; già Presidente, Fondazione Cariplo); Walter Ricciardi (Consigliere del Ministro della Salute; Head of "Mission Board for Cancer", Commissione Europea; coordinatore del Comitato Scientifico, Human Technopole; già Presidente, Istituto Superiore di Sanità); Stefano Scarpetta (Direttore Dipartimento di Employment, Labour and Social Affairs, OCSE).

Desidero inoltre esprimere la mia più sentita gratitudine ai Vertici di Unipol Gruppo, in particolare a Carlo Cimbri (Group CEO, Unipol Gruppo), Matteo Laterza (*Insurance Group General Manager*, Unipol Gruppo) e Stefano Genovese (Responsabile Relazioni Istituzionali, Unipol Gruppo), insieme a Mario Castagna, Elisabetta Pugliese, Daniela Cortellessa, i membri del Comitato Operativo di Unipol Gruppo e tutto il *team* che ha contribuito a questa importante iniziativa.

Infine, un ringraziamento al gruppo di lavoro The European House - Ambrosetti guidato da Lorenzo Tavazzi con Cetti Lauteta, Francesco Galletti, Giulia Tomaselli, Alessandro Steccanella, Emanuela Verger, Barbara Lo Cigno, Ines Lundra, Paola Gandolfo e Walter Adorni.

CONTRIBUTI DEL COMITATO SCIENTIFICO DELL'INIZIATIVA

Veronica De Romanis

Professore di Politica Economica Europea

Stanford University di Firenze e LUISS di Roma

Il coronavirus sta colpendo tutti i Paesi, nessuno escluso. Ma, non nello stesso modo. Perché se lo *shock* è comune, l'impatto è asimmetrico. Dipende dalle condizioni di salute - è il caso di dirlo - del sistema economico prima della crisi. Alcuni Stati hanno potuto reagire meglio, altri peggio. Tra questi, vi è l'Italia che si è trovata a contrastare la pandemia con una serie di fragilità che vengono da lontano: poca crescita, produttività stagnante, un mercato del lavoro che penalizza i giovani e le donne, un sistema di *welfare* inadeguato e un rapporto debito/PIL tra i più elevati della zona euro. Simili criticità avrebbero richiesto interventi strutturali e di ampio respiro. I governi che si sono succeduti nell'ultimo decennio hanno scelto, invece, soluzioni congiunturali, dal minor costo politico in termini di consenso. L'attuale crisi ha reso la situazione ancor più drammatica. Per questo, non vanno compiuti gli errori del passato. La seconda ondata è in corso. Deve essere gestita. Al contempo, però, deve essere delineato il Paese del dopo Covid-19. A sostegno delle economie dell'Unione, Bruxelles è scesa in campo con strumenti che solo pochi anni fa sarebbero stati inimmaginabili: la sospensione delle regole fiscali, l'acquisto della Banca centrale europea (Bce) di una parte significativa del debito pubblico degli Stati e la creazione di nuovi pacchetti di aiuti. Nello specifico, per la fase di emergenza sono stati messi a disposizione 540 miliardi di Euro da destinare alle imprese (attraverso la Banca europea degli investimenti), al mercato del lavoro (con il Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency - Sure) e alla sanità (attraverso il Meccanismo Europeo di Stabilità - Mes). Per la fase di ricostruzione, le risorse sono reperite tramite il Next Generation EU e ammontano a 750 miliardi di Euro: oltre la metà sono prestati a tassi pressoché nulli. Utilizzando

L'Italia può contare nel complesso su circa 300 miliardi di cui un terzo da spendere subito, il resto a partire dalla prossima primavera. Nel mese di ottobre, il governo ha chiesto 27 miliardi dal Sure (10 sono già arrivati). Il Mes, invece, non è stato attivato. Eppure, il sistema sanitario nazionale avrebbe un disperato bisogno di questi fondi. Per spenderli in maniera efficace sarebbe stato necessario predisporre un piano credibile sin dal marzo scorso. Questo piano non c'è ancora. Così come manca il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): diversi Paesi lo hanno già ultimato. Presentarlo rapidamente è fondamentale, specie dopo le recenti misure di contenimento del virus che hanno accresciuto l'incertezza. Nel PNRR, il Governo deve specificare in maniera dettagliata dove e come intende utilizzare i fondi europei. L'Europa ha definito, nelle linee guida recentemente pubblicate, gli ambiti di intervento comuni. In particolare, il 37% degli investimenti dovrà esser destinato alla transizione verde e il 20% a quella digitale. Gli interventi specifici per i singoli Paesi coincidono, invece, con le ultime

raccomandazioni inviate da Bruxelles ai governi nazionali. Per l'Italia i settori da riformare sono sempre gli stessi: la Pubblica Amministrazione, la giustizia, il fisco, le infrastrutture, il mercato del lavoro, la formazione e il sistema del *welfare*. Fino ad oggi, ben poco è stato fatto. Rimandare, tuttavia, non è più possibile. Soprattutto, nelle aree dell'economia nella quali gli effetti della crisi sono più drammatici. A cominciare dal mercato del lavoro. Con il coronavirus alcune mansioni spariranno, altre verranno create. Investire in formazione e in politiche attive dovrebbe essere una priorità. Sotto questo aspetto, i compiti da svolgere sono davvero molti. Andrebbero rivisti strumenti come quello dei navigator - rivelatosi inefficace - e rafforzati altri come quello prezioso dell'alternanza scuola-lavoro, il cui ruolo è stato fortemente ridimensionato dal governo Conte uno. Andrebbe, inoltre, predisposta una riforma organica dei Centri per l'impiego e dell'Agenzia nazionale per le politiche attive (Anpal). Il governo si è limitato a imporre e a prorogare il blocco dei licenziamenti. La riforma delle politiche attive sembra essere stata rinviata a quando ci sarà la ripresa. Eppure, intervenire sin da ora sarebbe necessario. I dati Istat relativi al terzo trimestre mostrano che gli inattivi sono calati di 521mila unità rispetto al trimestre precedente. Ciò significa, che le persone stanno tornando a cercare lavoro. E, pertanto, devono essere formate e prese in carico da centri per l'impiego efficienti. Altrimenti, torneranno nel limbo degli inattivi. Vi è poi il dato allarmante dei giovani che non lavorano, non studiano e non sono in percorsi di formazione, i cosiddetti NEET (*Not in Education, Employment or Training*). L'Italia è al primo posto con oltre due milioni di persone tra 15 e 29 anni, pari al 22% della popolazione in questa fascia di età. Un dramma su cui occorre intervenire.

Un secondo ambito da riformare è quello del *welfare*. L'attuale sistema non è in grado di provvedere ai bisogni di chi è maggiormente penalizzato da questa crisi ossia le famiglie e i giovani. Le due grandi misure implementate negli ultimi anni - il Reddito di Cittadinanza e Quota 100 - non hanno raggiunto gli obiettivi auspicati. Il Reddito di Cittadinanza ha ridotto la povertà ma non quella dei veri poveri. Il rapporto Inps 2020 segnala che solamente il 35% del totale dei nuclei beneficiari del sussidio (468.456 su un totale di 1.327.888) ha minori a carico. Per quanto riguarda Quota 100, le rilevazioni della Corte dei conti indicano che il tasso di sostituzione è stato pari a 0,45. Ciò significa che per ogni due persone andate in pensione si è liberato meno di un posto per un giovane. In sostanza, la tanto sperata staffetta generazionale non c'è stata. Questa misura è inadeguata non solo perché non ha avuto nessun impatto positivo sull'occupazione, ma anche perché interpreta una visione del mercato del lavoro statica dove i posti sono fissi e, di conseguenza, per far entrare un nuovo lavoratore bisogna necessariamente farne uscire un altro. Il mondo del lavoro, invece, è in continua evoluzione: si creano posti che prima non c'erano. Non va, inoltre, dimenticato, che in un Paese come l'Italia, caratterizzato da un tasso di occupazione tra i più bassi d'Europa (63,5% contro il 73,1% della media dell'area) c'è bisogno di più persone al lavoro e non di più persone in pensione. Dati alla mano, il governo ha dovuto prendere atto del fallimento di Quota 100. Ha, quindi, dichiarato che la misura non verrà rinnovata. Cancellarla non significa, però, eliminarne anche i costi. Quota 100 continuerà a pesare sui conti pubblici ancora lungo. La stima è di circa 60 miliardi nell'arco dei prossimi quindici anni.

Alla luce di questi elementi, il sistema di *welfare* va, pertanto, ridisegnato. Il peso delle risorse destinate alla previdenza deve essere ricalibrato in favore di quello per le politiche sociali e la sanità. Ciò richiede una pianificazione a lungo termine che includa non solo una ricomposizione della spesa pubblica ma anche una sua profonda revisione. Le misure sinora indicate richiedono ingenti finanziamenti. Le risorse sono prese a prestito e, ad eccezione dei sussidi europei, andranno ad aumentare il già altissimo *stock* di debito pubblico. Il rapporto debito/PIL è stimato raggiungere il 160% alla fine di quest'anno. L'aggravarsi della situazione potrebbe indurre il governo a rivedere questa stima al rialzo. Per ora il debito non sembra essere un problema complice l'azione della BCE e la sospensione delle regole fiscali europee. Ma non sarà così per sempre. Prima o poi, l'Istituto di Francoforte rivedrà il piano di acquisti e le regole fiscali verranno reintrodotte, magari in una forma diversa, semplificata. Predisporre un piano a lungo termine di rientro credibile del rapporto debito/Pil dovrebbe essere al centro dell'agenda di governo. Ciò rappresenterebbe non solo una dimostrazione di lungimiranza ma anche una forma di rispetto concreto nei confronti di questo debito dovrà sopportarlo e rifinanziarlo: i giovani di oggi, i più penalizzati dalla crisi.

Nell'edizione del Rapporto Think Tank "Welfare, Italia" 2019 era stato proposto un Bilancio di Welfare New Deal con l'obiettivo di destinare le risorse dove realmente servono. La pandemia ha reso questa proposta ancora più urgente. Ma è necessario fare un passo in avanti. Un buon programma non basta. È indispensabile creare una comunità delle reti – sociali, digitali, infrastrutturali, sanitarie, di ricerca – che crei migliori sinergie tra i vari attori (lo Stato, l'Europa e i privati). Un *welfare* efficiente ma anche efficace è il vero antidoto agli effetti negativi nella società e nell'economia del distanziamento fisico cui siamo purtroppo ancora oggi costretti.

Giuseppe Guzzetti

Avvocato e filantropo

Già Presidente, Fondazione Cariplo

La crisi COVID-19, con le sue ricadute economiche e sociali, si innesta in un contesto in cui il nostro Paese – come l'intero Occidente – sta vivendo già da tempo profonde trasformazioni sociali ed economiche. Il nostro tasso di natalità è in declino, la precarietà del lavoro in aumento e strutture un tempo al centro della nostra società, quale un modello di tutela basato principalmente sulla famiglia, si stanno velocemente modificando. Il nostro tessuto economico è a sua volta in continuo mutamento e ai tradizionali bisogni della società se ne affiancano di nuovi. Allo stesso tempo, vi sono sempre maggiori preoccupazioni dal punto di vista della sostenibilità finanziaria pubblica.

In questo contesto, l'equilibrio di ogni Paese si poggia su tre pilastri principali: lo Stato (la componente pubblica indirizzata ad assicurare giustizia, sicurezza e protezione sociale), il mondo del privato (costituito da aziende che lavorano per generare e ridistribuire utili) e il Terzo Settore (costituito da coloro che, senza nessun interesse personale ed economico, si mettono a disposizione della comunità). In questo equilibrio, il Terzo Settore ha un ruolo cruciale, nonostante sia spesso sottovalutato e sotto-finanziato: una sua potenziale crisi, infatti, può mettere a repentaglio anche l'intera tenuta sociale e democratica di un Paese.

Tali conclusioni non possono che essere sempre più attuali durante la crisi COVID-19, caratterizzata da un'intensificazione senza precedenti dei disagi sociali e dei bisogni di protezione della popolazione. Lo Stato ha reagito alla pandemia con misure inedite ma – nonostante gli aiuti provenienti dall'Unione Europea – è sempre più evidente che per i decenni avvenire gli interventi pubblici saranno sempre più limitati da un debito pubblico fuori controllo. A sostegno del pilastro pubblico – che deve focalizzarsi particolarmente sugli interventi a contrasto delle disuguaglianze e della povertà, soprattutto infantile – è perciò necessario che si affianchino con forza la componente privata e il Terzo Settore. In questo contesto, però, il mondo del *no-profit* registra a sua volta forti difficoltà a causa di un crollo delle risorse a disposizione. Durante la crisi COVID-19, se le donazioni nella sanità sono aumentate del 30%, le altre realtà del Terzo Settore hanno registrato una riduzione delle donazioni che ha determinato la chiusura del 10% delle Associazioni.

Alla luce di tutto ciò, è sempre più importante mettere a sistema tutti gli attori della società al fine di sviluppare un vero e proprio *welfare* di comunità, inteso come meccanismo di collaborazione tra soggetti territoriali appartenenti al settore pubblico, privato e *no-profit* per affrontare le sfide sociali delle proprie comunità. Solo in questo modo è possibile fronteggiare i pressanti bisogni sociali del nostro Paese, rafforzandone così la coesione, la tenuta sociale, ma anche le *performance* economiche: una società che non lascia indietro gli ultimi, infatti, non può che beneficiare anche di una loro maggiore partecipazione allo sviluppo del Paese.

Il capitolo 2 di questo Rapporto traccia lo stato di sviluppo del nostro *welfare state* e gli impatti dell'attuale crisi pandemica. Tali evidenze non possono che portare ad affermare come, oggi più che mai, vi sia la necessità di agire con tempestività e mettere a disposizione delle nostre comunità le competenze e le risorse di tutti gli attori della società, in un'azione coordinata volta a proteggere le fasce più deboli della popolazione e rilanciare la crescita dell'Italia.

Walter Ricciardi

Presidente “*Mission Board for Cancer*”, Commissione Europea e World Federation of Public Health Associations

Coordinatore Comitato Scientifico, Human Technopole

Già Presidente, Istituto Superiore di Sanità

A dirlo oggi sembra esagerato ed anche un po' incredibile, ma la pandemia che quest'anno ha colpito l'umanità era uno degli eventi più prevedibili della storia.

Da sempre i germi competono con l'uomo e per quasi duemila anni hanno spesso messo a dura prova la capacità di sopravvivenza del nostro genere.

Nel corso dei secoli scorsi le epidemie - l'aumento cioè di casi di una malattia in uno specifico territorio geografico - sono state frequentissime, ma le pandemie sono state eventi rari, ricordati nei libri di storia per la loro eccezionalità e per l'enorme carico di malattia e di morte che hanno determinato su un'umanità priva di difese che non fossero quelle immunitarie individuali.

Nel secolo attuale ne abbiamo invece già viste alcune e, se la nostra miopia non verrà curata, ne vedremo altre, forse anche più gravi di quella attuale da coronavirus. Le principali azioni da fare erano teoricamente semplici: limitare i rischi del salto di specie e prepararsi ad un'azione rapida e coordinata nel momento del pericolo. Entrambe sono state ignorate.

L'analogia con il futuro del *welfare* in Italia e nel mondo è analogamente inquietante. Il sistema di *welfare* italiano e, in particolare, il SSN erano già a rischio prima della pandemia, anche se molti sembravano far finta di niente.

Adesso viviamo la crisi più grave dalla Seconda Guerra Mondiale ad oggi e, in ogni crisi, i *leader* hanno due responsabilità ugualmente importanti: risolvere il problema immediato e impedire che si ripeta. Dobbiamo salvare vite umane ora migliorando al contempo il modo in cui rispondiamo alle sfide demografiche ed epidemiologiche in generale. Il primo punto è più urgente, ma il secondo ha conseguenze cruciali a lungo termine.

Se non si interviene presto e bene questa può diventare una vera e propria *débâcle* civile e sociale. Per questo è importante che tutti i protagonisti (i cittadini, i professionisti, i *manager* e i decisori politici) siano innanzitutto consapevoli dei rischi che corriamo e decidano di impegnarsi responsabilmente per evitare il caos e declino, purtroppo già iniziato.

Questo secondo Rapporto, frutto del mirabile lavoro di una squadra competente e motivata di professionisti di The European House - Ambrosetti e Unipol Gruppo, supportata da un *Advisory Board* di grande livello, riprende le analisi formulate l'anno scorso (aggiornandole e presentandole in modo comprensibile anche ai non addetti ai lavori) e si pone l'obiettivo di far comprendere quali sono i punti di forza e quali invece le criticità mai risolte del sistema italiano, quali sono le sfide del presente e quelle del futuro, nella speranza che non rimangano solo spunti di riflessione, ma anche suggerimenti per un'azione incisiva, efficace e, soprattutto, rapida.

Buona lettura.

Stefano Scarpetta

Direttore del Dipartimento per l'Occupazione, il Lavoro e le Politiche Sociali,
OCSE

Ci sono voluti dieci anni per recuperare i tassi occupazione precedenti la crisi finanziaria globale del 2008. Ma ci sono voluti solo pochi mesi alla pandemia del COVID-19 per cancellare questi risultati. All'inizio del 2020, il tasso di occupazione nei paesi OCSE aveva raggiunto il livello record del 68,9%, 2,6 punti percentuali in più rispetto al precedente record appena prima della crisi finanziaria globale del 2008. Poi è arrivata pandemia. In pochi mesi il COVID-19 si è diffuso in tutto il mondo innescando la peggiore emergenza sanitaria pubblica dell'ultimo secolo e scatenando una crisi economica senza precedenti dalla Grande Depressione degli anni '30. Ad oggi, più di 50 milioni di persone sono state contagiate dal virus, più un milione e duecentocinquanta mila persone sono decedute a causa del virus e migliaia di miliardi di dollari sono stati pompati nell'economia mondiale per proteggere vite e mezzi di sussistenza. Purtroppo molti paesi, tra cui l'Italia, non sono riusciti nella loro *exit strategy*: riaprire l'economia mantenendo la diffusione del virus sotto controllo. Con la riapertura dell'attività economica e sociale la diffusione del virus, prima sommessamente poi ben più aggressivamente alla fine dell'estate, è ripartita e molti paesi hanno dovuto reintrodurre varie misure di contenimento.

Il virus non rispetta confini o gruppi socioeconomici, ma la sua diffusione ha avuto effetti sproporzionati tra i più vulnerabili, sia direttamente a causa della maggiore difficoltà a proteggersi dal contagio vista la loro attività professionale o condizioni abitative più difficili, sia indirettamente tramite l'impatto sui posti di lavoro. I lavoratori a basso reddito, in particolare, hanno subito la crisi duramente. Durante la prima ondata, i lavoratori a reddito alto (quarto quartile della distribuzione del reddito) hanno avuto il 50% di probabilità in più di lavorare da casa attraverso il telelavoro rispetto ai lavoratori a reddito medio basso (primo quartile); questi ultimi sono più spesso impiegati nei servizi cosiddetti essenziali con il rischio di esporsi al virus durante il lavoro. Allo stesso tempo, i lavoratori a basso reddito avevano il doppio delle probabilità di dover smettere completamente di lavorare rispetto ai lavoratori con reddito più alto. I lavoratori con lavori atipici - lavoratori autonomi e con contratti a tempo determinato o part-time - sono stati particolarmente esposti alla perdita del posto di lavoro. In contrasto con la crisi finanziaria globale, le donne sono state colpite più duramente degli uomini. Sono in prima linea nella lotta al virus - 2/3 del personale sanitario è donna, sono fortemente concentrate nei settori più colpiti, spesso con contratti precari, mentre a casa molte madri hanno dovuto conciliare telelavoro con l'apprendimento a distanza dei figli. La "generazione Corona", i giovani che avendo terminato gli studi si apprestano ad entrare nel mercato del lavoro, è stata anch'essa fortemente colpita viste le scarse opportunità di lavoro o anche la semplice possibilità di un *internship*.

La risposta dei governi, tra cui quello italiano, è stata anch'essa senza precedenti per rapidità e risorse ingaggiate. A parte le essenziali misure sanitarie per affrontare un virus di cui ancora oggi non si conoscono bene le caratteristiche

epidemiologiche, le misure di contenimento hanno permesso di “appiattire la curva” dei contagi, anche se con costi economici enormi. A giugno, nelle sue previsioni di breve periodo, l’OCSE aveva delineato due scenari ugualmente probabili: uno in cui l’epidemia sarebbe rimasta sotto controllo anche nella fase di riapertura dell’economia seppure graduale, ed una in cui una seconda ondata di contagio rapido sarebbe emersa in autunno. Purtroppo in molti paesi il secondo scenario si è materializzato anche se il forte rimbalzo del terzo trimestre ha in parte ridotto l’impatto sull’anno della pandemia. Nel *double hit* scenario, le previsioni dell’OCSE indicano che anche alla fine del 2021 l’occupazione media nei paesi OCSE sarà del 5% inferiore al periodo pre-crisi con una quota significativa di disoccupati di lungo periodo.

Nel breve periodo, anche tenendo conto delle nuove misure di confinamento introdotte per arginare la seconda ondata, il sostegno continuo ai settori più colpiti resta fondamentale, anche per limitare l’impatto economico e sociale sui loro lavoratori già colpiti duramente dalla prima ondata. È però fondamentale incentivare l’attività economica ove possibile garantendo la sicurezza dei lavoratori con un sostegno particolare alle piccole e medie imprese. Se con la riapertura dell’attività economica le misure di protezione dell’occupazione come la Cassa Integrazione Guadagni avrebbero dovuto essere differenziate per concentrarsi su quei settori ancora fortemente colpiti incentivando al contempo la ripresa dell’attività dei lavoratori negli altri, con le nuove misure di contenimento questa differenziazione dovrà probabilmente essere posticipata. Il telelavoro rimane, per molti, un modo efficace per lavorare limitando al contempo i rischi di contrarre il virus. I dati mostrano un utilizzo esteso e non prevedibile di questa modalità di lavoro. In media nei paesi OCSE, circa un terzo dei lavori può essere svolto da casa in condizioni normali. Migliorare l’uso del telelavoro richiede non solo di facilitare gli accordi datore di lavoro-dipendente, ma anche di investire per fare in modo che tutti i lavoratori abbiano gli strumenti per lavorare da casa in buone condizioni (computer o tablet, connessione a banda larga, spazio per lavorare ecc.).

In un mercato del lavoro profondamente colpito dalle due ondate della pandemia, è anche importante assicurarsi che i sussidi di disoccupazione possano continuare a svolgere il loro ruolo di sostegno ed evitare che molti lavoratori e le loro famiglie siano esposte al rischio di povertà. Anche le misure emergenziali di sostegno ai lavoratori autonomi dovrebbero essere analizzate con cautela, al fine di migliorare il *targeting*, ripristinare gli incentivi e garantire l’equità. Senza dubbio in tutti i paesi gli uffici del lavoro dovranno affrontare una sfida ardua, quella di offrire un sostegno ai tanti disoccupati in un mercato del lavoro anemico. In Italia, dove le risorse destinate alle politiche attive del lavoro sono scarse, ma anche dove l’efficacia degli uffici del lavoro nell’assicurare il *matching* tra domanda e offerta è limitata, maggiori risorse sono essenziali oltre che una migliore gestione dell’informazione attraverso una banca dati unificata su offerte e domande di lavoro ed un miglior coordinamento tra i centri. È assolutamente necessario anche incentivare la formazione per i disoccupati anche attraverso una collaborazione con le imprese – soprattutto quelle che utilizzano la Cassa Integrazione – per coinvolgere i lavoratori a rischio di disoccupazione o di dover

adeguare le loro competenze a seguito dei cambiamenti strutturali nelle imprese in cui lavorano.

La crisi del COVID-19 ha sottolineato con forza la necessità di un mercato del lavoro più resiliente e inclusivo. Le enormi risorse che saranno messe in campo nei piani di rilancio possono permettere di affrontare i problemi strutturali che la crisi ha ulteriormente enfatizzato. Uno degli elementi principali è la riforma dei sistemi di protezione sociale. In molti paesi, tra cui l'Italia, la funzione assicurativa della protezione sociale funziona relativamente bene per i lavoratori dipendenti con contratti stabili. Ma per gli altri lavoratori dipendenti, anche se i diritti sono gli stessi, le condizioni di accesso sono spesso più difficili, ad esempio per i lavoratori part-time o con storie lavorative instabili o brevi. Allo stesso tempo, la funzione di assistenza dei sistemi di protezione sociale (come il reddito di cittadinanza) - fornendo prestazioni di reddito minimo di ultima istanza per chi ha poche risorse - sono stati mesi a dura prova. Con la crisi si sono messe in campo misure emergenziali per tamponare le falle. La sfida ora è costruire su queste iniziative, e trasformare queste misure temporanee in riforme strutturali.

Ricostruire un mercato del lavoro migliore e più resiliente è un investimento per il futuro e deve tener in conto le generazioni future. La 'classe Corona' rischia di subire pesantemente la crisi. All'indomani della crisi finanziaria globale, i governi sono intervenuti tardi per affrontare le difficoltà del mercato del lavoro dei giovani; e molti di loro anche dopo dieci anni non hanno pienamente recuperato. Nei piani di rilancio occorre dare uno spazio significativo a misure adeguate a offrire a tutti i giovani in difficoltà un sostegno. Occorre rispolverare la Garanzia Giovani con risorse, ma anche misure adeguate alle varie difficoltà che i giovani stanno e dovranno affrontare nei mesi e anni a venire. Anche in questo caso, è importante coinvolgere tutti gli attori: le aziende, ad esempio, dovrebbero essere incoraggiate attraverso finanziamenti specifici a fornire opportunità di esperienze lavorative assumendo neolaureati o offrendo apprendistati, stage o formazione lavorativa.

Il Rapporto del Think Tank "Welfare, Italia" affronta questi temi in maniera approfondita e offre molteplici spunti per riforme nel nostro Paese anche nel contesto dei piani di rilancio che il nostro governo si appresta a definire e poi mettere in opera.

INTRODUZIONE

L'attuale fase storica è attraversata da grandi trasformazioni sociali, economiche e culturali, ulteriormente acuite dall'emergenza COVID-19 che dall'inizio del 2020 ha determinato uno sconvolgimento negli assetti globali con ricadute socio economiche senza precedenti a livello mondiale. Il sistema di *welfare*, in quanto risultante dall'interazione tra contesto socioeconomico ed esigenze di protezione dei cittadini, è una componente chiave all'interno di questo contesto evolutivo.

Per rispondere concretamente alle esigenze di questo nuovo scenario, il progetto "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali", nato nel 2010 dal Gruppo Unipol e evoluto nel 2019 nel **Think Tank "Welfare, Italia"** grazie alla *partnership* con The European House - Ambrosetti, prosegue il proprio percorso di lavoro. L'ambizione è quella di **essere una piattaforma permanente** di discussione, di condivisione di idee e di valorizzazione di buone pratiche di carattere pubblico, privato, *no profit*, al fine di garantire una evoluzione sostenibile del sistema di *welfare* del Paese. L'iniziativa **Think Tank "Welfare, Italia"** è stata pertanto concepita con la specifica missione di fornire un contributo concreto alla definizione di una **visione del welfare** come sistema di strumenti, servizi e interventi finalizzati ad offrire ai cittadini le migliori e le più moderne **risposte universalistiche di protezione sociale**, abilitando le condizioni per la piena **autorealizzazione** e un modello di "**welfare di precisione**" con *policy* targettizzate ai bisogni evolutivi dei cittadini. I lavori dell'iniziativa Think Tank "Welfare, Italia" si sono articolati in una serie di attività tra loro collegate secondo una metodologia multi-livello che ha integrato momenti di ascolto, confronto e sensibilizzazione, analisi e proposizione, pervenendo ad aggregare le diverse componenti del sistema di *welfare* pubblico e privato.

Nella sua seconda edizione, il lavoro ha previsto:

- la conferma di un **Advisory Board** per elaborare linee strategiche ed operative funzionali a garantire un ridisegno equilibrato del sistema di *welfare* del Paese, secondo modelli inclusivi e sostenibili;
- la realizzazione di **incontri riservati di approfondimento** con attori rilevanti (*business community*, associazioni, rappresentanze, sistema della ricerca e *opinion leader*), al fine di ottenere **elementi e insight** funzionali al perfezionamento delle attività di analisi e ricerca e raccogliere qualificati punti di vista sullo **stato dell'arte e sulle opportunità future** del *welfare*;
- lo sviluppo di uno **scenario strategico** di riferimento, per l'individuazione delle esigenze strutturali del sistema del *welfare* del Paese, anche alla luce dell'emergenza Covid-19, che **rappresenti uno "strumento di lavoro"** per l'indirizzo delle decisioni strategiche e le *policy* nazionali;
- l'approfondimento di **casi studio e benchmark internazionali** identificando e analizzando alcune esperienze legate a modelli, strumenti e soluzioni sperimentate in altri Paesi europei ed *extra-europei*;
- l'ingaggio della **Community** del Think Tank "Welfare, Italia" composta da circa **800 membri**, tra istituzioni nazionali ed europee (Ministeri,

rappresentanti italiani al Parlamento europeo, ecc.), esperti e opinion leader di riferimento per il sistema di welfare (professori, ricercatori, ecc.), membri della business community, rappresentanti dei Fondi (Fondi Sanitari Integrativi, Fondi Pensione e Casse Professionali), associazioni di riferimento (sindacali e datoriali,)oltre che dipendenti e agenti di Unipol Gruppo;

- la realizzazione di un **percorso di webinar** su temi prioritari per il sistema di welfare seguito da una **newsletter periodica** dedicata alla Community del Think Tank "Welfare, Italia";
- lo sviluppo di uno **scenario strategico** di riferimento, per l'individuazione delle esigenze strutturali del sistema del welfare del Paese, riassunto in un **Rapporto**¹ che rappresenti uno "strumento di lavoro" per l'indirizzo delle decisioni strategiche e le policy nazionali;
- l'organizzazione di un **Forum digitale di visibilità e respiro internazionale**, per presentare i risultati e le proposte del lavoro, coinvolgendo la leadership politica ed imprenditoriale nazionale, oltre ad attori esteri rilevanti.

Il progetto è di Unipol Gruppo, in *partnership* con The European House - Ambrosetti. L'iniziativa ha confermato la composizione dell'*Advisory Board* che ha guidato la messa a punto dei contenuti.

L'**Advisory Board** è composto da:

- **Carlo Cimbri** (Group CEO, Unipol Gruppo)
- **Valerio De Molli** (*Managing Partner & CEO*, The European House - Ambrosetti)
- **Veronica De Romanis** (Professore di Politica Economica Europea, Stanford University di Firenze e LUISS di Roma)
- **Giuseppe Guzzetti** (Avvocato e filantropo; già Presidente, Fondazione Cariplo)
- **Walter Ricciardi** (Consigliere del ministro della Salute per i rapporti con le Istituzioni sanitarie internazionali per l'emergenza Covid-19; Head, Mission Board for Cancer, Commissione Europea; Coordinatore del Comitato Scientifico, Human Technopole; già Presidente, Istituto Superiore di Sanità)
- **Stefano Scarpetta** (Direttore Dipartimento di Employment, Labour and Social Affairs, OCSE)
- **Lorenzo Tavazzi** (*Partner e Responsabile della Practice Scenari e Intelligence*, The European House - Ambrosetti)

I lavori dell'iniziativa sono stati supportati da un **Comitato Operativo** di indirizzo, composto da:

- Alberto Boidi (Direttore Vita e Soluzioni Welfare Integrate UnipolSai Assicurazioni)

¹ I dati contenuti nel presente Rapporto sono aggiornati alla fine di ottobre 2020.

- Angelo Galetti (Direttore *Welfare e Vita* UnipolSai Assicurazioni)
- Stefano Genovese (Responsabile Relazioni Istituzionali Unipol, Responsabile progetto “Welfare, Italia”)
- Giovanna Gigliotti (Amministratore Delegato UniSalute)
- Matteo Laterza (Insurance Group General Manager Unipol)
- Enrico San Pietro (*Insurance Business Co-General Manager* Unipol)
- Gian Luca Santi (*Business Development and Corporate Communication Co-General Manager* Unipol)

Il progetto è curato operativamente dal **Gruppo di Lavoro**, composto da:

The European House – Ambrosetti

- Cetti Lauteta (*Professional, Area Scenari e Intelligence – Project Coordinator*)
- Francesco Galletti (*Consultant, Area Scenari e Intelligence*)
- Alessandro Steccanella (*Consultant, Area Scenari e Intelligence*)
- Giulia Tomaselli (*Consultant, Area Scenari e Intelligence*)
- Emanuela Verger (*Senior Consultant, Area Eventi*)
- Ines Lundra (*Secretary Leader*)
- Paola Gandolfo (*Secretary Leader*)
- Barbara Lo Cigno (*Secretary Leader*)
- Walter Adorni (Responsabile IT)

Unipol Gruppo

- Mario Castagna (Relazioni Istituzionali UnipolSai Assicurazioni)
- Daniela Cortellessa (Relazioni Istituzionali UnipolSai Assicurazioni)
- Elisabetta Pugliese (Relazioni Istituzionali UnipolSai Assicurazioni)

Tra le attività svolte, il progetto si è avvalso di un costruttivo scambio di opinioni e di punti di vista con alcuni *business leader*, rappresentanti delle Istituzioni e stakeholder di riferimento. Si ringraziano tutte le personalità coinvolte per i contributi e i suggerimenti offerti².

² I contenuti del presente Studio Strategico sono riferibili esclusivamente al lavoro di analisi e di ricerca di The European House – Ambrosetti e possono non coincidere con le opinioni e i punti di vista delle persone intervistate e coinvolte nell’iniziativa.

1

L'EMERGENZA SANITARIA IN CORSO E IL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO NELLO SCENARIO PRE-COVID

Il primo capitolo del Rapporto 2020 del Think Tank “Welfare, Italia” presenta un’analisi dell’evoluzione della pandemia COVID-19 e ne evidenzia gli impatti per il *welfare state*, strumento a disposizione dei diversi Paesi a tutela della propria popolazione dagli impatti della pandemia.

Nella prima sezione si presenta quindi un’analisi dell’**evoluzione della diffusione del virus e della risposta dei Governi**, in Italia e nel mondo.

Nella seconda sezione si definisce il contesto in cui il sistema di *welfare* italiano si è sviluppato: vengono sottolineate le **caratteristiche socio-economiche** del nostro Paese, particolarità in risposta alle quali il *welfare* italiano si è sviluppato, e alcune criticità rispetto alla sostenibilità economica dell’intero sistema.

A seguire, la terza sezione si analizzano in dettaglio le **componenti del *welfare state* italiano** nello scenario pre-COVID e, riprendendo la struttura delineata nell’edizione 2019 del Rapporto, si fornisce un aggiornamento e un ampliamento dell’analisi dei dati disponibili. L’ultima sezione (1.4) è dedicata al sostegno del settore privato al sistema di *welfare*.

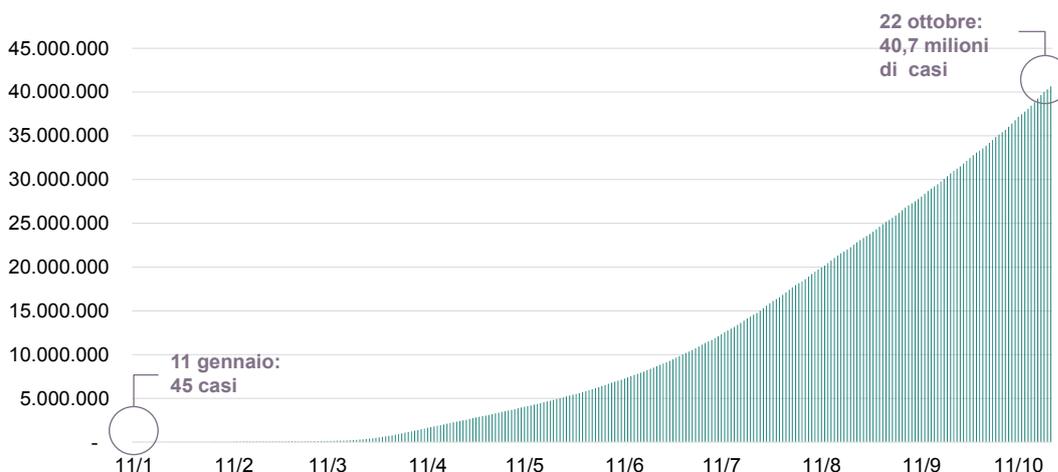
LA PANDEMIA COVID-19 E I SUOI IMPATTI SULLA SALUTE: LA FOTOGRAFIA INTERNAZIONALE ED ITALIANA

A dicembre 2019 le autorità cinesi segnalano all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la diffusione all'interno del comune di Wuhan di un virus appartenente alla famiglia dei coronavirus e denominato SARS-CoV-2.

Mentre a gennaio 2020 la Cina introduce il *lockdown* nelle aree più esposte al contagio (Wuhan e altre città della Regione di Hubei), il resto del mondo rimane largamente un osservatore passivo. Da fine febbraio, però, la pandemia si diffonde velocemente nel continente europeo e l'Italia, a partire dal primo caso riscontrato a Codogno, in Lombardia, è il primo Paese a dover sperimentare gli effetti di questa **grave crisi sanitaria**. Grazie alla crescente introduzione di **misure di lockdown**, l'Europa riesce gradualmente a contenere la diffusione del virus, la situazione migliora costantemente durante il periodo estivo mentre l'**epicentro si sposta progressivamente** in America, dove Stati Uniti e Brasile sono i Paesi più colpiti. Con l'arrivo dell'**autunno la situazione torna però a peggiorare** e, anche nel continente europeo, si è diffusa la potenziale necessità di introdurre nuove forme di *lockdown*.

Figura 1.1. Evoluzione casi a livello globale, 11 gennaio - 22 ottobre 2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.



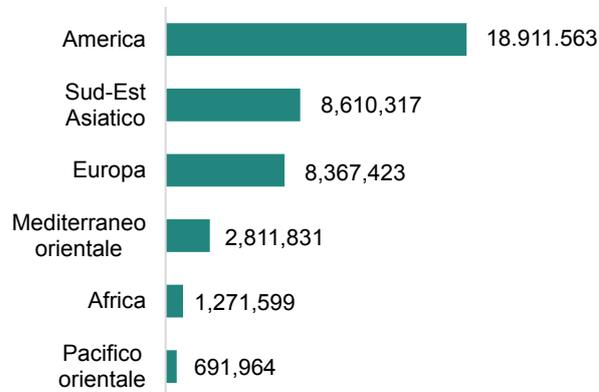
Nella seconda metà di ottobre³ ci sono oltre 40,7 milioni di casi confermati di COVID-19 in tutto il mondo, di cui 18,9 milioni in America, 8,6 milioni nel Sud-Est Asiatico, quasi 8,4 milioni in Europa, 2,8 milioni nel Mediterraneo Orientale, circa 1,3 milioni in Africa e oltre 690 mila nelle regioni del Pacifico Orientale. Gli Stati Uniti rimangono nella seconda metà di ottobre il primo Paese con più contagiati al mondo (oltre 8,1 milioni), seguiti da India (7,6 milioni) e Brasile (5,2 milioni). L'Italia, con più

³ I dati si riferiscono al 22/10/2020.

di 434 mila casi totali, è uscita da tempo dalla classifica dei 15 Paesi più colpiti al mondo, ma rimane sesta per numero di decessi totali legati al COVID-19 (oltre 36mila), dopo Regno Unito (circa 44mila), Messico (più di 86mila), India (quasi 116mila), Brasile (oltre 154mila) e Stati Uniti (quasi 219mila). A livello globale i decessi superano gli 1,1 milioni.

Figura 1.2. Casi confermati per regione (valori assoluti) al 22/10/2020.

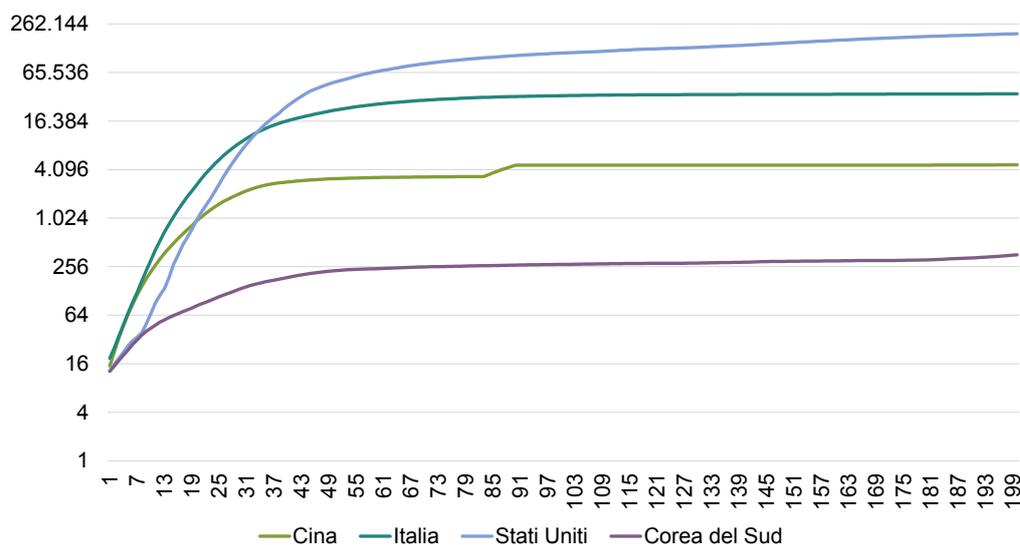
Fonte: elarazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020



Lo studio dell'evoluzione della pandemia lungo il 2020 e il calcolo della media mobile a 7 giorni del numero di decessi, permette di individuare quattro modelli relativi alla gestione del virus su scala globale. Il **modello cinese**, che ha visto un rapido rientro dell'emergenza con una capacità sorprendente di governare la diffusione del virus. Il **modello europeo continentale**, che comprende l'Italia, caratterizzato da una ripida progressione iniziale dei decessi e un successivo appiattimento della curva, con un rientro dell'emergenza più lento rispetto al caso cinese. Un **terzo modello, in cui rientrano Paesi come Stati Uniti, Brasile e Regno Unito**, dove la gestione dell'emergenza è stata più incerta: la sottostima iniziale della forza del virus ha generato e favorito la predisposizione di misure meno restrittive, al fine di non compromettere eccessivamente le attività economiche. Infine, un ultimo modello che riunisce diversi Paesi nel mondo, tra cui la **Corea del Sud e Singapore**, che hanno applicato con rigore le prescrizioni medico-scientifiche sfruttando anche soluzioni tecnologiche avanzate (es. *app* di tracciamento) e che hanno saputo governare con maggiore efficacia l'emergenza.

Figura 1.3. Media mobile a sette giorni del numero cumulato di decessi dei 200 giorni successivi ai primi 3 decessi (valore assoluto)

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.



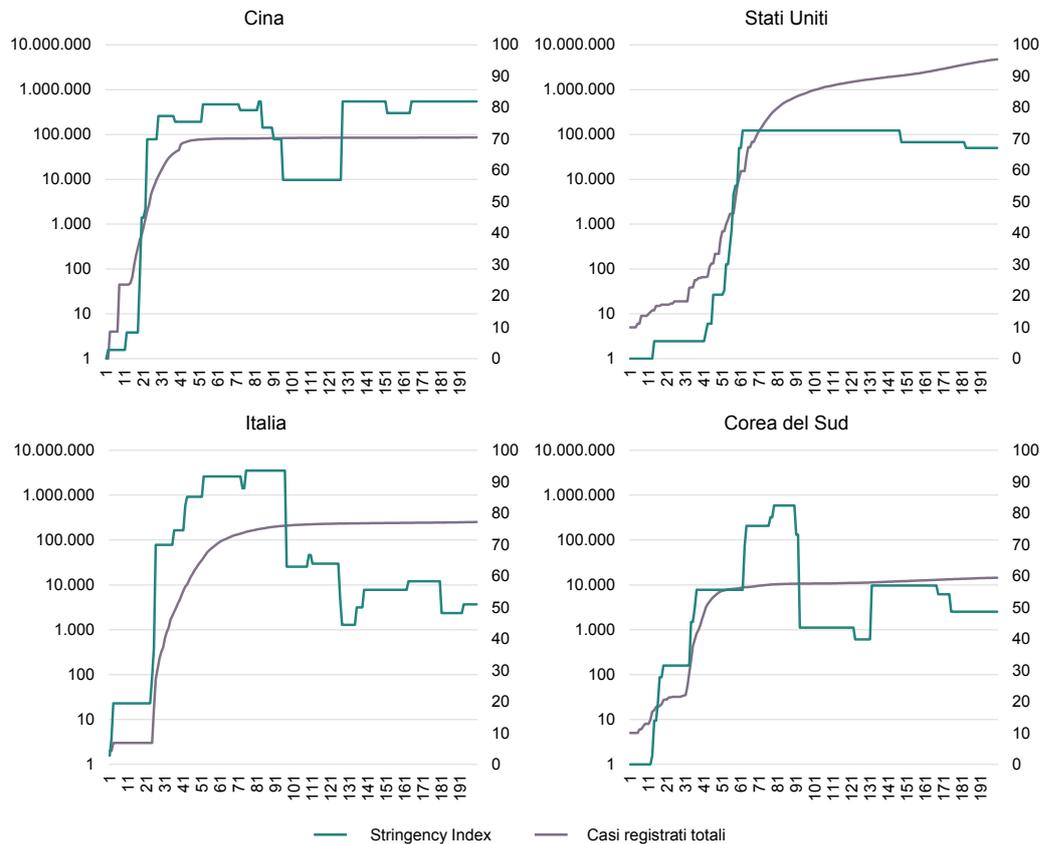
La precedente figura riporta le curve di evoluzione dei decessi da COVID-19 in Cina, Italia, Stati Uniti e Corea del Sud nei primi 200 giorni successivi al momento in cui sono stati raggiunti i primi 3 decessi, per rappresentare la diversa efficacia degli approcci al contenimento della pandemia. Si notano quindi l'efficacia coreana nel contenere la curva, ma anche il trend senz'altro rallentato ma non ancora completamente sotto controllo degli Stati Uniti.

Nella prima fase emergenziale della pandemia le misure di contenimento hanno avuto un ruolo centrale nel limitare la diffusione incontrollata del virus e la tempestività delle azioni dei Governi si è dimostrata altrettanto fondamentale. Rispetto le **misure di contenimento**, la Blavatnik School of Government dell'Università di Oxford ha elaborato un indice che misura a livello giornaliero del grado di intensità delle misure restrittive introdotte dai diversi Governi lungo l'evoluzione della pandemia. Grazie all'associazione di tale strumento -denominato **Stringency index**⁴ - e la curva dei contagi totali nei diversi Paesi è possibile verificare l'efficacia e la tempestività delle diverse misure di "contenimento e chiusura" implementate dai diversi Governi.

⁴ Tale indice prende in considerazione otto indicatori (KPI) riguardante il livello di intensità delle misure di "contenimento e chiusura" (chiusura delle scuole, chiusura delle sedi lavorative, cancellazione di eventi pubblici, restrizioni sugli assembramenti, chiusura dei trasporti pubblici, restrizioni sulla possibilità di lasciare proprio domicilio, restrizioni sui movimenti interni e restrizioni sui viaggi internazionali) e un KPI riguardante campagne di informazione al pubblico sul COVID-19.

Figura 1.4. Contagi totali da COVID-19 e Stringency Index nei primi 200 giorni dal primo contagio.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità e Università di Oxford, 2020.



Dai grafici della figura 1.4 è possibile confermare i **modelli precedentemente delineati**. In particolare, si può notare come i Governi di Cina, Italia e Corea del Sud abbiano agito con grande tempestività, introducendo misure restrittive a pochi giorni dai primi casi registrati che hanno permesso di flettere velocemente la curva dei contagi. Rispetto agli Stati Uniti si nota invece come per raggiungere un livello di “contenimento e chiusura” medio-alto (Stringency Index superiore a 60) ci sono voluti quasi 60 giorni (vs. 23 in Cina e 26 in Italia). A seguito di una **risposta tardiva** in termini di misure di “contenimento e chiusura”, parte di una struttura di *policy* volta a contenere il virus meno risoluta rispetto a quella di altri Paesi, la curva dei contagi degli Stati Uniti a 200 giorni dal primo contagio risulta ancora non completamente sotto controllo. Anche a causa di ciò gli Stati Uniti, a differenza di Italia e Corea del Sud, hanno dovuto mantenere alto il proprio livello di “restrittività” in tutti i mesi successivi al suo innalzamento.

Un ultimo elemento di attenzione riguarda la Corea del Sud che, nonostante sia riuscita a flettere efficacemente la curva dei contagi, ha registrato nei primi 200 giorni di emergenza un complessivo livello di “restrittività” delle proprie misure inferiore a quello di Cina e Italia. Come precedentemente citato, fin dalle prime fasi, il Paese ha dimostrato infatti

grande efficacia nell'accompagnare simili misure restrittive all'utilizzo soluzioni innovative e **tecnologie avanzate** quali le *app* di tracciamento, introdotte - ad esempio nel continente europeo - con una minor tempestività ed efficacia. Ai diversi approcci seguono significative differenze dal punto di vista della capacità di gestire la pandemia e ridurre le conseguenze sulla popolazione del COVID-19, virus che impatta in maniera rilevante sulla mortalità nei territori in cui si è diffuso (*box successivo*).

Una simile emergenza ha avuto **impatti senza precedenti**, sia dal punto di vista sanitario che economico e sociale. In questo contesto, il ruolo del *welfare state* si è dimostrato centrale al fine di **mitigare** gli impatti del virus sulla popolazione. I Paesi del continente Europeo sono dotati nello specifico di sistemi di *welfare* particolarmente avanzati e in grado di **tutelare a 360 gradi i propri cittadini**, tali sistemi soffrono tuttavia di criticità, che mettono costantemente a repentaglio la loro **sostenibilità**; la pandemia potrà esacerbare tali fratture e determinare la necessità di un cambio di passo significativo. Se nella prossima sezione del capitolo viene delineato il sistema di *welfare* italiano pre-COVID su cui la pandemia è andata ad impattare, il capitolo 2 sarà focalizzato sulla stima degli impatti dell'emergenza sul *welfare state* italiano.

Focus: la pericolosità del COVID-19

In collaborazione con il Ministero dell'Interno e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'Istat ha avviato un'attività di analisi per comprendere l'**impatto in Italia dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sulla mortalità** totale della popolazione residente.

Con l'aggiornamento della base dati per il periodo gennaio-agosto 2020 del 22 ottobre 2020 vengono diffusi per la prima volta i dati dei decessi per **tutti i comuni italiani** (7.903 comuni al 31 agosto 2020).

In un confronto tra i mesi del 2020 contrassegnati dall'emergenza COVID-19 e ciò che è avvenuto nello stesso periodo tra il 2015 e il 2019, l'Istat registra una sostanziale "**rottura**" della tendenza di diminuzione della mortalità degli anni precedenti. A livello territoriale il Nord è l'area in cui si registra l'inversione di tendenza più marcata. In particolare, in Lombardia si passa da una diminuzione dei decessi del 5,8% del bimestre gennaio-febbraio 2020 rispetto al 2015-2019 ad un **aumento del 191,2%** nel mese di marzo, seguita dall'Emilia-Romagna con un aumento del 69,1%, e dal Trentino Alto-Adige (62,2%).

Se nel mese di marzo si erano registrati circa **85 mila decessi**, ad aprile e nei mesi successivi la situazione, seppur mantenendosi allarmante, è risultata in miglioramento. Con 72 mila decessi, in aprile, la variazione rispetto al quinquennio precedente passa da un aumento medio del **47,2% di marzo** (27 mila e 500 decessi in più rispetto alla media 2015-2019) al **39,2%** (20 mila decessi in più).

A livello nazionale nel mese di maggio i decessi totali risultano ancora lievemente superiori alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019 (circa 52 mila nel 2020, +2,1%). Solo in 3 regioni la differenza percentuale si attesta intorno al 10%, in un contesto in cui Lombardia registra nuovamente l'eccesso di decessi più marcato (12,2%). Infine, nei mesi di giugno e luglio, contrassegnati da una minor diffusione del virus, si registra un'inversione di tendenza: a livello nazionale con un calo del numero dei decessi rispetto alla media 2015/2019 (rispettivamente dell'1,5% e del 3%).

Il bilancio dei **primi 8 mesi** del 2020 registra perciò una crescita della mortalità, rispetto al quinquennio precedente, di un **+8,6% su base nazionale**, variazione che è sostanzialmente generata da un aumento particolarmente marcato nel Nord che raggiunge un **+19,5%** tra gennaio e agosto 2020 - vi sono stati in Italia oltre 475 mila decessi, di cui oltre 243 mila al Nord).

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati ISTAT, 2020

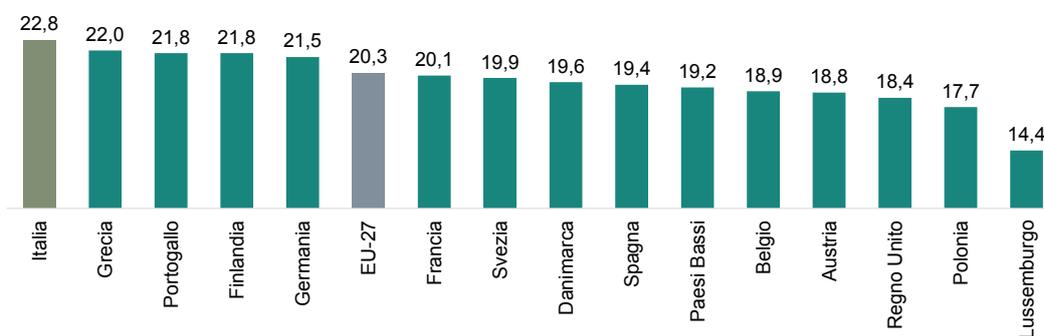
La pandemia COVID-19 si inserisce in un contesto in cui ogni Paese presenta importanti differenziazioni dal punto di vista del sistema di *welfare* e per tale motivo genererà impatti differenziati sui rispettivi tessuti socio-economici. In termini di *welfare* ogni Paese ha una storia a sé⁵ – risultato delle proprie particolarità socio-economiche e la loro evoluzione nel tempo – e su queste specifiche caratteristiche del *welfare* la pandemia è andata ad impattare. Tali elementi verranno descritti nella prossima sezione, che presenta il contesto in cui si innesta il *welfare state* italiano e i suoi elementi di criticità. Le sezioni successive riportano invece la fotografia del sistema di *welfare* italiano nella situazione pre-COVID, funzionale a comprendere lo scenario di partenza su cui la pandemia è andata ad abbattersi.

Il welfare quale risultato delle dinamiche socio-economiche

Dal punto di vista demografico il nostro Paese presenta una popolazione particolarmente anziana e, considerando il limitato tasso di natalità associato a un'aspettativa di vita elevata, tale caratteristica si intensificherà in maniera sempre più sostanziale.

Figura 1.5.
Popolazione over-65 in
alcuni Paesi europei
(percentuale sul totale),
2019.

Fonte: elaborazione
The European House-
Ambrosetti su dati
Eurostat, 2020.

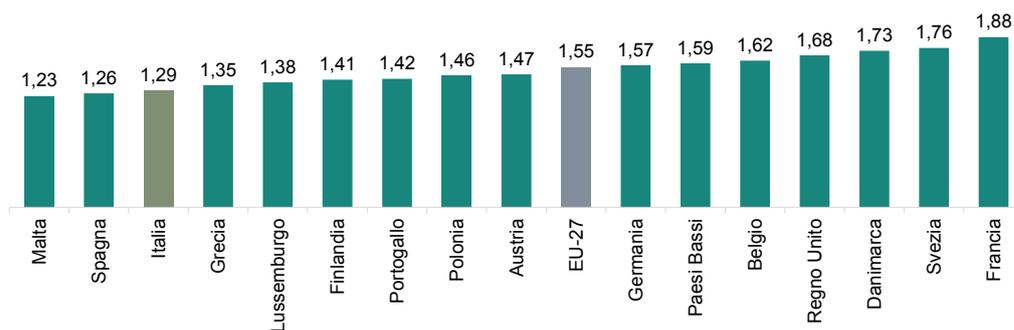


La **popolazione italiana over-65** raggiunge il 22,8% del totale – il valore più alto dell'intera Unione Europea (figura 1.3) – e l'**aspettativa di vita** è in costante crescita: se nel 1985 l'aspettativa di vita media alla nascita di un cittadino italiano era pari a 75,6 anni, al 2018 tale valore è salito a 83,4 anni (+10%). Il **tasso di fertilità** italiano è invece tra i più bassi d'Europa: in Italia vi sono al 2018 **1,29** nascite per donna, mentre in media nell'UE ve ne sono 1,55. Tale valore è particolarmente limitato soprattutto se confrontato a Paesi come la Francia, dove vi sono 1,88 nascite per donna.

⁵ Si veda il capitolo 1 del Rapporto 2019 del Think Tank "Welfare, Italia" per un'analisi sui diversi modelli di *welfare* in Europa.

Figura 1.6. Tasso di fertilità in alcuni Paesi europei (nascite per donna), 2018.

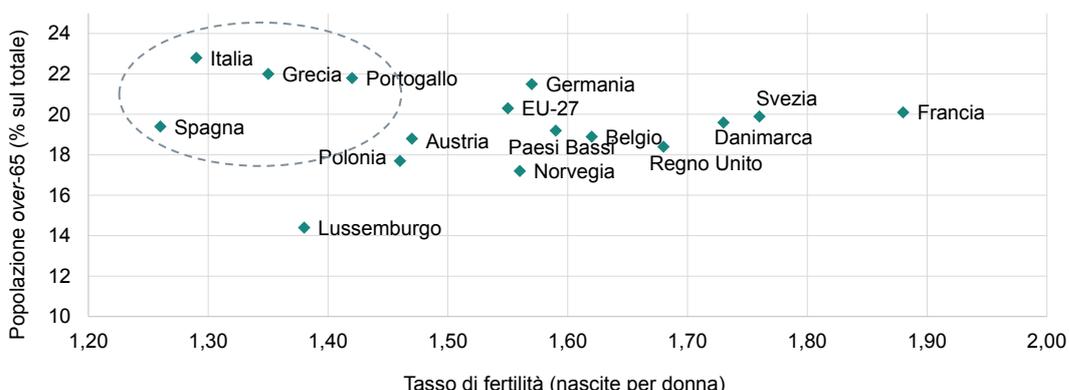
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Riferendosi ai modelli di *welfare* precedentemente citati, tale tendenza è tipica di tutti gli Stati dell'Europa mediterranea. Come si può notare dal grafico seguente, infatti, Italia, Grecia, Spagna e Portogallo sono tra i Paesi che si distinguono maggiormente nell'Unione Europea per il proprio tasso di popolazione anziana e il basso tasso di natalità.

Figura 1.7. Popolazione over-65 e tasso di fertilità in alcuni Paesi europei (percentuale sul totale e nascite per donna), 2019 e 2018.

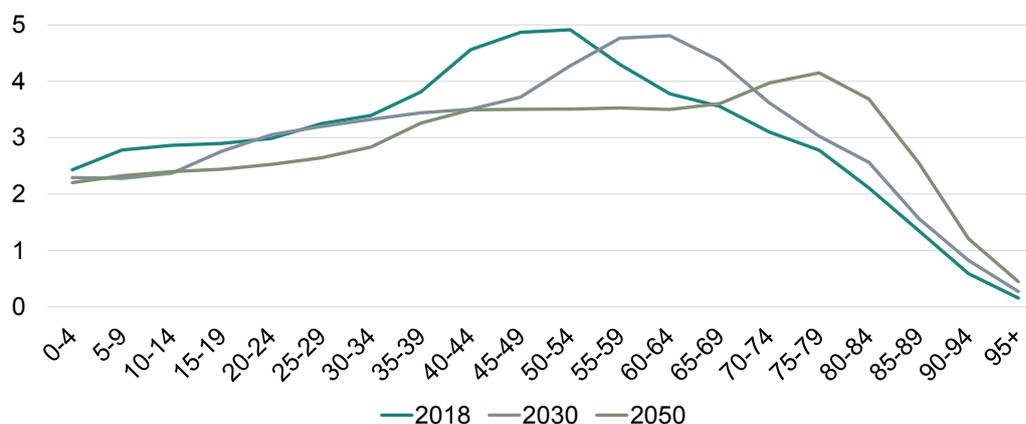
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



A causa di simili caratteristiche demografiche la popolazione italiana presenterà un'**età media sempre più elevata**: osservando la figura di seguito è infatti chiaro come la curva demografica si sposterà negli anni sempre più verso le fasce della popolazione più anziana.

Figura 1.8. Popolazione italiana per fasce d'età, scenario medio (milioni di abitanti), 2019, 2030 e 2050.

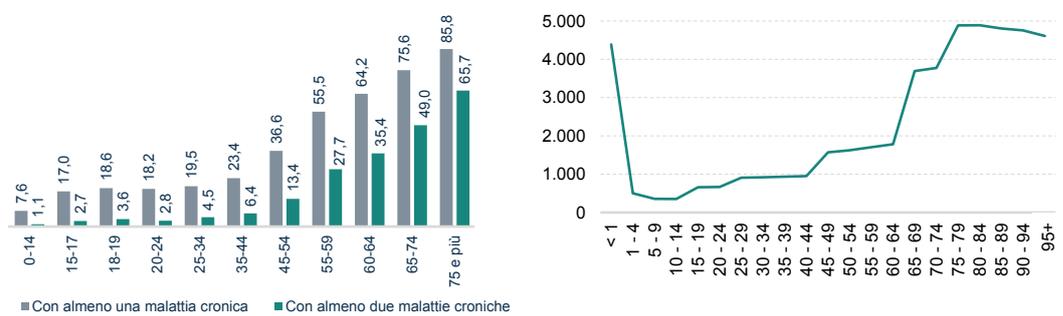
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.



Dal punto di vista demografico, il sistema di *welfare* italiano si inserisce perciò in un quadro in cui vi è una **crescente domanda** da parte della popolazione anziana. Alla luce dei nuovi bisogni che si concretizzeranno, il *welfare* sarà principalmente sovraccaricato soprattutto dal punto di vista previdenziale e sanitario. Rispetto a quest'ultimo elemento è opportuno sottolineare come all'avanzare dell'età incrementa anche la probabilità di un individuo ad essere affetto da **malattie croniche**: se a 55 anni 1 persona su 2 ha almeno una patologia cronica, nella fascia della popolazione superiore ai 75 anni, tale valore si alza a 9 persone su 10. Al crescere delle malattie croniche aumentano anche i **costi sanitari**: la spesa sanitaria pro capite per un individuo tra i 75 e i 79 raggiunge al 2017 quasi i 4.900 Euro, mentre quella di una persona tra i 25 e i 29 anni è di poco superiore ai 900 Euro.

Figura 1.9. Persone con almeno una o due malattie croniche per fascia d'età in Italia (%), 2017 (sinistra) e spesa sanitaria pro capite per fasce d'età in Italia (Euro), 2017 (destra).

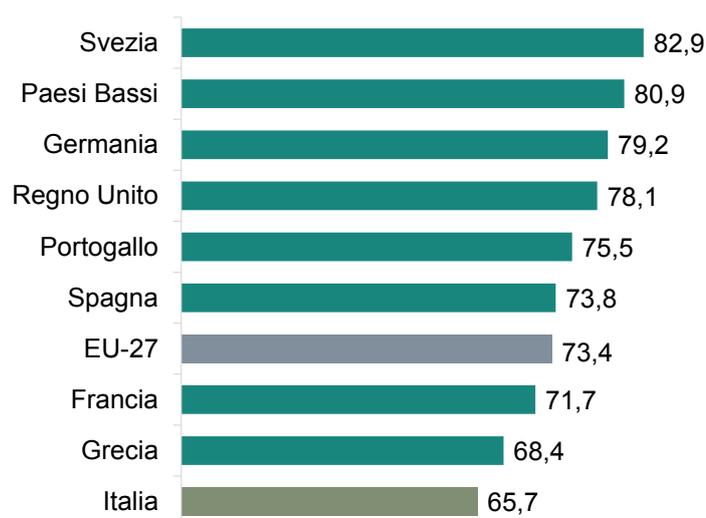
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Meridiano Sanità, 2020.



Con l'invecchiamento della popolazione, l'Italia registrerà anche una riduzione costante della **popolazione attiva**, già oggi elemento di criticità per il nostro Paese: la popolazione attiva italiana è pari al 65,7% del totale, quasi 8 punti percentuali più in basso della media europea e a 13,5 p.p. dalla Germania.

Figura 1.10. Popolazione attiva (percentuale della popolazione totale, 15-64 anni).

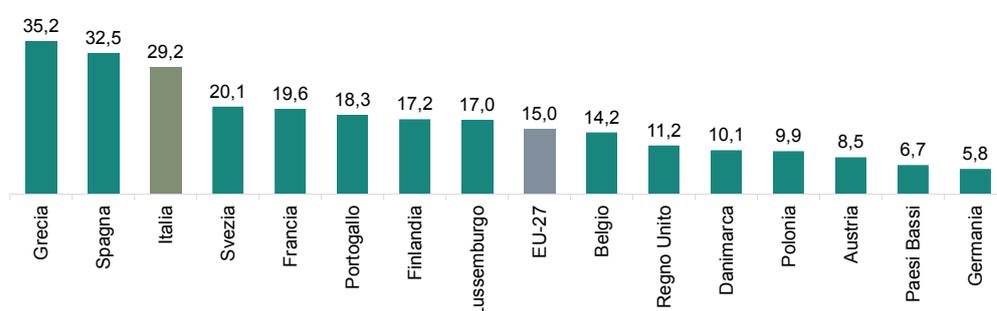
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Rispetto al mercato del lavoro, l'Italia presenta particolari criticità soprattutto in termini di occupazione e partecipazione di **giovani, donne e stranieri**.

Figura 1.11. Tasso di disoccupazione giovanile (percentuale sulla popolazione attiva, 15-24 anni), 2019.

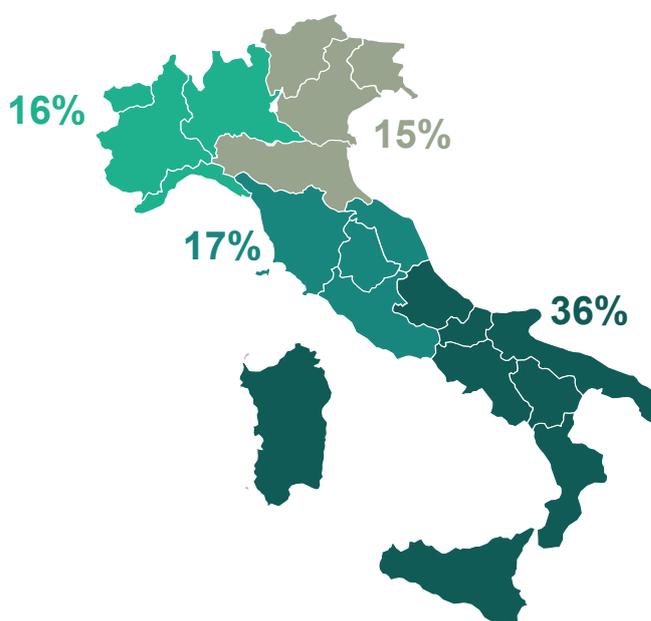
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Il **tasso di disoccupazione giovanile** italiano è tra i più alti dell'Unione Europea (29,2% vs. 15,0% in EU-27) mentre l'incidenza dei **NEET**⁶, ovvero quei giovani che non sono occupati né sono inseriti in un percorso di istruzione o di formazione, è pari al 23,8% (vs. 14,0% in UE-27). Tale caratteristica è ancora più evidente osservando lo spaccato regionale italiano, che presenta un'**elevata disomogeneità**: se al Nord-est tale valore raggiunge solamente il 15%, nel mezzogiorno è pari al 36% (figura 1.10).

Figura 1.12. Incidenza dei NEET (percentuale della popolazione, 15-34 anni), 2019.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.

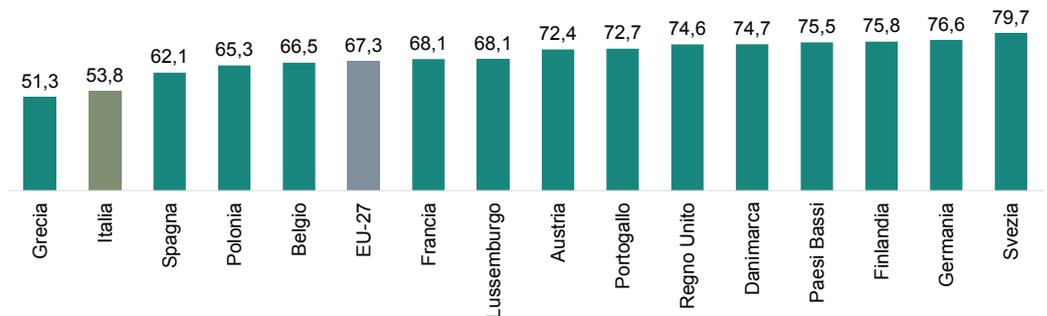


⁶ Not in Education, Employment, or Training.

Rispetto alla popolazione femminile, il **tasso di partecipazione** al mercato del lavoro per tale categoria è particolarmente limitato: l'Italia presenta il penultimo tasso di partecipazione (53,8%), con poco distacco dall'ultimo, quello della Grecia (51,3%), ma significativamente distante dalla media europea (67,3%).

Figura 1.13.
Partecipazione femminile al mercato del lavoro (percentuale sulla popolazione attiva, 20-64), 2019.

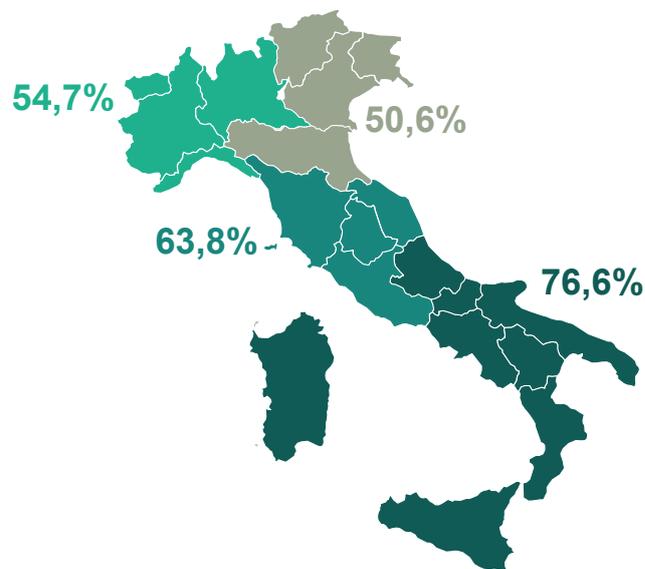
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.



Un ulteriore elemento di attenzione rispetto alla componente femminile del mercato del lavoro riguarda una strutturale posizione di svantaggio delle donne: il tasso di **part-time involontario femminile**, ad esempio, raggiunge a livello italiano il 60,6% con, ancora una volta, significative eterogeneità regionali (figura 1.14).

Figura 1.14. Tasso di part-time involontario (su 100 occupati part-time, 15 anni e oltre), 2019.

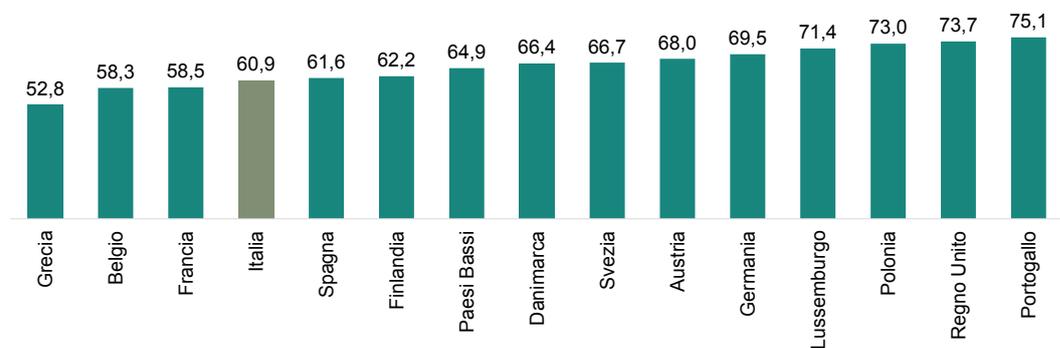
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.



Infine, il mercato del lavoro italiano presenta delle criticità anche rispetto alla **popolazione straniera** e la propria capacità nell'includerla. Il tasso di occupazione dei residenti stranieri in Italia è tra i più bassi in UE (60,9%), lontano da Paesi come Germania (69,5%) e Regno Unito (73,7%).

Figura 1.15. Tasso di occupazione dei residenti stranieri in alcuni Paesi europei (percentuale sulla popolazione attiva), 2018.

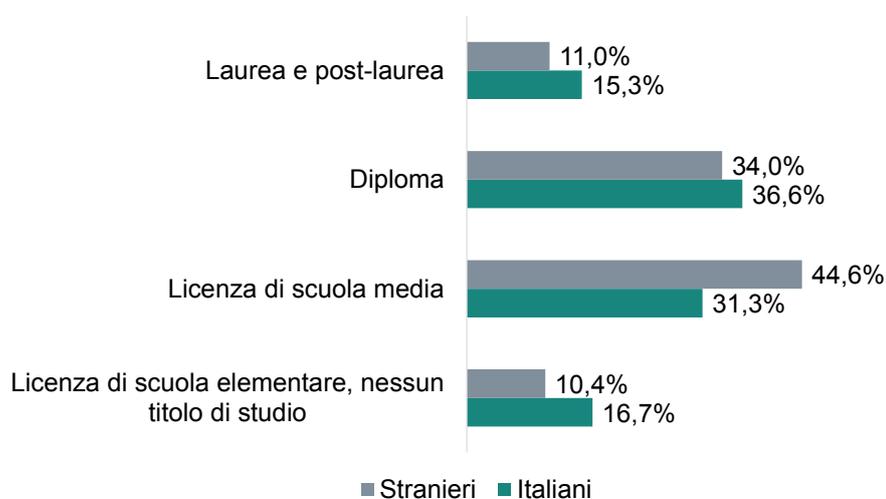
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2020.



In questo contesto la popolazione straniera attiva in Italia è più propensa ad essere occupata in settori che richiedono un **basso livello di qualifica**. Al 2018 il tasso di occupazione dei lavoratori stranieri nel settore dei servizi alla persona è pari al 36,6% e raggiunge il 17,9% nell'agricoltura, il settore alberghiero e quello ristorativo. Il tasso si ferma però solamente allo 0,9% nelle attività finanziarie, al 2,1% nei servizi ICT e al 6,8% nei servizi alle imprese. Tale caratteristica è anche riscontrabile rispetto al **titolo di studio**: se gli stranieri in Italia sono più propensi degli italiani ad aver raggiunto la licenza media, gli italiani presentano quote più alte rispetto all'ottenimento del diploma e della laurea (figura 1.16).

Figura 1.16. Popolazione italiana e straniera per titolo di studio (percentuale sul totale, 15 anni e più), 2019.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.

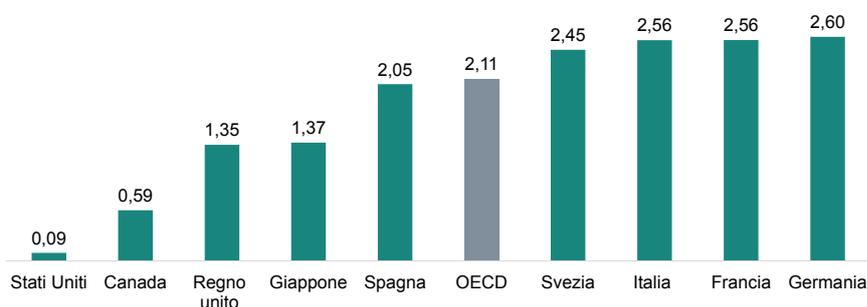


Alla luce di simili evidenze, è importante precisare come un sistema di *welfare* si sviluppi all'interno di uno specifico contesto Paese con determinate caratteristiche socio-economiche, ma sia a sua volta uno dei potenziali elementi in grado di influire sull'**inasprirsi di simili criticità**. Un basso tasso di natalità può infatti anche essere una conseguenza di un *welfare state* poco attento al sostegno della natalità, come una scarsa partecipazione di *outsiders* (quali i giovani o le donne) può essere anche legata a un mercato del lavoro particolarmente "rigido" (tipico del modello mediterraneo e continentale, figura 1.17), che presenta significative tutele nei confronti dei lavoratori stabili - principalmente maschi protetti ad esempio da contratti collettivi - ma scarse garanzie nei confronti della

restante parte. Nella prossima sezione verranno approfondite le caratteristiche del *welfare* italiano, sottolineandone gli elementi di criticità anche alla luce del contesto in cui si inserisce appena delineato.

Figura 1.17. Rigidità dei licenziamenti collettivi e individuali (indice, 0=min, 6=max), 2019 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2020.



1.3

LE COMPONENTI DEL SISTEMA DI WELFARE

È possibile analizzare il sistema di *welfare* del nostro Paese attraverso le tipologie di interventi e servizi offerti, parte di tre principali componenti:

- **Sanità:** le politiche sanitarie hanno il compito di garantire la promozione, il recupero e il mantenimento della salute della popolazione. Tale valore è garantito anche dall'articolo 32 della Costituzione ed è sostenuto attraverso prestazioni a carattere universalistico. L'attuale modello è stato introdotto grazie alla **Legge sul Servizio Sanitario Nazionale (833/1978)**, che ha determinato per il nostro Paese un ammodernamento sostanziale del sistema di *welfare* dal punto di vista sanitario introducendone il carattere universalistico. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è finanziato attraverso la fiscalità generale.
- **Politiche Sociali:** tale componente del *welfare* è finalizzata a promuovere l'inclusione sociale e ridurre le disuguaglianze attraverso strumenti quali i sussidi di disoccupazione, le misure a sostegno dei nuclei familiari, le politiche assistenziali e gli interventi di *housing* sociale.
- **Previdenza:** le prestazioni previdenziali riguardano principalmente il sistema pensionistico, erogatore di pensioni a fronte del versamento di contributi previdenziali obbligatori da parte del lavoratore. Diversamente dalla componente sanitaria e quella delle politiche sociali, il sistema previdenziale pubblico è finanziato attraverso la contribuzione sociale.

In una prospettiva più ampia, a tali componenti è associabile anche quella **dell'istruzione e la formazione**, elemento fondamentale per uno Stato al fine di contrastare criticità strutturali quali un ascensore sociale bloccato, l'aumento delle disuguaglianze, un elevato tasso di *drop-out* scolastico e le loro conseguenze. Si rimanda al capitolo 3 per un'analisi più approfondita dell'istruzione e formazione come parte integrante del *welfare* state italiano.

Figura 1.18. I tre pilastri del welfare italiano.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.

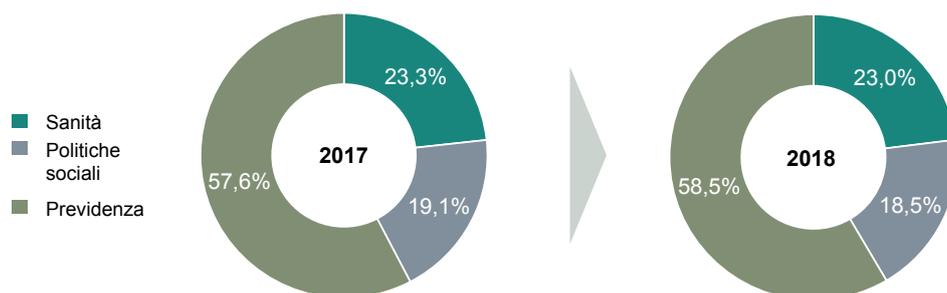


Prendendo in considerazione il welfare state nel suo complesso, la spesa sociale italiana al 2018 era pari a **493,5 miliardi di Euro**, il 57,7% della spesa pubblica italiana nell'anno. Tale spesa si registra in crescita rispetto all'anno precedente, sia in valore assoluto che rispetto alla spesa totale: lo scorso anno, infatti, il Think Tank "Welfare, Italia" registrava una spesa sociale italiana pari a 488,3 miliardi di Euro, il 57,3% della spesa pubblica totale.

In questo contesto, la **componente previdenziale** assorbe la quota maggioritaria delle risorse: al 2018 rappresenta il 58,5% della spesa sociale totale, in crescita di quasi 1 punto percentuale rispetto all'anno precedente. Segue la spesa sanitaria con il 23,0% (-0,3 p.p.) e quella in politiche sociali al 18,5% (-0,6 p.p.).

Figura 1.19. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle tre diverse componenti (valori in percentuale), 2017 e 2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.

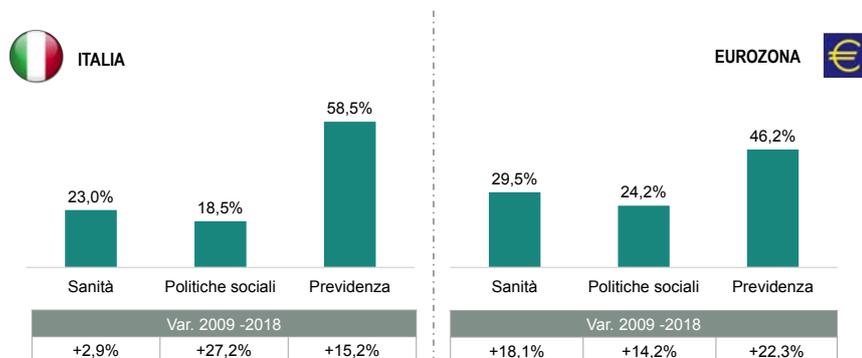


In un **confronto internazionale**, il welfare state italiano risulta nuovamente particolarmente "sbilanciato" verso la componente previdenziale. Nell'Eurozona, infatti, la spesa previdenziale sul totale della spesa sociale risulta oltre 12 punti percentuali inferiore a quella italiana (figura 1.20). Considerando però l'evoluzione decennale delle diverse componenti, la spesa in **politiche sociali** è quella che è incrementata

maggiormente nell'ultimo decennio: da c.a. 71,8 miliardi di Euro al 2009 a 91,4 al 2018 (+27,2% in Italia vs. +14,2% in Eurozona). Risulta invece particolarmente penalizzata la spesa sanitaria, cresciuta solamente del +2,9% (vs. 18,1% in Eurozona) passando da 110,5 miliardi di Euro nel 2009 a c.a. 113,6 nel 2018.

Figura 1.20.
Ripartizione della spesa in welfare in Italia e nell'Eurozona al 2018 e variazione decennale (percentuale), 2009-2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



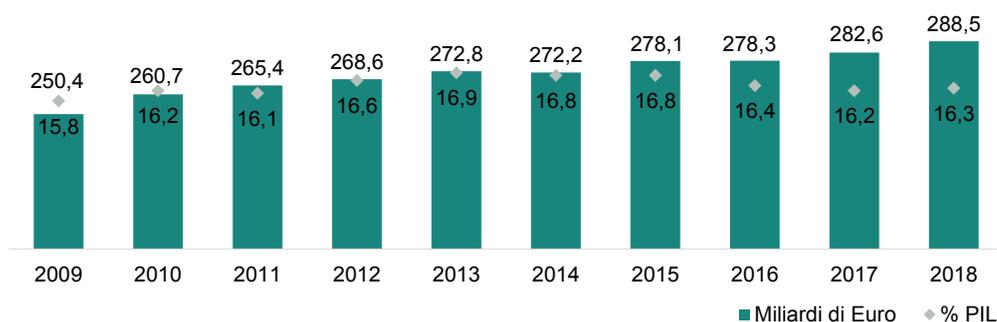
Nelle successive sezioni vengono analizzate nel dettaglio le tre differenti componenti della spesa sociale, la loro evoluzione nel tempo e le specifiche criticità, anche alla luce del contesto in cui si inseriscono.

Previdenza

La **spesa previdenziale italiana** ha registrato negli ultimi 10 anni un costante aumento in valore assoluto, seppur dal 2013 in poi si può notare una riduzione del proprio peso complessivo in relazione al PIL. Negli ultimi 10 anni tale spesa è infatti aumentata di circa 38 miliardi di Euro e 0,5 punti percentuali rispetto al PIL, ma negli ultimi 5 anni, nonostante l'incremento in valore assoluto di c.a. 15,7 miliardi di Euro, è diminuita di c.a. 0,6 punti percentuali in relazione al Prodotto Interno Lordo.

Figura 1.21.
Andamento della spesa previdenziale in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2018.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.

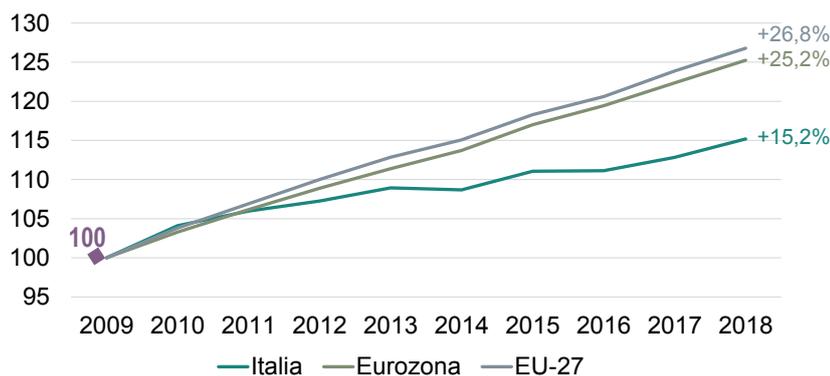


Una simile variazione è riconducibile anche agli effetti positivi della cosiddetta “**Riforma Fornero**”⁷, introdotta nel 2012 al fine tenere sotto controllo la spesa previdenziale e la sostenibilità dei conti pubblici.

Tale rallentamento della crescita previdenziale italiana non è solo riscontrabile relazionandola al PIL, ma anche in confronto alla media europea e dei Paesi dell'Eurozona. Come si può osservare dal grafico successivo, la crescita di tale spesa italiana è stata infatti **ben più limitata** rispetto a quella dei *partner* europei a partire dalla crisi del debito sovrano e la successiva Riforma Fornero.

Figura 1.22.
Andamento della spesa in previdenza in Italia, Unione Europea ed Eurozona (numeri indice, 100=2009), 2009-2019.

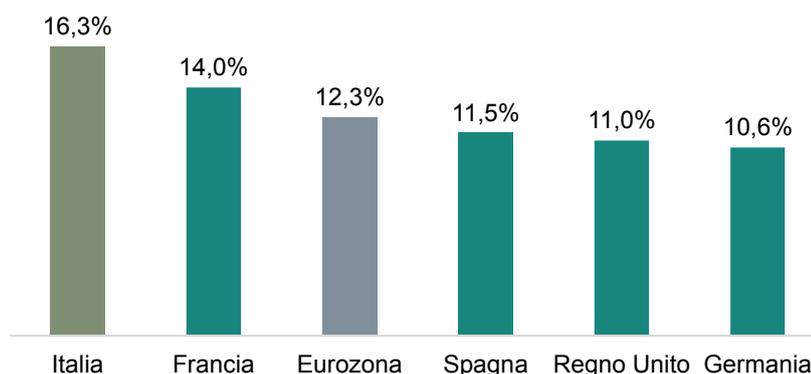
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



È comunque importante tenere in considerazione il contesto di partenza, in cui l'Italia destina da tempo molte più risorse a favore della previdenza rispetto ai maggiori *partner* europei: la spesa previdenziale italiana in rapporto al PIL è infatti pari al 16,3%, lontana dalla media dell'Eurozona (12,3%) e Paesi quali la Germania (10,6%).

Figura 1.23. Peso della spesa in previdenza nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



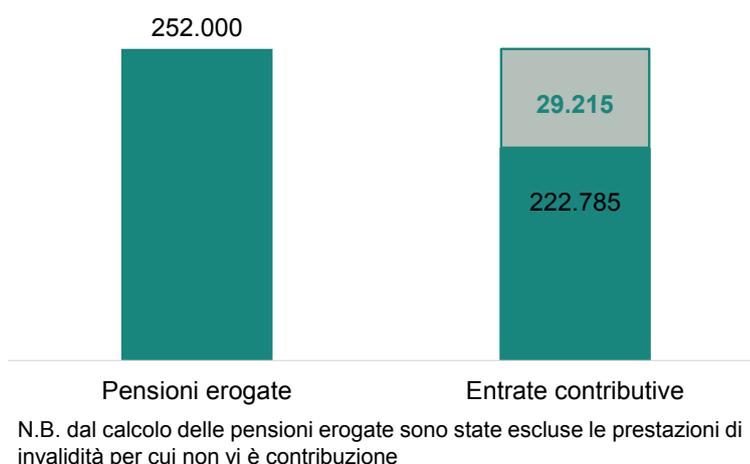
N.B. Per lo scorso anno il Think Tank “Welfare, Italia” ha registrato per l'Italia un valore pari al 16,3%, per la Francia al 14,5%, per l'Eurozona al 13,1%, per la Spagna all'11,9%, per il Regno Unito all'11,5% e per la Germania al 10,6%.

⁷ La Legge Fornero (L. 92/2012) ha superato la pensione cosiddetta di anzianità, consentendo di andare in pensione con 35 anni di contributi e un requisito anagrafico (in ultimo 62 anni) oppure 40 anni di contributi. Ha istituito la pensione anticipata, che consente al lavoratore di andare in pensione prima della soglia anagrafica prevista dalla pensione di vecchiaia a fronte di un innalzato numero di anni di contributi.

Una simile evidenza è particolarmente rilevante anche alla luce del fatto che, nonostante il sistema previdenziale preveda un equilibrio tra contributi versati e le pensioni erogate, la previdenza italiana richiede costantemente risorse dalla fiscalità generale. Negli ultimi 4 anni in media il sistema previdenziale ha fatto ricorso a trasferimenti diretti dalla fiscalità generale dello Stato per 29,2 miliardi di Euro al fine **compensare la mancata disponibilità di contributi**, con un "picco" di 31,9 miliardi nel 2017 e un totale di circa 120 miliardi di Euro dal 2015 al 2018 (figura 1.24).

Figura 1.24. Valore medio delle pensioni erogate e delle entrate contributive negli ultimi 4 anni (valori in milioni di Euro), 2015-2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.



In riferimento al sistema previdenziale italiano è inoltre importante evidenziare come tale spesa ricomprenda anche una **componente pensionistica assistenziale**. Come sottolineato nello scorso Rapporto, infatti, Istituti quali Itinerari Previdenziali sottolineano l'importanza di scorporare dalla spesa totale previdenziale la quota riconducibile alla **Gestione Interventi Assistenziali (GIAS)**, riguardanti l'intervento dello Stato a sostegno delle gestioni *welfare* previdenziali di natura assistenziale. Il totale dei trasferimenti statali per la GIAS al 2018 è stato pari a 105.666 milioni di Euro (vs. 110.150 nell'anno precedente) e il suo finanziamento è prevalentemente riconducibile a **trasferimento dal bilancio dello Stato**, mentre una piccola quota deriva dal gettito di aliquote contributive a carico dei datori di lavoro e degli iscritti destinate al finanziamento degli oneri per il mantenimento del salario e delle prestazioni economiche derivanti dalla riduzione di oneri previdenziali (1.296 milioni di Euro) e da

quote di partecipazione degli iscritti all'onere di specifiche gestioni (147 milioni).⁸

Un'ulteriore peculiarità del sistema previdenziale italiano è rappresentata dall'elevata tassazione: al 2018 un pensionato che percepisce circa 1.500 Euro al mese, in Italia dovrà corrispondere una tassazione di circa 4.000 Euro all'anno (vs. 1.800 per il suo "omologo" spagnolo, 1.500 per il pensionato inglese e 1.000 per il francese).⁹ Un ultimo elemento di attenzione rispetto alla componente previdenziale del *welfare*, che verrà anche ripreso successivamente nel Rapporto, riguarda l'introduzione a partire all'inizio del 2019 di "Quota 100" (si veda il focus successivo).

Focus: "Quota 100"

"Quota 100" è una misura introdotta al fine di garantire una **pensione anticipata** a coloro che hanno maturato 38 anni di contributi e hanno almeno 62 anni di età anagrafica¹. Rispetto a tale strumento, largamente criticato per il suo peso sulle finanze pubbliche (la Ragioneria Generale dello Stato gli attribuisce un aumento della spesa pensionistica dello 0,2% annuo, ovvero un **costo complessivo di 63 miliardi di Euro** al 2036), vi sono stati diversi richiami per un riequilibrio del sistema al fine di garantire la **sostenibilità dei conti pubblici**, anche alla luce dell'**inefficacia della misura**. A questo riguardo, la Corte dei Conti ha riportato come le domande presentate nel 2019 sono pari a **229mila** e il numero di pensionamenti nell'anno grazie alla misura è pari a circa il **58%** di quelli prudenzialmente ipotizzati precedentemente alla sua introduzione. Inoltre, si stima che il **tasso di sostituzione** legato a "Quota 100" sia pari solamente al **40%** (meno di 1 assunto ogni 2 pensionati).

(1): Decreto-legge n. 4/2019 (convertito con modifiche dalla legge 26/2019).

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

Sanità

La spesa sanitaria pubblica italiana è gestita interamente dal **Sistema Sanitario Nazionale** ed è una componente del *welfare* con una particolare **suddivisione delle competenze** tra il livello regionale e quello centrale. Lo Stato ha il compito di stabilire i Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**), ovvero gli elementi e le azioni ritenute essenziali e che è necessario vengano garantite. A livello regionale è invece delegato il compito di predisporre tutti gli strumenti al fine di raggiungere tali obiettivi.

Osservando l'evoluzione della spesa sanitaria nell'ultimo decennio (figura 1.25), in valore assoluto è riscontrabile un *trend* altalenante, contrassegnato da un calo tra il 2010 e il 2013 e un ritorno alla crescita

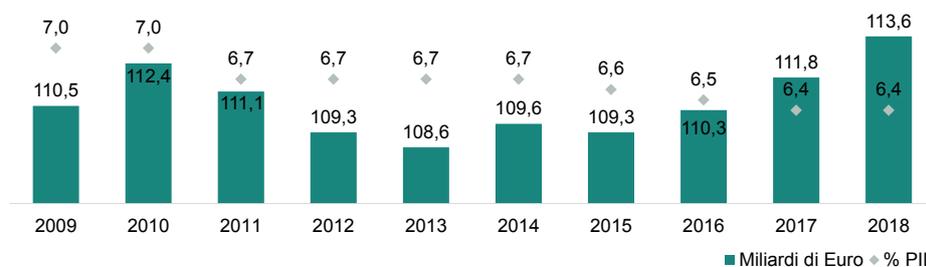
⁸ Itinerari Previdenziali, "Il bilancio del sistema previdenziale italiano: andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2018", 2020.

⁹ Fonte: CISL Pensionati, 2019.

negli ultimi anni. Tale andamento determina che se al 2009 la spesa sanitaria si attestava intorno ai 110,5 miliardi di Euro, al 2018 è cresciuta a 113,6 miliardi. Osservando le variazioni in relazione al PIL emerge però una fotografia ben diversa: al 2009 la spesa sanitaria pubblica era pari a c.a. il 7,0% del PIL, mentre al 2018 tale valore è sceso al 6,4% seguendo un trend di continua decrescita. La sanità italiana ha sofferto perciò negli ultimi anni di continui “**mancati aumenti**”.

Figura 1.25.
Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2018.

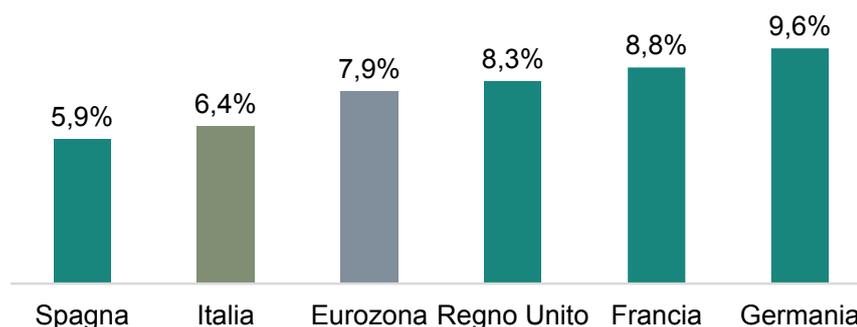
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Anche in un confronto internazionale, la sanità italiana registra una spesa ben più contenuta, sia rispetto ai principali Paesi europei (la Germania dedica alla sanità risorse pari al 9,6% del proprio PIL) che alla media dell'intera Eurozona (7,9%).

Figura 1.26. Peso della spesa sanitaria nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.

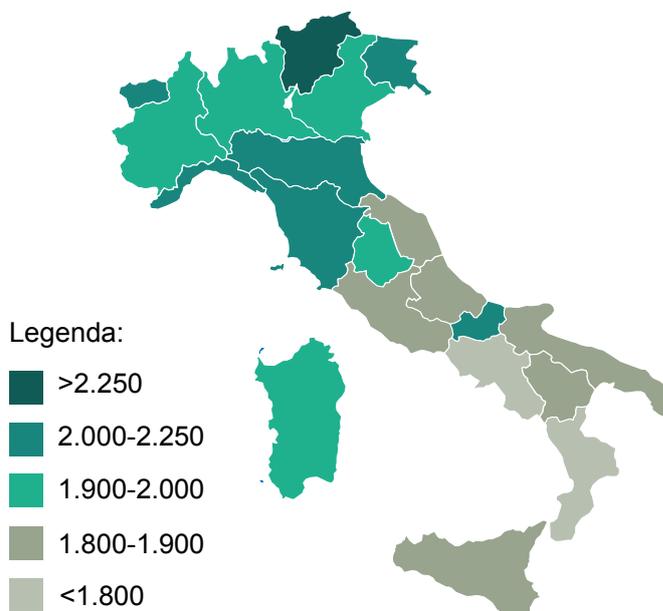


N.B. Per lo scorso anno il Think Tank “Welfare, Italia” ha registrato per la Spagna un valore pari al 6,1%, per l'Italia al 6,5%, per l'Eurozona all'8,4%, per il Regno Unito all'8,8%, per la Francia al 9,2% e per la Germania al 10,3%.

In questo contesto, l'Italia presenta al suo interno anche significative **eterogeneità regionali**, che verranno successivamente riprese con una sezione *ad hoc* nel terzo capitolo del Rapporto. In questa fase basti considerare che la **spesa sanitaria pubblica pro capite** è pari a più di 2438 Euro nella Provincia Autonoma di Bolzano, il territorio con la spesa più elevata, mentre in Campania, Regione con la spesa più limitata, si ferma a 1755 Euro (figura 1.27).

Figura 1.27. Spesa sanitaria pubblica pro capite (Euro), 2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Meridiano Sanità, 2020.

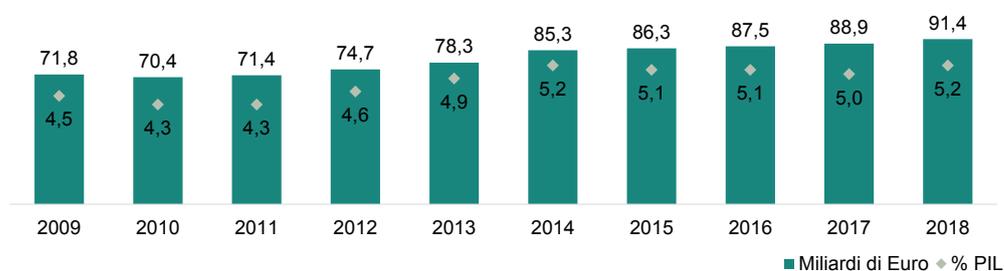


Politiche sociali

Le politiche sociali, infine, componente del *welfare state* italiano con il peso relativo più basso, hanno assistito a una rapida evoluzione negli ultimi 10 anni. Le risorse destinate alle politiche sociali erano al 2009 pari a c.a. 71,8 miliardi di Euro, salite a 91,4 miliardi nel 2018 (+27,2% vs. 14,2% in media nell'Eurozona).

Figura 1.28. Andamento della spesa in politiche sociali in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentual al PIL), 2009 - 2018.

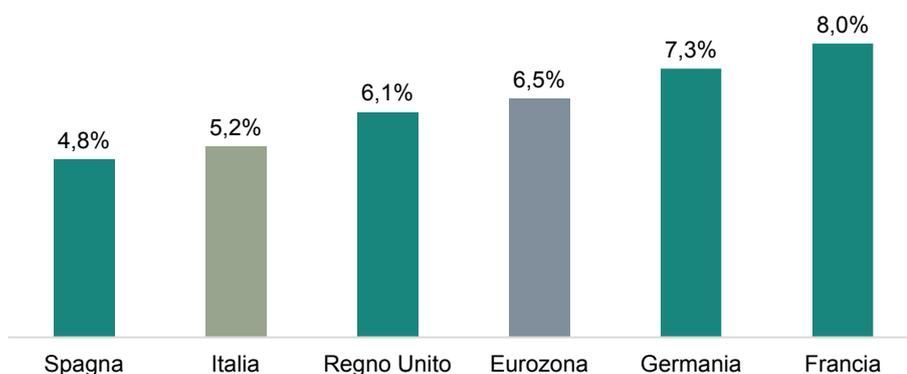
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



In un confronto internazionale, come nella spesa sanitaria, il nostro Paese registra una spesa in politiche sociali rispetto al PIL ben più contenuta (5,2%, vs. 6,5% nell'Eurozona e 8,0% in Francia).

Figura 1.29. Peso della spesa in politiche sociali nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.

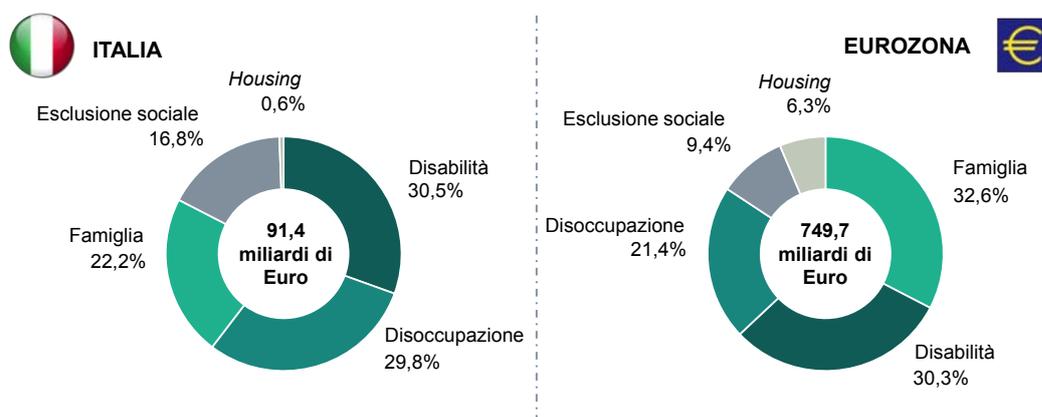


N.B. Per lo scorso anno il Think Tank "Welfare, Italia" ha registrato per la Spagna un valore pari al 4,9%, per l'Italia al 5,3%, per il Regno Unito al 6,4%, per l'Eurozona al 6,9%, per la Germania al 7,5% e per la Francia all'8,2%.

Esaminando la composizione interna di questa componente del *welfare*, il nostro Paese impiega la maggior parte delle proprie risorse per la **disabilità** (30,5% del totale) e la **disoccupazione** (29,8%), seguono le politiche per la **famiglia** (22,2%), quelle per l'**esclusione sociale** (16,8%) e l'**housing** (0,6%).

Figura 1.30. Suddivisione della spesa in politiche sociali (percentuale della spesa totale in politiche sociali), 2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



In un confronto europeo, l'Italia appare meno concentrata sul **sostegno alle famiglie** (si ricorda che il tasso di natalità italiano è tra i più bassi in Europa, 1,29 nascite per donna vs. 1,54 nell'Eurozona) e maggiormente su una spesa legata alla **disoccupazione** (in un contesto in cui il tasso di disoccupazione italiano al 2019 è pari al 10,0%, vs. 7,5% nell'Eurozona). Un'ulteriore differenza tra l'Italia e la media dell'Eurozona è determinata dalla spesa in **housing**: se nell'Eurozona alle abitazioni viene dedicato circa il 6,3% della spesa totale in politiche sociali, in Italia tale valore si ferma allo 0,6%. A questo riguardo è però importante ricordare il contesto italiano in cui tali misure si inseriscono: in Italia 3 famiglie su 4 risiedono in una casa di proprietà e il valore complessivo del patrimonio abitativo degli italiani supera i 6.000 miliardi di Euro. Infine, le voci di spesa legate all'esclusione sociale ricomprendono misure quali il **Reddito di**

Cittadinanza, introdotto all'inizio del 2019¹⁰ e a superamento del Reddito di Inclusione (a questo riguardo si consulti il *focus* successivo).

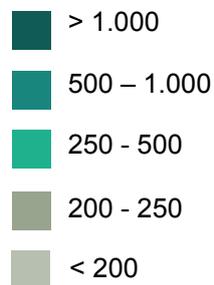
Focus: il "Reddito di Cittadinanza" (RdC)

Il Reddito di Cittadinanza o Pensione di Cittadinanza (qualora tutti i componenti del nucleo familiare abbiano un'età pari o superiore a 67 anni) è stato introdotto quale misura di **contrasto alla povertà** e a superamento del precedente Reddito di Inclusione (REI). Il Reddito di Cittadinanza è un **sostegno economico** finalizzato al **reinserimento nel mondo del lavoro** e all'**inclusione sociale** e coinvolge ad agosto 2020 oltre **3,2 milioni** di persone, distribuite in maniera disomogenea lungo il territorio nazionale: se in Veneto ci sono meno di 80mila persone coinvolte (meno del 2% della popolazione), in Sicilia il loro numero supera le 600mila unità (oltre il 12% della popolazione).

Figura 1.31. Numero persone coinvolte nel Reddito e la Pensione di Cittadinanza (ogni 10mila abitanti), agosto 2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.

Legenda:



Rispetto all'efficacia dello strumento, la Corte dei Conti ha sottolineato come il RdC sia da revisionare in quanto presenta delle **criticità** rispetto alla propria capacità di tutelare fasce della popolazione più in difficoltà, come **famiglie numerose** e **stranieri**: l'assegno mensile per una famiglia monocomponente è di 392 Euro (vs. 625 Euro per una famiglia con 5 componenti), il 39% degli assegnatari fa parte di una famiglia monocomponente e l'88% delle famiglie che ricevono l'assegno ha il capofamiglia con cittadinanza italiana.

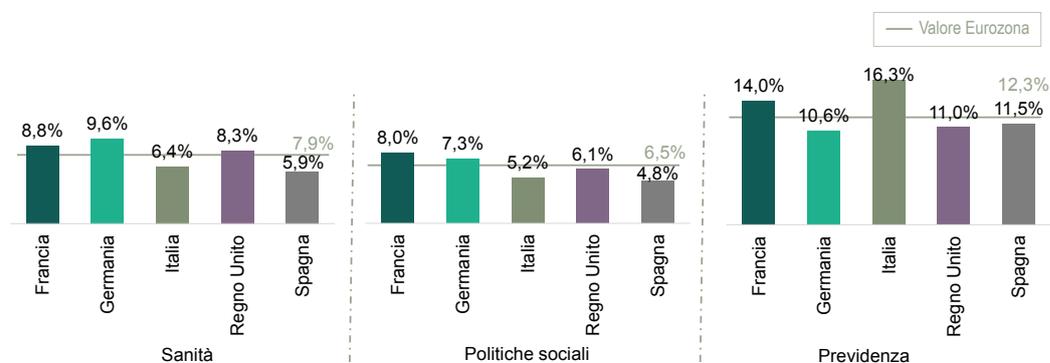
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, Corte dei Conti e fonti varie, 2020

¹⁰ Introdotto con decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4.

Analizzato il welfare state italiano nelle sue componenti principali, è possibile concludere la sezione con una prospettiva di sintesi delle tre componenti del welfare. Dalla rappresentazione sottostante, che confronta l'incidenza sul PIL della spesa nei tre ambiti tra i Paesi Big-5, si conferma nuovamente come l'Italia sia il Paese europeo maggiormente "sbilanciato" verso la componente previdenziale del welfare (figura 1.32).

Figura 1.32. Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali partner europei nei tre pilastri (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



1.4

IL RUOLO DEL SETTORE PRIVATO NEL SUPPORTARE LA VOCAZIONE UNIVERSALISTICA DEL WELFARE ITALIANO: IL PROGRESS REPORT NELLO SCENARIO PRE-COVID

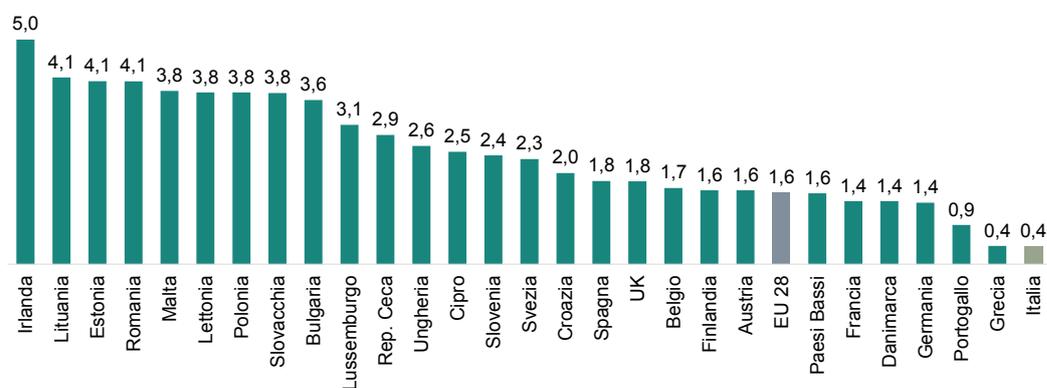
Il *welfare state* italiano si è sviluppato con una **vocazione universalistica**: il suo obiettivo principale è garantire a tutti i residenti condizioni di vita dignitose ed un eguale accesso ai servizi di protezione ed assistenza.

Il pilastro pubblico del sistema di *welfare* di natura obbligatoria si è sviluppato proprio per rispondere a questa finalità. Tale componente - finanziata attraverso la fiscalità generale e i contributi versati da lavoratori e datori di lavoro lungo il percorso lavorativo - garantisce infatti l'erogazione di risorse e servizi in maniera universale e non condizionale a determinanti di *status* e/o reddito. Come in molti altri Paesi occidentali, il sistema di *welfare* italiano - di natura prevalentemente pubblica e obbligatoria - si trova a fronteggiare delle sfide che ne mettono a repentaglio la **sostenibilità economica**. La prima, precedentemente analizzata dettagliatamente nel Rapporto, è quella demografica: un'aspettativa di vita sempre più elevata e una contrazione della natalità determinano per il nostro Paese un costante invecchiamento della popolazione, con uno "sbilanciamento" del *welfare* verso questa fascia della popolazione "non attiva" in un contesto in cui la popolazione attiva in grado di versare contributi è in costante diminuzione.

Un secondo elemento di criticità è rappresentato dal **rallentamento della crescita economica** e occupazionale. L'Italia presenta tassi di crescita ben differenti rispetto al secondo dopoguerra, periodo di marcato sviluppo per il *welfare state* come lo conosciamo oggi. Negli ultimi 20 anni l'Italia è stata il **vagone più lento d'Europa**, con una crescita media quattro volte più bassa rispetto all'UE. Il Paese si può definire in una vera e propria situazione di **stagnazione della crescita**.

Figura 1.33. Crescita media del PIL nei Paesi UE tra il 2000 e il 2019 (valori percentuali), 2000-2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati IMF, 2020.



Come precedentemente citato, il percorso evolutivo del *welfare* ha vissuto negli ultimi decenni un graduale processo di integrazione con una componente privata che ha iniziato ad **affiancare e sostenere** il *welfare state* del nostro Paese e il proprio obiettivo universalistico. Tale integrazione ha riguardato l'intervento di imprese, assicurazioni, banche, fondazioni, cooperative, imprese sociali, gruppi di volontari e altre realtà del terzo settore, associazioni datoriali, organizzazioni sindacali ed enti bilaterali: una molteplicità di attori che contribuisce costantemente al rafforzamento del sistema di *welfare* a favore del benessere della popolazione.

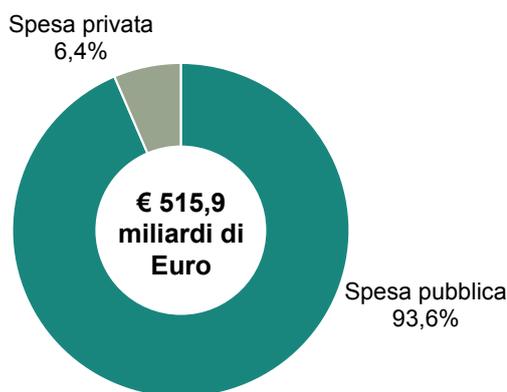
Il *welfare* italiano si può quindi definire sostenuto da **più elementi**, che ne supportano il raggiungimento dei propri obiettivi e garantiscono le prestazioni sociali ai cittadini: un primo strumento è costituito dalle prestazioni di natura obbligatoria e pubblica, un secondo riguarda quei servizi di natura volontaria, privata e su adesione collettiva mentre un terzo è rappresentato dai servizi di natura volontaria, privata e su adesione individuale.

Grazie a questi tre pilastri il *welfare* si configura come uno strumento in grado di rispondere ai **bisogni "tradizionali"** dei cittadini - in risposta dei quali il *welfare* si è sviluppato soprattutto nel secondo dopoguerra - ma anche alle **nuove necessità** di una società e un sistema economico mutati nel tempo (basti pensare al sostanziale processo di terziarizzazione dell'economia).

In questo contesto, la spesa privata – seppur ancora limitata rispetto al totale della spesa pubblica – costituisce più del **6,4%** della spesa totale italiana in *welfare*, pari a quasi 516 miliardi di Euro (figura 1.34)¹¹.

Figura 1.34.
Ripartizione della spesa in *welfare* in Italia per tipologia di erogazione (valori in percentuale e miliardi di Euro), 2016.

Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2020..



N.B. Per l'anno precedente l'osservatorio del Think Tank "Welfare, Italia" ha rilevato una spesa pari a 502,4 miliardi di Euro, di cui il 6,3% era riconducibile alla spesa

L'intervento integrativo del privato è riscontrabile in tutte le principali componenti del *welfare state* italiano (sanità, politiche sociali e previdenza), analizzate in dettaglio nelle sezioni successive.

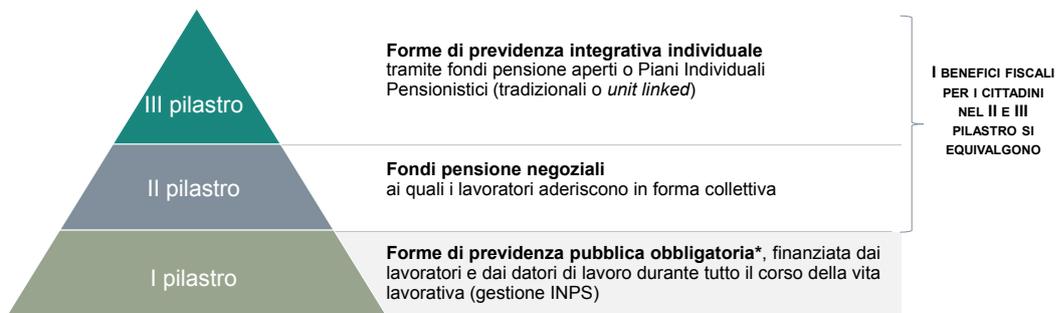
Previdenza

Il sistema previdenziale è scomponibile in **tre pilastri principali**, in cui la previdenza complementare si affianca a quella obbligatoria. Mentre la previdenza obbligatoria I pilastro è basato sul criterio della "**ripartizione**" (per il quale i contributi versati da tutti i lavoratori vengono utilizzate per erogare le pensioni), la previdenza complementare è regolata da un sistema a "**capitalizzazione**", grazie al quale i versamenti di ciascun lavoratore vengono investiti autonomamente dal fondo di previdenza al fine di maturare i rendimenti per finanziare la prestazione pensionistica aggiuntiva. La previdenza complementare interessa trasversalmente dipendenti pubblici e privati, lavoratori autonomi, liberi professionisti, soci di cooperative e cittadini coperti da redditi non da lavoro. Se il II pilastro è riferito ai lavoratori che aderiscono in **forma collettiva**, il III riguarda le **adesioni individuali** attraverso fondi aperti (a cui si può aderire anche in forma collettiva) o Piani Individuali Pensionistici. Il II e il III pilastro sono perciò svincolati dalla condizione occupazionale.

¹¹ L'ultimo anno disponibile dei dati forniti dall'OECD SOCX database per l'Italia è il 2015, già analizzato dal Think Tank "Welfare, Italia" nel precedente Rapporto. I valori sono stati quindi stimati al 2016 attraverso l'utilizzo del CAGR (Compound annual growth rate, tasso annuo di crescita composto) dell'ultimo quinquennio delle singole componenti sottostanti la spesa pubblica e privata.

Figura 1.35.
I tre pilastri che compongono il sistema previdenziale italiano.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.



(*) Il sistema a ripartizione prevede che le pensioni erogate siano pagate con i contributi di chi è in servizio in quel momento. In definitiva, l'onere pensionistico è ripartito sui lavoratori correnti

Seppur rappresenti ancora un valore limitato rispetto alla componente pubblica, i contributi nelle diverse soluzioni di previdenza complementare hanno raggiunto al 2019 i **16,2 miliardi di Euro**, con un tasso annuo di crescita composto (CAGR) del 3,5% dal 2010, anno in cui tale valore si attestava intorno gli 11,5 miliardi.

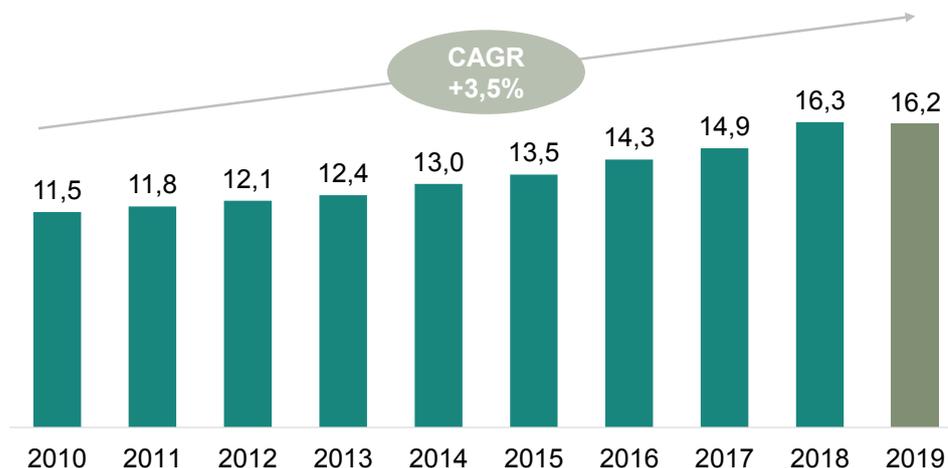


Figura 1.36.
Contributi in forme di previdenza integrativa privata in Italia (valori in miliardi di Euro), 2010-2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.

Al 2019 sono presenti **380 fondi**, che comprendono un totale di **9,2 milioni di posizioni in essere** (+4,4% vs. 2018) e oltre **8,3 milioni di iscritti** (+4,0% vs. 2018). Il **tasso di partecipazione nazionale** a tali forme complementari si attesta al 31,4% della forza lavoro comprendente oltre 25,9 milioni di persone. Tale tasso di partecipazione presenta però una marcata **eterogeneità regionale** che si conferma anche al 2019 (figura 1.37). Considerando inoltre gli individui che nel 2019 hanno effettivamente versato contributi nei fondi previdenziali a cui hanno aderito, il tasso di partecipazione si ferma al 23,3% (in crescita di oltre 1 punto percentuale rispetto all'anno precedente).

Figura 1.37. Tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (iscritti in percentuale delle forze lavoro), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.

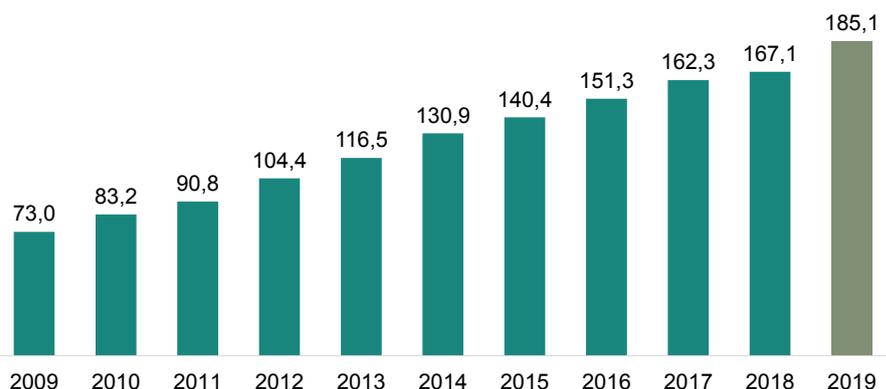
Legenda:



In termini di **risorse destinate alla previdenza complementare**, l'Italia consolida il proprio trend di crescita: se al 2009 erano destinate risorse pari a c.a. 73 miliardi di Euro, al 2019 si è stata raggiunta quota 185,1 miliardi (quasi 2,5 volte il dato di dieci anni prima).

Figura 1.38. Risorse destinate alla previdenza complementare in Italia (miliardi di Euro), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.



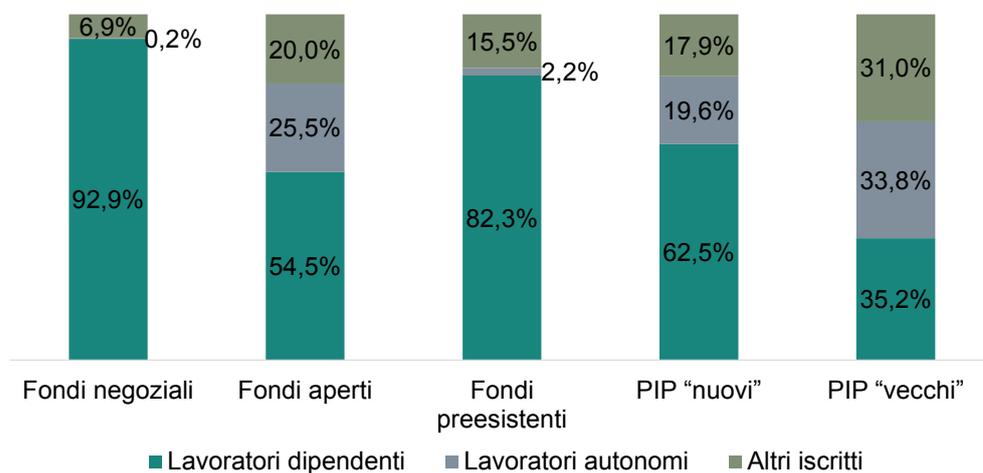
Tale ammontare è ripartito tra le diverse tipologie di fondi esistenti:

- L'incidenza dei **fondi preesistenti**, forme pensionistiche complementari istituite prima del decreto legislativo 124 del 1993, è pari al 2019 al 34%.
- L'incidenza dei **fondi negoziali**, istituiti nell'ambito della contrattazione collettiva, raggiunge il 30%.
- I **fondi aperti**, forme pensionistiche complementari istituite da enti quali banche e imprese di assicurazioni e aperti all'adesione su base sia individuale che collettiva, pesano il 12% del totale.
- I **Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo** (PIP "nuovi" e "vecchi"), istituiti da imprese di assicurazioni e che possono raccogliere adesioni solo su base individuale, raggiungono il 23%.

A seconda del fondo e la tipologia di adesione vi è una particolare suddivisione rispetto alla **condizione professionale degli iscritti**: i fondi negoziali, nati dalla contrattazione collettiva, hanno la quasi totalità degli iscritti che sono lavoratori dipendenti, mentre i PIP, a cui si può aderire solo su base individuale, ricomprendono anche una platea considerevole di lavoratori autonomi (figura 1.39).

Figura 1.39.
Condizione professionale degli iscritti alla previdenza complementare per tipologia di forma in Italia (valori percentuali), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.



Rispetto ai **vantaggi della previdenza complementare**, indipendentemente dalla tipologia di fondo a cui si aderisce, tale forma integrativa permette di beneficiare anche del contributo dei datori di lavoro, a cui è data la possibilità di versare delle quote addizionali nel fondo individuato dei propri lavoratori. L'ammontare di questo contributo è stabilito dalle parti istitutive e dalle condizioni previste nei contratti. Per un lavoratore dipendente, inoltre, una delle principali fonti di finanziamento della previdenza complementare è costituita dal **trattamento di fine rapporto (TFR)**, che si può aggiungere al contributo del lavoratore e a quello eventualmente versato dal datore di lavoro. A questo riguardo, entro 6 mesi dall'assunzione, ad ogni lavoratore è richiesto di decidere se destinare il TFR al finanziamento della previdenza complementare o lasciarlo in azienda. In caso di mancata scelta esplicita, il TFR confluisce automaticamente nel fondo pensione (negoziale, aperto o preesistente) previsto dal contratto di lavoro (cosiddetto "conferimento tacito").¹²

Tra i vantaggi derivanti dall'adesione ai fondi pensione, è inoltre essenziale considerare anche l'aspetto legato ai **benefici fiscali**. La previdenza complementare beneficia di una tassazione favorevole

¹² Se il contratto individua più fondi, i contributi vengono versati in quello al quale è iscritto il maggior numero di dipendenti dell'azienda.

durante le fasi di contribuzione, accumulo, prestazione e, nel caso di lavoratori dipendenti, anche sul TFR versato al fondo. Il totale dei contributi versati al fondo complementare è deducibile a fini IRPEF dal reddito complessivo dell'aderente per un importo annuo fino a 5.164,57 Euro e sull'importo della prestazione si applica una tassazione agevolata con aliquota al 15%.

Politiche Sociali

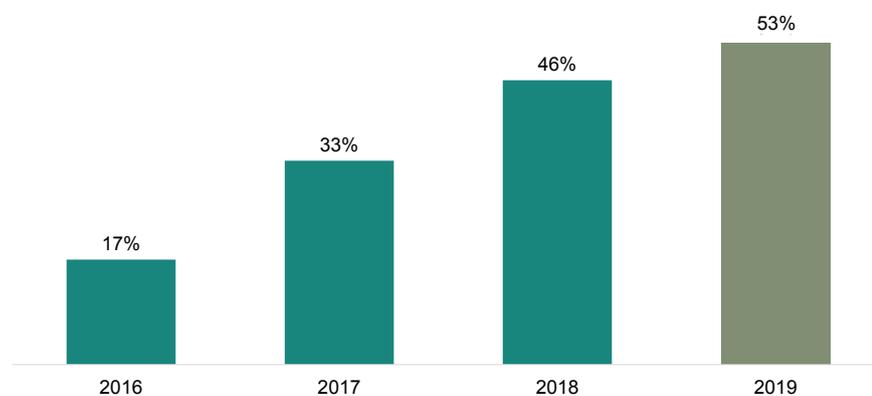
Mentre nell'ambito della previdenza complementare e della sanità integrativa è facilmente distinguibile l'apporto del privato, le politiche sociali riguardano un'area del *welfare* in cui tipicamente è largamente prevalente l'intervento pubblico. Tale concezione delle politiche sociali non deve però trascurare l'intervento di tutti quegli attori che - seppur con azioni non coordinate tra loro - erogano molteplici servizi e prestazioni a beneficio dei cittadini. In questo contesto si inserisce l'importanza del **welfare aziendale**, elemento sempre più centrale e che si configura quale l'insieme di tutte quelle azioni e iniziative di natura contrattuale o unilaterale intraprese da parte del datore di lavoro al fine di accrescere il benessere del proprio lavoratore e la sua famiglia.

Il *welfare* aziendale italiano sta vivendo una fase di **forte sviluppo**, anche sull'impulso dato dalle leggi di stabilità 2016 e 2017 che hanno previsto **nuovi incentivi** quali la possibilità di convertire attraverso gli accordi sindacali i premi di produttività in servizi di *welfare* con tassazione agevolata (10%) e l'allargamento dell'esenzione IRPEF a una molteplicità di servizi di *welfare* aziendale fruiti in alternativa a premi economici aziendali.

Rispetto all'evoluzione del *welfare* aziendale, l'ultimo Rapporto Censis riporta come dei **17.300 contratti attivi** depositati telematicamente al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a novembre 2019, il **52,7% (9.121)**, prevede misure di *welfare* aziendale, valore in crescita rispetto al 46,1% di novembre 2018.

Figura 1.40. Contratti che prevedono misure di *welfare* aziendale in Italia (valori in percentuale del totale dei contratti attivi), 2016-2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Censis, 2020.



N.B. L'anno precedente si era registrata una stima per il 2019 pari al 51%.

Si registrano dati in miglioramento anche rispetto alla **conoscenza** di tali servizi e i loro benefici: al 2019 il 22,9% dei lavoratori dichiara di essere ben informato rispetto al *welfare* aziendale (+5,3% rispetto all'anno precedente). Tale forma di *welfare* si contraddistingue anche per una condivisa soddisfazione rispetto al proprio obiettivo di migliorare la **qualità della vita del lavoratore**: il 66,1% dei lavoratori che ne beneficiano affermano infatti che il *welfare* aziendale stia contribuendo al miglioramento della qualità della propria vita.

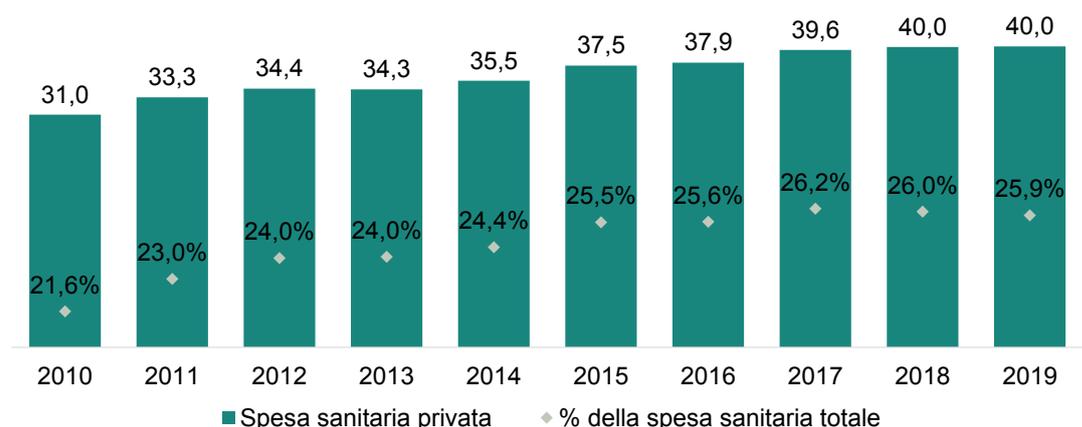
Infine, le **aziende** con almeno un servizio di *welfare* aziendale sono **più di 19.000** e i lavoratori che beneficiano di tali servizi di *welfare* in Italia superano gli **1,7 milioni di persone**. Rispetto alla distribuzione territoriale, il *welfare* aziendale è maggiormente presente al Nord (78% del totale), mentre al Centro raggiunge il 16% e solamente il 6% al Sud. Rispetto alle dimensioni aziendali, il *welfare* aziendale riguarda soprattutto imprese con più di 100 dipendenti e attive nel settore dell'industria (quasi il 46% del totale, seguono i servizi che superano di poco quota 22%).

Sanità

La sanità integrativa fornisce un sostegno molto rilevante alla propria componente del *welfare*: basti considerare che a fronte di una spesa sanitaria totale pari oltre 154,8 miliardi di Euro, quasi il 26% (più di 40 miliardi) è riconducibile al privato. Tale spesa registra inoltre una crescita costante nell'ultimo decennio. Con un CAGR pari al 2,9% migliora infatti sia in valori assoluti che percentuali: se al 2010 raggiungeva circa 31 miliardi di Euro (21,6% della spesa sanitaria totale), al 2019 è pari a c.a. 40 miliardi (25,9%).

Figura 1.41. Spesa sanitaria privata totale e percentuale della spesa privata rispetto alla spesa sanitaria totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2010-2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2020

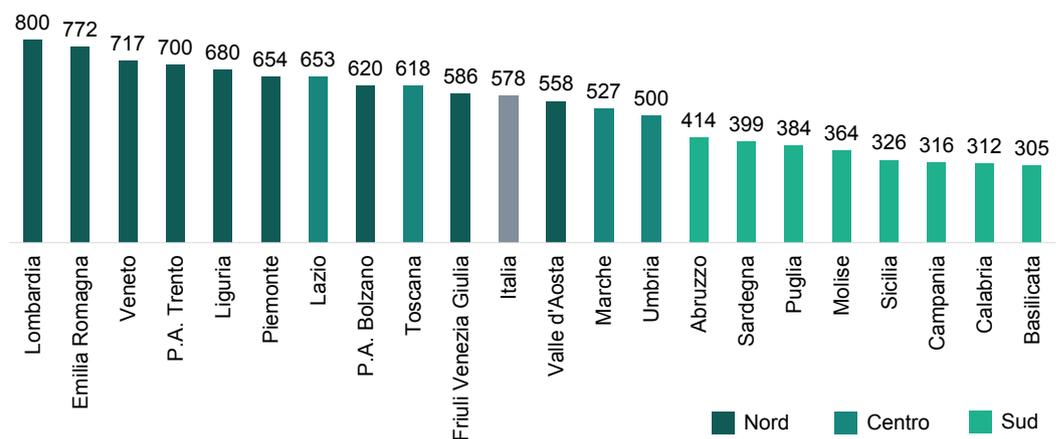


Rispetto alla composizione di tale spesa è importante sottolinearne la suddivisione tra la **componente intermediata da fondi e assicurazioni** e la **spesa out-of-pocket**¹³. Nel sistema italiano, la quota prevalente di spesa privata è finanziata dalle famiglie con modalità out-of-pocket (90% al 2018 vs. 80% in Spagna e Germania, 75% nel Regno Unito e 56% in Francia). Secondo i dati forniti dalla Corte dei Conti, il 7% del totale di tale spesa (c.a. 2,5 miliardi di Euro) è riconducibile a spesa dei cittadini in compartecipazione alla spesa sanitaria, quali i ticket per l'acquisto di farmaci non rimborsati in parte o completamente dal SSN, le spese relative alla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e per altre prestazioni. Nel suo complesso, inoltre, la spesa out-of-pocket si suddivide tra spesa per acquisto di beni (55% del totale, pari a 19,7 miliardi di Euro), in cui ricadono farmaci, occhiali, apparecchi acustici, altri prodotti medicali ecc., e spesa per servizi (45% del totale, pari a 16,2 miliardi di Euro) che è diretta verso odontoiatria, servizi ospedalieri, analisi mediche ed esami radiografici, ecc.

La spesa privata presenta anche delle importanti eterogeneità a livello regionale. Nel 2019 la spesa media italiana, pari a 578 Euro pro-capite, costituisce un punto di demarcazione tra Nord e Sud del Paese. Infatti, tutte le Regioni del Nord Italia a parte la valle d'Aosta si posizionano sopra la media, con il punto massimo della Lombardia (800 Euro pro-capite), mentre tutte le Regioni meridionali hanno una spesa sanitaria privata pro-capite inferiore alla media, con il valore minimo rappresentato dalla Basilicata (305 Euro pro-capite).

Figura 1.42. Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2020.



¹³ Tale spesa è esclusa dal computo della spesa privata totale rappresentata all'inizio della sezione in quanto considerata dall'OECD come un elemento a sé stante.

Anche alla luce del contesto attuale che vede il comparto sanitario al centro del dibattito pubblico per effetto dell'emergenza Covid-19, risulta interessante approfondire ulteriormente, e in maggior dettaglio rispetto a quanto fatto per l'ambito previdenziale e delle politiche sociali, alcune caratteristiche e dinamiche della dimensione privata della sanità. Una **mappatura dei Fondi Sanitari Integrativi (FSI)** oggi esistenti è possibile grazie all'Anagrafe dei Fondi sanitari integrativi, la cui iscrizione è condizione necessaria per ottenere le agevolazioni fiscali previste dalla norma vigente. In particolare, i fondi sanitari integrativi sono sostanzialmente di due tipi:

- **Enti, casse, società di mutuo soccorso** con fine assistenziale che erogano anche prestazioni comprese nei livelli LEA¹⁴, con l'unico vincolo che almeno il 20% degli interventi complessivi risulti extra-LEA;
- **Fondi sanitari integrativi rispetto al Servizio Sanitario Nazionale** che coprono solo le prestazioni extra-LEA.

Dal 2013 al 2017, il numero dei fondi attestati dall'anagrafe è aumentato con un tasso di crescita medio pari al 4% circa, raggiungendo quota **322 fondi** nel 2017. La tipologia enti, casse, società di mutuo soccorso costituisce il 97% del totale dei fondi censiti dall'Anagrafe¹⁵ per un valore complessivo di prestazioni erogate pari a 2,3 miliardi di Euro. Tali fondi nascono principalmente dalla contrattazione nazionale, locale o aziendale, tra le rappresentanze sindacali e datoriali. Sono fondi "chiusi" ai quali possono aderire solo i lavoratori di uno specifico comparto ma generalmente consentono l'inclusione dei familiari.

Parallelamente all'aumento del numero di fondi sanitari, nel periodo 2015-2018, il numero totale degli iscritti è cresciuto **da 7,5 a 10,6 milioni di soggetti** (con un tasso di crescita medio annuo del 18,9%)¹⁶. In particolare, nell'ultimo anno disponibile, il totale dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti) era di 7,7 milioni e il totale dei familiari dei lavoratori (che rientravano quindi come iscritti ai Fondi sanitari) era di 2,1 milioni, mentre il numero dei pensionati e familiari dei pensionati era di 0,7 milioni.

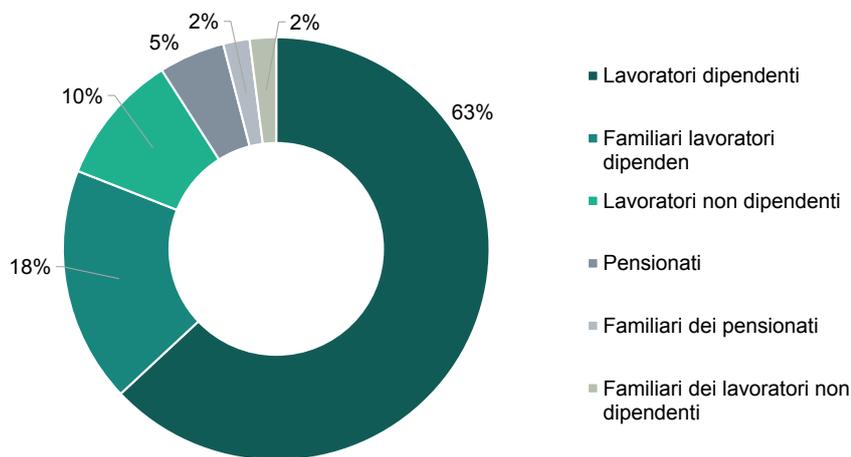
¹⁴ I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza.

¹⁵ La natura giuridica dichiarata dai fondi sanitari attestati nell'anno 2017 è stata prevalentemente del tipo associazione non riconosciuta (267 fondi sanitari su 322), seguita da società di mutuo soccorso (42), associazione riconosciuta (6), fondazione (5) e cooperativa (2).

¹⁶ In diverse analisi, a questi numeri sono aggiunti i 480.000 aderenti al fondo degli artigiani, il milione al Fondo dei Metalmeccanici Metasalute e i dipendenti di molte istituzioni pubbliche comprese università, enti di ricerca, ministeri e 5 regioni che sono stati inseriti in contratti di assistenza integrativa facendo salire il totale degli iscritti a circa 12,5 milioni di persone (si veda ad esempio: Faioli et al., Studi sulla Sanità integrativa e sulla Bilateralità - Assistenza sanitaria integrativa: scenari futuri e possibili sinergie con il sistema sanitario nazionale, 2018).

Figura 1.43. Tipologia degli iscritti ai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2017.

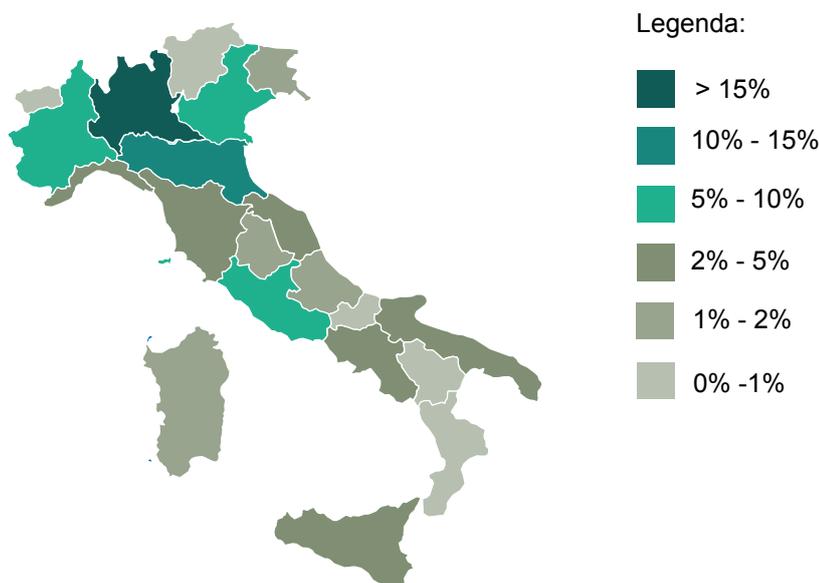
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2020.



Dal punto di vista della distribuzione geografica, si osserva una concentrazione piuttosto elevata in Lombardia, con oltre il 30% del totale dei beneficiari di fondi di sanità integrativa. Una concentrazione significativamente più bassa si riscontra in alcune Regioni del Sud come Calabria, Sardegna e Abruzzo, ma anche in alcune Regioni del Centro come l'Umbria e in due Regioni del Nord (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige). In altri termini, **gran parte dei beneficiari dei fondi sanitari integrativi si concentra nelle Regioni del Centro Nord**, dove più forte è la presenza del SSN e dove si concentrano il maggior numero di imprese, di lavoratori e dove il reddito è mediamente più alto. Questi dati confermano la relazione positiva tra spesa privata e reddito, supportando l'affermazione che i fondi non drenino risorse dal SSN ma, piuttosto, agiscono a complemento laddove i nuovi bisogni di *welfare* vanno di pari passo con una maggiore disponibilità economica.

Figura 1.44. Distribuzione territoriale degli aderenti a fondi di sanità integrativa nelle Regioni italiane (valori in percentuale), 2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati UniSalute, 2020.



Un ulteriore aspetto da considerare riguarda la **natura “sociale” e contrattuale che caratterizza i più grandi fondi sanitari integrativi**. Tra gli oltre 300 fondi iscritti all’anagrafe, infatti, 46 derivano dalla contrattazione nazionale, prevalentemente di settore. Questi 46 fondi raccolgono la maggior parte degli assistiti, oltre 8 milioni di essi sono lavoratori dipendenti. L’adesione contrattuale, spesso di tipo settoriale, spiega la discrepanza visibile nei numeri di aderenti agli FSI e i beneficiari delle prestazioni. Molti lavoratori sono probabilmente titolari di un’adesione formale al FSI attraverso il rinnovo contrattuale, ma non usufruiscono di prestazioni nel corso dell’anno.

Focus: i più grandi fondi sanitari contrattuali, i casi del Fondo Est e di Metasalute

Il Fondo Est e MètaSalute sono due casi interessanti di sviluppo di FSI per via contrattuale perché, oltre alla natura strettamente dimensionale, rappresentano due universi molto differenti. Nel primo caso, infatti, si tratta di un fondo che si rivolge a una tipologia di persone che gode di poca sindacalizzazione, spesso in piccole imprese. MètaSalute, invece, rappresenta un settore come quello dei metalmeccanici che è fortemente sindacalizzato e con imprese mediamente grandi. Entrambi i fondi hanno visto diventare obbligatoria l’adesione delle imprese.

Il **Fondo Est**, istituito nel 2005, è il fondo di assistenza sanitaria integrativa per dipendenti dei CCNL commercio, turismo, servizi e affini. Dal 15 gennaio 2013, tutti i datori di lavoro hanno l’obbligo di iscrivere i propri dipendenti al Fondo Est. L’obbligatorietà dell’iscrizione al Fondo è rivolta solo ed esclusivamente ai dipendenti a tempo indeterminato e agli apprendisti di uno dei seguenti CCNL: Terziario (distribuzione e servizi), Farmacie, Turismo, Ortofrutticoli e agrumari, FruitImprese, Confederazione Italiana dello Sport-Confcommercio imprese per l’Italia, Autoscuole e Pubblici Servizi e Ristorazione collettiva. L’ampiezza del perimetro e la natura obbligatoria hanno fatto sì che oggi siano iscritte al Fondo Est Attualmente risultano iscritte al Fondo circa **210.000 imprese per un totale di quasi 1,5 milioni di lavoratori**.

MètaSalute è il Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa per i lavoratori dell’Industria metalmeccanica e dell’installazione di impianti e per i lavoratori del comparto orafa e argentiera che fino al 2016 contava circa 46.000 iscritti. Con il rinnovo contrattuale settoriale del 2016 è stata sancita l’obbligatorietà dell’adesione che a decorrere dal 1° ottobre 2017 con contribuzione a totale carico dell’azienda con conseguente crescita fino a **38.227 aziende e 1,8 milioni di iscritti** tra i lavoratori e i loro familiari. Le prestazioni erogate dal Fondo nel periodo compreso tra il 1° ottobre 2017 e il 30 settembre 2019 sono state complessivamente 4,8 milioni. Più di 500mila lavoratori hanno usato almeno una volta Metasalute e mediamente questi lavoratori hanno ricevuto dal fondo 5 prestazioni.

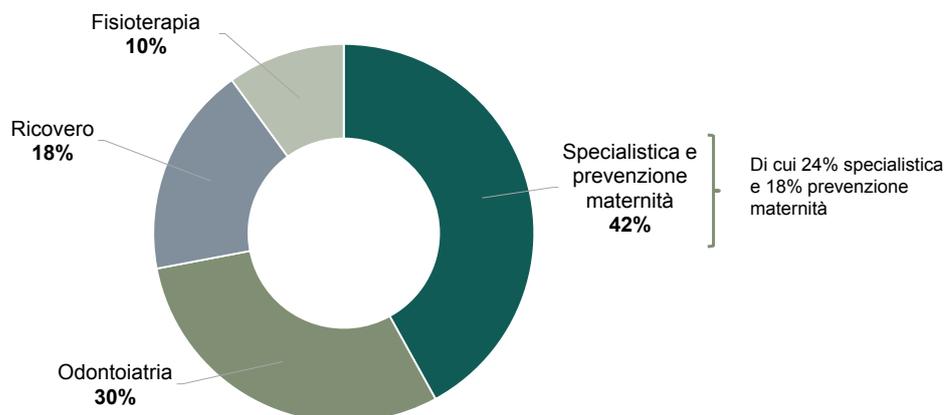
Con riferimento al tipo di prestazioni erogate dai FSI, è utile ricordare come, alla luce della normativa vigente, i FSI possano erogare:

- prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, erogate da professionisti e strutture accreditate;
- prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dall'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;
- prestazioni socio sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

I dati di Unisalute - che rappresenta circa 6 milioni di iscritti ai fondi sanitari integrativi italiani attivati da CCNL - consentono di evidenziare come il 42% sia diretto alla tipologia di spesa specialistica, prevenzione e maternità, il 30% all'odontoiatria, il 18% ai ricoveri e il 10% alla fisioterapia. Il contributo medio incassato dai fondi UniSalute, stabiliti da CCNL, è inferiore ai **150 Euro annui per dipendente**.

Figura 1.45. Spesa intercettata dai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2005-2018.

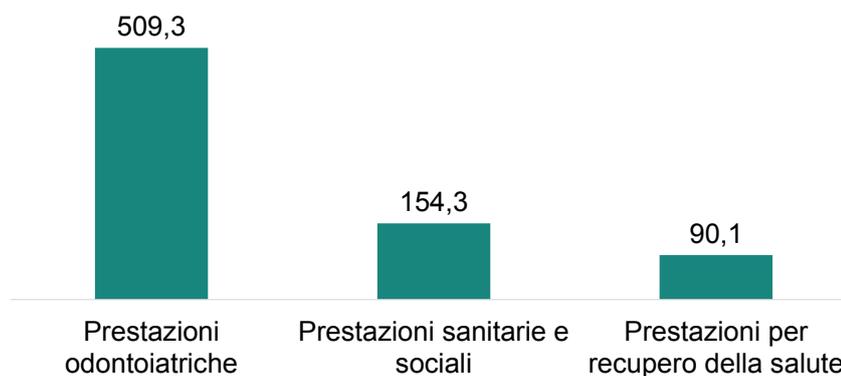
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati UniSalute, 2020.



A questo riguardo, è importante notare che i fondi sanitari integrativi (in particolare la c.d. tipologia ex "non DOC", ovvero Enti, casse, società di mutuo soccorso con fine assistenziale) erogano oggi prestazioni integrative non coperte dai LEA per una **percentuale superiore al minimo di legge fissato nel 20%**. Secondo i dati dell'anagrafe dei Fondi Sanitari, relativi al 2017, il totale delle prestazioni erogate appartenenti a categorie extra-LEA si aggira attorno al 39%. Nel 17% dei casi questa percentuale è superiore al 50%. Le prestazioni erogate - tra quelle extra-LEA - sono principalmente di tipo odontoiatrico (pari a circa il 67% delle prestazioni totali erogate dai fondi iscritti all'anagrafe dei fondi sanitari).

Figura 1.46. Prestazioni extra-LEA erogate dai fondi sanitari integrativi appartenenti alla c.d. tipologia ex "non DOC" (Enti, casse, società di mutuo soccorso con fine assistenziale), (milioni di Euro), 2017.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2020.



I FSI classificati come enti, casse e società di mutuo soccorso devono, infatti, attestare su base annua di aver erogato prestazioni con valore fiscale non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo tra le seguenti categorie:

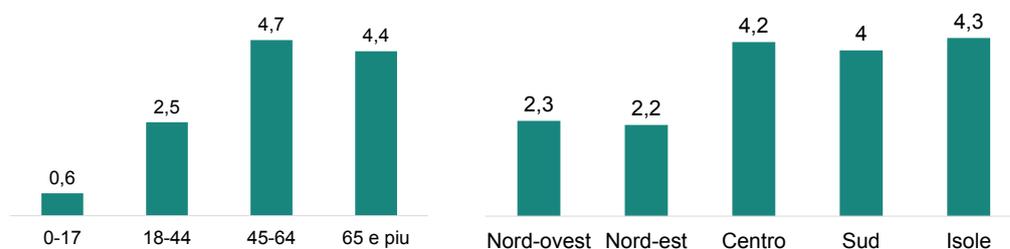
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio;
- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- prestazioni finalizzate al **recupero della salute** di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni di **assistenza odontoiatrica**.

Il resto delle prestazioni erogate dai FSI non si riferisce *in toto* a prestazioni sostitutive ma nella maggioranza dei casi a prestazioni garantite formalmente dai LEA ma che il SSN eroga dopo lunghe liste di attesa. Si nota infatti che, come visibile dal grafico successivo, le rinunce a visite specialistiche sono più alte nel Centro-Sud del Paese dove il ruolo dei fondi sanitari integrativi è più limitato. Per definire i concetti di prestazione integrativa o sostitutiva occorre, infatti, considerare che alcune prestazioni socio-sanitarie oggi definite come extra LEA, e che in quanto tali concorrono al raggiungimento della soglia del 20%, richiederebbero di

essere compresi nei LEA¹⁷ così come molte prestazioni teoricamente sostitutive sono importanti per i cittadini perché coprono gap “temporali” legati alle lunghe liste di attesa. Le incoerenze riguardano anche i FSI “ex-doc” con carattere esclusivamente integrativo ma che possono rimborsare prestazioni rese in regime di *intramoenia* che sono – *de facto* – prestazioni sostitutive del SSN.

Figura 1.47. Rinuncia a visite specialistiche (escluse odontoiatriche) o ad accertamenti specialistici per fasce di età (a sinistra nel grafico) e macro-area geografica (a destra nel grafico), (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche), 2017.

Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2020.



I benefici offerti dai FSI riguardano sia i lavoratori che i datori di lavoro. Per quanto riguarda i lavoratori dipendenti, oltre ad avvalersi del rimborso delle spese sanitarie tramite la cassa di assistenza, possono anche ottenere una detrazione d’imposta del 19% (per l’importo della spesa che eccede 129,11 Euro) delle altre eventuali spese mediche sostenute personalmente. Per gli iscritti ai fondi sanitari – indipendentemente dalla categoria – i contributi versati sono deducibili fino a 3.615,20 Euro a condizione che l’ente sia iscritto all’anagrafe dei fondi¹⁸.

Dal punto di vista del datore di lavoro invece, l’incentivo sta nel fatto che l’importo dei contributi versati alla cassa di assistenza costituisce **costo per lavoro dipendente che l’azienda può dedurre dal reddito d’impresa** calcolato ai fini IRES. Inoltre, i contributi a carico del datore di lavoro versati nella cassa godono di una aliquota contributiva sociale ridotta pari al 10%, devoluti alle gestioni pensionistiche di legge cui sono iscritti i lavoratori.

Il sistema dei FSI ha un costo pubblico inferiore al costo delle stesse prestazioni qualora venissero offerte all’interno del SSN. Infatti, secondo i

¹⁷ Il contributo di MEFOP per l’audizione all’indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (27 febbraio 2019), rileva come il vincolo del 20% è un vincolo fiscale e non equivalga a un vincolo giuridico (limite minimo) di interattività. In particolare, alla luce dell’ampiezza delle prestazioni riconducibili alla categoria delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria è particolarmente complesso separare prestazioni LEA da extra-LEA.

¹⁸ In particolare, chiunque si iscriva ai fondi di tipo “ex Doc” ha diritto di portare in deduzione il contributo versato nel massimo di 3.615,20 Euro. Il *plafond* è unico e complessivo anche per i contributi versati a favore dei familiari a carico (ex art. 12 TUIR). I lavoratori dipendenti che aderiscano collettivamente ad un fondo di tipo “ex non-Doc” possono dedurre dal reddito i contributi versati nel limite di 3.615,20 Euro. I lavoratori autonomi e i liberi professionisti che si iscrivano ai fondi sanitari non godono, invece, della deducibilità per quest’ultimo tipo di fondo perché l’Agenzia delle Entrate ha stabilito che i contributi versati in questi fondi non siano deducibili dal reddito complessivo, ma solo dal reddito lavoro dipendente.

dati dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari, le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari per i quali vige il principio della deducibilità dal reddito per i contributi versati per l'iscrizione ai Fondi, ammontano a 2,32 miliardi di Euro (anno di attestazione 2017).

Secondo i dati forniti dall'Agenzia delle Entrate¹⁹, nello stesso anno sono state avanzate circa 6,6 milioni di **richieste di deducibilità per un totale di 2,0 miliardi di Euro** di contributi. Il costo, in termini di mancato gettito per le casse dello Stato, va quindi calcolato sull'aliquota prevista dalla tassazione IRPEF sui 2 miliardi di Euro di contributi, inferiore all'ammontare di prestazioni erogate. Secondo gli stessi dati dell'Agenzia delle Entrate mediamente il 44% dei contribuenti si colloca al di sotto della fascia di reddito dei 15.000 Euro, ovvero all'interno dello scaglione IRPEF del 23%. **Il mancato gettito si può quindi stimare in circa 600 milioni di Euro**²⁰. In altri termini, i fondi sanitari erogano un valore di prestazioni superiore al costo a carico delle finanze pubbliche. Anche dirottando sul SSN i fondi del mancato gettito, un importo che aumenterebbe dello 0,5% il totale del fondo sanitario nazionale, **servirebbero circa 1,5 miliardi di Euro per garantire l'erogazione dello stesso numero di prestazioni** che oggi transita attraverso il sistema dei FSI.

Senza l'intermediazione dei FSI lo Stato dovrebbe aumentare la propria spesa per garantire lo stesso ammontare di prestazioni che sono erogate oggi e i cui costi, per la componente dei FSI, sono supportati dagli aderenti ai fondi stessi. Inoltre, è utile ricordare che - a differenza della spesa *out-of-pocket* - **la spesa intermediata da FSI prevede che tutte le prestazioni siano soggette alle imposte dirette e indirette**. Un tema che è di particolare rilievo in un Paese in cui l'IVA non riscossa ammonta nel 2017 a circa 37 miliardi di Euro - il valore più alto nella UE28 - e l'economia sommersa a circa 190 miliardi di Euro, di cui il 10,4% riconducibile ai servizi alle persone che, per molti aspetti, ricadono nelle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria garantite dai FSI.

¹⁹ Fonte: Agenzia delle Entrate, "Documentazione per l'audizione all'indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale", 6 febbraio 2019.

²⁰ Fonte: Itinerari Previdenziali, "Documentazione per l'audizione all'indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale", 12 giugno 2019.

2

IL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO ALLA LUCE DELL'EMERGENZA COVID-19

Alla luce dell'evoluzione sanitaria della pandemia COVID-19, il 2020 è contrassegnato da **impatti socio-economici senza precedenti** con una crisi economica che si è velocemente trasformata in una crisi sociale. Si stima che la contrazione del Prodotto Interno Lordo dei maggiori Paesi europei registrerà a fine anno percentuali ben peggiori rispetto a quanto avvenuto con la crisi finanziaria del 2008.

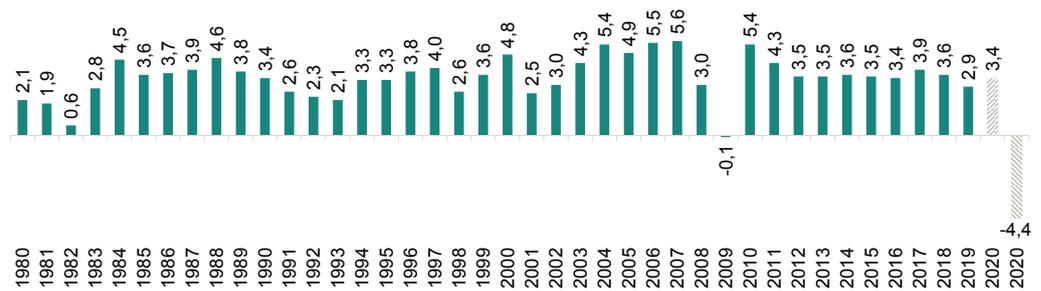
In questo contesto, il sistema di *welfare* così come è stato delineato nel precedente capitolo è sottoposto a degli *stress* senza precedenti, dapprima nella sua componente **sanitaria**, ma ben presto anche rispetto alle **politiche sociali**. Nel medio periodo anche la **previdenza** sarà sottoposta a una condizione di sempre maggiore precarietà, aggravata anche da una necessità di raggiungere una sostenibilità economica sempre più incerta alla luce dei nuovi bisogni scaturiti dal COVID-19 e dalla contrazione dei contributi versati che si manifesterà come conseguenza dei posti di lavoro persi.

In questo contesto, il *welfare* si dimostra quindi uno strumento fondamentale di *mitigation* a **protezione dei cittadini** e gli impatti sulle sue componenti saranno molto rilevanti. Alla luce di questa funzione di *mitigation* nel picco della crisi, il Governo italiano ha mobilitato risorse ingenti, sostenute anche da un supporto economico dell'**Unione Europea** che non ha precedenti e che ha innescato un rinnovato momento di integrazione soprattutto grazie ai fondi del cosiddetto *Recovery Plan*.

LA PANDEMIA COVID-19 E I SUOI IMPATTI SOCIO-ECONOMICI: LA FOTOGRAFIA INTERNAZIONALE ED ITALIANA

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia COVID-19, così come delineata in apertura del precedente Capitolo, si è velocemente trasformata in una **crisi socio-economica** senza precedenti. L'*Economic Outlook* del Fondo Monetario Internazionale prevede a ottobre 2020 uno scenario *baseline* con un **crollo del PIL** mondiale per l'anno in corso del 4,4% rispetto a un aumento del 3,4% stimato prima dell'emergenza COVID-19²¹: per dare un dimensionamento di questa previsione basti dire che si tratta del peggior calo dell'economia globale negli ultimi 40 anni.

Figura 2.1. Tasso di crescita reale del PIL globale (variazione percentuale), 1980-2020^e.



Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati IMF, 2020.

In un contesto di forte incertezza, le stime dei principali Istituti sono costantemente riviste e, per la prima volta in assoluto, le previsioni economiche riportate sono condizionali rispetto alla capacità dei diversi Paesi nel gestire un fattore non prettamente economico quale la diffusione di un virus.

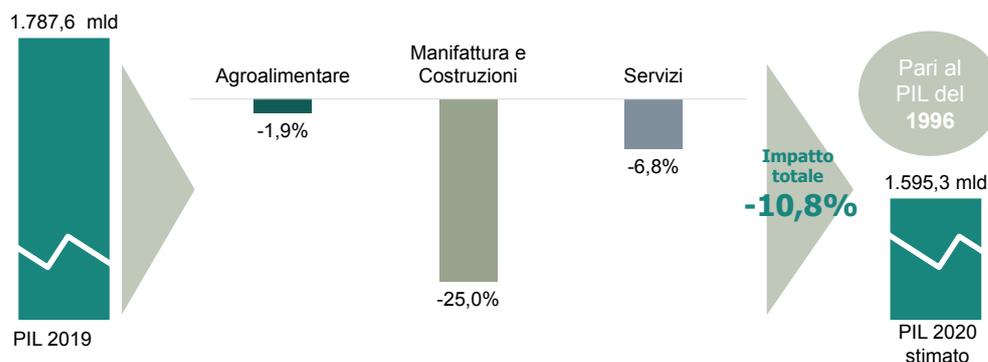
La stima aggiornata a settembre dall'OECD²² riporta per il nostro Paese un calo del -10,5%, vicino a quello previsto dal modello elaborato da The European House - Ambrosetti, la cui previsione si attesta su un calo del -10,8% con ritorno del PIL italiano vicino ai valori assoluti registrati nel 1996.

²¹ L'*Economic Outlook* del Fondo Monetario Internazionale è stato rivisto più volte: se il *forecast* al 2020 di ottobre prevede un calo del PIL globale al -4,4%, la stima è in miglioramento di 0,8 p.p. rispetto alla stima di giugno, ma -1,1 p.p. rispetto ad aprile. La stima per l'Italia è stata coerentemente rivista al -10,6%, 2,2 p.p. meglio rispetto a giugno, ma -1,5 p.p. peggio rispetto ad aprile.

²² I dati rilasciati a giugno dall'OECD prevedevano un doppio scenario, condizionale all'evolvere della pandemia. Le stime del calo del PIL globale erano pari al -6,0% nel caso di un efficace contenimento della diffusione del COVID-19 in autunno, ma di un -7,6% nell'eventualità di una seconda ondata. Per l'Italia si stimava un crollo del PIL pari al -11,3% nello scenario con una sola ondata epidemica e del -14,0% nel caso di un ritorno dell'emergenza sanitaria.

Figura 2.2. Previsione The European House - Ambrosetti del Valore Aggiunto per l'Italia nel 2020, ripartito per settore (valore in milioni di Euro e variazione percentuale), 2019-2020^e.

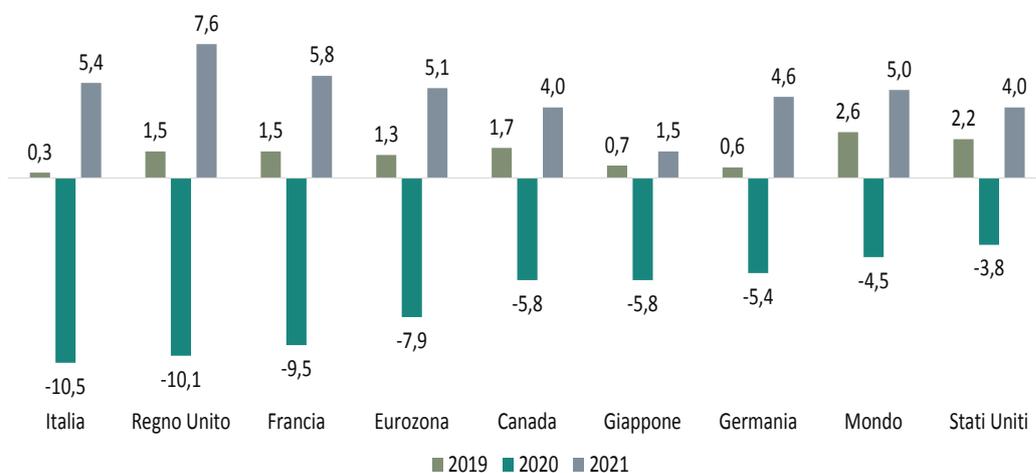
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.



Un ulteriore elemento di attenzione riguarda il possibile “rimbalzo” stimato per il 2021: sebbene la crescita italiana al 2021 sia prevista essere più alta della media dell'Eurozona (+5,4% vs. +5,1%), l'Italia subirà un calo maggiore nel 2020 e pertanto il valore italiano nel 2021 risulterà comunque minore rispetto a quello di *competitor* principali quali Regno Unito (+7,6%) e Francia (5,8%), entrambi con una minor caduta del PIL al 2020. Infine, sempre rispetto all'Italia, le stime di ottobre del Fondo Monetario Internazionale prevedono, in maniera analoga, un calo del PIL del -10,6% (vs. -8,3% nell'Area Euro) e una ripresa al 2021 con un +5,2% (lo stesso valore dell'Area Euro).

Figura 2.3. Previsione a settembre 2020 della variazione percentuale del Prodotto Interno Lordo (percentuale), 2020^e.

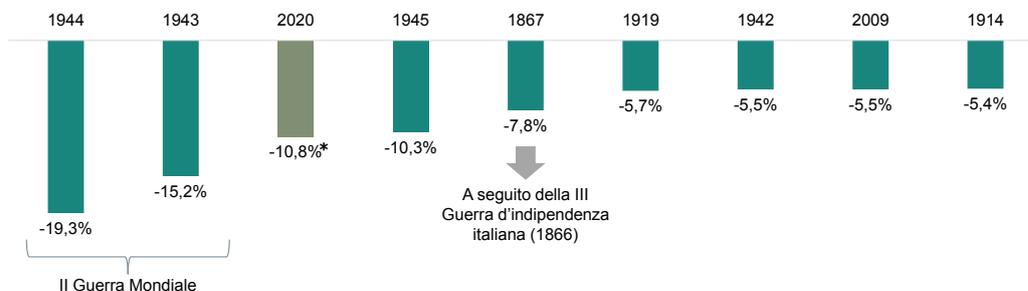
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2020.



Indipendentemente dal dato puntuale stimato rispetto al calo del PIL al 2020, è evidente come la rilevanza di tale diminuzione sia senza precedenti. Il 2020 rischia infatti di essere il terzo peggior anno per l'Italia da oltre 150 anni, in un contesto in cui la situazione potrebbe peggiorare ulteriormente a seconda dell'evolvere dell'emergenza sanitaria.

Figura 2.4. Variazioni annuali del PIL a prezzi costanti (valori percentuali, prezzi costanti), 1861-2020^e.

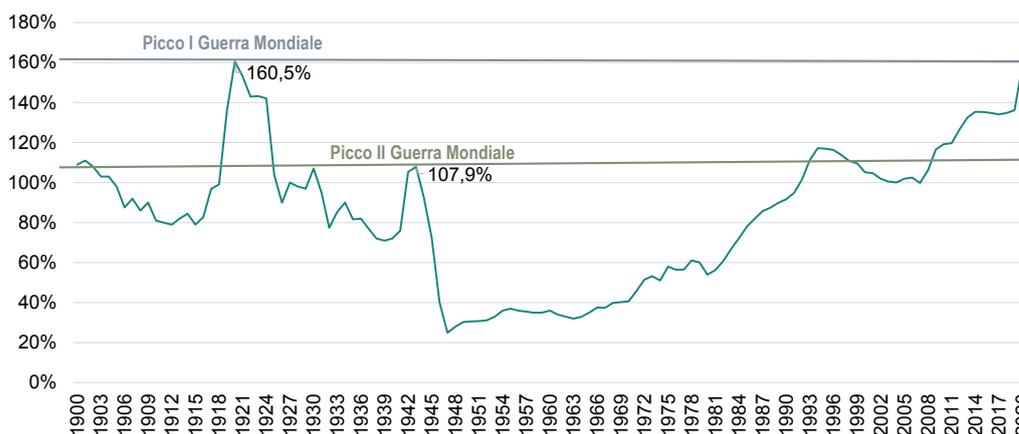
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020. (*) Stime The European House - Ambrosetti.



A fronte di una crescente necessità di spesa e un elevato debito pubblico pregresso, il rapporto debito/PIL italiano potrebbe raggiungere livelli da "economia di guerra": l'Italia ha già superato il picco della II Guerra Mondiale (107,9%), mentre nel 2020 si potrebbe sfiorare il livello della I Guerra Mondiale (160,5%). Se il modello di The European House - Ambrosetti aveva stimato un rapporto debito/PIL intorno al 158,9%, il Governo ha previsto nella NADEF²³ il raggiungimento del 158,0%.

Figura 2.5. Rapporto debito/PIL (percentuale), 1900-2020^e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Banca d'Italia, 2020.



A fronte degli impatti sul PIL evidenziati fino ad ora, le ricadute occupazionali sono altrettanto significative. Infatti, nei primi 6 mesi del 2020 sono già stati persi oltre **800 mila posti di lavoro** rispetto allo stesso periodo del 2019, di cui 677 mila a tempo determinato (80%), 416 mila nella fascia tra 15 e 34 anni (50%), il 44% al Nord, il 17% al Centro e il 39% al Sud. Osservando il seguente grafico è facilmente individuabile come il numero di occupati in Italia sia sceso a 22,7 milioni di persone, partendo da un valore precedente all'emergenza pandemica superiore ai 23,5 milioni.

²³ Nota di aggiornamento al DEF, il Documento di Economia e Finanza.

Figura 2.6. Numero di occupati tra 15 e 64 anni in Italia (valori in migliaia), 2004-2020*.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020

(* Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).



Rispetto alla disoccupazione è importante anche sottolineare come durante i mesi successivi alla diffusione del COVID-19, l'Italia abbia anche registrato una situazione "paradossale", in cui all'aggravarsi dell'emergenza economica il numero dei disoccupati risultava essere in diminuzione (da oltre 2,5 milioni pre-COVID a circa 1,9 a giugno 2020).

Figura 2.7. Disoccupati tra 15 e 64 anni in Italia (valori in migliaia), 2004-2020*.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020.

(* Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).



Tale valore è, però, da leggere associato al numero di persone inattive²⁴, rappresentato da coloro che non hanno un'occupazione né sono alla ricerca di lavoro. Se tale porzione della popolazione nel periodo

²⁴ Il tasso di occupazione misura l'incidenza della popolazione che ha un'occupazione sul totale della popolazione residente in un Paese, mentre il tasso di disoccupazione misura l'incidenza di chi cerca un lavoro (da cui sono, di default, esclusi gli inattivi che non cercano lavoro) sul totale della forza lavoro. Una corretta analisi dei livelli occupazionali non può, pertanto, prescindere dal considerare congiuntamente questi due aspetti.

antecedente alla crisi COVID-19 era pari a circa 13,1 milioni di persone, il valore è salito a giugno 2020 a quasi 14,4 milioni a testimonianza del fatto che con il *lockdown* un numero significativo di persone ha rinunciato alla ricerca di un posto di lavoro.

Figura 2.8. Inattivi tra 15 e 64 anni in Italia (valori in migliaia), 2004-2020*.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020.

(*) Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).



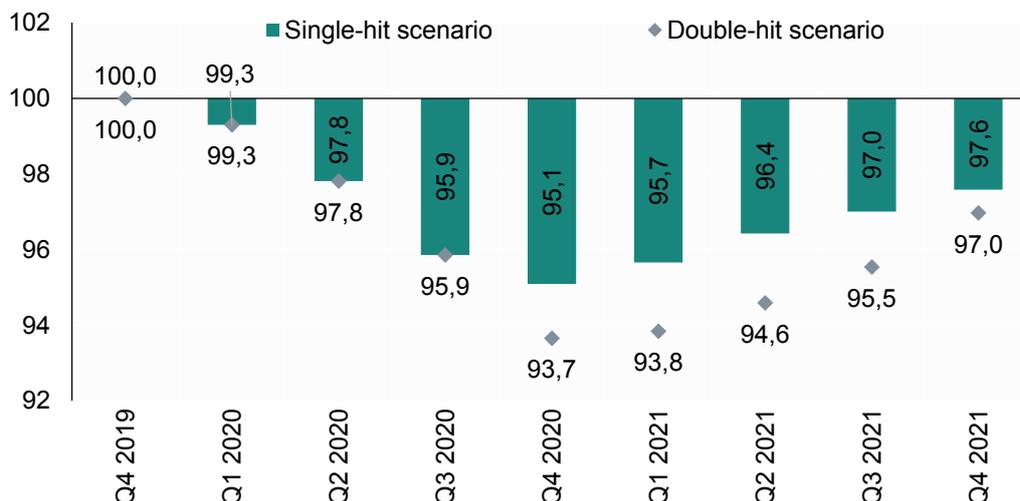
Con riferimento alle stime riguardanti l'impatto totale al 2020 sull'occupazione - nonostante il divieto di licenziamento introdotto dal Governo durante la pandemia e successivamente prorogato insieme all'estensione della Cassa Integrazione che può essere richiesta con causale COVID-19 - le previsioni OECD per l'Italia riportano un calo stimato di **1,15 milioni di posti di lavoro** nell'ipotesi di una singola ondata epidemologica (*single-hit scenario*), con possibilità di salire fino a **1,48 milioni** nel caso di una seconda ondata di contagi in autunno (*double-hit scenario*), che ad ottobre 2020 sembra essere più probabile. In entrambi gli scenari i posti di lavoro recuperati nel 2021 sono circa la metà del totale.²⁵

²⁵ Questi temi sono stati approfonditi dal Dott. Scarpetta nel webinar di "Welfare, Italia" "Il presente e il futuro delle politiche sociali nel nuovo scenario: principali azioni e misure dei Paesi OECD", 10 luglio 2020. Il webinar è consultabile sul sito del Think Tank "Welfare, Italia" al seguente link: <https://welfareitalia.ambrosetti.eu/meetings/index>.

Figura 2.9. Variazione dell'occupazione totale italiana in due scenari alternativi* (variazione percentuale), 2019-2021e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD), 2020.

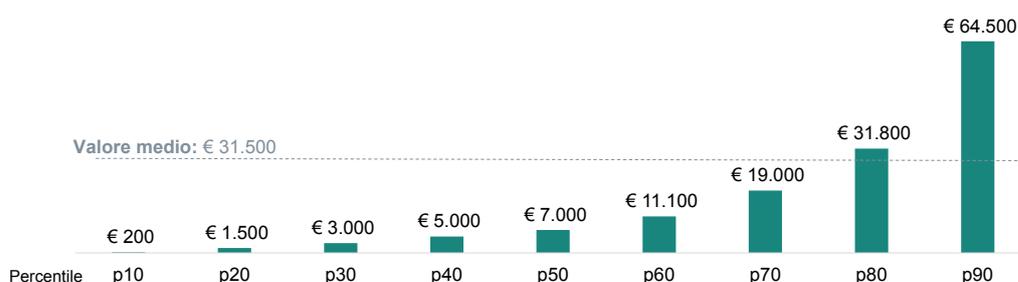
(*) Single-hit: pandemia sotto controllo fino alla fine dell'anno; double-hit: ritorno di una diffusione incontrollata nell'autunno 2020.



A fronte degli impatti economici stanno aumentando anche i bisogni di protezione da parte dei cittadini, elemento che si inserisce in un contesto in cui buona parte della popolazione non ha a disposizione beni facilmente liquidabili (*asset* finanziari, come i depositi bancari, ecc.) a cui poter ricorrere rapidamente in momenti di difficoltà. Il 10% degli italiani possiede, infatti, meno di 200 Euro in *asset* finanziari distribuiti in maniera molto diseguale nel nostro Paese: più di **8 famiglie su 10 si trovano al di sotto della media nazionale** in termini di valore degli *asset* facilmente liquidabili (31.500 Euro) e i primi 2 decili di famiglie si trovano ad avere a disposizione meno di 2.000 Euro.

Figura 2.10. Valore totale degli *asset* finanziari delle famiglie italiane distribuito per percentile (Euro), 2017.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Household Finance and Consumption Survey, 2020.



Di conseguenza, la pandemia rischia concretamente di esacerbare le **disuguaglianze** presenti sul territorio nazionale. Se in una scala da 0 (massima uguaglianza) a 1 (massima disuguaglianza), l'indice di Gini nel 2017 registrava in Italia un valore pari a 0,33 (vs. 0,28 in Svezia e 0,29 in Germania e Francia), la Banca d'Italia ha riportato nella propria relazione annuale come per le famiglie con i redditi più bassi (il quinto più basso della distribuzione prima dell'emergenza sanitaria) la **riduzione del**

reddito durante il lockdown sia stata due volte più ampia di quella subita dalle famiglie con i redditi più alti (appartenenti al quinto più elevato). Sempre a causa della pandemia nel primo trimestre dell'anno, per i nuclei con capofamiglia di età inferiore ai 64 anni e in cui non si percepiscono redditi da pensione l'indice di Gini è aumentato di circa 2 punti percentuali, toccando il valore massimo dal 2009 (anno di inizio della serie storica utilizzata).

Considerando che il paniere di beni e servizi necessari a ciascuna famiglia per il proprio basilare sostentamento mensile è di circa 1.100 Euro, **la metà delle famiglie italiane non sarebbe in grado di autosostenersi per più di 5 mesi** in assenza di un'integrazione e dovendo fare leva esclusivamente sui propri asset liquidabili. Una simile considerazione pone serie preoccupazioni relative alla diffusione della povertà assoluta. I dati rilasciati da Istat a giugno 2020 riportano come nel 2019, dopo 4 anni di continui aumenti, si fosse finalmente arrestata la crescita del numero di famiglie in povertà assoluta (c.a. 1,7 milioni, con un'incidenza sul totale delle famiglie italiane del 6,4%, vs. 7,0% nel 2018) con una differenziazione molto marcata tra le aree geografiche del Paese.

Figura 2.11. Stima regionale delle persone in povertà assoluta e incidenza (migliaia e percentuale), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.

Legenda incidenza:

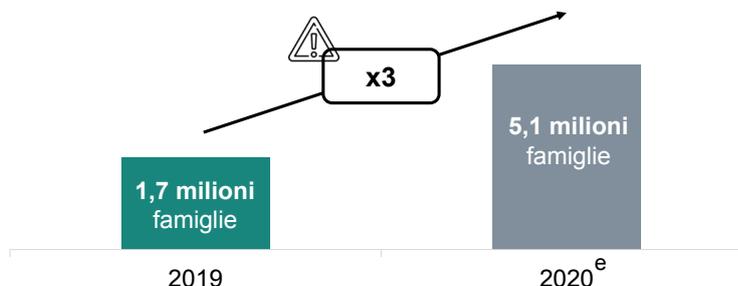
- 5,0% – 6,5%
- 6,5% – 8,0%
- 8,0% - 9,5%
- > 9,5%



In questo contesto, l'assenza di un intervento da parte dello Stato comporta il rischio di **aumentare il numero di famiglie in questa condizione di fragilità di circa 3 volte**. I minori, inoltre, sono tra le fasce della popolazione più a rischio: si stima infatti che i minori in povertà assoluta potrebbero aumentare anche dell'80%.

Figura 2.12. Famiglie in povertà assoluta in Italia (milioni), 2019-2020^e.

Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, Eurostat e Household Finance and Consumption Survey, 2020.

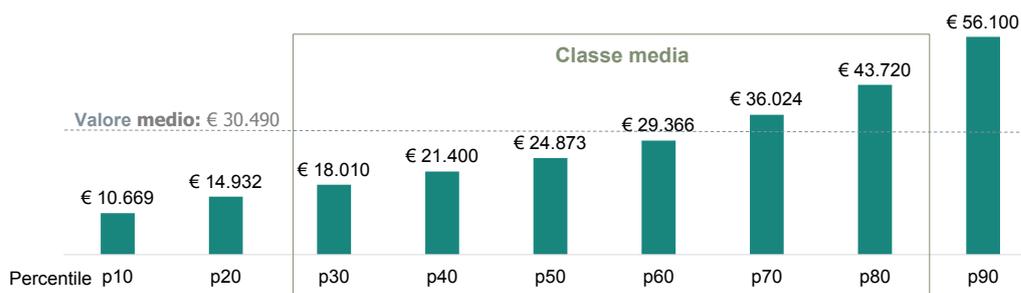


Le fasce più vulnerabili saranno influenzate anche dalla crisi in seguito al COVID-19 che riguarda il **Terzo Settore**²⁶, attore essenziale nel sostegno della popolazione più in difficoltà. Tale settore vive di volontariato, convenzioni pubbliche (sempre più marginali a causa dei tagli degli ultimi anni) e donazioni, che durante l'emergenza COVID-19 si sono concentrate soprattutto sulle carenze del nostro sistema sanitario (aumentando del 30%). Mentre le donazioni verso il sistema sanitario sono incrementate, quelle per le altre realtà del Terzo Settore hanno subito una riduzione drammatica che ha determinato la **chiusura di circa il 10% delle associazioni**. A causa di simili impatti sul Terzo Settore, le fasce più vulnerabili della popolazione saranno sempre più in difficoltà, private di un ulteriore elemento di sostegno in un momento di tale emergenza.

Anche la classe media sarà particolarmente colpita dalla crisi in atto: senza un intervento da parte dello Stato, la pandemia potrebbe **determinare uno spostamento di oltre 1,6 milioni di famiglie** (9,9% del totale della classe media) **dalla classe media alla povertà** e generare una perdita di reddito disponibile netto per tale classe di oltre 23,4 miliardi di Euro.

Figura 2.13. Valore medio dei redditi netti disponibili delle famiglie italiane distribuito per percentile e sezioni rappresentanti la classe media (Euro), 2017.

Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Banca d'Italia, 2020.

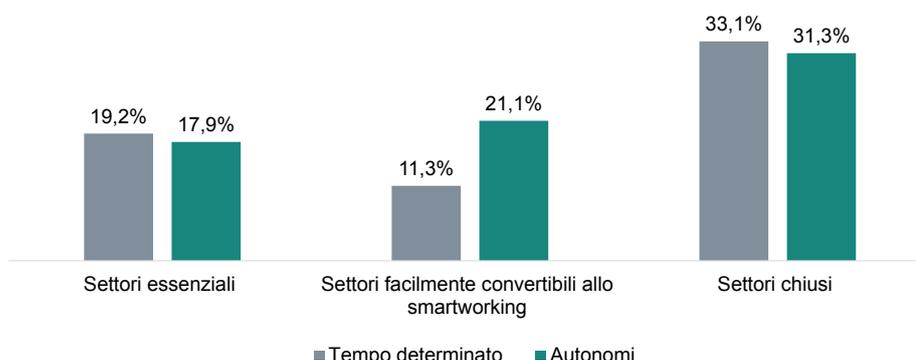


²⁶ Questi temi sono stati approfonditi dal Presidente Guzzetti nel webinar organizzato da "Welfare, Italia", "Il nuovo welfare di comunità e l'alleanza tra pubblico, privato e no-profit nel contesto emergenziale attuale", 17 giugno 2020. Il webinar è consultabile sul sito del Think Tank "Welfare, Italia" al seguente link: <https://welfareitalia.ambrosetti.eu/meetings/index>.

All'interno di questo scenario le misure associate al periodo di *lockdown* hanno avuto un impatto particolarmente elevato, soprattutto per le fasce di popolazione maggiormente precarie e con i redditi più bassi. I settori che hanno subito una chiusura forzata sono infatti rappresentati da una maggiore quota di lavoratori a tempo determinato e autonomi rispetto ai settori facilmente convertibili allo *smartworking* o rimasti aperti in quanto essenziali (figura 2.14). Dal punto di vista della distribuzione del reddito, inoltre, fatto 100 il salario medio degli italiani, i settori chiusi hanno in media un salario indicizzato pari a 25,6, i settori essenziali hanno un salario doppio (53,6) e i settori facilmente convertibili allo *smartworking* hanno un salario medio quasi 3 volte più alto rispetto ai settori chiusi (72,5). In sintesi, **la chiusura delle attività economiche per fronteggiare l'emergenza sanitaria impatta in primis le categorie con redditi inferiori**. Tale considerazione è particolarmente rilevante per i mesi a venire: sebbene la fase più acuta dell'emergenza sia alle spalle, l'arrivo di una seconda ondata potrebbe richiedere nuove misure di *lockdown* almeno per alcuni specifici territori.

Figura 2.14.
Distribuzione delle condizioni occupazionali degli italiani per settore sottoposto a misure restrittive (percentuale).

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea, 2020.



2.2

LA CENTRALITÀ DEL WELFARE NAZIONALE COME STRUMENTO DI MITIGATION E COESIONE ALLA PROVA DEL COVID-19

A fronte degli impatti legati alla diffusione della pandemia, sono aumentati i bisogni di protezione da parte dei cittadini, determinando crescenti tensioni su tutte le componenti del *welfare* e rendendo ancor più prioritaria l'ottimizzazione delle capacità di risposta del sistema. La diffusione del COVID-19 può essere identificata come uno *shock* esogeno, capace di generare innumerevoli impatti sul sistema socio-economico e di accrescere l'urgenza di bisogni, quali la necessità di assistenza sanitaria, il sostegno al reddito e la protezione della continuità lavorativa. In questo contesto, il ruolo del sistema di *welfare* è più centrale che mai, in quanto si prefigura come un fondamentale **strumento di mitigation** degli impatti della pandemia a protezione dei cittadini.

Il sistema di *welfare* è posto a sua volta sotto una condizione di forte *stress*, sia a causa delle crescenti richieste dei cittadini che dei **problemi di sostenibilità finanziaria complessiva del nostro Paese** acuiti dalle diverse sfide demografiche, intergenerazionali e di *gender gap* delineate nel Capitolo 1. Pur con tempistiche differenziate, i nuovi bisogni dei cittadini sono molteplici e lo *stress* sul sistema di *welfare* è diffuso in tutte le sue componenti. Nell'immediato è la sanità ad essere l'area più colpita. Nel breve-medio termine è necessario invece rafforzare le politiche sociali per proteggere la **continuità lavorativa** e tenere conto dell'aumento della **disoccupazione** e del probabile **impoverimento** di una significativa parte della popolazione. Nel medio-lungo termine, inoltre, anche la previdenza sarà messa sotto pressione dalle nuove priorità imposte dalla diffusione della pandemia. La diminuzione della disponibilità di risorse legata alla minore occupazione, ad esempio, comporterà una **riduzione dei fondi raccolti in forme previdenziali integrative** e, di conseguenza, vi è la possibilità che, in un sistema come quello del nostro Paese, anche gli importi delle pensioni previsti, a maturazione dei diritti, subiscano un contraccolpo negativo.

Figura 2.15. Schema riassuntivo della centralità del sistema di *welfare* nel mitigare gli impatti di uno shock esogeno come la pandemia COVID-19.



Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti, 2020.

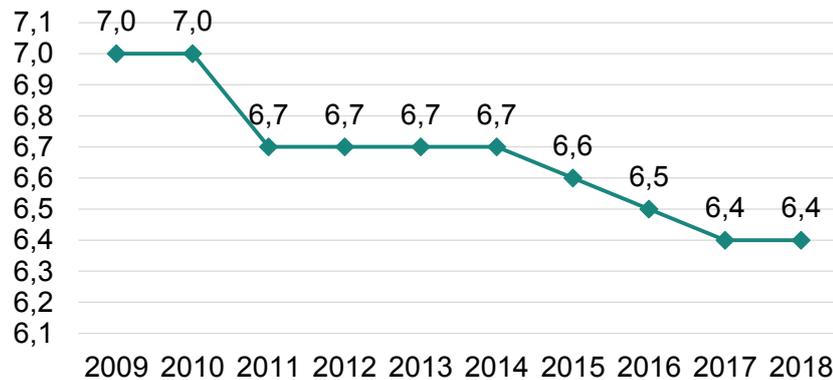
Analizzando in primo luogo la componente sanitaria, la diffusione del virus ha generato un'immediata pressione sulle strutture e il personale sanitario, in un contesto in cui il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stato indebolito negli anni a causa di **tagli** - o per meglio dire da **mancati aumenti** che invece erano stati previsti nei vari documenti di programmazione finanziaria - della spesa, blocco del *turnover* e limitati investimenti in innovazioni tecnologiche e manutenzione degli edifici²⁷.

²⁷ Questi temi sono stati approfonditi dal Professor Ricciardi nel webinar di "Welfare, Italia" "Il futuro delle politiche sanitarie in Italia e in Europa", 15 maggio 2020. Il webinar è consultabile sul sito del Think Tank "Welfare, Italia" al seguente link: <https://welfareitalia.ambrosetti.eu/meetings/index>.

Basti pensare che prima dell'emergenza pandemica i posti letto in terapia intensiva in Italia erano poco più di 5mila - pari a 0,8 ogni 10mila abitanti (vs. 3,4 in Germania) - e che la spesa pubblica sanitaria italiana in precedenza all'emergenza COVID-19 era a pari al 6,4% del PIL (vs. 8,4% in media nell'Eurozona) e si contestualizzava in un *trend* decennale di continui cali (figura 2.16).

Figura 2.16. Spesa sanitaria italiana (percentuale del PIL), 2009-2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, su dati Eurostat 2020.



La pandemia, inoltre, si è abbattuta su un SSN particolarmente frammentato, caratterizzato da rilevanti **disomogeneità regionali**, che si sono viste anche nella gestione della prima emergenza. In questo senso è particolarmente esemplificativo il confronto tra Lombardia e Veneto, le due aree del Paese che sono state interessate per prime dai contagi iniziali e dall'introduzione delle aree rosse. A circa un mese dall'introduzione del *lockdown* su tutto il territorio nazionale (10 marzo 2020) la Regione Veneto aveva effettuato più di 5.300 tamponi ogni 100mila abitanti, mentre la Regione Lombardia c.a. 2.700. Inoltre, se in Lombardia sono stati particolarmente sovraccaricati gli ospedali, in Veneto è stata posta una maggiore enfasi sulla diagnosi e la cura a domicilio²⁸.

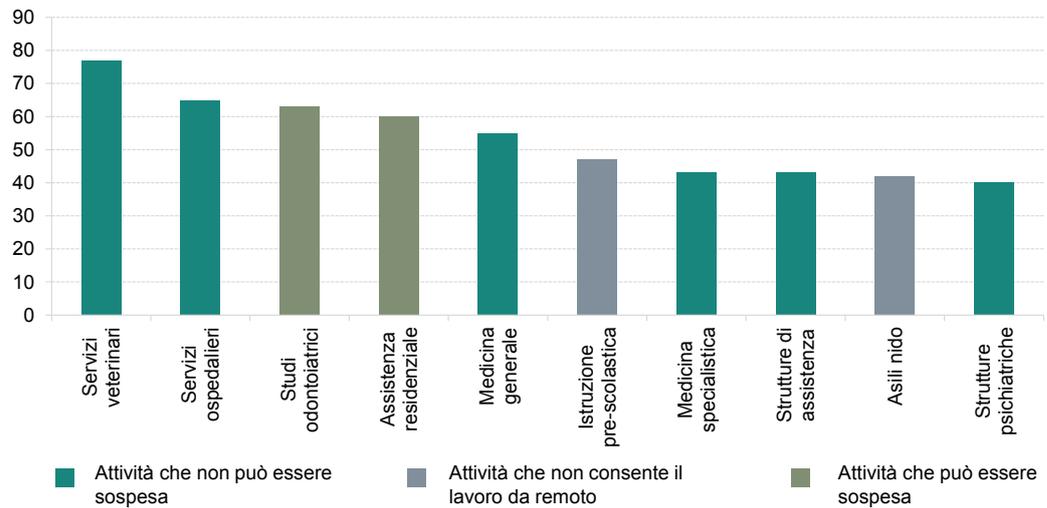
In questo conteso, gli operatori sanitari sono tra le **figure professionali più esposte** al rischio di infezioni. Un'indagine INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche) mostra, infatti, come i primi 10 settori economici per esposizione a malattie o infezioni riguardino, nella maggior parte dei casi, i servizi medico-sanitari.

—

²⁸ Pisano, Sadun, e Zanini, "Lessons from Italy's Response to Coronavirus", Harvard Business Review, 2020.

Figura 2.17. Primi 10 settori economici per esposizione a malattie e infezioni in Italia (valore indice, 0=min, 100=max).

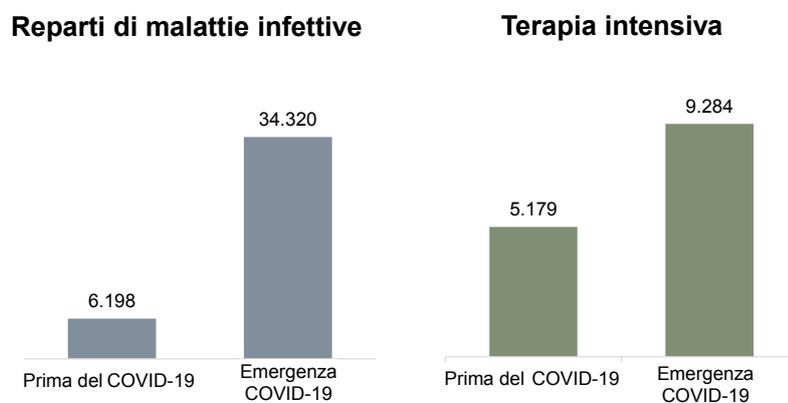
Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati INAPP, 2020.



Nella fase emergenziale la sanità ha subito uno **"stress test" immediato**, che ha determinato una domanda senza precedenti di **strumenti sanitari** quali le terapie intensive, raddoppiate in soli due mesi (figura 2.18). In questo contesto emerge però come il nostro Paese risulti ancora in difficoltà: a inizio ottobre solo Veneto, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta risultano ben equipaggiate per affrontare una seconda ondata COVID-19, con una **dotazione di letti in terapia intensiva** che supera i 14 posti ogni 100 mila abitanti, soglia di sicurezza fissata dal Governo a maggio 2020 quando si decise di stanziare circa 1,3 miliardi di Euro per potenziare i reparti a supporto dei malati più gravi. Veneto (con 16,8 letti ogni 100mila abitanti), Valle d'Aosta (15,9) e Friuli (14,4) sono seguite da situazioni intermedie rappresentate da Regioni quali il Lazio (12,7), l'Emilia-Romagna (11,5) e la Toscana (11,1), ma sono particolarmente lontane rispetto a Regioni quali la Campania (solo 7,3), l'Umbria (7,9) e le Marche (8,3).

Figura 2.18. Posti letto nei reparti di malattie infettive (numero, sinistra) e posti letto in terapia intensiva in Italia (numero, destra), 2020.

Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute e fonti varie, 2020.

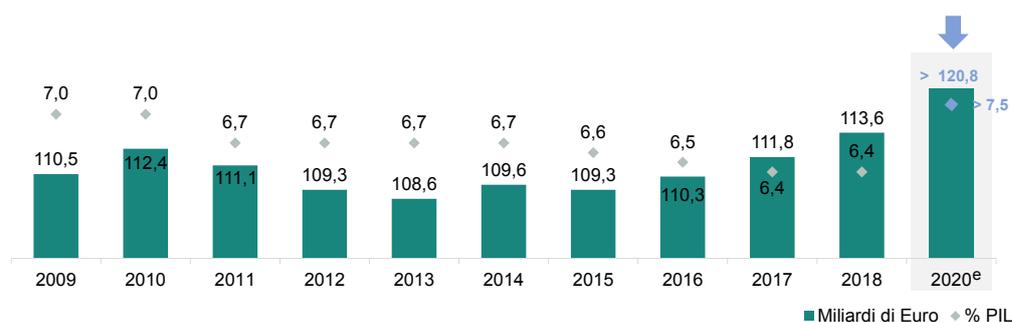


Si stima che il COVID-19 abbia generato un sovraccarico di costi per la sanità quantificabile in **1,8 miliardi di Euro**, di cui più di **1,5 miliardi di Euro** per i casi COVID-19 guariti (657 milioni di Euro nello scenario a regime più ottimistico) e quasi **260 milioni di Euro** per i decessi legati al virus (quasi 250 milioni di Euro nello scenario a regime più ottimistico). Inoltre, le giornate in **terapia intensiva** legate ai ricoveri COVID-19 ad oggi hanno avuto costi stimati superiori a 265 milioni di Euro e i **tamponi** effettuati hanno comportato costi stimati superiori a 309 milioni di Euro.

In questo quadro evolutivo, il programma nazionale di riforma del Governo, elaborato come base per il Piano Nazionale di Resilienza e Ripresa (PNRR), le cui progettualità sono funzionali all'ottenimento dei fondi del c.d. *Recovery Plan*, riporta un **fabbisogno per la sanità pari a 32 miliardi di Euro** necessari ad attuare un piano di completo rinnovo infrastrutturale e tecnologico. Alla luce dell'incremento di spesa legato alla pandemia, si stima che al 2020 la spesa sanitaria italiana potrebbe superare i 120 miliardi di Euro, con un peso rispetto al PIL stimato al 2020²⁹ superiore al 7,5%.

Figura 2.19.
Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Rispetto alla componente sanitaria, è importante sottolineare anche la tempestività e il sostegno fornito dalla **componente integrativa** durante l'emergenza pandemica. L'emergenza COVID-19 ha infatti colpito il sistema sanitario nel suo complesso e la sua componente integrativa è intervenuta anche attraverso strumenti assicurativi quali:

- misure di sostegno *ex-post*, rivolte ai soggetti colpiti o agli assicurati che hanno subito perdite economiche;
- ampliamento delle prestazioni e dei servizi offerti, seppur con ampi spazi di manovra nell'ottica di una vera e propria sinergia tra pubblico e privato.

Tra i diversi attori privati che sono intervenuti, il settore assicurativo ha infatti introdotto tempestivamente nuove soluzioni a sostegno della

²⁹ Si è considerata la stima elaborata attraverso il modello proprietario di The European House - Ambrosetti precedentemente illustrato.

popolazione e a contrasto degli impatti del COVID-19 (si veda box successivo).

Focus: le polizze e i servizi per fronteggiare i rischi del COVID-19

Il settore assicurativo ha autonomamente attivato una serie di misure volte a fornire un **sostegno alla popolazione** durante l'emergenza COVID-19. Tra le misure introdotte vi sono la sospensione, la proroga e la dilazione dei premi per le polizze vita, i danni non auto e le coperture auto, il blocco di tutte le azioni di recupero dei premi non pagati e delle franchigie, l'estensione delle garanzie esistenti con clausole "su misura", l'inserimento di diarie giornaliere o indennizzi forfettari nelle polizze e l'offerta di servizi aggiuntivi e nuovi prodotti.

Nella prima fase emergenziale è stata lanciata una nuova **polizza per i comuni** inizialmente colpiti dall'epidemia (parte della c.d. "zona rossa") volta a garantire un supporto di 1.000 Euro al giorno per un massimo di 15 giorni in caso di chiusura decretata dalle Autorità.

Due compagnie assicurative hanno inoltre **esteso gratuitamente** per i propri clienti garanzie e servizi già presenti nelle proprie polizze. Tali estensioni hanno riguardato elementi quali una diaria da ricovero in caso di ospedalizzazione e l'erogazione di un capitale in caso di terapia intensiva legata al COVID-19.

Per gli imprenditori che già hanno stipulato polizze commerciali che prevedono una garanzia di diaria per **interruzione di esercizio**, una compagnia del settore ha previsto la temporanea estensione gratuita della copertura anche rispetto alle chiusure decretate dall'Autorità legate alla prevenzione COVID-19. Tra i diversi altri interventi, una compagnia ha esteso l'**età assicurabile** per le coperture malattia da 65 a 75 anni al fine di garantire la fascia di popolazione attualmente più colpita dal virus, mentre un'altra ha deciso di **raddoppiare l'indennità** sostitutiva da ricovero per i clienti salute colpiti da COVID-19.

Nel settore sono stati introdotti anche altri servizi diversi dalle polizze assicurative, quali il **teleconsulto medico** e l'apertura di uno "**sportello legale**" mediante un contatto audio o in videoconferenza, con primo consulto gratuito e tramite il quale si possono ottenere informazioni riguardanti temi legati al COVID-19 (es. misure a sostegno delle imprese, *smartworking*, etc.). Infine, nel settore *travel* sono state anche estese in alcuni casi le **garanzie per il rimborso** di costi e penali per la perdita di viaggi prenotati e bloccati dalle disposizioni attuate in seguito all'emergenza COVID-19, quarantena inclusa.

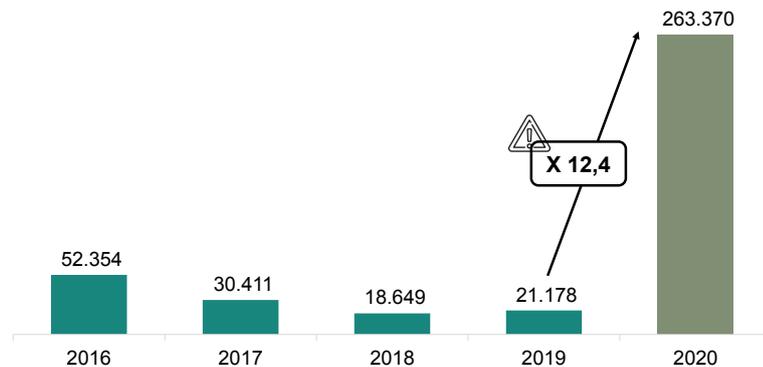
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), 2020

Se la prima emergenza ha riguardato soprattutto la componente sanitaria, le **politiche sociali** sono diventate cruciali nel momento in cui la diffusione della pandemia ha forzato la chiusura di interi settori e compromesso il normale svolgimento delle attività economiche. Basti pensare che in Italia quasi 2,3 milioni di imprese sono state forzatamente chiuse nella fase del *lockdown* in seguito al DPCM del 22 marzo, coinvolgendo quasi il 34% dei lavoratori italiani totali.

L'emergenza legata alla diffusione del virus COVID-19 ha quindi determinato ben presto un significativo *stress* anche per la componente delle politiche sociali. A questo riguardo, tra gli strumenti più utilizzati, la **Cassa Integrazione Guadagni (CIG)** ha visto una letterale esplosione. In soli otto mesi del 2020 sono state autorizzate più di 2,1 miliardi di ore di CIG: il dato medio mensile delle ore autorizzate al 2020 (oltre 263 milioni di ore al mese) supera il totale delle ore autorizzate durante l'intero 2019 (circa 260 milioni di ore) ed è più di 12 volte superiore alla media mensile dell'anno precedente.

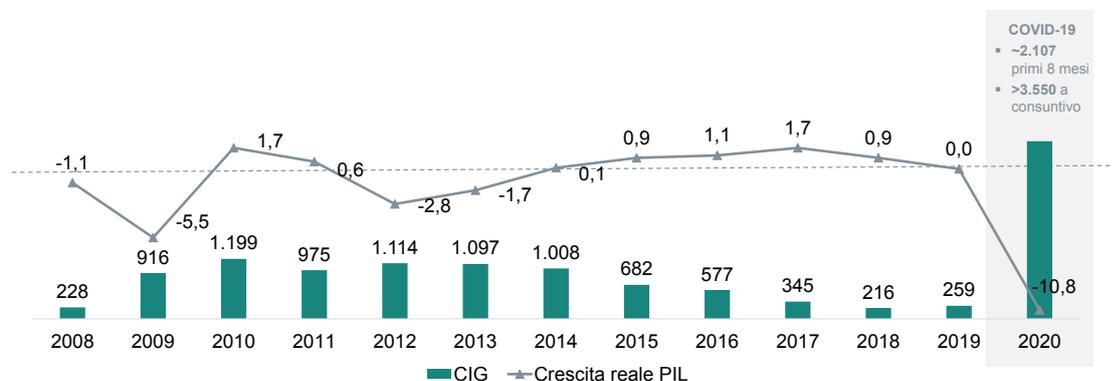
Figura 2.20. Media ore di Cassa Integrazione Guadagni autorizzate al mese (migliaia), gennaio-agosto, 2016-2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.



Rispetto alla chiusura a consuntivo, con 2.107 milioni di ore autorizzate nei primi 8 mesi dell'anno, la Cassa Integrazione rischia di superare quota 3.5 miliardi di ore, con un costo complessivo stimato pari ad oltre **25,6 miliardi di Euro**.

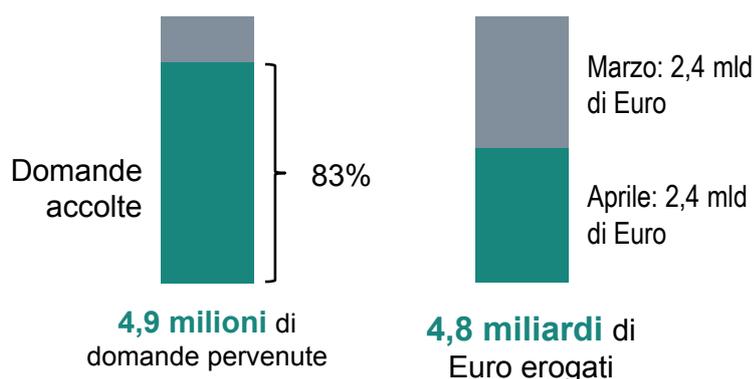
Figura 2.21. Totale ore autorizzate di Cassa Integrazione Guadagni* e crescita PIL annuale** (milioni di ore e percentuale), 2008-2020*. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS e IMF, 2020 (*). Sono comprese tutte le tipologie di Cassa Integrazione (**). La previsione 2020 riguarda la stima The European House - Ambrosetti.



Attraverso il Decreto “Cura Italia”, il Governo ha inoltre stanziato un'**indennità di 600 Euro** con riferimento al mese di marzo (successivamente estesa) a favore delle categorie di lavoratori tipicamente meno protetti: professionisti e lavoratori con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, lavoratori autonomi iscritti alle Gestioni speciali dell'Inps, lavoratori stagionali del turismo e degli stabilimenti termali, lavoratori del settore agricolo e lavoratori dello spettacolo. In merito a questo sussidio l'INPS ha ricevuto oltre **4,9 milioni di domande** (di cui ne ha accolte circa l'83%) e ha erogato nel solo mese di marzo 2,37 miliardi di Euro, seguiti da una seconda *tranche* ad aprile per un simile importo. In totale nei due mesi sono stati quindi erogati **circa 4,8 miliardi di Euro**. Al fine di comprendere la necessità da parte dei lavoratori di questo sussidio, è importante evidenziare come oltre il 60% delle domande pervenute si sia concentrato nei primissimi giorni in cui è stato possibile fare richiesta (dal 1 al 5 aprile in quasi due mesi disponibili di tempo) e come all'apertura della procedura sul sito dell'INPS per richiedere l'indennità si siano registrate fino a 300 domande al secondo.

Figura 2.22.
Domande accolte e
fondi erogati per
l'indennità 600 Euro
(valore assoluto,
percentuale e Euro),
marzo e aprile 2020.

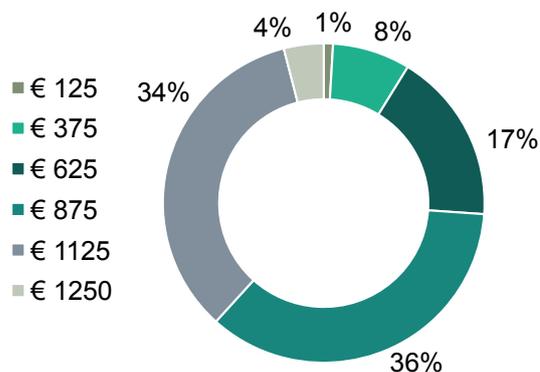
Fonte: elaborazione
The European House -
Ambrosetti su dati
INPS, 2020.



L'aumento delle persone disoccupate comporterà anche un incremento delle risorse da destinare ai **sussidi di disoccupazione**. A fine 2018, ultimo dato disponibile dai bilanci INPS, oltre 3,3 milioni di persone hanno usufruito di un sussidio di disoccupazione involontaria e l'81% di questi fruitori è stato coperto dalla NASPI (Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego) che eroga un importo mensile che può raggiungere fino il 75% della propria retribuzione media mensile imponibile (si veda la figura 2.23 per la distribuzione per fasce di importo lordo ricevuto). A seconda dell'evolvere della pandemia, tra 550 mila e oltre 740 mila persone in più potrebbero usufruire della **NASPI**, con un costo per lo Stato **tra 5,5 e 7,0 miliardi di Euro all'anno**.

Figura 2.23.
Distribuzione importo
lordo assegno mensile
NASPI al primo mese
(Euro a percentuale),
2018.

Fonte: elaborazione
The European House -
Ambrosetti su dati
INPS, 2020.



Al fine di sostenere il reddito dei nuclei familiari più in difficoltà, il Governo ha inoltre deciso con il Decreto “Rilancio” di introdurre il **Reddito di Emergenza**, una temporanea integrazione al reddito erogata in due quote e volta a supportare circa **2 milioni di persone attraverso una somma compresa tra i 400 e gli 800 Euro al mese**. La Ministra Catalfo ha riportato un costo stimato per tale misura vicino ai 3,0 miliardi di Euro³⁰. Il Reddito di Emergenza non è cumulabile al Reddito di Cittadinanza e la Pensione di Cittadinanza (RdC) ed è stato introdotto proprio al fine di compensare alcune mancanze di questo strumento. Durante la pandemia è risultata infatti evidente l'**incapacità** del RdC di tutelare la popolazione italiana più fragile dallo **shock socio-economico** legato al COVID-19, soprattutto a causa di "**buchi**" nella **copertura** a causa di elementi quali le **difficoltà burocratiche** (es. obbligo produzione dichiarazione Isee) e la **diffidenza dei lavoratori** irregolari nel presentare domanda³¹.

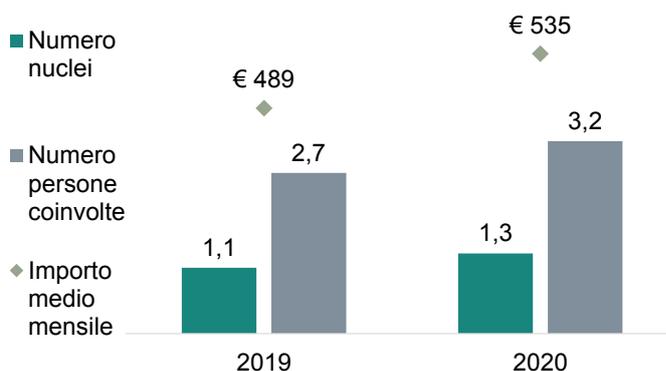
Indipendentemente dalle correzioni di cui necessita il RdC, anche tale strumento è stato impattato dalle conseguenze della crisi COVID-19 e a sua volta ha agito come strumento di *mitigation* a protezione dei cittadini. I dati di agosto 2020 riportano come il Reddito di Cittadinanza si sia infatti già ampliato, sia rispetto al numero dei beneficiari, che per l'importo medio mensile. Se i nuclei familiari coinvolti a fine 2019 erano di poco superiori a 1,1 milioni, ad agosto 2020 avevano superato gli 1,3 milioni. L'importo medio si è inoltre alzato da 489 Euro mensili a 535 Euro.

³⁰ Ansa, “Coronavirus, Catalfo: 3 miliardi reddito emergenza, platea 3 milioni”, 03/04/2020; la Repubblica, “Coronavirus, reddito di emergenza per 3 milioni di persone”, 03/04/2020. Corriere della Sera, “Reddito di emergenza, Catalfo: «Aiuti per 3 milioni di italiani rimasti senza sostegno»”, 03/04/2020.

³¹ Si rimanda al capitolo 1 per maggiori approfondimenti rispetto al Reddito di Cittadinanza e il suo funzionamento.

Figura 2.24.
Destinatari del Reddito e la Pensione di Cittadinanza e assegno medio mensile erogato (valore assoluto e Euro), dic. 2019 - ago. 2020.

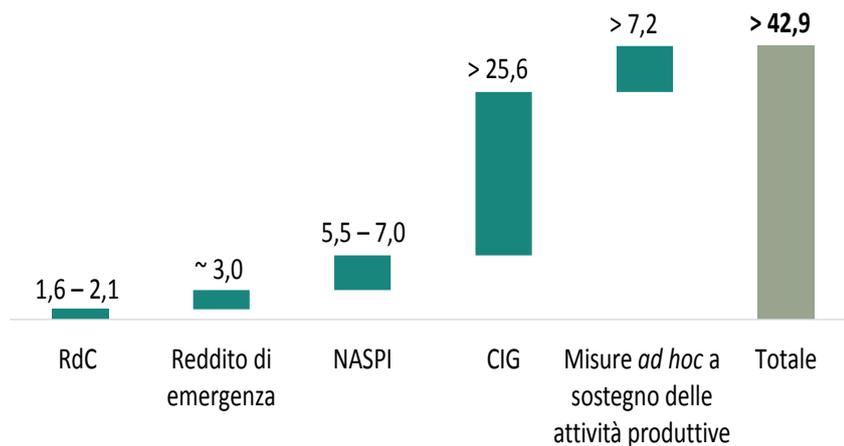
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.



Portando a sintesi tutti gli elementi descritti in precedenza, è immediatamente evidente che la pandemia COVID-19 avrà severi impatti anche rispetto alle **politiche sociali**. Tale componente necessiterà infatti nell'anno di risorse stimate per oltre **40 Miliardi di Euro**, suddivise nei diversi strumenti precedentemente analizzati, Cassa Integrazione Guadagni *in primis*.

Figura 2.25. Stima del potenziale impatto economico totale all'anno delle politiche sociali adottate dal sistema di welfare italiano (miliardi di Euro), 2020^e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.

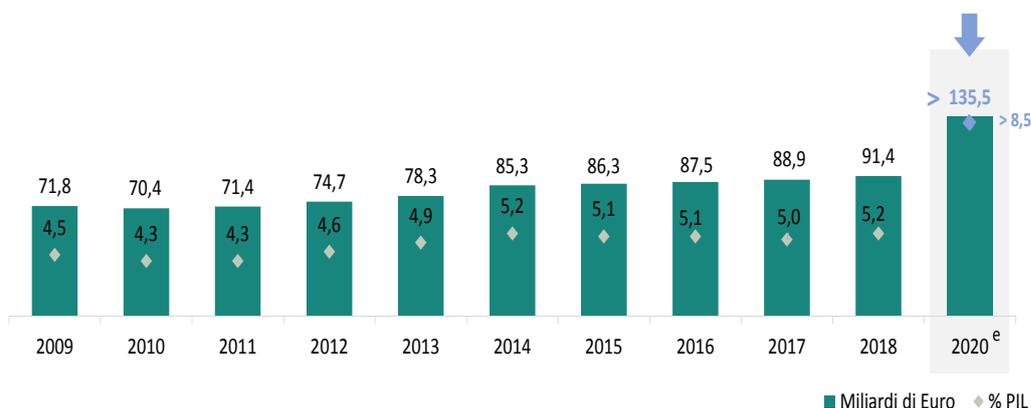


Alla luce di tutto ciò, la spesa per la componente delle politiche sociali, già in forte crescita negli ultimi anni, seppur tutt'ora la voce di spesa meno rilevante³², potrebbe superare i **135 miliardi di Euro**, pari a c.a. l'8,5 % del PIL stimato al 2020.

³² Si rimanda al capitolo 1 per maggiori approfondimenti su tale componente del welfare italiano.

Figura 2.26.
Andamento della spesa italiana in politiche sociali (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e.

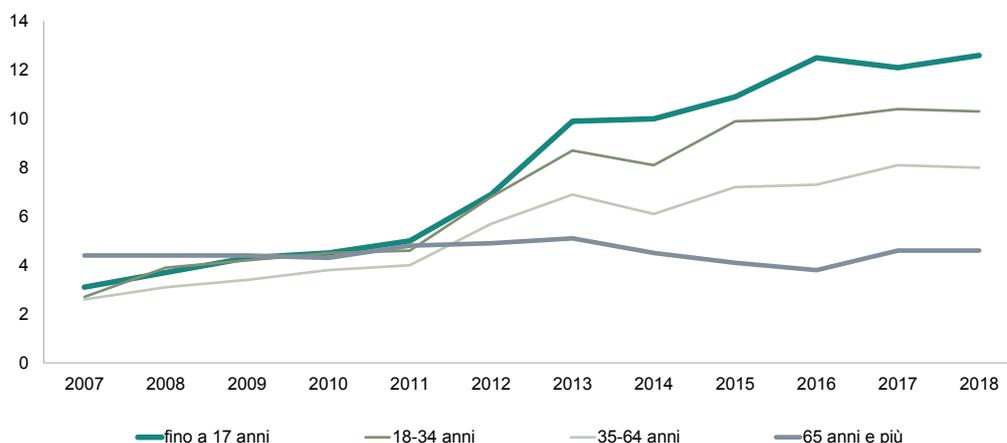
Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.



Infine, la previdenza è a sua volta impattata dalla crisi conseguente alla diffusione del COVID-19. In una prospettiva di medio-lungo periodo, nella fase post-COVID, caratterizzata da un drammatico calo del PIL al 2020 e un importante incremento del debito pubblico, sarà verosimilmente necessario un **ribilanciamento della spesa pubblica** a favore delle fasce della popolazione più giovani e più in difficoltà. Osservando l'evoluzione dello scorso decennio, infatti, se l'incidenza della povertà assoluta nella fascia d'età 65+ è rimasta pressoché invariata negli anni, a seguito della precedente crisi i giovani, minori *in primis*, sono stati costantemente i più danneggiati (figura 2.27)³³.

Figura 2.27.
Incidenza della povertà assoluta per fasce d'età (percentuale), 2007-2018.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.



In questo contesto, si ricorda come, secondo gli ultimi dati disponibili, l'Italia sia il primo Paese dell'Eurozona per spesa previdenziale (16,3% del

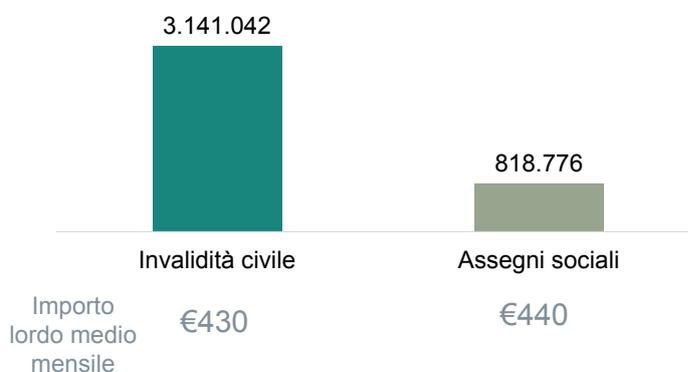
³³ Questi temi sono stati approfonditi dalla Professoressa De Romanis nel webinar del Think Tank "Welfare, Italia", "La prospettiva e gli strumenti europei di risposta all'emergenza COVID-19: implicazioni e opportunità per l'Italia", 5 giugno 2020.

Il webinar è consultabile sul sito del Think Tank "Welfare, Italia" al seguente link:
<https://welfareitalia.ambrosetti.eu/meetings/index>.

PIL vs. 12,3% media Eurozona), mentre destina meno risorse in sanità (6,4% vs. 7,9%) e politiche sociali (5,2% vs. 6,5%).

Rispetto agli impatti nel breve periodo, la previdenza sarà principalmente intaccata nella sua **parte assistenziale** riguardante gli assegni sociali, conferiti su base annua e su richiesta di cittadini in età da pensione (ovvero con più di 67 anni) a condizione che il loro reddito sia inferiore a una certa soglia (5.824 Euro per le persone singole e inferiore a 11.649 Euro per i coniugati). Nel 2018, il numero di prestazioni riguardanti gli assegni sociali superavano le 818mila unità, con un importo medio erogato di 440 Euro mensili. In questo contesto, la perdita di lavoro e l'impoverimento delle fasce più vulnerabili della popolazione potranno perciò comportare un aumento dell'attuale spesa anche rispetto alla propria componente assistenziale di circa 4,7 miliardi di Euro.

Figura 2.28.
Prestazioni previdenziali di tipo assistenziale (valori assoluti) e importo medio mensile (Euro), 2018.



Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.

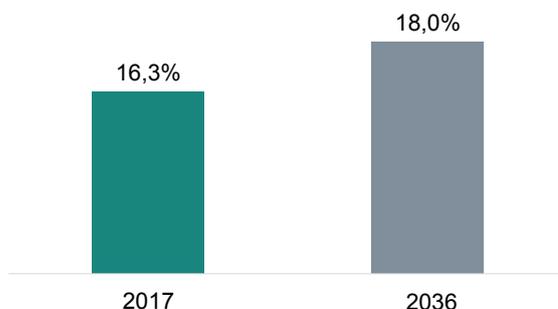
Un ulteriore elemento di attenzione rispetto alla componente previdenziale riguarda l'introduzione a inizio 2019 di "Quota 100"³⁴ che, come riportato in precedenza, si è dimostrata una misura poco efficace. Anche a causa di questa nuova misura, le stime della Commissione Europea³⁵ prevedono un'incidenza della spesa pensionistica su PIL pari al 18% al 2036. La Ragioneria Generale dello Stato attribuisce inoltre a "Quota 100" un aumento della spesa pensionistica dello 0,2% annuo, causando un costo complessivo di 63 miliardi di Euro entro il 2036.

³⁴ Si rimanda al capitolo 1 per maggiori approfondimenti.

³⁵ Le stime della Commissione Europea sono contenute nell'Ageing Report e sono riprese nello scenario EPC-WGA della Ragioneria General dello Stato.

Figura 2.29.
Rapporto Spesa Previdenziale su PIL (percentuale), 2017 e 2036.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea e Ragioneria Generale dello Stato, 2020.

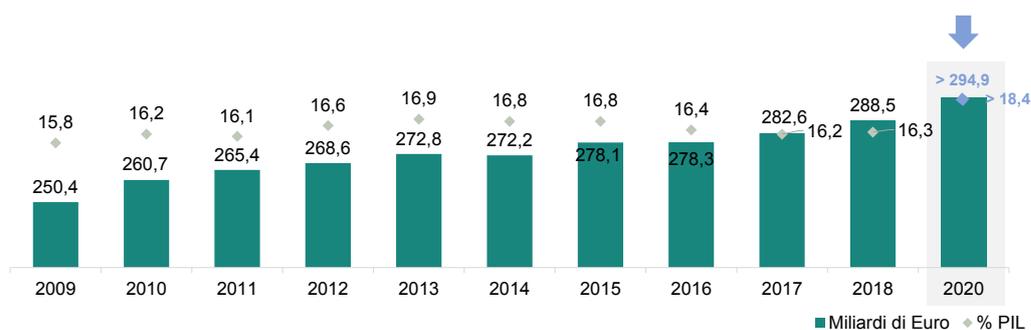


Sempre rispetto a “Quota 100”, è importante anche ricordare come, richiamando la necessità di un riequilibrio del sistema, la Corte dei Conti abbia sottolineato l’inefficacia della misura. Si rimanda al Capitolo 1 per un’analisi più dettagliata rispetto al tasso di sostituzione e al rapporto tra gli effettivi pensionamenti nell’anno e i valori previsti in fase di introduzione della misura.

Alla luce degli impatti della pandemia e dell’andamento della spesa previdenziale negli ultimi anni, si stima una crescita significativa al 2020 anche in questa componente del sistema di *welfare* italiano. Alla luce di tutto ciò, si stima un aumento della **spesa previdenziale** fino a superare i **294 miliardi di Euro**, con un rilevante incremento del proprio peso rispetto al PIL, soprattutto alla luce del significativo calo stimato al 2020 (-10,8% secondo il modello The European House - Ambrosetti).

Figura 2.30.
Andamento della spesa in previdenza in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat e Ragioneria Generale dello Stato, 2020.



LE MISURE ADOTTATE DALL'ITALIA E DALL'EUROPA PER GARANTIRE LA CAPACITÀ DI RISPOSTA DEL SISTEMA DI WELFARE

In questo contesto di difficoltà e *stress* per il nostro Paese e l'intero sistema di *welfare*, l'Unione Europea ha messo a disposizione un insieme di misure concrete per aiutare i singoli Stati Membri e sostenerli sia nella fase dell'emergenza che in quella della ripartenza. Alcune di tali misure sono state introdotte anche specificatamente per sostenere i diversi *welfare state* nazionali.

In primo luogo, è stato **sospeso il Patto di Stabilità** per la prima volta nella storia dell'UE, permettendo così agli Stati di incrementare il proprio *deficit* al fine di fronteggiare l'emergenza. La **Banca Centrale Europea (BCE)** ha inoltre introdotto un **nuovo programma da 750 miliardi di Euro** ("Pandemic Emergency Purchase Programme" - PEPP, successivamente rafforzato con ulteriori 600 miliardi) per l'acquisto di titoli di Stato, compresi quelli classificati come "spazzatura" (ovvero valutati dalle agenzie di *rating* con un voto inferiore alla "BBB-"). L'obiettivo è prevenire effetti sistemici derivanti da un possibile declassamento dei Paesi più in crisi. A questo riguardo è importante evidenziare come il piano PEPP, diversamente dal passato, non preveda acquisti proporzionali alle quote di capitale della BCE sottoscritte da ogni Paese, ma abbia privilegiato la necessità contingente.

Attraverso il **Meccanismo Europeo di Stabilità (MES)** introdotto durante la cosiddetta "Euro-crisi", inoltre, è stato possibile per l'UE mettere a disposizione in tempi brevi 240 miliardi di Euro per le spese sanitarie dirette e indirette utilizzabili dagli Stati Membri fino alla cessazione dell'emergenza. Di queste risorse l'**Italia potrebbe beneficiare per circa 36 miliardi di Euro** a tassi particolarmente agevolati e senza le condizionalità che caratterizzavano in passato i prestiti legati al MES.

Attraverso la **Banca Europea per gli Investimenti (BEI)**, l'UE ha inoltre stanziato 200 miliardi di Euro (di cui 30/40 per l'Italia), soprattutto a favore delle Piccole e Medie Imprese. La possibilità di non dover restituire i Fondi Strutturali europei se non spesi in tempo ha inoltre permesso all'Italia di disporre di ulteriori 18/20 miliardi di Euro. Infine, è stato introdotto un nuovo strumento a tutela dei lavoratori, il "**Support to Mitigate Unemployment Risks in an Emergency**" (SURE), attivo fino alla fine dell'emergenza con un fondo da 100 miliardi di Euro a disposizione (di cui circa 20 per l'Italia) per mitigare i rischi legati alla disoccupazione. A questo riguardo, SURE è stato adottato in Italia specificatamente a sostegno della Cassa Integrazione Guadagni.

Con riferimento agli aspetti sanitari, la Commissione Europea, all'interno del proprio piano di lavoro per il 2021, cita inoltre la necessità di **rafforzare**

la “**European Health Union**”, attraverso il potenziamento delle agenzie esistenti e la creazione di una nuova agenzia dedicata alla ricerca biomedica avanzata. In questo quadro si inserisce anche la volontà di ridurre la dipendenza dell'UE dalle importazioni di principi attivi farmaceutici da Paesi terzi; ad esempio, un comune analgesico da banco come il paracetamolo è oggi importato per la quasi totalità dalla Cina e dall'India

Se gli strumenti sopracitati sono già stati stanziati e hanno un controvalore pari a circa 540 miliardi di Euro (di cui 80/90 a disposizione dell'Italia), in parallelo l'UE si è anche attivata al fine di introdurre il c.d. *Recovery Plan* dispiegato attraverso un nuovo strumento, il **Next Generation EU** (NGEU), esplicitamente dedicato alla ripresa economica post-COVID e che introduce un primo *step* di mutualizzazione del debito tra i Paesi europei abilitato dal fatto che i fondi di NGEU saranno presi in prestito direttamente dalla Commissione Europea. Quest'ultima ha inizialmente proposto una dotazione di oltre **750 miliardi di Euro**, di cui 500 sotto forma di trasferimenti. L'accordo raggiunto tra i Capi di Stato e di Governo ha approvato l'ammontare complessivo (750 miliardi di Euro) prevedendo 390 miliardi di Euro in *grants* e 360 miliardi di Euro sotto forma di *loans*. Rispetto alla ripartizione dei fondi, che saranno allocati su specifiche progettualità, l'Italia ha ottenuto la quota maggioritaria dei finanziamenti (208,8 miliardi di Euro, 81,4 tramite sussidi a fondo perduto e 127,4 di prestiti).

Focus: Next Generation EU

Next Generation EU è stato introdotto dalla Commissione Europea in risposta alla crisi COVID-19 al fine di **proteggere i cittadini europei, riparare il mercato unico** e costruire una **ripresa duratura e prospera**. La misura si fonda su **tre pilastri principali**:

- fornire gli strumenti per sostenere gli sforzi degli Stati membri per **riprendersi**, riparare e uscire più forti dalla crisi;
- introdurre misure per **incentivare gli investimenti** privati e sostenere le imprese in difficoltà;
- rafforzare i programmi chiave dell'UE in un processo di **comprensione degli insegnamenti della crisi**, rendere il mercato unico più forte e più resistente e accelerare le due transizioni fondamentali per il nostro continente, quella **verde** e quella **digitale**.

I Governi dovranno inviare alla Commissione Europea i Piani di ripresa e di resilienza entro fine aprile 2021, anche se gli Stati sono stati incoraggiati a sottoporre i programmi fin da metà ottobre. Una volta presentato alla Commissione il Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), Bruxelles avrà a disposizione fino a 8 settimane per esaminare e proporre al Consiglio Ecofin l'approvazione del Piano. L'Ecofin dovrà approvare quindi il piano a maggioranza qualificata entro 4 settimane. Con l'approvazione formale si avrà la possibilità di accedere subito al **10%** della quota di risorse destinata al Paese richiedente.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

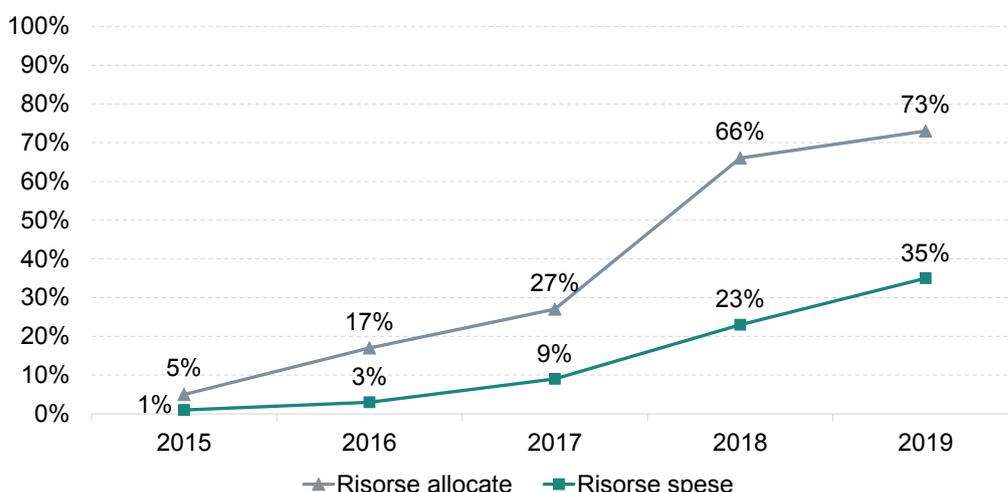
L'Unione Europea sta introducendo importanti innovazioni anche rispetto al **finanziamento** di questi strumenti, con azioni che determineranno un sostanziale passo avanti in termini di **integrazione tra gli Stati Membri**. Se da un lato il bilancio europeo verrà temporaneamente allargato (attualmente è pari a circa l'1% del PIL europeo) dall'altro, Next Generation EU rappresenta un nuovo strumento per emettere *bond* europei e, sostanzialmente, mettere in comune parte del debito futuro degli Stati Membri. Come ricordato dalla Presidente della Commissione Europea Ursula Von der Leyen, simili risorse sono erogate *una tantum* e in condizioni eccezionali. Per questo motivo dovranno essere utilizzate per sostenere costi di natura non ricorrente e rientranti nell'orizzonte temporale del Piano di ripresa. È inoltre importante sottolineare come, a differenza dei fondi per l'emergenza (es. MES), le risorse per la ripartenza dovranno raggiungere *target* ben definiti, ovvero risultati quantitativi intermedi e finali (es. un determinato numero occupati o di persone formate).

A questo riguardo è importante riflettere sulla tradizionale limitata capacità dell'Italia di impiegare risorse provenienti dal canale europeo. Dall'ormai lontana istituzione della Politica di coesione nel 1986, l'Italia

rimane infatti un “sorvegliato speciale” per quanto riguarda l’**impiego dei Fondi europei**. In particolare, per il periodo di Programmazione 2014-2020, il nostro Paese si presenta con un quadro di generale ritardo nonostante l’accelerazione osservata sia sul fronte degli impegni che su quello dei pagamenti negli ultimi due anni. Come mostrato in figura 2.31, infatti, fatto 100 il *budget* di spesa per il periodo 2014-2020, pari a 75 miliardi di Euro (di cui 44 miliardi di origine europea e 31 miliardi di coinvestimento dell’Italia), la percentuale di risorse allocate alla realizzazione di progetti è cresciuta, ma rimane inferiore al 75% dell’ammontare a disposizione. Significativamente più critica è, inoltre, la quota di risorse effettivamente spese che, durante l’intero orizzonte temporale è pari al 35% del *budget* totale, ad un solo anno di distanza dal termine previsto per l’utilizzo dei fondi.

Figura 2.31. Processo di allocazione e spesa dei Fondi Strutturali di Investimento Europei in Italia (percentuale sul totale del budget pianificato per il periodo di programmazione 2014-2020), 2015-2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea, 2020.



Infine, tali risorse introdotte dall’Unione Europea si inseriscono in quadro in cui gli obiettivi europei sono ben definiti. A ottobre la Commissione Europea ha presentato il Programma di Lavoro per il 2021, volto rendere l’Europa più sana, più equa e più prospera, accelerando nel contempo la sua trasformazione a lungo termine verso un’economia più verde e pronta per l’era digitale. In tale Programma sono nuovamente delineate le priorità dell’EU e il piano d’azione in ciascuno di essi.

- **Un Green Deal europeo:** al fine di raggiungere l’obiettivo di un’Europa a zero impatto ambientale entro il 2050, la Commissione presenterà il pacchetto di misure volto a ridurre le emissioni di almeno il 55 % entro il 2030. Un meccanismo di adeguamento del carbonio alla frontiera contribuirà a ridurre il rischio di rilocalizzazione delle emissioni e la Commissione proporrà anche il piano d’azione europeo per l’economia

circolare, la strategia dell'UE sulla biodiversità e la strategia "dal produttore al consumatore".

- **Un'Europa pronta per l'era digitale:** la Commissione presenterà una tabella di marcia con gli obiettivi digitali per il 2030 in ambiti come la connettività, le competenze e i servizi pubblici digitali. In termini di digitale, vi sarà inoltre un'attività di legiferazione europea nei settori della sicurezza, della responsabilità, dei diritti fondamentali e degli aspetti relativi ai dati dell'intelligenza artificiale. Tra le proposte vi sarà l'introduzione di un sistema europeo di identificazione elettronica e un aggiornamento della strategia industriale per l'Europa alla luce degli impatti del COVID-19.
- **Un'economia al servizio delle persone:** al fine di arginare le conseguenze della crisi in atto anche dal punto di vista sociale, la Commissione presenterà un ambizioso piano d'azione per attuare pienamente il pilastro europeo dei diritti sociali al fine che nessuno venga lasciato indietro nella ripresa dell'Europa. Verrà inoltre presentata una garanzia europea per l'infanzia in grado di garantire l'accesso a servizi di base come la sanità e l'istruzione per tutti i bambini. Al fine di rafforzamento l'Unione Economica e Monetaria (EMU), verrà inoltre rivista la gestione dei fallimenti bancari, si adotteranno misure per gli investimenti transfrontalieri e si intensificherà la lotta contro il riciclaggio di denaro.
- **Un'Europa più forte nel mondo:** la Commissione è intenzionata a rafforzare il ruolo Europeo a livello internazionale, anche guidando la risposta mondiale per garantire un vaccino sicuro e accessibile a tutti. Si rinnoverà il partenariato con il vicinato meridionale e la comunicazione sull'Artico. Verrà inoltre proposto un nuovo approccio strategico a sostegno del disarmo, della smobilitazione e della reintegrazione degli ex combattenti e una comunicazione sull'aiuto umanitario dell'UE.
- **Promozione del nostro stile di vita europeo:** in risposta alla pandemia COVID-19, la Commissione proporrà la costruzione di un'Unione Sanitaria Europea più forte, con una consolidazione del ruolo delle agenzie esistenti e l'istituzione di una nuova agenzia biomedica di ricerca e sviluppo. Al fine di migliorarne il funzionamento, si proporrà anche una nuova strategia per il futuro di Schengen. Verrà dato seguito al nuovo patto sulla migrazione e l'asilo e si rafforzerà l'Unione della sicurezza mediante la lotta alla criminalità organizzata e il terrorismo. Si presenterà inoltre una strategia globale di lotta contro l'antisemitismo.
- **Un nuovo slancio per la democrazia europea:** la Commissione proporrà nuove strategie sui diritti dei minori e delle persone con disabilità, nonché una proposta per combattere la violenza di genere. Si proporranno inoltre norme più trasparenti sul finanziamento dei partiti politici europei e si adotteranno misure per proteggere i giornalisti e la società civile dall'abuso del contenzioso.

Focalizzandosi invece sul livello italiano, dall'inizio della diffusione del virus sono state varate dal Governo misure emergenziali introdotte attraverso i primi Decreti "Cura Italia", "Liquidità" e "Rilancio". Il **Decreto "Cura Italia"** è stato emanato al fine di fronteggiare la prima emergenza e introdurre misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese. L'obiettivo è stato quello di assicurare un primo supporto economico a cittadini e imprese che si sono ritrovati a fronteggiare problemi di liquidità attraverso strumenti quali il potenziamento della Cassa Integrazione Guadagni, l'indennità di 600 Euro e la sospensione dei termini dei versamenti. Attraverso tale Decreto, il Governo ha voluto stanziare c.a. 25 miliardi di Euro a beneficio del sistema economico italiano e attivare flussi per c.a. 350 miliardi.

Il successivo **Decreto "Liquidità"** ha introdotto misure urgenti in materia di accesso al credito e rinvio di adempimenti per le imprese e previsto dei poteri speciali in settori di rilevanza strategica e nella giustizia. Il provvedimento è stato finalizzato a liberare c.a. 400 miliardi di Euro a favore delle imprese, 200 in garanzie sui prestiti e altrettanti per potenziare il mercato *dell'export*. Infine, il **Decreto "Rilancio"** ha introdotto ulteriori misure urgenti per un valore di c.a. 55 miliardi. Le misure riguardano la salute e la sicurezza, il sostegno alle imprese e all'economia, la tutela dei lavoratori e la conciliazione lavoro-famiglia, il supporto degli enti territoriali, la semplificazione fiscale e l'introduzione di incentivi, la tutela del credito e il risparmio, il sostegno al turismo, l'istruzione, la cultura, l'editoria e le edicole, il supporto del settore delle infrastrutture, dei trasporti, dello sport e dell'agricoltura.

Nel frattempo, sono state introdotte anche altre misure come il **Family Act**, un pacchetto di misure organico volto a costituire un piano integrato per le politiche familiari italiane, sostenere la genitorialità, contrastare la denatalità e migliorare la conciliazione della vita familiare con il lavoro. Tra gli interventi si annovera l'**assegno universale per i figli**, un contributo per le rette scolastiche, congedi per i neo papà e un'indennità integrativa per le donne in rientro da congedo.

Nel proprio processo di contrasto degli effetti socio-economici della pandemia e rilancio dell'economia, il Governo ha inoltre costituito una *task force* di esperti guidata da Vittorio Colao al fine di progettare un piano per la ripartenza. Il piano che richiederebbe fino a 170 miliardi di Euro in cinque anni, è finalizzato a raggiungere un'Italia "più forte, resiliente ed equa" ed è articolato in sei ambiti: Imprese e Lavoro, Infrastrutture e Ambiente, Turismo, Arte e Cultura, Pubblica Amministrazione, Istruzione, Ricerca e Competenze, Individui e Famiglie. Il Piano è stato anche presentato ai c.d. **Stati Generali** organizzati dal Governo a giugno 2020, momento di incontro con i rappresentanti delle parti sociali, le istituzioni

internazionali ed esperti del nostro Paese al fine di definire in modo condiviso le linee di intervento economico per il rilancio italiano dopo la crisi causata dal COVID-19. La ripartenza, come riportato dal Presidente del Consiglio, dovrà essere basata sulla modernizzazione del Paese, la transizione ecologica e una maggiore inclusione.

A metà agosto il Governo ha varato un nuovo Decreto, il cosiddetto “**Decreto Agosto**” (D.l. 104/2020, “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”). Tra gli interventi più significativi sono stati previsti il prolungamento della Cassa Integrazione Guadagni, l'estensione del divieto ai licenziamenti e la rateizzazione dei versamenti sospesi. Sono state riprese anche misure quali la ridefinizione dei piani di ammortamento dei finanziamenti ricevuti dalle imprese per attività di ricerca e sviluppo, la rivisitazione del *superbonus* del 110% per la ristrutturazione edilizia e la messa in sicurezza degli edifici scolastici. Rispetto alle risorse stanziati, la parte più significativa è assorbita dagli strumenti di **sostegno al reddito** - dalla Cassa Integrazione Guadagni alle nuove indennità (es. per stagionali del turismo e per operatori del settore dello sport) - che impegnano, insieme alle misure per incentivare il lavoro, circa 12 miliardi di Euro sui 25 miliardi stanziati in totale dal decreto.

A seguito dell'aumento dei casi COVID-19 all'inoltrarsi dell'autunno, il Governo ha varato a fine ottobre un nuovo Dpcm contenente misure restrittive per determinate attività quali locali, ristoranti, piscine, palestre, teatri e cinema. Al fine di compensare tali categorie per i danni causati dalle chiusure, il Governo ha dato il via libera al “**Decreto Ristori**”. Attraverso tale Decreto sono state stanziati risorse a fondo perduto per un valore complessivo di circa 5 miliardi di Euro e che verranno erogate direttamente con bonifico dall'Agenzia delle Entrate.

In continuità con i propri impegni, a metà settembre il Governo ha presentato inoltre le linee guida del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** (PNRR) finalizzate a definire - seppur in via preliminare e sintetica - gli obiettivi strategici di lungo termine, le aree tematiche di intervento e le azioni su cui si articolerà il Piano che l'Italia dovrà presentare alla Commissione europea nei prossimi mesi, una volta completato l'iter di approvazione dei regolamenti attuativi del **Recovery Plan** europeo. Tali linee guida prevedono il raggiungimento di un tasso medio di crescita dell'1,6%, investimenti pubblici al 3%, una spesa per Ricerca e Sviluppo al 2,1% (vs. 1,3% ad oggi) e un tasso di occupazione al 73,2% (vs. 63% ad oggi). Rispetto agli obiettivi viene riportata l'intenzione di:

- elevare gli indicatori di benessere, equità e sostenibilità ambientale;
- ridurre i divari territoriali di reddito, occupazione, infrastrutture;

- aumentare l'aspettativa di vita in buona salute;
- promuovere una ripresa del tasso di natalità;
- abbattere l'incidenza dell'abbandono scolastico e dell'inattività;
- migliorare la preparazione studenti e la quota di diplomati e laureati;
- rafforzare la sicurezza e la resilienza a fronte di calamità naturali, cambiamenti climatici, crisi epidemiche e rischi geopolitici;
- garantire la sostenibilità e la resilienza della finanza pubblica.

Ad inizio ottobre, il Consiglio dei Ministri ha inoltre approvato la NADEF (**Nota di aggiornamento al DEF**, il Documento di Economia e Finanza), volta a definire il perimetro di finanza pubblica nel quale si iscriveranno le misure della prossima legge di bilancio, che avrà come obiettivo quello di sostenere la ripresa dell'economia italiana nel triennio 2021-2023, in stretta coerenza con il PNRR.

È stato esplicitato dal Governo che gli interventi saranno finalizzati a:

- sostenere, nel breve termine e per tutta la durata della crisi da COVID-19 i lavoratori e i settori produttivi più colpiti;
- valorizzare le risorse messe a disposizione dal programma "Next Generation EU" per realizzare investimenti e riforme di vasta portata e profondità;
- attuare un'ampia riforma fiscale che migliori l'equità, l'efficienza e la trasparenza del sistema tributario riducendo anche il carico fiscale sui redditi medi e bassi, coordinandola con l'introduzione di un assegno universale per i figli;
- assicurare un miglioramento qualitativo della finanza pubblica, spostando risorse verso gli utilizzi più opportuni a garantire un miglioramento del benessere dei cittadini, dell'equità e della produttività dell'economia;
- ricondurre l'indebitamento netto della pubblica amministrazione verso livelli compatibili con una costante e sensibile riduzione del rapporto debito/PIL.

Focus: la programmazione delle finanze pubbliche fissata dalla NADEF e il ruolo della Banca Centrale Europea a sostegno dell'indebitamento italiano

La NADEF fissa per il 2021 un obiettivo di **indebitamento netto** (*deficit*) pari al 7% del PIL. Rispetto alla legislazione in corso, che prevede un rapporto deficit/PIL pari al 5,7 %, si presenta quindi lo spazio di bilancio per una manovra espansiva pari a 1,3 punti percentuali di PIL (oltre 22 miliardi di euro).

Rispetto al 2020, nel **quadro programmatico di finanza pubblica**, il rapporto debito/PIL nel 2021 è previsto in calo di 2,4 punti percentuali, portandosi dal 158,0% al 155,6%. Per gli anni successivi viene delineato un percorso di graduale rientro del rapporto, con l'obiettivo di riportare il debito della P.A. al di sotto del livello pre-COVID entro la fine del decennio.

Grazie al sostegno alla crescita assicurato dalle **misure espansive**, nel 2021 è attesa una crescita programmatica del PIL pari al 6%, che nel 2022 e nel 2023 si attesterà al 3,8% ed al 2,5% rispettivamente.

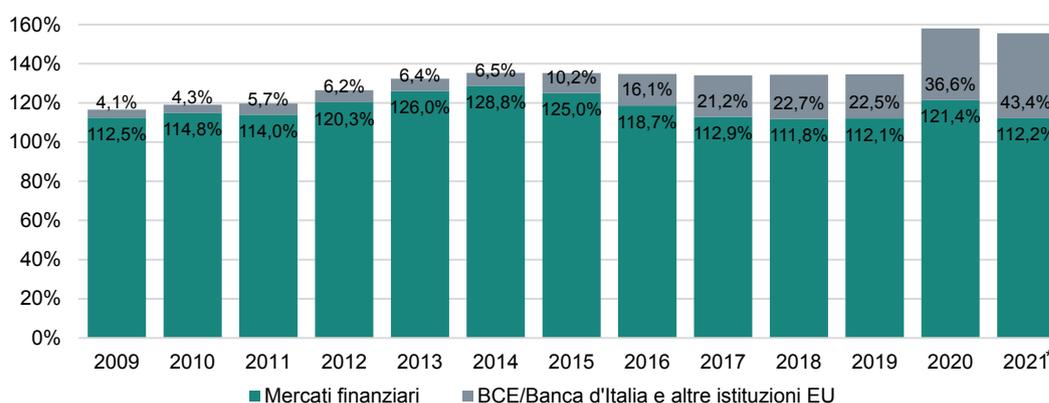
La sostenibilità del debito italiano è ripresa in più occasioni nei documenti di programmazione del Governo e si identifica come una priorità fondamentale per un Paese **altamente indebitato** come il nostro. In questo contesto, è però importante sottolineare ancora una volta il ruolo della Banca Centrale Europea, che ha sostenuto il nostro Paese lungo tutta l'emergenza attuale, ma anche in seguito alla precedente crisi finanziaria. Se al 2009 la quota di debito pubblico/PIL italiano detenuta dai mercati finanziari era pari al 112,5%, si stima che al 2021 tale quota sarà pari al 112,2%. La quota detenuta invece dalla BCE/Banca d'Italia e le altre istituzioni EU è invece passata dal 7,1% del 2009 al 43,4% stimato al 2021. Ciò significa che, nonostante l'incremento significativo del debito pubblico italiano nell'ultimo decennio (dal 116,6% al 2009 al 158,0% stimato nella NADEF al 2020), la quota "esposta" ai mercati è rimasta pressoché invariata.

Figura 2.32.
Evoluzione del debito pubblico italiano (percentuale di PIL), 2009-2021*.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati della Commissione Europea, 2020.

(*) stima OCPI su quadro programmatico NADEF 2020 (ultimo aggiornamento ottobre 2020).

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020



Rispetto all'utilizzo dei fondi europei, nella NADEF il Governo esplicita chiaramente come le Linee Guida presentate dal Governo siano **pienamente allineate con le priorità indicate dalla Commissione Europea** agli Stati Membri nelle proprie Linee Guida per la Redazione dei "Recovery and Resilience Plans" (transizione verde, transizione digitale e tecnologica, equità e stabilità macroeconomica), così come con gli obiettivi inseriti nella

“Annual Sustainable Growth Strategy” recentemente pubblicata dalla Commissione Europea. Le aree tematiche strutturali di intervento su cui le azioni del Governo si stanno concentrando riguardano in particolare **sei aree di competenza**:

- digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo;
- rivoluzione verde e transizione ecologica;
- infrastrutture per la mobilità;
- istruzione, formazione, ricerca e cultura;
- equità sociale, di genere e territoriale;
- salute.

Rispetto al quinto punto, il più centrale rispetto al *welfare state* del nostro Paese, il Governo ha esplicitato diversi elementi di attenzione. Un primo punto riguarda l'intenzione di introdurre una strategia di sostegno alle “**occupazioni in transizione**”. Attraverso un “**Piano Nazionale per le nuove competenze**” si ha infatti l'obiettivo di migliorare le competenze dei lavoratori e dei disoccupati italiani, con una particolare attenzione alla risposta dei nuovi fabbisogni e il rafforzamento delle politiche di *lifelong learning*, *re-skilling* e *up-skilling*, specialmente per le donne. Si è inoltre delineata l'importanza del rafforzamento delle **politiche attive** e **l'integrazione dei servizi territoriali**, tutt'ora particolarmente frammentati a livello regionale.

In un contesto in cui si vogliono migliorare le condizioni della qualità del lavoro (specialmente potenziando le condizioni di salute e sicurezza sul lavoro), contrastare il lavoro sommerso e ridurre la disparità intergenerazionale, al centro delle attenzioni del Governo vi è anche la necessità di introdurre un processo di **empowerment femminile**, raggiungibile attraverso un contrasto dei *gender pay gap* e una integrata visione del sostegno alla famiglia. A questo riguardo saranno centrali le **politiche per l'infanzia** (es. offerta nidi) e la mappatura dei servizi su tutto il territorio nazionale in linea con quanto previsto con il **Family Act** precedentemente citato.

Un ultimo elemento di attenzione è rappresentato dalla **coesione e l'equità territoriale**. Rispetto alla necessità per il nostro Paese di ridurre il divario tra Nord e Sud, in coerenza col Piano Sud 2030, il Governo esplicita infatti la propria volontà di utilizzare le risorse a disposizione per la ripartenza post-COVID anche per colmare i divari infrastrutturali, economici e sociali tra le diverse aree del Paese.

3

IL MODELLO EVOLUTIVO DI WELFARE INTEGRATO E LE SFIDE POSTE DALL'AGGIUSTAMENTO DEL SISTEMA POST-COVID

Questo capitolo introduce il “**Welfare Italia Index**”, uno strumento originale di monitoraggio dell’efficacia del sistema di *welfare* nei territori regionali e che analizza la capacità di risposta del *welfare* nelle Regioni italiane.

Tale Indice ha un duplice obiettivo: a) portare a sintesi i maggiori indicatori relativi alle differenze regionali del sistema di *welfare* del Paese; b) introdurre una revisione del perimetro di riferimento del *welfare*, introducendo **educazione e formazione come aspetti qualificanti del welfare stesso**.

La seconda parte del capitolo è dedicata alle disuguaglianze emergenti e le nuove sfide della popolazione che si delineano dal punto di vista del *welfare* nello scenario post-COVID, a partire da quelle che emergono grazie al **ruolo crescente della dimensione digitale**. Il digitale è, infatti, sia un fattore che crea potenziali nuove divisioni sociali, legate all’accesso alla connessione e alle competenze necessarie per un corretto utilizzo delle tecnologie e dei servizi, sia una potenziale soluzione per soddisfare le nuove sfide del *welfare* contemporaneo.

LA CAPACITÀ DI RISPOSTA DEL SISTEMA DI WELFARE REGIONALE: IL WELFARE ITALIA INDEX

Nei Capitoli precedenti è stata sottolineata la forte eterogeneità del *welfare* tra i territori del Paese, sia con riferimento all'Osservatorio del sistema di *welfare* del Paese (cfr. Capitolo 1) sia per quanto riguarda gli impatti del COVID-19 e i relativi impatti redistributivi legati a povertà assoluta, disoccupazione, fruizione del Reddito di Cittadinanza, ecc. (cfr. Capitolo 2). Tali differenze sono, da un lato, espressione di differenze socio-economiche che hanno un carattere profondo e, dall'altro lato, il risultato di una più o meno efficace azione del sistema di *welfare* nell'affrontarle.

Per portare a sintesi queste considerazioni legate alla diversa capacità di risposta dei sistemi di *welfare* nelle Regioni del Paese, il Think Tank "Welfare, Italia" ha messo a punto uno **strumento di monitoraggio**, basato su KPI (*Key performance indicator*) quantificabili, monitorabili e riproducibili nel tempo, relativi alla **capacità di risposta del sistema di welfare nei territori**, attraverso una vista sintetica declinata su base regionale. Il **livello regionale** è qui assunto come l'ambito ideale in cui focalizzare le analisi perché direttamente in carico delle competenze sanitarie, ma anche rappresentativo delle differenze esistenti tra le Regioni negli altri ambiti.

3.1.1

Il Welfare Italia Index 2020 in sintesi

Il Welfare Italia Index si compone di due dimensioni funzionali a raffigurare gli attributi che caratterizzano la capacità di risposta del sistema territoriale di *welfare*:

- Dimensione di *input*, ovvero **indicatori di spesa in welfare** che raffigurano quante risorse sono allocate in un determinato territorio;
- Dimensione di *output*, ovvero **indicatori strutturali** che rappresentano il contesto socio-economico in cui si inserisce la spesa in *welfare*.

Il Welfare Italia Index è, pertanto, uno strumento originale che valuta, all'interno di un **indicatore sintetico, sia aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce**. In questi termini, l'indicatore sintetico consente di identificare a livello regionale, i punti di forza e le aree di criticità in cui è necessario intervenire.

Sono presi in considerazione KPI riguardanti le politiche sociali, la sanità, la previdenza, **l'educazione e la formazione**. Come sarà esposto più nel dettaglio nel capitolo, alla luce di quanto osservato durante la crisi COVID-19, quest'ultimo ambito è stato inserito da quest'anno tra i pilastri del sistema di *welfare* complessivo del Paese.

Il Welfare Italia Index aggrega **22 Key Performance Indicator** provenienti da **database regionali e nazionali** e riguardanti tutte le Regioni italiane e le

due Province Autonome di Trento e Bolzano. Attraverso tale processo viene così confrontata la risposta - in termini di risorse spese e indicatori strutturali - del *welfare* dei diversi territori regionali italiani. Si rimanda alla metodologia (sezione 3.4) per ulteriori informazioni rispetto alla composizione e ai passaggi metodologici dell'Indice.

3.1.2

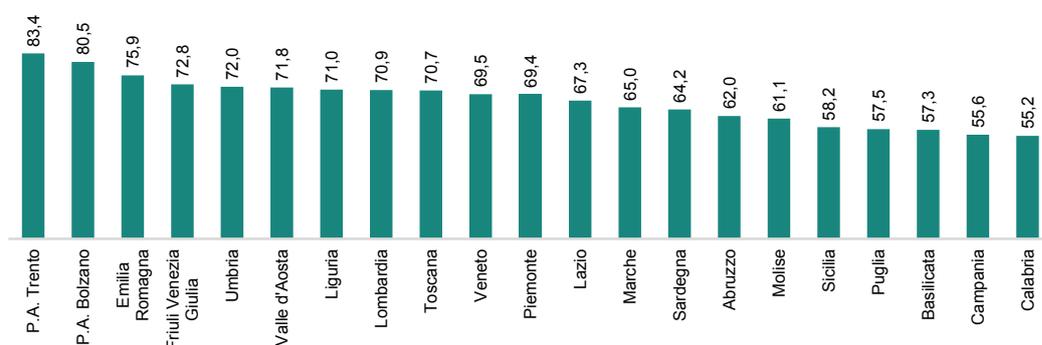
I risultati del Welfare Italia Index 2020

L'amministrazione territoriale con il Welfare Italia Index più elevato è la **P.A. di Trento (83,4 punti)**, seguita dalla **P.A. di Bolzano (80,5 punti)** e dall'**Emilia-Romagna (75,9 punti)**. Dal lato opposto del *ranking*, troviamo la Basilicata (57,3 punti), la Campania (55,6 punti) e la Calabria (55,2 punti). Il primo elemento che emerge con forza dal confronto regionale attraverso l'Indice è la grande differenza di punteggio tra la prima e l'ultima Regione (**oltre 28 punti di differenza**).

Un secondo aspetto di rilievo è la forte polarizzazione **tra Nord e Sud del Paese**: le ultime 8 Regioni appartengono all'Italia Meridionale e Insulare e la migliore di queste - ovvero la Sardegna (14° con 64,2 punti) - dista circa 20 punti dalla prima in classifica e precede di circa 9 punti la Calabria ultima in classifica. In altri termini, il Welfare Italia Index mostra un forte divario tra le Regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno.

Figura 3.1. Classifica del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max).

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



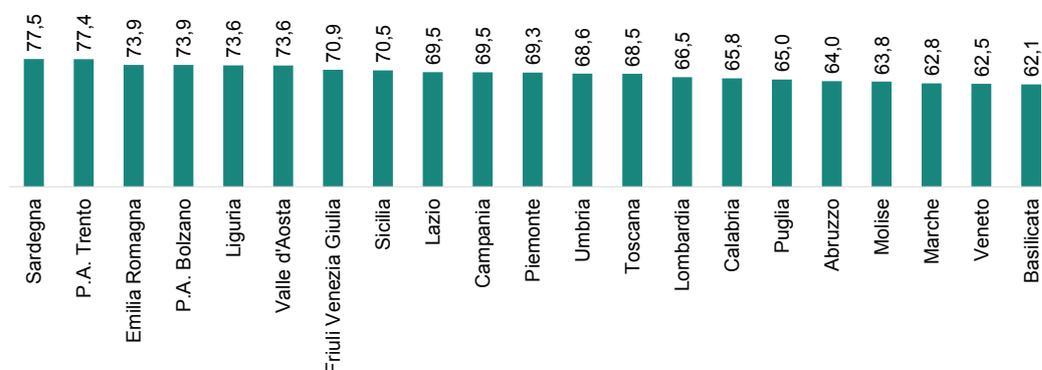
In questo quadro complessivo, il *ranking* della dimensione relativa agli indicatori di spesa - che, come indicato nella nota metodologica, incorpora un fattore di correzione al margine - vede un risultato interessante: la **Sardegna si posiziona infatti al primo posto (77,5 punti)** seppur poco distante dalla P.A. di Trento (77,4 punti), seconda nella classifica. Dal lato opposto della classifica spicca la posizione del Veneto, che si colloca al penultimo posto.

Dal punto di vista della dispersione dei punteggi deve, però, essere sottolineato che la distanza tra la prima e l'ultima Regione nel *ranking* degli indicatori di spesa è di soli **15,4 punti**. Parte di questa compressione è

certamente attribuibile al fattore correttivo introdotto in alcuni indicatori di spesa pubblica, ma è ciononostante significativo che la distanza tra prima e ultima regione sia inferiore a quanto si vede nel Welfare Italia Index.

Figura 3.2. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori di spesa del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max).

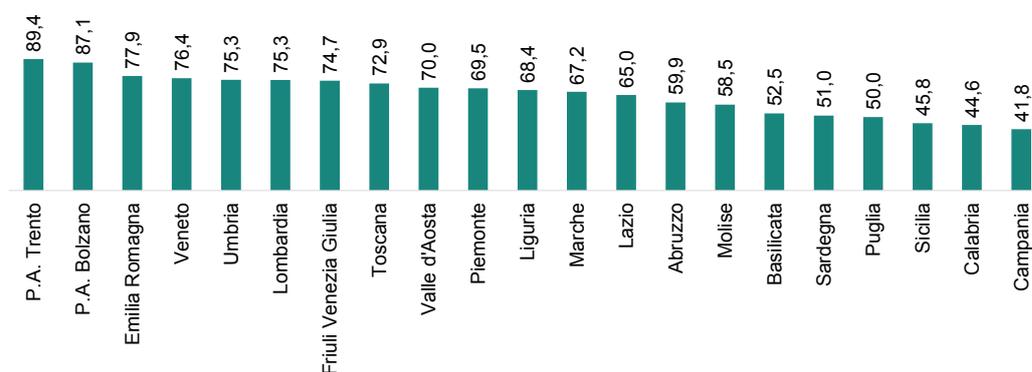
Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



A differenza di quanto accade nella dimensione relativa alla spesa, la dispersione dei punteggi relativi agli indicatori strutturali (per una loro definizione si veda la figura 3.20 della nota metodologica) risulta molto più elevata, con una distanza tra la prima e l'ultima Regione pari a **47,6 punti**. In altri termini, gli indicatori di *output* mostrano risultati molto più differenziati di quanto non accada per quelli di *input* rivelando una forte differenza di efficienza della spesa. In particolare, la classifica relativa agli indicatori strutturali vede la **P.A. di Trento al primo posto** con 89,4 punti, davanti alla P.A. di Bolzano (87,1 punti) e all'Emilia Romagna (77,9 punti). Chiudono la classifica la Sicilia (45,8 punti), la Calabria (44,6 punti) e la Campania (41,8 punti).

Figura 3.3. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori strutturali del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max).

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



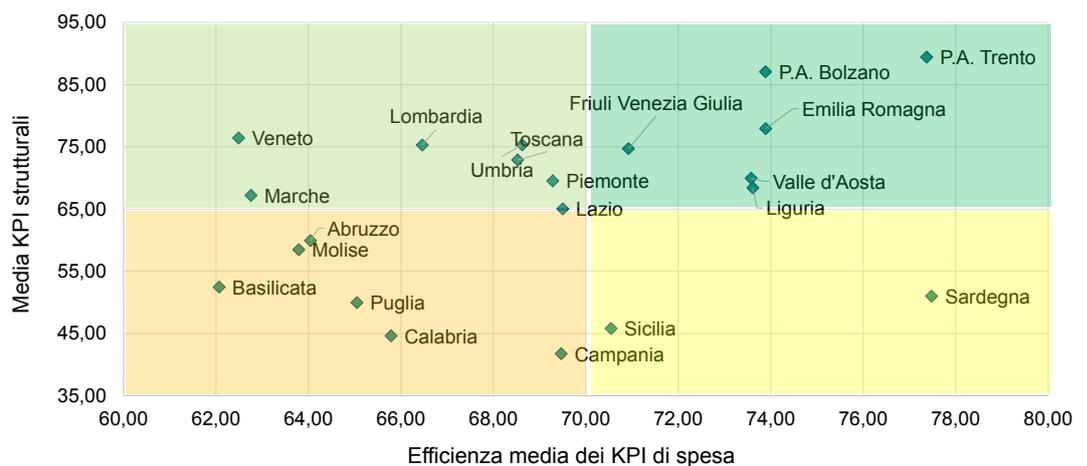
Mettendo a matrice gli score nei due sotto-indici di *input* e di *output* (figura 3.4) si evidenzia come la **componente integrativa più sviluppata abiliti buoni risultati anche laddove il ruolo della spesa pubblica è più limitata.**

Il quadrante in alto a destra mostra, infatti, le Regioni che abbinano una maggiore efficienza media derivante dai KPI di spesa con migliori risultati nei KPI strutturali. Non è un caso che in questo quadrante compaiano i primi tre sistemi territoriali della classifica generale del Welfare Italia Index (P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia-Romagna). Il quadrante in alto a sinistra raffigura, invece, le Regioni che registrano **performance positive in termini di media di KPI strutturali**, ma inferiori alla mediana per efficienza della spesa. Esemplici sono i casi di Lombardia, Veneto e Toscana in cui i KPI strutturali sono più alti anche di alcune Regioni che si trovano in alto a destra (in particolare Liguria e Valle d'Aosta), ma in cui l'efficienza della spesa ne penalizza il posizionamento complessivo.

Analogamente il quadrante in basso a destra rappresenta i territori in cui gli indicatori strutturali siano inferiori alla mediana ma in cui l'efficienza della spesa è maggiore rispetto ai casi clusterizzati nel quadrante in basso a sinistra. Nel quadrante in basso a destra spicca, in una posizione tale da configurarla quasi come un caso di *outlier*, la Sardegna, Regione del Mezzogiorno con il miglior posizionamento complessivo nel Welfare Italia Index oltre alla Regione con il miglior risultato in termini di spesa.

Figura 3.4. Score nei due pilastri del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max).

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



3.1.3

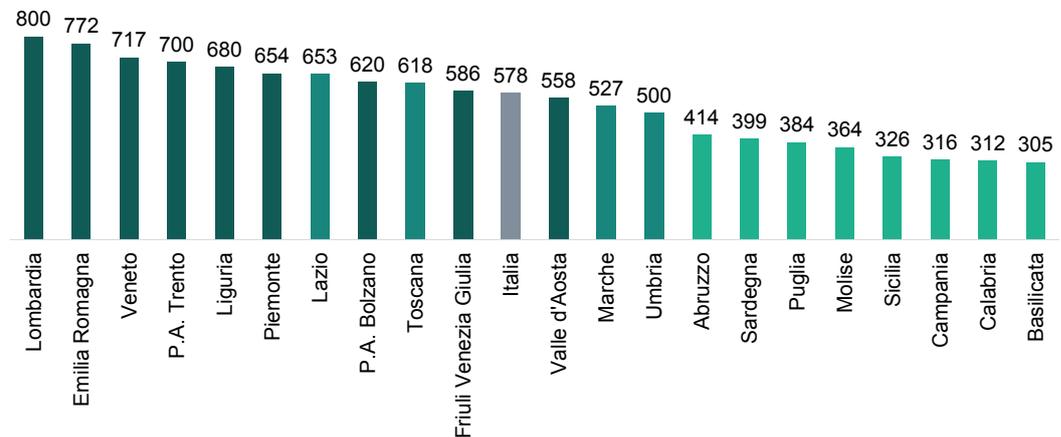
I focus regionali del Welfare Italia Index 2020

A partire dal posizionamento delle Regioni rappresentato dalla figura 3.1 sono analizzati tre *focus* regionali: la P.A. di Bolzano, il Veneto e la Campania. La P.A. di Bolzano è posizionata al secondo posto nel Welfare Italia Index 2020, il Veneto si posiziona esattamente nel quadrante in alto a sinistra, risultando penalizzato dal basso punteggio in termini di spesa e la Campania, invece, è la Regione con il punteggio più basso in termini di KPI strutturali sebbene l'efficienza della spesa sia sostanzialmente nella media.

Partendo dalla **Provincia Autonoma di Bolzano** si nota come questa si posizioni al quarto posto rispetto ai KPI di spesa e al secondo posto sugli indicatori strutturali. Lo score della spesa è mantenuto alto grazie a KPI quali la spesa sanitaria privata *pro capite*, dove la P.A. Bolzano si posiziona al di sopra della media nazionale, con valori più che doppi rispetto all'ultima Regione italiana per spesa (si veda anche figura successiva).

Figura 3.5. Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2020.



Oltre alla spesa sanitaria privata, la P.A. presenta elevati livelli di spesa anche per la componente pubblica. A titolo esemplificativo, basti considerare che la P.A. di Bolzano ha una spesa pro capite in interventi e servizi sociali pari a 597 Euro (vs. 119 media italiana). Si sottolinea tuttavia che tali livelli di spesa che sono considerati sostenibili solamente per territori con simili caratteristiche, quali una limitata estensione e la possibilità di godere dei privilegi di un territorio a statuto speciale (si veda il box successivo).

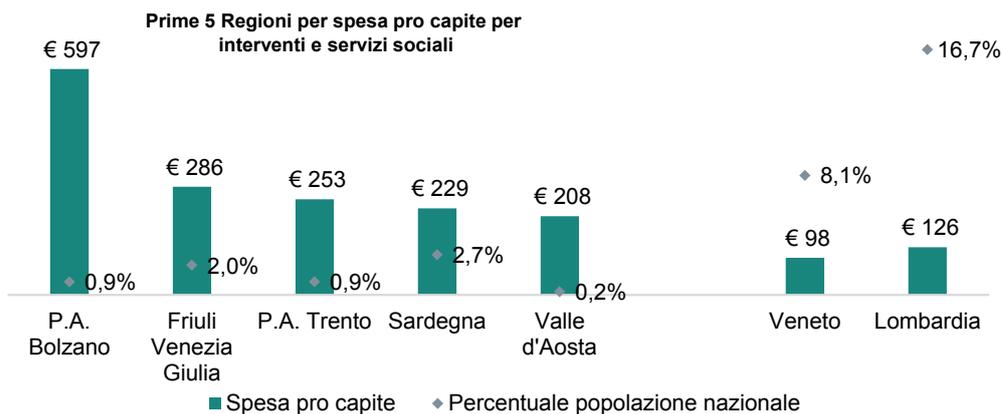
Il secondo posto complessivo della P.A. di Bolzano nella componente strutturale è sostenuto da KPI strutturali particolarmente premianti come la percentuale di cittadini inattivi (solo l'1% del totale), una disoccupazione complessivamente molto bassa (2,9%) e un alto tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (superiore al 40% della forza lavoro) che rivela una buona predisposizione al ricorso a forme di *welfare* integrativo.

Focus: le voci di spesa troppo elevate e il caso della P.A. di Bolzano

L'esempio della **spesa per interventi e servizi sociali** della P.A. di Bolzano permette di comprendere al meglio i limiti di una spesa troppo elevata, sostenibile per Regioni più piccole (e magari a statuto speciale), ma poco gestibile per Regioni molto popolate. Osservando la seguente figura è constatabile come le prime cinque Regioni per spesa pro capite in tale KPI abbiano una popolazione in percentuale al totale nazionale molto limitata e siano tutte a statuto speciale (godono perciò di capacità di spesa ben più favorevoli delle altre Regioni).

Figura 3.6. Spesa per interventi e servizi sociali pro capite (Euro) e popolazione (percentuale della popolazione totale nazionale).

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat e Corte dei Conti, 2020.



Il primo territorio per spesa pro capite per interventi e servizi sociali, la P.A. di Bolzano (597 Euro), rappresenta solo lo **0,9% della popolazione nazionale** e, come le Regioni a seguire (Friuli Venezia-Giulia, P.A. di Trento, Sardegna e Valle d'Aosta, tutte a statuto speciale), presenta valori particolarmente distanti da Regioni molto più popolate. Ad esempio, la Lombardia (16,7% della popolazione nazionale) raggiunge una spesa pro capite di appena 126 Euro e il Veneto (8,1%) un valore pari a solamente 98 Euro (oltre **6 volte più basso** della spesa della P.A. di Bolzano). Si rimanda al box sulla Campania per approfondire la correzione al margine del Welfare Italia Index, applicato alle Regioni con la spesa più elevata.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

Il Veneto è un caso di forte interesse poiché si trova in uno scenario per molti versi estremo. Da un lato, infatti, si posiziona al penultimo posto rispetto ai KPI di spesa - davanti alla sola Basilicata - ma, dall'altro lato, spicca al quarto posto rispetto ai risultati visibili negli indicatori strutturali. In particolare, la Regione **primeggia in KPI strutturali** quali il tasso di partecipazione a forme pensionistiche integrative (terza Regione nel Paese insieme al Friuli-Venezia Giulia) e il basso tasso di NEET rispetto alla popolazione giovane (14,3%).

Presenta invece uno score basso nella componente della spesa a causa di KPI quali la spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione (2,7% del PIL a fronte di una media italiana del 3,4%) e una

limitata spesa in strumenti quali il Reddito di Cittadinanza (in Veneto solo c.a. 38 mila nuclei familiari hanno aderito alla misura al 2020, pari al 3% del totale italiano). In altri termini la capacità di risposta del sistema di *welfare* della Regione Veneto - è solo al decimo posto complessivo - è nel complesso penalizzata dagli indicatori di spesa ma è **premiata dagli indicatori strutturali**.

Questa apparente contraddizione, che si ritrova in misura minore anche in Lombardia, è spiegata da fenomeni quale il **forte insediamento di imprese produttive nel territorio** che mantiene bassa la disoccupazione (con il 5,6%, il Veneto presenta uno dei tassi di disoccupazione tra i più bassi a livello nazionale *box* successivo) e - parallelamente - consente di avere livelli più alti di partecipazione a forme di *welfare* integrativo. In sintesi, il posizionamento complessivo del Veneto è attribuibile a dinamiche economico-sociali che vanno oltre i limiti della capacità di risposta del sistema di *welfare*.

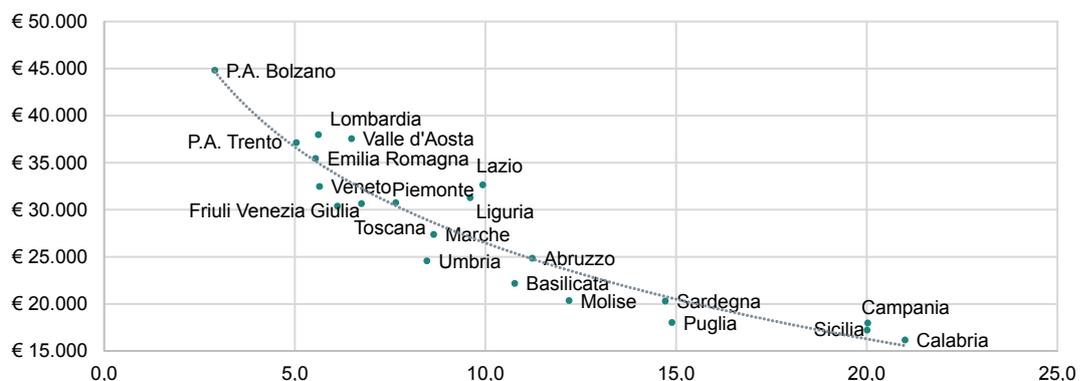
Focus: fattori esogeni al welfare state e il caso del Veneto

L'esempio del Veneto permette di riflettere su alcuni elementi che vanno **oltre i limiti** della capacità di risposta del sistema di *welfare*, ma non sono comunque scomponibili e tralasciabili in un'analisi sullo stato di sviluppo del *welfare state* regionale.

Analizzando la spesa in *welfare* del Veneto, così come precedentemente descritto, si apprezza l'esempio di una Regione che destina relativamente **poche risorse** nei KPI di *input*. Nonostante ciò, svariati indicatori strutturali della Regione presentano valori tra i **migliori a livello nazionale**. Se si considera, per esempio, il tasso di disoccupazione precedentemente citato (rispetto a cui il Veneto performa molto meglio in confronto alla media nazionale) si può facilmente comprendere come tali risultati siano abilitati principalmente da elementi esogeni al sistema di *welfare*, quali una sviluppata rete di **insediamenti industriali** e, più in generale, uno stato di **benessere economico** del territorio particolarmente elevato.

Figura 3.7. (Asse delle ascisse) Tasso di disoccupazione (percentuale), 2019. (Asse delle ordinate), PIL pro capite (Euro), 2018.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.



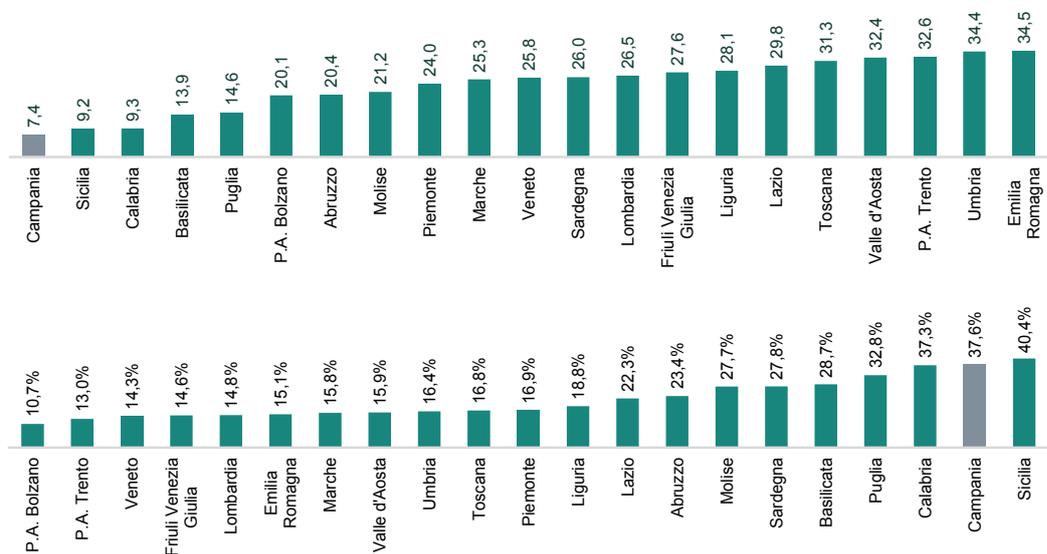
Osservando la matrice precedente è possibile constatare come la distribuzione del **tasso di disoccupazione** sia altamente legata, ad esempio, anche alla distribuzione del **PIL pro capite**: più una Regione è ricca, più è limitato il proprio tasso di disoccupazione. Se la P.A. di Bolzano presenta il PIL pro capite più elevato a livello nazionale (quasi 45mila Euro) e il più basso tasso di disoccupazione (2,9%), la Calabria registra il PIL pro capite meno elevato in assoluto (poco più di 16mila euro) e il più alto tasso di disoccupazione italiano (21,0%).

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

La **Campania**, infine, è ultima rispetto alla componente strutturale, ma presenta alcune variabili di interesse all'interno dei KPI della spesa. Con un tasso pari al 6,1% del PIL, la Campania è, infatti, la terza Regione per spesa pubblica in consumi finali per l'istruzione e la formazione. Per contro, i giovani NEET della Regione superano il 37% della popolazione tra i 15 e i 34 anni e la Campania è penultima anche in KPI come il tasso di disoccupazione (20,0%) e la popolazione inattiva in percentuale alla forza lavoro (oltre 1,8 milioni di inattivi). Anche rispetto all'educazione la Regione presenta significative criticità: i posti letto d'asilo nido autorizzati ad esempio rappresentano il valore più basso fra tutte le regioni italiane (7,4 ogni 100 bambini di 0-2 anni).

Figura 3.8. (In alto nel grafico) Posti letto d'asilo nido autorizzati (ogni 100 bambini di 0-2 anni), 2017. (In basso nel grafico) Giovani NEET (percentuale della popolazione tra 15 e 34 anni), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.

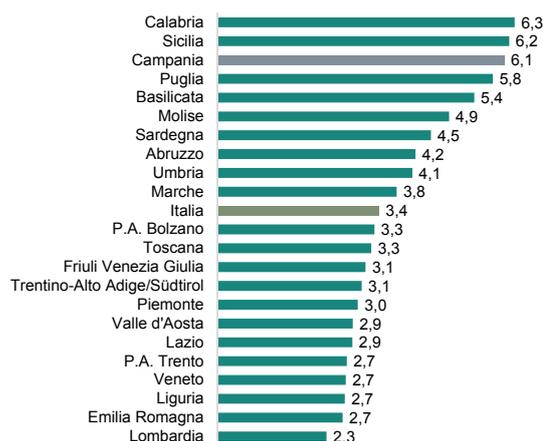


Focus: la correzione al margine e il caso della Campania

Come descritto nella metodologia, il Welfare Italia Index presenta una **correzione al margine** di alcuni KPI di spesa al fine di non premiare territori in cui la spesa potrebbe essere inefficiente ed eccessivamente elevata. A questo riguardo, il KPI "spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione in percentuale al PIL" riferito alla Campania rappresenta un buon esempio per comprendere tale correzione al margine.

Figura 3.9. Spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione (percentuale del PIL), 2016.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.



Con una spesa pari al **6,1%** del PIL, la Campania non presenta il valore più elevato a livello nazionale. Nonostante ciò, nello specifico KPI la Regione riceve lo **score** più elevato (100 punti). Tale risultato è dovuto proprio alla penalizzazione al margine delle Regioni con una spesa superiore al **90° percentile** della distribuzione nazionale. Nel caso specifico, infatti, tale correzione riduce lo **score** di Calabria e Sicilia (prime due Regioni per spesa nel KPI) e permette alla Campania di raggiungere lo **score** migliore.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

3.2

LA VISIONE EVOLUTIVA DEL SISTEMA DI WELFARE PROPOSTA DAL THINK TANK "WELFARE, ITALIA"

Il Rapporto 2019 ha evidenziato la necessità per l'Italia e l'Europa di un **Welfare New Deal**. Con tale concetto ci si è riferiti ad un progetto capace di accompagnare le grandi scelte di transizione economica e sociale che avranno impatto sulla società europea e che, a sua volta, faccia leva su una visione evolutiva del sistema di *welfare* in ottica di maggiore **integrazione pubblico-privato**. Nel 2020 il Think Tank "Welfare, Italia" rilanci l'importanza di un Welfare New Deal richiamando soprattutto a una

maggiore attenzione alla **componente “attiva” del welfare**. Si auspica infatti una rimodulazione del bilancio dello Stato, in grado di incrementare la partecipazione al mercato del lavoro in maniera diffusa rispetto a tutte le categorie di fruitori (es. giovani e donne) per rilanciare così la crescita del Paese. In seguito ai grandi sconvolgimenti legati al COVID-19, con questo Rapporto si è inoltre deciso di declinare una **nuova definizione del welfare**, in continuità con la visione del 2019, al fine di interpretare il mutato contesto odierno:

Il sistema di strumenti, servizi e interventi finalizzati ad offrire ai cittadini le migliori e le più moderne **risposte universalistiche di protezione sociale** abilitando le condizioni per la piena autorealizzazione e proattività dell'individuo, **garantendo la tenuta sociale del Paese e la protezione di coloro che necessitano di tutele** attraverso strumenti mirati e precisi verso un modello di welfare di precisione

La visione proposta fa leva sull'individuazione di principi, strumenti e modalità operative che garantiscano al sistema di *welfare* (e agli attori che lo presidiano) di affrontare le sfide sociali del presente senza compromettere la sostenibilità del sistema e gli equilibri intergenerazionali. In questo senso, principi, strumenti e modalità operative sono strettamente collegati tra di loro e contribuiscono a configurare **il welfare nel suo complesso come un vero e proprio settore economico**, in grado di garantire una crescita più inclusiva e sostenibile del Paese.

Come trattato già estesamente nell'edizione 2019 del Rapporto del Think Tank “Welfare, Italia”, i sistemi di *welfare* sono basati su valori ben definiti all'interno dell'ordinamento dello Stato e costituiscono la vocazione e gli obiettivi generali che questo è chiamato a perseguire. La visione evolutiva del Think Tank “Welfare, Italia”, parte dalla considerazione che affinché gli obiettivi fondanti di inclusività, equità e accesso universale possano essere garantiti, tali **principi** debbano essere affiancati dalla **tempestività, flessibilità e personalizzazione delle prestazioni**.

I principi guida sono, a loro volta, affiancati dagli **strumenti**, ovvero la “cassetta degli attrezzi” di cui un Paese dispone per raggiungere gli obiettivi stabiliti dai principi guida. Se i principi rappresentano un elemento stabile e condiviso nel medio/lungo periodo, gli strumenti devono essere aggiornati in un orizzonte temporale inferiore. Ad oggi gli strumenti che possono essere valorizzati per rendere i principi esecutivi sono il ricorso alle **nuove tecnologie**, *in primis* al digitale, l'**allocazione efficiente delle risorse**, la **formazione** degli operatori pubblici e privati e la **comunicazione**.

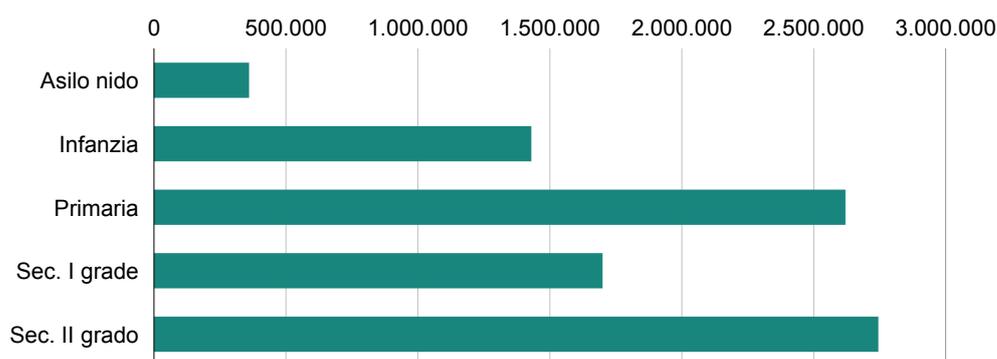
Principi e strumenti così definiti hanno bisogno di una piattaforma e di logiche di funzionamento per poter operare ed erogare servizi di protezione sociale. Questa funzione di raccordo è svolta dalle **modalità operative**, ovvero dalla predisposizione di un **modello integrato che metta a sistema i diversi attori** (pubblici, privati e no profit) e **gli strumenti a disposizione**.

Un punto chiave della visione evolutiva è, pertanto, la differenziazione dei ruoli tra componente pubblica e privata. Nel contesto di oggi, infatti, l'integrazione tra pubblico e privato vede largamente quest'ultimo supplire alle carenze di tipo organizzativo e/o di dotazione finanziaria del settore pubblico. All'interno del modello evolutivo, invece, l'integrazione tra pubblico e privato si basa sempre più sulla differenziazione dei ruoli tra pubblico e privato (*profit* e *no-profit*) fondata sulla **capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni**, evitando duplicazioni delle prestazioni e dei servizi offerti e **rendendo più efficiente l'allocazione delle risorse pubbliche**. Tra i diversi aspetti legati al COVID-19, una dimensione specifica merita di essere inclusa all'interno del perimetro di *welfare*: la **formazione e l'educazione**.

In Italia vivono 9,6 milioni di minori. A causa della quarantena imposta dalla Pandemia, hanno dovuto usufruire della didattica a distanza (DAD) almeno **8,3 milioni di bambini e ragazzi** in età scolastica. Ciò ha impattato fortemente su diversi aspetti connessi al sistema di *welfare*, tra cui la necessità di conciliare i nuovi tempi della vita familiare con quelli lavorativi e la necessità di disporre di strumentazione adeguata e connessioni veloci necessari tanto per il lavoro agile quanto per la DAD.

Figura 3.10. Alunni coinvolti nella chiusura delle scuole per livello (Valori assoluti).

Fonte: Elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Openpolis con i bambini, 2020.



La pandemia COVID-19 si inserisce in un contesto in cui dal punto di vista dell'educazione sono già presenti forti criticità quali le disuguaglianze nella *performance* scolastica degli studenti condizionale allo **status socio-economico ed educativo** dei propri genitori³⁶. Basti considerare che le

³⁶ Commissione Europea, "Socio-economic background and educational inequalities", 2019.

rilevazioni PISA³⁷ dal 2003 al 2015 registrano in media una differenza del punteggio in matematica raggiunto tra gli studenti con genitori con un alto livello di istruzione³⁸ e gli studenti con genitori con un basso livello di istruzione pari a 92 punti in Germania, 76 nel Regno Unito, 60 in Spagna e 59 in Italia: un livello molto elevato, dato che circa 35 punti PISA sono generalmente considerati approssimativamente equivalenti a un anno di frequenza scolastica. In questo quadro, le conseguenze del COVID-19 hanno fatto emergere ulteriori **bisogni e rischi sociali** anche rispetto alla didattica (box successivo). Alla luce di ciò, una visione evolutiva del *welfare* necessita di considerare la formazione e l'educazione quali una quarta dimensione - insieme a previdenza, sanità e politiche sociali - dell'intero del sistema di *welfare* di un Paese. Tale componente figura infatti quale un importante strumento a disposizione di un Paese al fine di migliorare le condizioni socio-economiche e la qualità di vita della propria popolazione.

Focus: il COVID-19 e l'importanza dell'educazione all'interno della visione evolutiva del sistema di welfare

In un contesto in cui i bambini e giovani presentano i rischi sanitari più bassi legati al COVID-19, tali fasce della popolazione hanno particolarmente sofferto durante l'emergenza sanitaria della chiusura fisica degli istituti scolastici. A partire da Marzo 2020, in Unione Europea circa **circa 58 milioni di studenti** delle scuole primarie e secondarie sono stati privati della possibilità di frequentare lezioni in presenza*.

Tale situazione si innesta in un contesto educativo che presenta già particolari criticità e andrà ad esacerbare elementi quali la disuguaglianza. Già in uno scenario pre-COVID, le **performance scolastiche** degli studenti, ad esempio, sono fortemente influenzate dalle condizioni della propria famiglia: nell'OECD uno studente di 15 anni svantaggiato dal punto di vista socio-economico ha circa **tre volte più probabilità** di uno studente avvantaggiato di aver ripetuto l'anno scolastico almeno una volta**

In questo contesto, lo stop delle lezioni in presenza durante l'emergenza COVID-19 determina la necessità di frequentare in maniera **digitale** e colpisce duramente gli studenti più svantaggiati dal punto di vista socio-economico, ovvero non dotati degli **strumenti necessari**. In media nell'OECD se oltre il **95%** degli studenti che frequentano scuole avvantaggiate - ovvero con studenti con un elevato *status* socio-economico - ha accesso a un computer a casa per il lavoro scolastico, gli studenti delle scuole svantaggiate si ferma poco al di sopra dell'**81%**. In Italia, se i primi superano il 95%, gli studenti delle scuole più svantaggiate con a disposizione un pc a casa per il lavoro scolastico non raggiungono l'83%. In questo quadro, inoltre, soltanto il **6,1%** dei ragazzi italiani tra 6 e 17 anni vive in una famiglia dove è disponibile almeno un pc per componente.

³⁷ Programma per la valutazione internazionale dell'allievo (Programme for International Student Assessment).

³⁸ L'elevato livello di istruzione dei genitori si riferisce all'istruzione di livello ISCED superiore al livello 5A.

Infine, è importante anche sottolineare come simili difficoltà legate alla DAD e che accresceranno ulteriormente le disuguaglianze educative sono riscontrabili sia dal punto di vista di **elementi materiali** quali la dotazione digitale, che dal punto di vista dell'aiuto che le famiglie sono in grado di fornire ai propri minori alla luce delle **proprie competenze** maturate lungo i percorsi di studi e professionali.

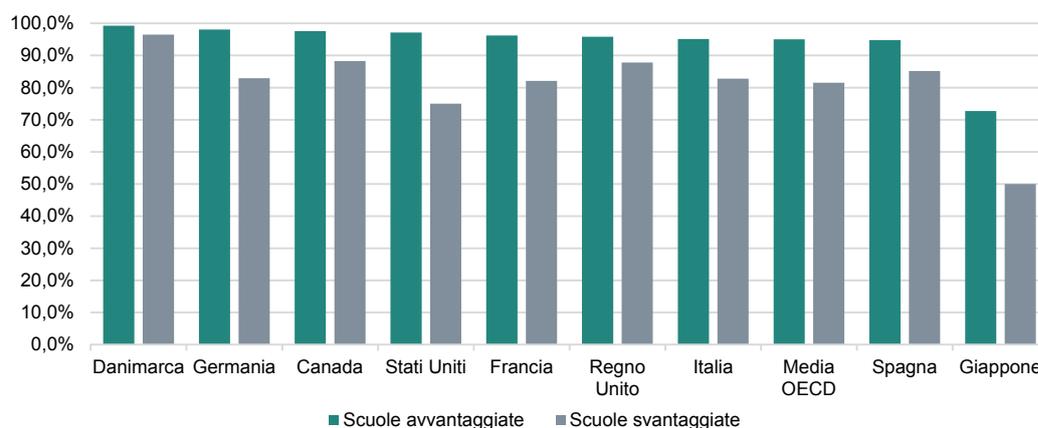
(*) Commissione Europea, "Educational inequalities in Europe and physical school closures during COVID-19", 2020.

(**) Education international, "OECD PISA V results show inequalities in education and importance of qualified teachers and education support personnel", 2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

Figura 3.11. Accesso degli studenti ad un computer a casa per il lavoro scolastico in base alle proprie condizioni sociali percentuale sul totale), 2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2020.



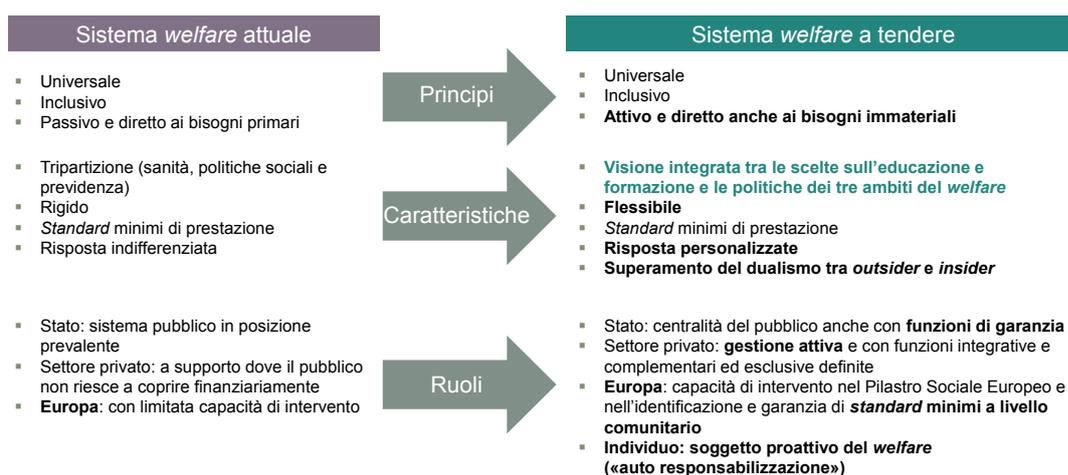
Scuole avvantaggiate: con studenti in media parte del quarto più alto della distribuzione del "PISA index of economic, social and cultural status"; **Scuole svantaggiate:** con studenti in media parte del quarto più basso della distribuzione del "PISA index of economic, social and cultural status".

Migliorare educazione e formazione consente, in altri termini, di intervenire sulla c.d. "**pre-distribuzione**"³⁹, creando le condizioni ottimali perché le misure di *policy* dirette al sistema di *welfare* - basate sempre più sulla maggiore flessibilità e personalizzazione delle prestazioni e sull'auto-responsabilizzazione degli individui - siano più efficaci e rispondenti ai bisogni di inclusività ed equità. In altri termini, in questo modo, è reso davvero possibile un *Welfare New Deal* che sostenga la crescita, migliori la capacità di risposta dei sistemi di *welfare* regionali e abiliti un modello di "**welfare di precisione**" con *policy* effettivamente targettizzate ai bisogni evolutivi dei cittadini.

³⁹ Pre-distribuzione è un concetto coniato da Jacob Hacker, professore di Scienze Politiche a Yale, nel Paper "The Institutional Foundations of Middle Class Democracy" che sostiene come l'intervento statale debba verificarsi per prevenire il sorgere di disuguaglianze nella società piuttosto che attraverso il ricorso alla tassazione e alla spesa pubblica redistributiva per fronteggiare le conseguenze di eccessivi squilibri sociali. In altri termini, un maggiore ricorso alla prevenzione - di cui l'*education* è un aspetto chiave - piuttosto che alla cura *ex post*.

Figura 3.12. Principi, caratteristiche e ruoli del sistema di welfare attuale e di quello evolutivo.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



3.3

LE DISUGUAGLIANZE EMERGENTI E LE NUOVE SFIDE AI BENEFICIARI DI WELFARE NELLO SCENARIO POST-COVID

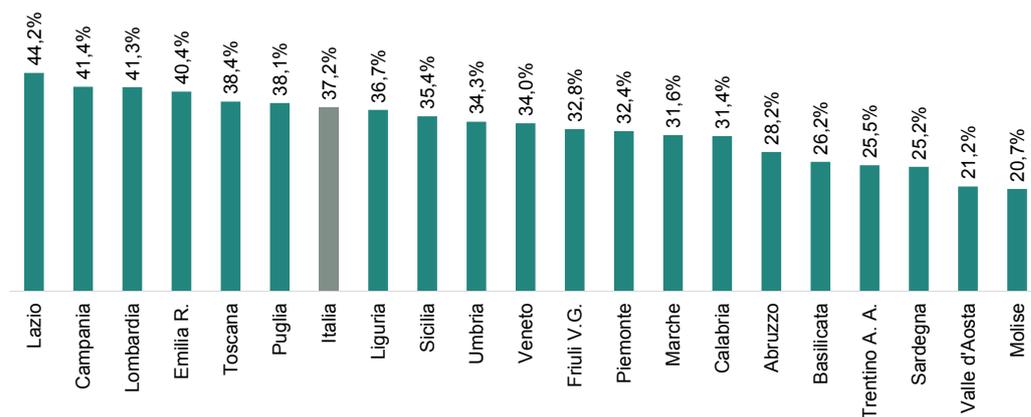
La crisi COVID-19 ha reso ancora più evidente il **ruolo trasformativo del digitale** per la società italiana (in termini di possibilità di lavorare in remoto, continuità scolastica, fruizione di servizi sanitari, ecc.) mettendo in luce **nuove forme di diseguaglianze** - determinate ad esempio dalla residenza in territori oggi non coperti da banda ultra larga, dalla limitata capacità di utilizzare servizi digitali avanzati, ecc. - a cui il *welfare* deve poter fornire una risposta adeguata.

Come detto in precedenza, infatti, il digitale è oggi sia un fattore che crea potenziali **nuove fratture sociali** sia una **potenziale soluzione per soddisfare le nuove sfide del welfare contemporaneo**. I motivi di queste "nuove divisioni sociali" legate al digitale oggi sono dunque alimentati sia da un aspetto di connettività sia dal possesso delle competenze necessarie per un corretto utilizzo delle tecnologie stesse.

Partendo dall'aspetto legato alla connettività, è importante sottolineare come negli ultimi cinque anni, la disponibilità di infrastrutture di rete a banda ultra larga sia cresciuta in Italia. Contestualmente, le sottoscrizioni a connessioni di tipo fisso con velocità superiori a 30 Mbps attivate da parte delle famiglie italiane sul totale delle connessioni, il cosiddetto indicatore di *take-up*, che è passato dal **6,8% nel 2015 a 46,0% dopo il 2019**. Nonostante ciò, permangono differenze a livello regionale. Quasi la metà delle famiglie residenti nella Regione Lazio hanno oggi attivato una connessione con velocità superiore a 30 Mbps, mentre solo il 20,7% delle famiglie residenti in Molise. In altri termini, a fronte di una progressiva crescita della copertura in banda ultra larga vi sono significative differenze per quanto riguarda le sottoscrizioni nei territori regionali.

Figura 3.13. Quota di famiglie con sottoscrizioni a connessioni con velocità superiori ai 30 Mbps sul totale nelle Regioni italiane (valori percentuali), 2019.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati AGCOM, 2020

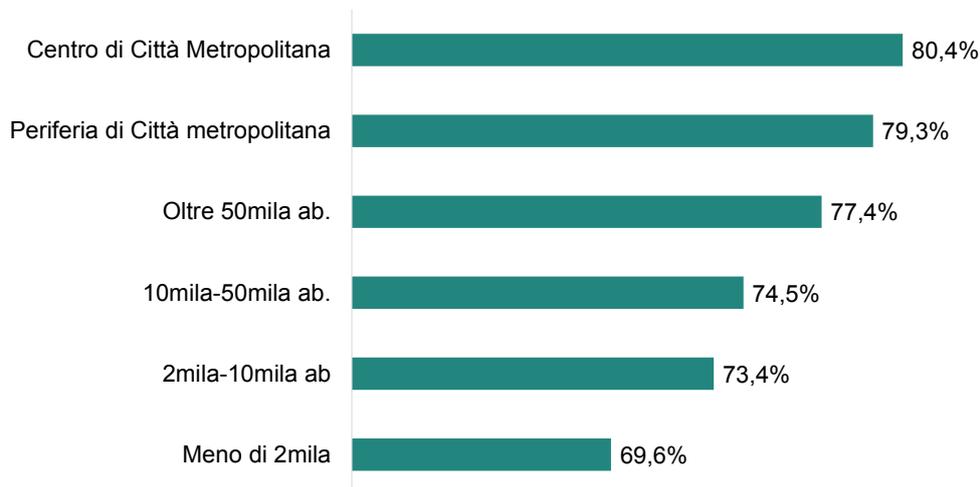


Restando sul tema delle differenze territoriali, deve essere sottolineato come nei comuni più grandi, ovvero le città più attrattive in termini di servizi, la quota di famiglie raggiunte dalla rete fissa ad almeno 30 Mbps è l'86,4%, dato che scende al 58% nei comuni di cintura, e al 40% circa in quelli periferici. Nei comuni ultra-periferici, infine, poco più di un terzo dei nuclei familiari è raggiunto da connessioni ad almeno 30 Mbps. I comuni dove nessuna famiglia risulta raggiunta dalla rete fissa a 30 Mbps sono circa 4.000. Ci vivono **6,7 milioni di persone**, di cui **1 milione circa sono minori di 18 anni**. Si tratta di un tema che riguarda strettamente aspetti di *welfare* perché se si considera solo la popolazione in età scolastica, parliamo di **780mila bambini e ragazzi tra 6 e 18 anni** che oggi, nel contesto post COVID-19 fortemente caratterizzato dal ricorso al digitale, sono a forte rischio di restare indietro rispetto ai loro pari età⁴⁰.

Non sorprende quindi che la connessione a Internet sia dipendente da caratteristiche geografiche. I dati Istat mostrano come, a fronte di una media nazionale del 76,1% di famiglie con connessioni a Internet attive, restano indietro soprattutto le Regioni del Sud. In primis, la Calabria (67,3%), Molise e Basilicata (69%), Sicilia (69,4%) e Puglia (69,6%). Un ulteriore elemento di disomogeneità, oltre alla dinamica Nord-Sud, è quello rappresentato dalla dimensione del Comune di residenza. Se la percentuale di famiglie connesse è pari all'**80,4% nei centri capoluogo delle Città Metropolitane**, tale percentuale scende fino al 69,6% nei Comuni con meno di 2.000 abitanti.

⁴⁰ Fonte: Openpolis Con i Bambini, " Disuguaglianze digitali: Bambini e famiglie tra possibilità di accesso alla rete e dotazioni tecnologiche nelle scuole", 2020.

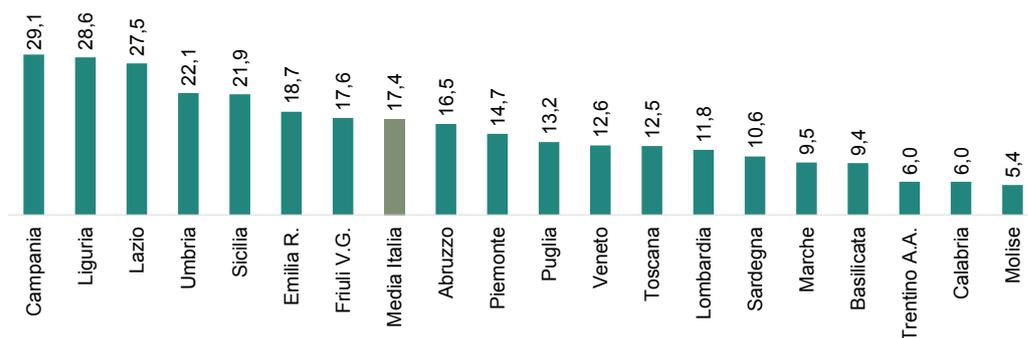
Figura 3.14. Famiglie che dispongono di connessione domestica (percentuale), 2019.
Fonte: The European House - Ambrosetti su dati OpenPolis con i bambini, 2020.



La disponibilità di connettività è un fattore decisivo anche nella possibile offerta di servizi digitali avanzati. Tornando sul tema dell'educazione e formazione è utile ricordare come, dai dati forniti da AGCOM, nel periodo COVID-19 il **12,7%** degli studenti non abbia potuto usufruire della didattica a distanza e **solo 7 studenti su 10 abbiano potuto seguire con continuità le lezioni online**. Uno dei limiti alla maggiore integrazione tra formazione fisica e digitale è costituito anche dalla connettività delle scuole in cui **solo il 17,4% dei complessi scolastici risulta oggi collegato con banda ultra larga in FTTH (Fiber-To-The-Home)**. Per affrontare questo ritardo di connettività, il Piano Scuole lanciato a maggio 2020 dal Comitato per la Banda Ultra Larga prevede uno stanziamento di circa 400 milioni di Euro per garantire connettività gratuita a tutti gli edifici scolastici per un totale di oltre 34mila edifici scolastici da cablare entro il 2023.

Figura 3.15. Percentuale di edifici scolastici raggiunti in tecnologia FTTH (percentuale), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati AGCOM, 2020.



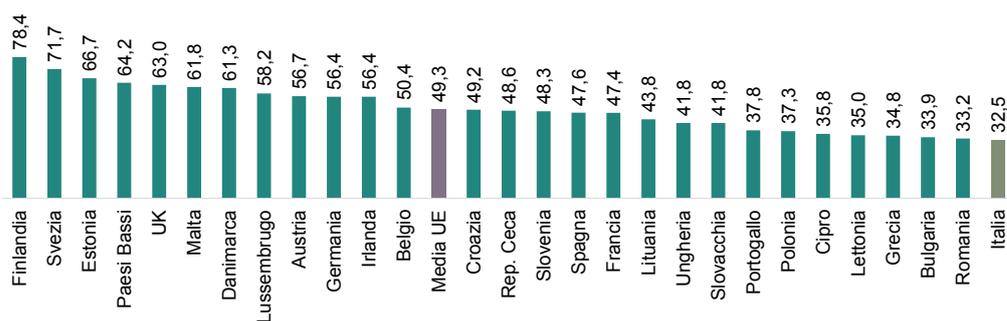
L'altro aspetto che determina divisioni digitali nel Paese può essere identificato nella carenza di competenze digitali. Nell'Indice DESI 2020, in cui l'Italia si posiziona complessivamente al quartultimo posto, vi è un sotto-indice in cui le performance italiane sono particolarmente

penalizzanti. Si tratta, appunto, della dimensione relativa al **capitale umano digitale in cui l'Italia è addirittura ultima tra i Paesi europei.**

Solo il **42% degli italiani** ha, infatti, almeno **competenze digitali di base** (a fronte del 58% nella media UE) mentre il **22% dispone di competenze digitali superiori a quelle di base** (a fronte del 33% nella media UE). Il **gap complessivo** in termini di competenze riguarda, inoltre, anche i ragazzi e i più giovani. Sulla base dei più recenti dati Eurostat (2019), l'83% delle ragazze e dei ragazzi europei con meno di 18 anni ha competenze digitali di base o superiori. In Italia questa percentuale scende al **64%**.

In aggiunta, osservando la realtà digitale italiana, emergono disuguaglianze ascrivibili a fattori economico-reddituali, all'età e ai livelli di educazione. A questo proposito si consideri che, ancora nel periodo 2018-2019, il **33,8% delle famiglie non possedeva un computer o un tablet in casa**, percentuale che aumentava al 70,6% tra le famiglie di soli anziani e che, all'opposto, scendeva al 14,3% tra le famiglie con almeno un minorenni. Anche il livello di istruzione è correlato con la disponibilità di un computer: infatti, solo il 7,7% delle famiglie in cui vi è almeno un laureato non dispone di un pc.

Figura 3.16. Indice di Capitale Umano del Digital Economy and Society Index (DESI) nei Paesi UE28, (punteggio compreso tra 0=min e 100=max), 2019.



Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati DESI, 2020.

La dimensione delle competenze digitali si lega strettamente alla fattibilità dello *smartworking*, modalità di lavoro divenuta centrale durante il picco pandemico - in Italia si è passati, infatti, **da 500mila a 8 milioni di lavoratori in smartworking** - e che caratterizzerà sempre più i prossimi anni e i relativi bisogni di *welfare* dei cittadini. Analizzando la fattibilità di *smartworking* - attraverso un indice costruito *ad hoc* da INAPP - e mettendolo in relazione con gli occupati dei diversi settori si nota che **2,2 milioni di occupati** (circa il 10% del totale) possono quasi integralmente **proseguire l'attività lavorativa in smartworking**. Questo sottogruppo di lavoratori del Paese è, da un lato, quello che ha potuto continuare a lavorare con maggiore continuità durante il picco della crisi, ma anche quello che verosimilmente potrà mantenere un maggior ricorso al lavoro in remoto anche nei prossimi anni. Le implicazioni per il sistema di *welfare* derivanti da un maggior ricorso a modalità di *smartworking* sono oggi difficilmente prevedibili nella loro totalità. Quello che appare certo, però, è

l'emergere di **nuovi bisogni** derivanti da questa possibile riconfigurazione dei carichi di lavoro famigliari con conseguente necessità di ricalibrare interventi di *policy* nella direzione di un "*welfare* di precisione" come descritto in precedenza.

Figura 3.17. Fattibilità di lavoro in smartworking (numero indice 100=max e 0=min) e occupati per settore (valori assoluti).
Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat e INAPP, 2020.



Diversi altri esempi potrebbero essere portati, ma per gli scopi di questo Rapporto, è importante sottolineare come, nel mondo post COVID-19 aspetti legati alla connettività e alle competenze digitali siano determinanti per la continuità lavorativa e la fruizione di servizi fondamentali come quelli scolastici ed educativi con conseguente evoluzione dei bisogni di *welfare* degli italiani.

In questo contesto, un *welfare* di precisione, che contemperi il ruolo di attori pubblici e privati, deve riuscire a **valorizzare il ruolo trasformativo del digitale prevenendo** che i cambiamenti in atto producano nuove forme di **diseguaglianze**. In altri termini, l'identificazione di strumenti di *policy* che vadano nella direzione di supportare lo *smartworking* - in ottica anche di conciliazione famiglia-lavoro - ma anche le modalità per favorire il ricorso alla didattica a distanza senza che questa divenga un peso per le famiglie, *in primis* per le donne, che in Italia sono sottoposte a un maggior carico di oneri familiari, dovranno essere sempre più temi al centro del dibattito sull'evoluzione del sistema di *welfare* nel nostro Paese.

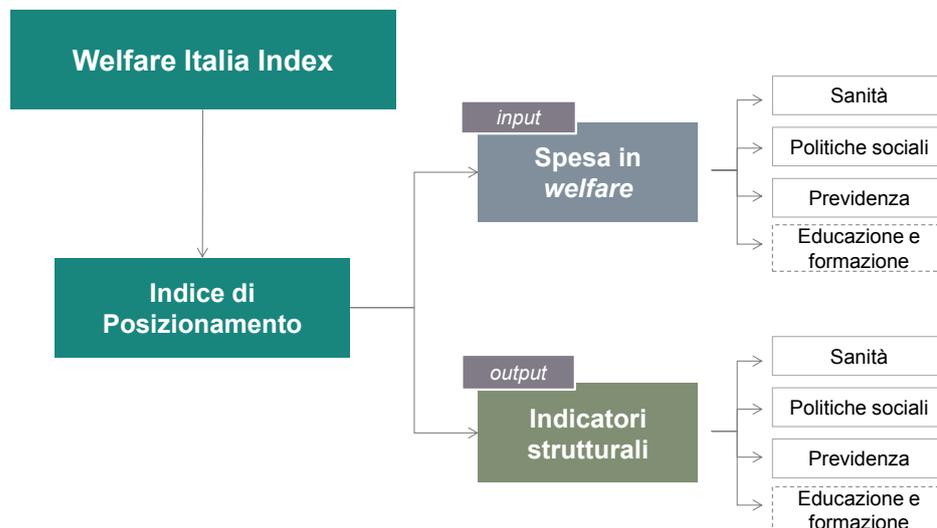
3.4

NOTA METODOLOGICA

Il Welfare Italia Index permette di confrontare il livello di sviluppo del *welfare* nelle diverse regioni italiana grazie alla produzione di un Indice che risulta da una equi-ponderazione delle sue due dimensioni (indicatori di spesa e strutturali). All'interno di ognuna di queste due dimensioni, i 4 pilastri (sanità, politiche sociali, previdenza ed educazione e formazione) sono, a loro volta, equiparati nel loro peso rispetto allo score nella categoria di appartenenza.

Figura 3.18. Struttura del Welfare Italia Index.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.



In particolare, il calcolo dell'Indice sintetico prevede diversi *step*:

- identificazione dei KPI per ciascun ambito di misurazione, con l'obiettivo di mantenere equilibrato il **peso delle diverse componenti del welfare**, e delle fonti di reperibilità del dato;
- raccolta dei dati e la rielaborazione dei KPI per le singole Regioni: tale attività ha implicato un rilevante lavoro di **omogeneizzazione e ricostruzione delle serie di dati** e di verifica delle stesse;
- attribuzione del punteggio da 0 a 100 punti in funzione della natura e del valore del KPI. Il punteggio è stato definito, prima, attraverso l'attribuzione di un punteggio pari a 100 al KPI *valore migliore* e successivamente **relativizzando il resto dei KPI** in sua funzione;
- identificazione e introduzione nel modello di una "**soglia di correzione**" rispetto ai livelli al margine per quanto riguarda alcuni KPI di spesa. Grazie a questo fattore correttivo previsto dal 90° percentile della distribuzione, se i territori che spendono meno in assoluto ricevono uno score particolarmente penalizzante rispetto agli altri, anche coloro che presentano livelli troppo elevati ricevono un punteggio meno premiante. Il fattore correttivo ha, infatti, l'obiettivo di penalizzare le Regioni che spendono troppo con l'assunzione sottostante che le Regioni che si trovano oltre il 90° percentile abbiano una spesa eccessiva rispetto ai risultati che ottengono.
- raccolta dei KPI nei modelli di sintesi e calcolo degli indici attraverso la media semplice per ogni dimensione (*input* e *output*).

Prendendo in rassegna i diversi indicatori considerati, possiamo identificare 10 **KPI relativi alla spesa**, ovvero i c.d. KPI di *input*, che ricadono nelle quattro dimensioni del *welfare*. Si tratta nello specifico di:

- spesa sanitaria pubblica *pro-capite* nelle diverse Regioni ovvero l'ammontare allocato a una singola Regione tramite Fondo Sanitario Nazionale rapportato sul totale della popolazione regionale;

- spesa sanitaria privata *pro-capite* comprensiva delle due componenti di spesa intermediata e di spesa *out-of-pocket* sostenuta dalle famiglie residenti nel territorio regionale;
- spesa in interventi e servizi sociali *pro capite*, quantificata come la spesa in conto corrente impegnata dai Comuni delle diverse Regioni per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali (sono comprese spese in immobili, personale, attrezzature, costi di affidamento a terzi, ecc.);
- spesa in Reddito e Pensione di Cittadinanza sul totale della popolazione regionale come derivanti dal *database ad hoc* di INPS;
- beneficiari di sussidi di disoccupazione NASPI (Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego) sul totale della popolazione attiva di ogni Regione;
- spesa previdenziale su totale della popolazione anziana (*over-65*);
- contributi sociali riscossi dagli enti di previdenza sul totale di PIL regionale, funzionale a rappresentare il peso relativo dei versamenti previdenziali nei diversi territori;
- contributo medio a forme di previdenza integrative, funzionale a fotografare le differenze inter-regionali in termini di complementarità previdenziale;
- spesa pubblica per consumi finali legati a istruzione e formazione sul totale del PIL regionale;
- spesa media regionale per utente che usufruisce di asili nido.

Figura 3.19. Indicatori di spesa del Welfare Italia Index.

Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.

Indicatori di spesa (<i>input</i>)		
1. Spesa sanitaria pubblica pro capite (C)	5. Beneficiari sussidio di disoccupazione NASPI su popolazione attiva (C)	8. Contributo medio in forme pensionistiche integrative
2. Spesa sanitaria privata pro capite	6. Spesa previdenziale su popolazione anziana (C)	9. Spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione (% del PIL) (C)
3. Spesa in interventi e servizi sociali pro capite (C)	7. Contributi sociali riscossi dagli enti di previdenza (% del PIL regionale)	10. Spesa media regionale per utente fruitore degli asili nido (C)
4. Spesa in Reddito e Pensione di Cittadinanza su popolazione regionale (C)		

N.B. = i KPI di spesa contrassegnati con una (C) presentano applicato il fattore correttivo al margine della distribuzione così come indicato nella sezione metodologica.

I 12 KPI relativi all'output, ovvero ai c.d. KPI strutturali sono, invece, funzionali a fotografare la condizione strutturale (in termini di stato di salute, disoccupazione, povertà ecc.) esistente nei diversi territori regionali e che si lega direttamente a come ogni Regione è capace di articolare la propria capacità di risposta alle sfide del *welfare*. Si tratta nello specifico di:

- Meridiano Sanità Index⁴¹ (area "Stato di salute della popolazione"), ovvero un Indice composito che valuta i risultati del sistema sanitario in termini di salute della popolazione attraverso un set di indicatori che comprende aspettativa di vita, mortalità, fattori di rischio per la salute degli adulti e dei bambini, tasso di prevalenza standardizzato per patologie croniche ad alto impatto e comorbidità;
- Meridiano Sanità Index (area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria"), ovvero un Indice composito che valuta indicatori di appropriatezza di prescrizioni, prestazioni e ricoveri, che rappresentano anche delle proxy dell'efficienza organizzativa delle cure territoriali, indicatori di efficacia delle cure, un indicatore sulla degenza media in ospedale, la durata delle liste di attesa ed infine i livelli di immigrazione sanitaria per ciascuna Regione;
- Tasso di disoccupazione a livello regionale;
- percentuale di NEET (*Not in Education, Employment or Training*), ovvero la quota di popolazione di età compresa tra i 15 e i 34 anni che non è né occupata né inserita in un percorso di istruzione o di formazione sul totale della popolazione di giovani della Regione;
- cittadini inattivi sul totale della popolazione in età lavorativa con più di 34 anni;
- *part-time* femminile involontario in quanto indicatore dell'inclusione delle donne nel mercato del lavoro;
- percentuale di famiglie in povertà relativa sul totale delle famiglie regionali;
- *social housing*, inteso come il numero alloggi popolari a livello regionale registrato all'interno del Sistema Integrato di Fondi Immobiliari (FIA), così come rendicontato da Cassa Depositi e Prestiti Investimenti Sgr (CDPI Sgr)⁴²;
- numero di pensionati ogni 100 abitanti;
- partecipazione a forme pensionistiche complementari, ovvero la percentuale di lavoratori che hanno sottoscritto una forma previdenziale complementare di secondo o terzo pilastro (fondi negoziali, fondi aperti o Piani Individuali Pensionistici);

⁴¹ Il Meridiano Sanità Index, ideato dalla piattaforma di The European House - Ambrosetti dedicata alla sanità "Meridiano Sanità" fornisce una valutazione multidimensionale delle performance del sistema sanitario delle diverse Regioni basato su un numero contenuto di indicatori, rappresentativi degli aspetti chiave che riguardano i sistemi sanitari. Fonte: The European House - Ambrosetti, Meridiano Sanità, 2019.

⁴² CDPI Sgr, Report Monografico "Smart housing. Le nuove dimensioni dell'abitare", ottobre 2018.

- tasso di dispersione scolastica;
- posti disponibili negli asili nido autorizzati ogni 100 bambini della Regione tra 0 e 2 anni.

Figura 3.20.
Indicatori strutturali
del Welfare Italia
Index.

Fonte: elaborazione
The European
House-Ambrosetti,
2020.

Indicatori strutturali (<i>output</i>)		
1. Meridiano Sanità Index (area "Stato di salute della popolazione")	4. Giovani NEET su pop. giovane regionale	9. Numero di pensionati ogni 100 abitanti
2. Meridiano Sanità Index (area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria")	5. Cittadini inattivi su pop. in età lavorativa con più di 34 anni	10. Partecipazione a forme pensionistiche complementari
3. Tasso di disoccupazione	6. Part-time femminile involontario	11. Tasso di dispersione scolastica
	7. Percentuale di famiglie in povertà relativa	12. Posti asilo nido autorizzati ogni 100 bambini
	8. <i>Social housing</i> (n. alloggi)	

4

LE PROPOSTE D'AZIONE PER L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO NELLO SCENARIO POST-COVID

Questo capitolo del Rapporto 2020 del Think Tank “Welfare, Italia” ha come obiettivo quello di delineare alcune linee d’azione per l’implementazione della **visione evolutiva** messa a punto dal Think Tank “Welfare, Italia” e descritta nel Capitolo 3 (*welfare* di precisione). L’obiettivo ultimo è delineare le caratteristiche di un sistema di *welfare* che sia sempre più di precisione, anche alla luce degli impatti socio-economici della crisi COVID-19.

Il quadro di proposte delineato si articola su **tre linee d’azione**, coerenti con i tre pilastri del sistema di *welfare* italiano: sanità, politiche sociali e previdenza.

Il capitolo approfondisce ciascun ambito propositivo fornendo un’analisi del **contesto di riferimento**, i principali **aspetti operativi** che caratterizzano le proposte e una stima dei **potenziali benefici** attivabili a partire dall’implementazione delle linee d’azione identificate.

POTENZIARE IL SISTEMA DI WELFARE: GENERARE RICADUTE DI LUNGO TERMINE

Partendo dalla visione evolutiva messa a punto dal Think Tank “Welfare, Italia” e delle caratteristiche descritte nel capitolo precedente, emerge la necessità di delineare alcune linee d’azione per l’implementazione del **Welfare New Deal**, alla luce degli impatti della crisi COVID-19 e della necessità di implementare un sistema di *welfare* che sia sempre più di precisione.

La parte propositiva del Rapporto richiede una premessa metodologica che sottende a tutte le linee d’azione successivamente presentate. I fondi che saranno a disposizione dell’Italia grazie ai diversi canali europei descritti nel capitolo 2 (MES, qualora il Governo decida di applicarvi, SURE e, soprattutto, Next Generation EU) richiedono **progettualità definite**, con tempi di realizzazione certi e finalizzati ad attivare ricadute nel medio-lungo termine. Anche la distribuzione delle risorse previste all’interno di Next Generation EU con carattere di trasferimento (*grants*), piuttosto che di prestito, avverrà in un quadro del tutto comparabile a quello dei fondi attualmente previsti dall’UE (fondo europeo di sviluppo regionale, Fondo sociale europeo, ecc.). Come già ricordato nel capitolo 2, la necessità di finalizzazione delle risorse, previste da questa modalità di spesa, si scontra con i limiti dell’Italia in termini di capacità di impiegare risorse provenienti dal canale europeo.

Per tale ragione, come pre-requisito rispetto alle linee d’azione, occorrerà:

- **indirizzare la spesa pubblica verso la componente investimenti**, a discapito della spesa corrente, per massimizzare le ricadute di lungo termine delle azioni messe in campo con i diversi meccanismi di reperimento delle risorse;
- **ripensare e ottimizzare i meccanismi di assegnazione e monitoraggio delle risorse** derivanti da progettualità europee, per ovviare all’utilizzo solo parziale da parte del Governo e delle Regioni e predisporre le migliori condizioni per l’utilizzo delle risorse che saranno disponibili sulla base di progettualità definite e vincolate a specifici casi di utilizzo;
- modificare in modo strutturale la composizione della spesa e **creare un Bilancio di Welfare per attuare il “Welfare New Deal”**, sulla base di quanto proposto nel Rapporto 2019 del Think Tank “Welfare, Italia”, dedicato ad accompagnare le grandi scelte di transizione economica e sociale che avranno impatto sulla società nella fase di ripartenza *post COVID-19*;

Il rationale di quest’ultimo intervento è da ricercarsi nella presa d’atto che il sistema di *welfare* che emergerà nella fase post-COVID sarà differente da quello precedente, con un intervento statale, verosimilmente, ancora più marcato. Per questo motivo si rende necessario pensare, fin da oggi, ad un meccanismo di *governance* complessivo del sistema di *welfare* che sia funzionale a svolgere un **monitoraggio strutturato delle misure per il rilancio del Paese** nella fase post

COVID-19, con un *progress report* degli impatti ottenuti rispetto ai diversi fruitori del sistema di *welfare* (giovani, anziani, donne, famiglie e stranieri).

4.2.

LE LINEE D'AZIONE DEL THINK TANK "WELFARE, ITALIA" PER IL POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DI *WELFARE*

Le tre linee d'azione delineate in questo Rapporto per il potenziamento del sistema di *welfare* nello scenario *post* COVID-19 sono il risultato di un processo di riflessione propositiva sviluppato dal Think Tank "Welfare, Italia" nel corso degli ultimi mesi⁴³ e che riguardano gli ambiti di sanità, politiche sociali e previdenza. Le linee d'azione sono indirizzate all'implementazione della visione evolutiva che, così come identificato nel Capitolo 3, abilita un modello di "*welfare di precisione*" con *policy* effettivamente targettizzate ai bisogni evolutivi dei cittadini.

Sanità: rendere la sanità più efficiente, sostenibile e resiliente a partire da interoperabilità e digitalizzazione dei dati

Con riferimento al sistema sanitario, ad aprile 2020 il Governo e, in particolare, il Ministero della Salute, ha tracciato un piano d'azione lungo **5 direttrici** per il ripensamento del sistema e la gestione dell'emergenza sanitaria:

- utilizzo dei dispositivi di protezione e rispetto del **distanziamento sociale** nei luoghi di vita e di lavoro, per contenere l'evoluzione dei contagi;
- rafforzamento delle **reti sanitarie locali** per consentire una maggiore capillarità nella risposta alle esigenze dei cittadini;
- creazione/identificazione di **ospedali dedicati** al trattamento dei casi di contagio da COVID-19;
- mappatura dei contagi a livello Paese attraverso **studi a campione e test su larga scala**;
- utilizzo della **tecnologia** e del **digitale** per tracciare i contagi e sviluppo della **telemedicina** come strumento per la cura domiciliare.

Se i primi quattro punti si caratterizzano per essere misure circostanziate alla gestione e monitoraggio dell'emergenza COVID-19, il **ricorso alla tecnologia e al digitale** si configurano come interventi strutturali e con effetti di lungo termine capaci di generare ricadute anche oltre

⁴³ Il processo di riflessione ha visto, *in primis*, la realizzazione di *webinar* con esperti di riferimento e il coinvolgimento attivo dell'intera Community del Think Tank. Le linee d'azione proposte sono, inoltre, coerenti con la visione evolutiva del sistema di *welfare* italiano che il Think Tank "Welfare, Italia" ha formulato già nel Rapporto 2019 (si veda il capitolo 3).

l'emergenza in atto e aprire ampi spazi di collaborazione tra pubblico e privato.

La conoscenza delle informazioni relative alle prestazioni erogate e ai benefici di cui gode ogni cittadino è un prerequisito per ogni riflessione propositiva. Per questo motivo la proposta d'azione riguarda sia **l'organizzazione delle banche dati pubbliche**, in ottica di garantire una loro maggiore fruibilità, sia **l'interoperabilità tra banche dati** del pubblico e del privato, almeno per i soggetti privati che vogliono avere accesso a dati migliori contribuendo con la condivisione dei propri, accrescere le informazioni a disposizione del sistema complessivo. La mancanza di dati relativi ai tipi di servizi e prestazioni erogati (con una classificazione comune delle caratteristiche dei fruitori) non permette di avere visione integrata della spesa per tipo di servizio o di fruitore (famiglie, anziani, ecc.) e di abilitare un'integrazione funzionale con i servizi offerti dal privato. Per questi motivi è, oggi più che mai, fondamentale **un'omogeneizzazione delle banche dati pubbliche** in un'ottica di *open-data*, che consenta a ricercatori e *policy-maker* di ricostruire la composizione del sistema di *welfare* nella sua interezza.

La rilevanza di banche dati omogenee e facilmente fruibili è resa ancor più evidente all'interno dello scenario pandemico, in cui il monitoraggio della curva dei casi e la relativa attività di *contact-tracing* è un elemento centrale per identificare e isolare i possibili casi sospetti e frenare la diffusione della pandemia. In questo senso, **omogeneità della raccolta dati e fruibilità dei dati** stessi sono due lati della stessa medaglia in quanto funzionali a una più rapida ed efficace analisi del contesto sanitario (e delle decisioni di *policy* ad esso connesse) proveniente sia dall'interno del sistema sanitario pubblico sia dalla *community* di ricercatori di riferimento.

A questo proposito, sulla base dei risultati della ricognizione di metodi e strumenti adottati dalle strutture di prevenzione nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) per le attività di interruzione delle catene di contagio, organizzata dall'Associazione Italiana di Epidemiologia e a cui hanno partecipato 44 Dipartimenti di Prevenzione in 14 Regioni italiane⁴⁴, emerge una **notevole difformità di raccolta dati e di registrazione dei risultati**. Questa difformità comporta, di fatto, una dispersione di informazioni preziose per la definizione delle dinamiche dell'epidemia e dei processi operativi di sorveglianza. I dati dei casi sospetti sono stati registrati nel **52% delle ASL attraverso database locali**, nel **20% su database regionali**, mentre **l'11% non ha effettuato registrazioni elettroniche**. Anche la registrazione dei dati relativi ai tamponi effettuati è

⁴⁴ Fonte: Rapporto "Interrompere le catene di trasmissione di COVID-19 in Italia: indagine tra i Dipartimenti di Prevenzione", Epidemiologia&Prevenzione, luglio 2020.

stata effettuata su una piattaforma regionale nel 39% dei casi e su sistemi locali nel 27% dei casi. Tuttavia, **in alcune circostanze solo i positivi sono stati registrati elettronicamente**. Allo stesso modo, l'attività di intervista per effettuare il tracciamento dei contatti dei casi confermati è stata condotta attraverso un questionario locale nel 52% dei dipartimenti e solo alcune informazioni sono state raccolte in modo standardizzato e uniforme a livello regionale. In altri termini, questo monitoraggio - seppure non esaustivo - mette in luce un ancora limitato ricorso a *database* omogenei e concepiti per essere integrati e il mantenimento in un numero significativo di casi del solo formato cartaceo.

Inoltre, i dati di diffusione dei contagi, seppur fruibili e accessibili in logica di *open-data*, potrebbero essere di ulteriore utilità qualora fornissero maggiori informazioni di contesto. Vengono infatti costantemente monitorati e diffusi i dati relativi ai numeri dei contagi e alla loro distribuzione sul territorio nazionale, ma non risulta sempre possibile ricostruire le modalità prevalenti attraverso cui è avvenuta l'identificazione di positività o incrociare i numeri con informazioni relative alle caratteristiche socio-occupazionali dei soggetti. Al contrario, la possibilità di conoscere con quale percentuale e distribuzione geografica i casi di positività derivino da azioni di *tracing* dei contatti, persone recatesi presso gli ospedali, attività di screening preventivo individuale, presenza di focolai domestici e/o lavorativi, così come dati relativi all'età, alla condizione lavorativa o al contesto abitativo, potrebbero fornire informazioni utili ai *policy maker* al fine di ottimizzare le politiche di contenimento e risposta all'emergenza, a partire ad esempio dalle strategie per il sistema scolastico e dei trasporti.

La promozione di una piena **interoperabilità tra banche dati pubbliche e private** è il passaggio ulteriore necessario a mappare in maniera completa i servizi utilizzati da ciascuna categoria di percettore e orientare i servizi pubblici verso le categorie di fruitori più bisognose, rendendo possibile l'ottimizzazione della spesa da parte del settore pubblico. In questo modo, ad esempio, le Istituzioni sarebbero in grado di identificare le tipologie di servizi o prestazioni che vengono maggiormente fruiti da parte dei cittadini e quelle che, al contrario, non sono richieste da specifiche fasce di popolazione in termini di età, reddito, luogo di residenza, ecc. Viceversa, l'attore privato avrebbe più informazioni a disposizione per personalizzare e "targettizzare" i servizi offerti ai diversi segmenti di mercato con una maggiore efficacia complessiva.

Con riferimento al sistema sanitario, l'interoperabilità delle banche dati è fondamentale per garantire una **gestione più efficiente ed efficace** del sistema sanitario da parte di una **rete distribuita sul territorio** composta da:

- **101 Aziende Sanitarie Locali (ASL)**;
- circa **25 mila strutture sanitarie** pubbliche e private accreditate (Strutture ospedaliere residenziali, semiresidenziali, ambulatori e laboratori);
- **medici di medicina generale** (circa **44 mila**);
- **pediatri** (circa **17 mila**).

L'interoperabilità potrà garantire il dispiegamento dei benefici attivabili grazie al **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** che facilita e rende più equo l'accesso a servizi sanitari digitali, oltre ad abilitare un risparmio di tempi e costi.

Focus: Il Fascicolo Sanitario Elettronico

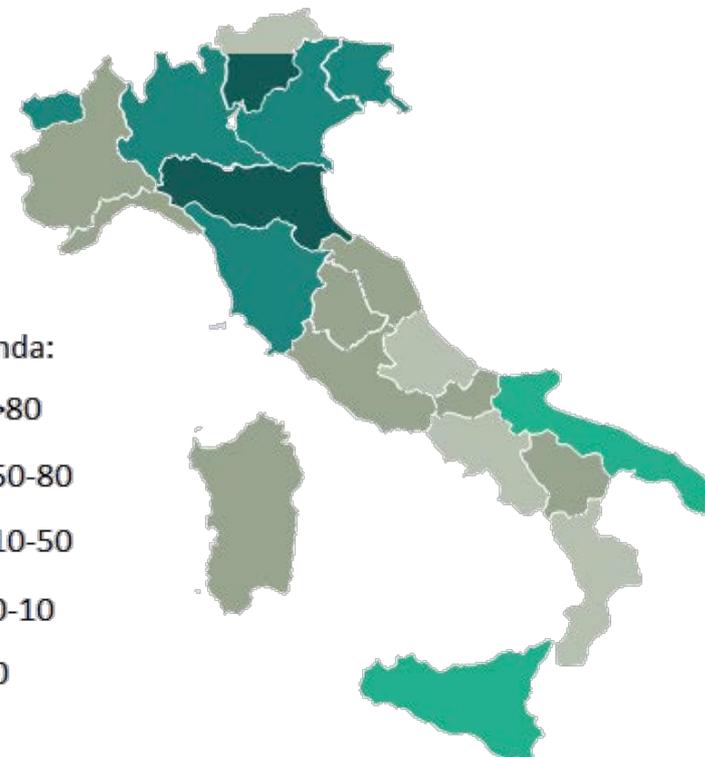
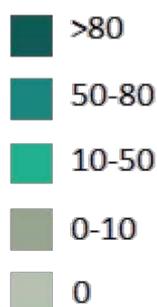
Il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato disciplinato e introdotto nel 2014. Ad oggi Abruzzo e Calabria non l'hanno ancora attuato completamente e **solo 11 Regioni l'hanno reso interoperabile**. Inoltre, l'attivazione da parte dei cittadini risulta **eterogenea sul territorio nazionale** con diverse Regioni dove l'utilizzo da parte dei cittadini è inferiore al 10%.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati AdID, 2020

Figura 4.1. Tasso di attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini (valori percentuali), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati AdID, 2020.

Legenda:



Il c.d. **Decreto Rilancio** (Dl 34/2020) ha introdotto importanti novità nel FSE: a oggi, infatti, è possibile **includere nel FSE anche le prestazioni erogate al di fuori del Sistema Sanitario Nazionale**, il cittadino non dovrà più richiedere l'apertura del proprio fascicolo e dare il proprio consenso alla sua alimentazione (mantenendo però la possibilità di decidere chi può accedere ai suoi dati sanitari, attraverso il meccanismo del consenso esplicito) e sono altresì estese le funzioni "di sussidiarietà" dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici (INI) a tutte le regioni che non hanno ancora attivato il FSE o alcuni suoi servizi.

A ottobre 2020, inoltre, AgID, che supervisiona l'infrastruttura del FSE, ha siglato un protocollo d'intesa con il Comitato italiano dell'Ingegneria dell'Informazione (C3I), organo del Consiglio Nazionale degli Ingegneri. In questo protocollo, in particolare, si sottolinea la volontà di sviluppare **linee di indirizzo per lo sviluppo di strumenti di Telemedicina interoperabili con FSE** (es. requisiti tecnici che un *device* deve possedere per poter essere destinato al FSE).

Infine, la **digitalizzazione**, a partire dall'informatizzazione della P.A., il completamento della rete nazionale in fibra ottica e lo sviluppo delle reti 5G, è anche uno dei **pilastri chiave del Recovery Plan** così come declinato dal Governo nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I benefici ottenibili grazie a banche dati integrate e all'utilizzo puntuale di dati omogenei e fruibili per il *policy-making* rendono l'ambito sanitario un settore cruciale per la transizione digitale.

LA PROPOSTA OPERATIVA

Il Think Tank "Welfare, Italia" propone di rendere il sistema sanitario più efficiente, sostenibile e resiliente attraverso la creazione di **banche dati interoperabili e nuovi servizi digitali** come un **progetto pilota di telemedicina** coordinato a livello nazionale e scalabile in tutto il Paese

L'interoperabilità delle banche dati si configura come una condizione abilitante per garantire una maggiore uniformità nella gestione e nell'utilizzo delle informazioni circa lo stato di salute della popolazione. A questo proposito si raccomanda pertanto che il **Fascicolo Sanitario Elettronico** divenga una **priorità nazionale**, gestito tramite un'unica piattaforma e con **accountability** del Ministero della Salute e che consenta pertanto la raccolta e lo scambio di informazioni tra le Regioni e gli operatori sanitari dei diversi territori, nel rispetto dei vincoli imposti dalla tutela della *privacy*.

La possibilità di condivisione delle informazioni a livello nazionale può inoltre favorire diverse innovazioni nelle **modalità con cui sono erogati i**

servizi contribuendo alla maggiore sostenibilità, all'efficienza e all'efficacia del sistema nel suo complesso. Oltre all'esigenza di investire nell'ammodernamento delle strutture ospedaliere in termini di edilizia e dotazioni tecnologiche e nel potenziamento della rete di diagnostica e di assistenza domiciliare (per garantire maggiore capillarità e presenza sul territorio), l'emergenza COVID-19, prima di tutto, ha messo in luce l'urgente necessità di avviare un **piano nazionale di telemedicina**. Quest'ultima, anche in un contesto pandemico, permette di mantenere attiva la comunicazione con i pazienti senza obbligarli a recarsi in ospedale o dal proprio medico. Seppur sia concepibile come uno strumento di resilienza, un modello di telemedicina non deve essere pensato solo per le fasi emergenziali, ma inserito in un processo di gestione integrata e interdisciplinare, che comprenda medici di medicina generale, specialisti, infermieri e farmacisti, e che vada nella direzione di una maggiore capacità di risposta ai bisogni di prevenzione e cura delle patologie, a partire dalla gestione e monitoraggio delle cronicità.

Con l'obiettivo ultimo di raggiungere la scala nazionale, si propone il lancio di un **progetto pilota di telemedicina** che consenta di **digitalizzare** interamente:

- il **consulto del medico di base e specialistico**;
- il **monitoraggio** delle condizioni di salute di **pazienti cronici**.

Il progetto pilota dovrebbe essere **delineato e coordinato a livello nazionale** e potrebbe essere implementato a **partire da alcune Regioni**, dotate già oggi di tutte le infrastrutture digitali richieste, con l'obiettivo di essere successivamente **scalato nell'intero Paese** per avere entro i prossimi 5 anni un servizio di telemedicina nazionale.

Affinché ciò sia possibile, è necessaria, a monte, l'identificazione delle **caratteristiche universali** per le prestazioni offerte, dei requisiti comuni e di un orizzonte temporale per l'implementazione e la valutazione. In particolare, la definizione del progetto pilota dovrebbe seguire alcuni passaggi chiave:

- definizione della **piattaforma tecnologica** affinché possa essere implementata in maniera **uniforme** su tutto il territorio nazionale scalando le migliori soluzioni già esistenti;
- identificazione degli **ambiti di applicazione** e delle **specifiche patologie** monitorate e trattate nell'ambito del progetto;
- selezione di **una o più strutture sanitarie** sul territorio nazionale all'**avanguardia** nello specifico ambito precedentemente identificato;
- analisi delle caratteristiche del **contesto socio-demografico circostante** in cui si inserisce la struttura selezionata;

- verifica dell'esistenza nel territorio di riferimento della struttura di una copertura in **Banda Ultra Larga** sufficientemente elevata e adeguata a supportare le funzionalità richieste dal progetto;
- potenziamento della capacità della struttura di **interfacciarsi con operatori pubblici e privati**.

In questo scenario, le **strutture sanitarie private** e le **soluzioni innovative** sviluppate potranno fornire tecnologia, *best practice* e competenze.

Infine, sempre nell'ottica di ottimizzare e rendere più efficace la risposta ai bisogni di cura della popolazione, all'interno di un contesto in cui le persone con più di 65 anni costituiscono il 21,4% della popolazione italiana e di queste più di 2,5 milioni sono non autosufficienti, è opportuno introdurre meccanismi che rafforzino il sistema della **cronicità e non autosufficienza**. Già oggi, in Italia, sono almeno 1 milione le persone, i cosiddetti *care giver*, che si prendono cura di parenti non più autosufficienti e, secondo le stime del Censis sono oltre 560 mila le famiglie che, per pagare l'assistenza a un familiare non autosufficiente, hanno dovuto erodere i propri risparmi o indebitarsi. Infatti, sebbene in Italia sia forte la cultura dell'assistenza familiare, è poco sviluppata l'attitudine a creare per tempo le condizioni economiche che permettano di far fronte a problemi come la disabilità e la non autosufficienza e, in tal senso, non esistono neppure normative che stimolino le famiglie a dotarsi di paracadute adeguati. Per questo motivo, si propone di introdurre all'interno della negoziazione per la contrattazione collettiva la progressiva adozione di un'assicurazione per la **long-term care obbligatoria**. Ciò potrebbe avvenire anche in un'ottica di integrazione e bilanciamento tra la componente sanitaria e previdenziale prevedendo che, al raggiungimento di una certa età, la rendita possa essere riscossa come strumento previdenziale, a prescindere da necessità legate allo stato di salute.

LA STIMA DEI BENEFICI

A livello di sistema una gestione uniforme delle banche dati abiliterebbe una maggiore **digitalizzazione del sistema sanitario**. Infatti, agevolerebbe il cittadino nella gestione dell'informazione granulare relativa alla propria prestazione attraverso la possibilità, ad esempio, di prenotare una visita medica o di accedere ai risultati di esami diagnostici attraverso un unico strumento di anagrafica digitale, indipendentemente dall'erogazione pubblica o privata e dalla Regione in cui è fornita la prestazione.

In questo contesto, la piena interoperabilità tra banche dati aprirebbe inoltre ampi spazi di intervento per la sanità integrativa contribuendo a valorizzarne il ruolo di supporto e integrazione del sistema complessivo e costituendo il presupposto per la messa a punto di una **visione integrata**

delle prestazioni erogate dal pubblico e dal privato. Ad esempio, l'integrazione del **servizio di prenotazione** tramite i canali oggi esistenti (farmacie, sportelli CUP, *call center* e web) con il sistema degli operatori privati e dei fondi sanitari integrativi consentirebbe a questi ultimi di **pagare direttamente il ticket** previsto per le prestazioni erogate nel regime del Servizio Sanitario Nazionale per i cittadini che beneficiano di coperture assicurative, evitando così l'esborso da parte del fruitore. Allo stesso tempo, l'interoperabilità tra banche dati costituisce un elemento a favore di un maggior utilizzo del **Fascicolo Sanitario Elettronico** che potrebbe essere infatti **alimentato anche dalle strutture private**. Ad esempio, qualora un cittadino beneficiario di una copertura assicurativa, scelga di effettuare la prestazione presso una delle strutture aderenti al *network* del proprio gestore assicurativo si potrebbe "automatizzare" il processo di caricamento sul FSE. In questo modo, dopo aver erogato la prestazione, la clinica convenzionata potrebbe caricare il referto e la relativa documentazione medica affinché venga alimentato il FSE del cittadino, a disposizione del cittadino stesso, dei Medici di Medicina Generale e della sanità territoriale, massimizzando la condivisione di utili informazioni relative allo stato di salute del soggetto.

In questo modo, la piena interoperabilità tra pubblico e privato, consentirebbe la creazione di una grande banca dati statistica a livello nazionale attraverso cui monitorare e verificare lo stato di salute della popolazione. Ciò avrebbe positive ricadute sia in termini di attività di **ricerca ed elaborazione di policy** che di "**targetizzazione**" degli interventi volti a rispondere a specifiche esigenze. Dal punto di vista del singolo individuo inoltre, la disponibilità di tutti i dati relativi al proprio stato di salute tramite un'unica piattaforma, costituirebbe una sorta di **passaporto sanitario del cittadino** funzionale a tenere traccia delle informazioni rilevanti anche in caso di mobilità in altri territori per ragioni di lavoro o personali (viaggi, trasferte, ecc.). Ancor più rilevante potrebbe essere l'applicazione nell'ambito del soccorso sanitario dove l'accesso immediato a informazioni circa gruppo sanguineo, allergie, patologie pregresse o terapie farmacologiche in corso può rivelarsi determinante.

A livello di sistema, l'interoperabilità delle banche dati costituisce uno dei principali pre-requisiti per l'attivazione di un piano nazionale di telemedicina i cui benefici possono essere ricondotti a **due macro-ambiti**:

A. semplificazione dei processi e gestione delle prestazioni:

- gestione delle **tempistiche** (es. prenotazioni, liste d'attesa, ecc.);
- minori necessità di **spostamento**;
- tracciamento delle **prestazioni erogate** (es. Fascicolo Sanitario Elettronico);
- **trasmissione protetta** e criptata di documenti, referti e diagnosi;

- facilità di **dialogo** tra paziente e sistema sanitario.

B. risparmio di costi e recupero di efficienza:

- migliore efficacia nella **gestione domiciliare** dei pazienti cronici;
- facilità di **monitoraggio** e diffusione della **prevenzione**;
- maggiore capacità di risposta e **intervento tempestivo**;
- possibilità di **investire** le risorse risparmiate in **innovazione e digitalizzazione**.

Inoltre, la possibilità di utilizzare i *big data* generati da un costante monitoraggio su larga scala dei pazienti e l'intelligenza artificiale consente di considerare e processare molte più informazioni di quanto sia possibile attraverso modalità *standard*. I *trend* così delineati potrebbero fornire evidenze utili a tutti gli *stakeholder* interessati nel percorso di cura e assistenza dell'individuo potenziando la possibilità di effettuare una medicina predittiva e preventiva in grado di prevedere l'evoluzione del quadro clinico attraverso algoritmi decisionali di supporto che rendano maggiormente efficiente l'intero processo.

Infine, un sistema di telemedicina nazionale sarebbe particolarmente utile per il **presidio dei territori più isolati** e con difficoltà di accesso ai presidi sanitari locali. In questo modo il monitoraggio dei pazienti residenti in aree caratterizzate da elevata "dispersione" abitativa potrebbe essere effettuato stabilmente da remoto, con eventuali visite in presenza qualora necessario, erogando quindi un servizio complessivamente meno costoso.

Sulla base di quanto emerge dall'analisi dei progetti pilota già avviati su piccola scala (locale e/o di singola azienda ospedaliera), l'attivazione di **un progetto pilota su larga scala** per la realizzazione di un sistema di telemedicina a livello nazionale potrebbe richiedere un investimento di circa **5 miliardi di Euro**.

Secondo le stime elaborate dal Think Tank "Welfare, Italia" a partire dal valore medio dei giorni di degenza e dei costi per le prestazioni offerte negli ultimi cinque anni, l'attuazione e l'implementazione su scala nazionale consentirebbero una **riduzione delle giornate di degenza** fino al **25%** con un **risparmio di circa 1,5 miliardi di Euro** ogni anno (per un totale di 7,5 miliardi di Euro in 5 anni). A tali benefici, si aggiungono ulteriori ricadute positive collegate a una riduzione di tempi di attesa e a minori necessità di spostamento, soprattutto per i territori più isolati, quantificabili in un risparmio di oltre **3,0 miliardi di Euro** annui. Complessivamente, un piano di **telemedicina** su scala nazionale può quindi abilitare un **risparmio di circa 4,5 miliardi di Euro** ogni anno.

Politiche sociali: razionalizzare la componente assistenzialistica delle politiche sociali indirizzando le risorse verso le politiche attive del lavoro

Le politiche sociali, in particolare quelle di integrazione al reddito e sostegno al lavoro e alla famiglia, sono un asse portante della nostra comunità, poiché svolgono il ruolo di ridurre gli squilibri sociali, alleviare i disagi e supportare i cittadini e le famiglie nel loro complicato ruolo di struttura a sostegno della società, anche alla luce delle conseguenze generate dall'emergenza COVID-19.

Tuttavia, in Italia gli strumenti di integrazione e supporto al reddito risultano **frammentati e poco efficaci per effetto di alcuni fenomeni**:

- stratificazione nel tempo e sovrapposizione tra interventi di incentivazione, anche per logiche di vantaggio politico-elettorale nei confronti dell'elettore;
- mancanza di certezza e di prospettiva di lungo periodo, disincentivando un cambiamento di comportamento delle persone;
- scarsa correlazione tra misura/strumento e risultato sociale in termini di effetti tangibili sul comportamento dei cittadini coinvolti.

Un esempio tangibile di inefficacia delle misure varate è rappresentato dalle diverse tipologie di bonus bebè introdotte tra il 2011 e il 2019 in Italia per incentivare la natalità e dare supporto alle famiglie per una spesa annua pari a 5,3 miliardi di Euro. Nonostante i bonus erogati, negli ultimi 10 anni, il **tasso di natalità** si è ridotto dell'**11%** (-16 nati ogni 100 donne) e la **spesa media mensile delle famiglie** è diminuita dell'**1,7%**.

L'emergenza COVID-19 ha portato a un ulteriore **aumento di misure erogate una tantum** e sottoforma di **bonus** per un totale di oltre **12 miliardi di Euro** aggiuntivi rispetto all'anno precedente, per effetto dell'introduzione di misure come l'indennità per i lavoratori autonomi, il **bonus vacanze**, il **bonus babysitter**, il **voucher** per la connettività, il bonus "bici e monopattini", il bonus "ristoratori" ecc.

Figura 4.2. Risorse destinate al finanziamento di strumenti di integrazione e supporto al reddito (miliardi di Euro), 2019 vs. 2020.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020.



(*) Nel 2019 le risorse includono il Reddito di Cittadinanza, il bonus babysitter, il bonus "80 Euro" e il bonus "18 anni".

Il calcolo fa riferimento ai bonus legati al welfare, supporto ai consumi, supporto alle famiglie ecc. Sono esclusi bonus non attinenti alle politiche di welfare (es. bonus ristrutturazioni, bonus per la riqualificazione energetica e sismica, ecc.).

Il ricorso a misure quali *bonus una tantum* che spesso non prevedono limiti reddituali o requisiti di accesso, aumentati ulteriormente con la pandemia, fa emergere con forza, così come sottolineato anche nel Capitolo 3, la necessità di ricalibrare gli interventi di politica sociale nella direzione di un "**welfare di precisione**" che vada esattamente nella direzione di eliminare le disuguaglianze.

LA PROPOSTA OPERATIVA

Il Think Tank "Welfare, Italia" propone di **razionalizzare gli strumenti assistenzialistici** e investire in un piano di **politiche attive del lavoro**

Anche alla luce della scarsa efficacia delle misure *una tantum*, si propone di **ottimizzare gli strumenti** di politica sociale, a partire da quelli diretti alle famiglie, superando i meccanismi dei *bonus* frammentati e individuando un **unico strumento con finalità di inclusione sociale**. Un **primo passo** in questa direzione è costituito dall'approvazione del disegno di legge delega sulla famiglia, il cosiddetto **Family Act**, che prevede una riforma degli strumenti a sostegno delle famiglie, mettendo ordine fra i sussidi attuali che confluiranno tutti nell'Assegno universale⁴⁵ con l'approvazione del decreto attuativo auspicata a partire da gennaio 2021.

Un ulteriore passo avanti potrebbe essere rappresentato da uno strumento che riassume in un'**unica misura** la **componente assistenzialistica** del Reddito di Cittadinanza, del Reddito di Emergenza e dell'assegno unico per i figli. L'obiettivo potrebbe essere avere un singolo strumento di assistenza per nucleo familiare i cui diversi benefici si attivino – senza necessità di attivare procedure *ad hoc* - al possesso dei differenti requisiti. Tale strumento dovrebbe, infatti, **semplificare i requisiti** di accesso alle prestazioni prevedendo **meccanismi automatici** per la richiesta piuttosto che modalità differenti individuate per ciascuna misura e che, in certi casi, possono diventare un ostacolo per i più bisognosi di assistenza. In modo analogo a quanto espresso per la componente sanitaria, questo tipo di operazione ha come prerequisito una piena integrazione delle banche dati relative ai nuclei familiari che consentano di raccogliere informazioni seguendo principio "*once only*" e quindi di accedere ai diversi benefici che competono attraverso questa unica condivisione.

Se gli strumenti assistenzialistici e di sostegno al reddito rimangono uno degli elementi centrali del sistema di *welfare*, il mutato contesto determinato dall'emergenza legata al COVID-19 impone un **ripensamento delle politiche sociali che mettano al centro il mondo del lavoro**. Infatti, alla luce dei quasi 1,5 milioni di posti di lavoro persi entro la fine del 2020,

⁴⁵ Il progetto prevede che l'assegno unico universale sia erogato a famiglie con uno o più figli fino al compimento del 21° anno di età. L'importo mensile potrà essere determinato, dal coefficiente di reddito familiare ISEE e dal numero/età dei figli.

previsti dall'OECD, la priorità delle politiche sociali deve necessariamente essere quella di creare le condizioni ottimali affinché queste persone possano trovare un lavoro puntando su misure che ne sostengano l'occupabilità e l'aggiornamento delle competenze. Come già sottolineato, nel 2019 sono stati allocati oltre 18 miliardi di Euro per *bonus* e misure *una tantum* che hanno dimostrato di essere poco efficaci nel sostenere occupazione e consumi e che potrebbero al contrario finanziare misure a sostegno del mercato del lavoro, ad oggi altamente urgenti e necessarie.

Per questo motivo, il Think Tank "Welfare, Italia" raccomanda di indirizzare l'equivalente delle risorse dirette a misure *una tantum*, al netto del finanziamento per lo strumento unico di inclusione sociale sopra descritto, verso l'attivazione di un **piano di politiche attive del mondo del lavoro**. Con queste ci si riferisce a servizi e interventi volti a promuovere e favorire l'occupazione (inserimento/reinserimento lavorativo) e l'occupabilità (migliore spendibilità del profilo della persona e maggiore vicinanza al mercato del lavoro) di chi cerca lavoro. Tra le diverse tipologie si citano, a titolo esemplificativo, l'orientamento di base e specialistico, l'analisi delle competenze in relazione al mercato del lavoro locale e degli eventuali fabbisogni di formazione, la profilazione e definizione delle azioni di ricerca di lavoro che devono essere compiute, la promozione di esperienze lavorative per l'incremento delle competenze, anche mediante tirocinio, la formazione per la qualificazione e riqualificazione professionale. Lanciare finalmente un vero programma di politiche attive del lavoro è quanto mai urgente. L'obiettivo è superare un dibattito che negli anni si è focalizzato sulle figure in carico di supportare i cittadini per quanto riguarda la componente attivazione delle competenze prevista dal Reddito di Cittadinanza - i c.d. "*navigator*", ovvero i circa 3mila operatori che si affiancano a quelli dei centri per l'impiego - piuttosto che sugli effetti contenuti delle misure in vigore.

Secondo i dati diffusi dal Rapporto "Connecting People with Jobs, Strengthening Active Labour Market Policies in Italy" dell'OECD, inoltre, l'Italia spende circa lo 0,51% del PIL in politiche attive del mercato del lavoro, poco al di sotto della spesa media dei Paesi OECD (0,53% del PIL). Tuttavia, il tasso di disoccupazione dell'Italia è stato quasi il doppio della media OECD (12,1% contro il 7,0% tra i 15 e i 64 anni), segnalando che il Paese **investe relativamente poco in misure attive per ogni disoccupato**. Allo stesso tempo, la spesa per le politiche passive del mercato del lavoro, ossia il sostegno al reddito e in particolare i regimi di integrazione salariale, è relativamente elevata (0,49% del PIL per l'integrazione salariale e i relativi regimi e 0,78% per le indennità di disoccupazione nel 2015). La spesa per le politiche passive del mercato del lavoro è inoltre aumentata passando dallo 0,67% del PIL all'1,29% nei dieci anni compresi tra il 2005 e

il 2015, in linea con l'aumento del numero di persone in cerca di lavoro durante la crisi e il crescente ricorso ai regimi di integrazione salariale.

Al contrario, i Paesi nordici investono più della media europea in politiche attive del mondo del lavoro attraverso centri per l'impiego, corsi di formazione e trasferimenti monetari e possono essere considerati gli "ideatori" delle politiche attive del lavoro. Se in **Italia il rapporto tra spesa in politiche attive e passive è pari a 0,24**, in Norvegia tale valore è pari a **0,52**, in Danimarca è **0,55** e in Svezia è **0,61**.

Focus: Politiche attive del mercato del lavoro in alcuni Paesi europei

In **Estonia** il programma per il mercato del lavoro per il periodo 2017-2020 ha previsto che il fondo di assicurazione contro la disoccupazione offrisse misure attive finalizzate alla prevenzione della disoccupazione.

Si tratta di misure volte a sostenere la partecipazione a **percorsi di formazione formale** oltre a erogare *voucher* per la formazione e risarcire le spese di formazione per i datori di lavoro. Le misure sono destinate a coloro che sono ancora all'interno del mercato del lavoro. In particolare, i principali gruppi destinatari sono: persone senza qualifiche professionali, con un'istruzione e competenze obsolete, scarse competenze linguistiche, gli *over-50* o soggetti che necessitano di cambiare lavoro per motivi di salute.

In **Francia** nel 2017 è stato varato un piano per finanziare corsi di formazione per circa **500 mila disoccupati**, grazie al quale sono state portate a termine circa 1,1 milioni di iniziative di formazione in settori con prospettive economiche e di lavoro positive. Circa il 28% degli itinerari formativi è stato rivolto alle persone scarsamente qualificate, il 29% ai giovani e il 20% ai disoccupati di lunga durata. Il piano è stato attuato dai consigli regionali, che in Francia rappresentano il livello di governo locale responsabile per l'istruzione e la formazione professionale attraverso accordi Stato-regione. Nell'ambito di tali accordi, le Regioni decidono in merito ai corsi di formazione da proporre mentre i servizi pubblici per l'impiego offrono la formazione ai disoccupati.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020

Tra i principali problemi del sistema di politiche attive del lavoro in Italia vi è la scarsa capacità di affrontare il **gap di competenze** tra le fasce di popolazione più adulta. Infatti, la maggioranza dei programmi di formazione in Italia è rivolta a persone fino a 29 anni. Per i disoccupati *over-30*, le possibilità di formazione sono limitate e sostanzialmente non esistono corsi di formazione sul posto di lavoro o tirocini.

Inoltre, il sistema dei **Centri Per l'Impiego (CPI)** riscontra alcune criticità nell'attività di *matching* tra domanda e offerta di lavoro. Circa la metà dei disoccupati in Italia è iscritta al servizio pubblico per l'impiego e solo la metà degli iscritti utilizza questi servizi per cercare lavoro, in quanto il servizio è spesso percepito come di bassa qualità. Infatti, nel 2016 solo il

2,5% dei nuovi assunti aveva fatto ricorso ai servizi dei Centri Per l'Impiego, **quota cinque volte inferiore alla media dell'OECD**. Anche i datori di lavoro fanno scarso ricorso ai Centri Per l'Impiego come principale canale di reclutamento: solo l'1,5% dei datori di lavoro ha utilizzato i CPI, mentre due terzi hanno utilizzato le proprie reti personali e sociali.

In merito al ruolo dei Centri Per l'Impiego si sottolinea inoltre come una loro riforma e potenziamento fosse uno dei punti cardine della componente di politica attiva per l'attivazione del lavoro, prevista all'interno dal Reddito di Cittadinanza. I numeri deficitari di questo intervento sono riassunti dal fatto che a fine luglio 2020 - ovvero ad oltre un anno dall'attivazione del Reddito di Cittadinanza, partito ad aprile 2019 - sono circa **220mila le offerte di lavoro e le opportunità formative** rese disponibili dai *navigator* ai beneficiari del Reddito di Cittadinanza presi in carico. Ciò a fronte di una **platea di circa 1,23 milioni** di cittadini tenuti al patto di servizio (quindi potenzialmente "pronti a lavorare"). Inoltre, a fine luglio i patti sottoscritti erano circa 318mila e appena 710mila persone (il 57,8% della platea complessiva) avevano ricevuto la prima convocazione ai centri per l'impiego. Inoltre, la componente del Reddito di Cittadinanza diretta a finalità di *job activation* che, nelle intenzioni originarie, doveva costituire un secondo pilastro al pari dell'assistenza, non è entrata in vigore, come dimostrato dalla **mancata realizzazione del software per incrociare domanda e offerta di lavoro annunciato da ANPAL**.

In un contesto socio-economico particolarmente critico emerge quindi la necessità di avviare un **piano nazionale di investimento per le politiche attive del lavoro**, potenziando i servizi di formazione e aggiornamento delle competenze, collegando maggiormente l'offerta di programmi di formazione con le esigenze dei datori di lavoro e ampliando la gamma di misure attive per rispondere alle esigenze individuali delle persone in cerca di lavoro, anche attraverso la progettazione di nuove infrastrutture informatiche a supporto dei processi. In particolare, il **privato** dovrà avere un ruolo crescente nell'**intermediazione tra domanda e offerta** di lavoro agendo da erogatore delle attività di formazione.

LA STIMA DEI BENEFICI

Sulla base di quanto emerge dall'analisi del Think Tank "Welfare, Italia", la riorganizzazione dei *bonus* e delle misure *una tantum* di integrazione al reddito, in favore di un unico strumento con finalità di inclusione sociale, potrebbe liberare risorse per un valore di circa **10 miliardi di Euro** che potrebbero essere dedicate a un **piano di politiche attive del lavoro**.

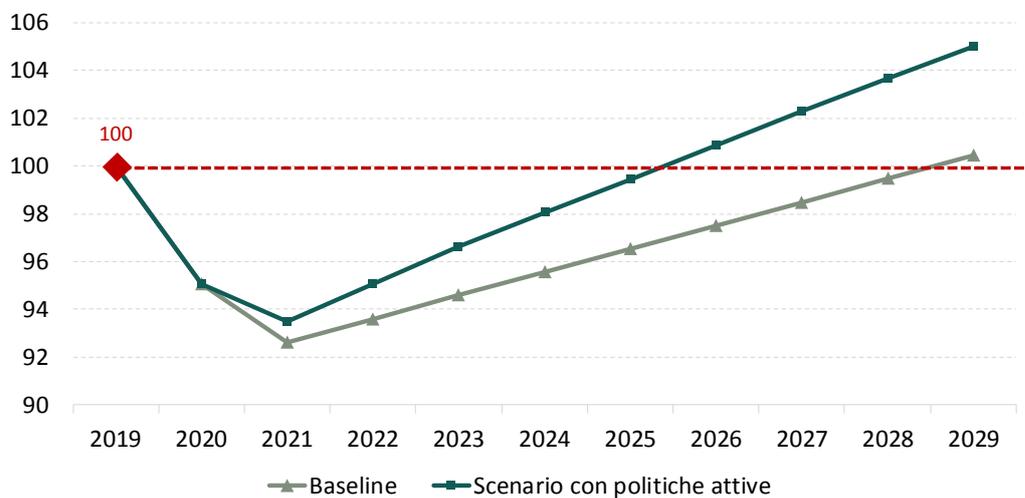
A partire dal modello di valutazione di impatto di precise politiche attive del mercato del lavoro elaborato da IRVAPP (Istituto per la Ricerca

Valutativa sulle Politiche Pubbliche), si stima che l'attivazione di programmi di formazione specializzati e finalizzati all'aggiornamento delle competenze in linea con le richieste del mercato potrebbe generare **fino a 200 mila nuovi occupati aggiuntivi**.

Al fine di quantificare l'impatto lungo un orizzonte temporale definito, è stato delineato uno scenario in cui si ipotizza un investimento iniziale di 10 miliardi di Euro per il piano di politiche attive, ridotto a 7 miliardi e 5 miliardi nei due e cinque anni successivi. In questo scenario, l'occupazione aggiuntiva generata garantirebbe un **recupero dei valori occupazionali pre-COVID entro 5 anni** rispetto ad oggi e un incremento annuo del **PIL pari al +0,7%**. Al contrario, lo scenario tendenziale, stimato sulla base del recupero dei valori pre-crisi registrati a seguito della crisi dell'Area Euro, ipotizza un ritorno ai livelli pre-COVID in 9 anni.

Figura 4.3. Stima dell'andamento dei valori occupazionali nello scenario standard e in presenza di un piano di politiche attive del lavoro, (valore in base 100, 2019 anno indice), 2019-2029e.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.



Previdenza: favorire il ricorso alla previdenza integrativa incentivando le nuove sottoscrizioni e lanciando un Piano di cultura previdenziale per i più giovani

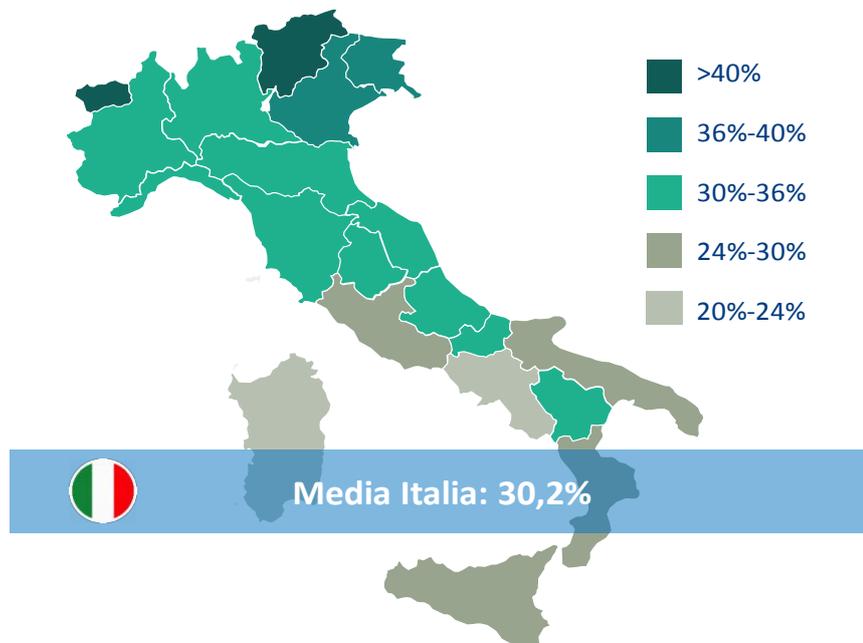
In un contesto in cui l'Italia è il Paese più «vecchio» d'Europa con una quota di popolazione *over 65* pari al 22,9% e attesa crescere fino al 31% nel 2038, la **bassa natalità e invecchiamento** della popolazione cambieranno la struttura demografica del Paese nei prossimi decenni riducendo di 5 milioni il numero di persone in età lavorativa al 2050. In questo scenario si inserisce una dinamica di **crescita della spesa pensionistica** nell'ultimo decennio, con tasso medio annuo dell'1,8%, che, unitamente alla progressiva riduzione della popolazione attiva, può comportare (a tendere) **squilibri** per il sistema previdenziale nazionale.

Alla luce di queste tendenze, emerge come la sostenibilità del sistema previdenziale italiano passi anche attraverso un **ruolo maggiore delle forme di complementarietà**, per cui esistono **ampi margini di valorizzazione**. Infatti, la previdenza complementare in Italia oggi consiste solo di 9,1 milioni di posizioni, che al netto di chi ha più posizioni aperte diventano **7,9 milioni** con tasso medio nazionale di adesione pari al **30,2% della forza lavoro** (vs. 55% in Germania). A fronte di una media complessiva per singolo iscritto alla previdenza complementare di 2.700 Euro emergono forti differenze per forma di previdenza: 7.460 Euro per i c.d. fondi pensione pre-esistenti, 2.350 Euro per i fondi aperti, 2.150 Euro per i fondi negoziali e 2.030 per i PIP. Inoltre, una quota significativa di posizioni in essere non è adeguatamente alimentata: nel 2019 il **26% degli iscritti a forme di previdenza complementare non ha versato nulla** e circa il 20% ha versato cifre comprese tra 500 e 1.500 Euro.

L'adesione a forme di previdenza complementare è concentrata nelle classi centrali (35-54 anni) per 52,9% del totale degli iscritti. Solo il **17,6% di iscritti ha meno di 35 anni**. La distribuzione geografica delle forme di previdenza complementare rivela inoltre significative differenze territoriali, con **solo 4 Regioni che superano il 36% della forza lavoro** (52,3% in Trentino-Alto Adige, 41,9% in Valle d'Aosta, 38% in Veneto). Valori più bassi e decisamente inferiori alla media in **gran parte delle Regioni meridionali**, con un minimo del 22,5% in Sardegna.

Figura 4.6. Tasso di partecipazione a forme pensionistiche integrative (iscritti in percentuale alle forze lavoro), 2019.

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.



Inoltre, diverse politiche hanno puntato sui pre-pensionamenti come "Quota 100" che ha un costo per il sistema (€63 miliardi di Euro al 2036), anche se lo strumento è stato richiesto solo dal 58% degli aventi diritto, riducendo l'efficienza del sistema e spostando l'attenzione dalle forme di previdenza integrativa.

All'interno di questo scenario, la crisi legata all'emergenza COVID-19 rischia di ridurre gli accantonamenti previdenziali con conseguenze negative per il montante contributivo. Sulla base delle stime sull'impoverimento delle famiglie italiane, mostrate nel Capitolo 2, è possibile ipotizzare per il 2020 una riduzione della contribuzione pari al 20%.

LE PROPOSTE OPERATIVE

Il Think Tank "Welfare, Italia" propone di introdurre una **tassazione agevolata** sui rendimenti accumulati nella previdenza complementare, **aumentare la flessibilità** della previdenza complementare e **lanciare "UNICO"** come strumento di cultura previdenziale per i più giovani

Alla luce del contesto di riferimento e al fine di indirizzare il rischio derivante dai possibili effetti dell'emergenza COVID-19 sulla contribuzione integrativa, si sottolinea la necessità di **ribilanciare il sistema previdenziale** valorizzando i **meccanismi di ricorso al mercato**. Per questo motivo le proposte operative si articolano in tre ambiti quali un contesto fiscale più favorevole, l'aumento della flessibilità della previdenza complementare (*plafond* e anticipi) e il lancio di uno strumento - denominato UNICO, "Universale Contributo" - che sostenga la creazione di posizioni previdenziali integrative per i più giovani. Prese nel loro

complesso queste misure consentono di valorizzare la previdenza complementare nel nostro Paese.

Partendo dall'aspetto fiscale, emerge un quadro eterogeneo tra i Paesi europei dal punto di vista della tassazione anche per effetto di diversi sistemi in vigore⁴⁶. Pertanto, si raccomanda l'introduzione di meccanismi di incentivo fiscale come una **tassazione agevolata sui rendimenti accumulati** nella previdenza complementare ai livelli pre-Legge di Stabilità del 2015, che aveva aumentato l'imposta sostitutiva da applicare sul risultato di gestione maturato dall'11,5% al 20%, al fine di sostenere un **maggiore tasso di adesione** alle forme di previdenza integrativa (fondi negoziali, fondi aperti e PIP).

Una seconda tipologia di interventi per stimolare l'adesione alla previdenza complementare riguarda la maggiore flessibilità dello strumento previdenziale, in termini di portabilità del *plafond*, la previsione di estendere ai motivi di calamità naturale o di pandemia la possibilità di anticipo dal proprio montante pensionistico e il trasferimento ai figli della posizione maturata. Gli interventi mirati ad accrescere la flessibilità, infatti, aumentano la resilienza della previdenza complementare in un contesto che vedrà la pandemia COVID-19 impattare significativamente sui versamenti.

In questo senso, l'**introduzione della "portabilità" da un anno all'altro** dell'ammontare di deducibilità fiscale non utilizzato in un determinato anno potrebbe essere di particolare interesse a seguito dell'emergenza COVID-19 in quanto consentirebbe di sommare i massimali di deducibilità fiscale per le somme versate nell'anno 2020 e 2021 al fine di poter recuperare la quota di deducibilità non fruita sui redditi 2020 a causa di minori versamenti per effetto dell'emergenza in corso.

Un secondo aspetto, di particolare interesse nel contesto pandemico, riguarda la possibilità di ottenere **anticipazioni straordinarie sulla prestazione**, al verificarsi di particolari circostanze, a prescindere dall'anzianità di iscrizione⁴⁷. La pandemia COVID-19 ha richiesto, infatti, ai cittadini di ricorrere ai propri risparmi, facendo emergere l'opportunità di disciplinare in modo diverso le possibilità di anticipazioni dal montante pensionistico integrativo in occasione di **eventi preventivamente definiti**

⁴⁶ Nella maggior parte dei Paesi dell'UE vige il modello di tassazione EET (Esenzione, Esenzione, Tassazione), per cui la tassazione è applicata solo al momento dell'erogazione della prestazione pensionistica. Al contrario, in Italia, Danimarca e Svezia è in vigore il sistema ETT che prevede che la tassazione venga applicata anche sui rendimenti accumulati oltre che al momento dell'erogazione della prestazione. Altre forme di tassazione sono TEE, TET e EEE.

⁴⁷ Ad oggi è possibile chiedere un'anticipazione in qualsiasi momento in misura non superiore al 75% della posizione individuale, per far fronte a spese sanitarie per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche a seguito di gravissime situazioni relative all'aderente, al coniuge e ai figli. Altre circostanze sono vincolate al decorso di otto anni di iscrizione.

e localizzabili come, ad esempio, una calamità naturale o la pandemia. A questo riguardo, un esempio è rappresentato da quanto disciplinato da una circolare COVIP in occasione del terremoto del Centro Italia nel 2017⁴⁸. Un'ipotesi potrebbe prevedere la possibilità di richiedere un anticipo fino al 15% con previsione di esenzione dalla tassazione e possibilità di riversare questo ammontare in un secondo momento.

Inoltre, un ultimo aspetto di flessibilità potrebbe riguardare la possibilità di **consentire il trasferimento ai propri figli della posizione maturata dal titolare al proprio pensionamento**, in luogo della riscossione della prestazione. Considerando che la maggior parte dei lavoratori inizia a versare nella previdenza complementare in prossimità all'età pensionabile e alla luce dei dati COVIP che evidenziano un contributo medio annuo pari a 2.700 Euro per un accantonamento totale pari a circa 22.380 Euro, è possibile desumere che, al momento della riscossione, il montante contributivo medio sia di entità contenuta. In questa circostanza, la possibilità di trasferire ai figli la posizione maturata, senza l'imposizione di una tassazione, potrebbe costituire uno stimolo verso l'adesione alla previdenza complementare.

Il terzo intervento diretto ad accrescere la flessibilità della previdenza integrativa riguarda la creazione di uno strumento *ad hoc* - qui denominato **UNICO, "Universale Contributo"** - che sostenga la creazione di posizioni previdenziali integrative per i più giovani. Il meccanismo è funzionale ad accrescere la platea di sottoscrittori di forme previdenziali includendo progressivamente tutti i più giovani e contemporaneamente consentire a questi ultimi di avere l'opportunità di dotarsi, in anticipo rispetto all'ingresso nel mondo lavorativo, di un montante contributivo significativo che possa accrescere nel tempo.

Questo meccanismo potrebbe essere dedicato a **tutti i nuovi nati** (circa 450 mila ogni anno) per cui sia automaticamente aperta una posizione previdenziale di III pilastro con possibilità, da parte delle diverse istituzioni finanziarie e assicurative, di dotare questa posizione di una contribuzione iniziale pari a 50 Euro. La posizione così aperta consentirebbe, da un lato, di fare **cultura previdenziale** tra i più giovani, anche nell'ottica di portabilità a livello comunitario dei c.d. "Pan-European Personal Pension products" (PEPP) che la Commissione Europea ha recentemente previsto. Dall'altro lato consentirebbe agli operatori del settore di disporre di posizioni, che altrimenti non sarebbero originate per diversi anni, a cui possono essere veicolate offerte anche con modalità innovative e digitali.

⁴⁸ Circolare Covip del 9 marzo 2017 relativa all'applicazione delle misure agevolative per i terremotati del Centro Italia, previste dall'art. 48, comma 13-bis, del Decreto-legge 189/2016 convertito, con modifiche, dalla legge n.229/2016.

Le posizioni previdenziali create automaticamente per i nuovi nati possono, inoltre, essere la base di funzionamento per il vero e proprio meccanismo di UNICO, “Universale Contributo”. Quest’ultimo si propone, infatti, di facilitare l’inizio di un accantonamento previdenziale per i più giovani, soprattutto alla luce del fatto che molti di questi iniziano a lavorare non prima di 25/26 anni a conclusione di Università e *stage*. UNICO potrebbe quindi prevedere, previa richiesta della persona intitolata, l’attivazione di un montante pensionistico, garantito da un intermediario finanziario, con importo pari, ad esempio, a 20mila Euro sulla propria posizione. Questo ammontare potrebbe iniziare da subito a generare interessi costituendo una base per lo sviluppo di una posizione complementare e potrebbe iniziare ad essere ripagato nel momento in cui il giovane entra sul mercato del lavoro e inizia effettivamente a contribuire alla propria posizione previdenziale.

LA STIMA DEI BENEFICI

Sulla base delle considerazioni effettuate, per quanto riguarda la proposta legata all’aspetto fiscale, si ipotizza di riportare **l’aliquota da applicare per la tassazione sui rendimenti accumulati** nella previdenza complementare all’11,5%, pari al valore pre-Legge di Stabilità del 2015, al fine di allineare l’Italia ai principali Paesi europei in termini di sistemi di tassazione adottati. In questo modo, si assume che, in seguito, la partecipazione alla previdenza complementare in Italia si allinei ai tassi medi di adesione alle forme di previdenza complementare dei Paesi europei. Sulla base di queste ipotesi e considerando un periodo di contribuzione medio di 25 anni, le stime elaborate evidenziano che la tassazione agevolata potrebbe generare circa **10 mila Euro** in più per ciascun aderente. Ciò andrebbe a determinare un incentivo per le **sottoscrizioni**, che potrebbero aumentare di **2,5 milioni** (pari al 30% delle sottoscrizioni totali) per un totale di **7 miliardi di Euro di risorse aggiuntive destinate alla previdenza complementare**.

Tali risorse aggiuntive potrebbero essere indirizzate verso **investimenti nell’economia reale** incentivando la realizzazione di progetti sistemici per il Paese (es. investimenti *green*, infrastrutture, ecc.) e generando ricadute sul **PIL fino a un incremento di 1,5 punti percentuali**.

Le proposte dirette alla flessibilità e all’attivazione di UNICO hanno, invece, benefici in termini di incremento della cultura previdenziale e ampliamento potenziale della platea di aderenti alle forme previdenziali integrative, tendenzialmente al raggiungimento di una **copertura pressoché universale della previdenza integrativa** laddove il meccanismo di UNICO fosse adottato e mantenuto in modo strutturale.

PRINCIPALI FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO

- ACRI (Associazione di Fondazioni e di Casse di Risparmio Spa), “Fondazioni di Origine Bancaria: Venticinquesimo Rapporto Annuale”, 2019
- ACRI (Associazione di Fondazioni e di Casse di Risparmio Spa), “Il risparmio”, 2019
- ANIA (Associazione Nazionale fra le imprese assicuratrici), “Ania trends ufficio studi”, 2020
- ANIA (Associazione Nazionale fra le imprese assicuratrici), “allontAniamo i rischi rimAniamo protetti”, 2020
- ANIA (Associazione Nazionale fra le imprese assicuratrici), “L’Assicurazione italiana”, 2020
- ANPAL (Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro), “Disoccupazione di lunga durata: sviluppo di policy”, 2019
- ANPAL (Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro), “Secondo rapporto di valutazione della garanzia giovani e del programma operativo nazionale iniziativa occupazione giovani”, 2019
- ANPAL (Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro), “XVIII Rapporto sulla formazione continua”, 2019
- ANPAL (Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro), “PIAAC formazione & competenze online nei centri dell’impiego”, 2019
- Assolombarda, “Osservatorio Welfare Assolombarda Anno 2018”, 2019
- Banca d’Italia, “Il “Matthew Effect” e la finanza moderna: sul nesso tra disuguaglianza della ricchezza”, 2020
- Banca d’Italia, “Espansioni del debito pubblico e dinamica del vincolo di credito delle famiglie”, 2020
- Banca d’Italia, “La ricchezza delle famiglie e delle società non finanziarie italiane”, 2019
- Banca d’Italia, “Indagine sui bilanci delle famiglie italiane nell’anno 2016”, 2018
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) e Eudaimon, “3° Rapporto sul Welfare Aziendale”, 2020
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), “53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese”, 2019
- CISL (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori), “Welfare contrattuale, un valore per i lavoratori”, 2020
- CISL (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori), “La CISL per l’Europa, il lavoro, il fisco, il welfare”, 2018
- CGIL (Confederazione Generale Italiana del Lavoro), “Secondo Rapporto sulla contrattazione collettiva di secondo livello”, 2020
- CGIL e Nomisma, “La fruizione dei servizi di welfare aziendale: l’indagine sui lavoratori”, 2020

- CNEL (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro), "Il mondo che verrà: interpretare e orientare lo sviluppo dopo la crisi sanitaria globale", 2020
- CNEL (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro), "XX Rapporto sul mercato del lavoro e sulla contrattazione collettiva", 2019
- Commissione Europea, "Determinants of skills matching - The role of institutions", 2020
- Commissione Europea, "Employment and Social Developments in Europe 2020", 2020
- Commissione Europea, "Access to essential services for people on low incomes in Europe", 2020
- Commissione Europea, "Eurobarometer on undeclared work in the European Union", 2020
- Commissione Europea, "Joint Employment Report 2020", 2020
- Commissione Europea, "2020 Adjusted Commission Work Programme", 2020
- Commissione Europea, "The pillars of Next Generation EU", 2020
- Commissione Europea, "European Economic Forecast, Winter 2020", 2020
- Commissione Europea, "Report on Public Finances in EMU 2019", 2020
- Commissione Europea, "The COVID19-Pandemic in the EU: Macroeconomic Transmission and Economic Policy Response", 2020
- Commissione Europea, "Educational inequalities in Europe and physical school closures during COVID-19", 2020
- Commissione Europea, "Socio-economic background and educational inequalities", 2019
- Commissione Europea, "Work, Welfare and Inequalities in Europe - The Research Perspective", 2017
- Corte dei Conti, "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica", 2020
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2019", 2020
- COVIP, "La previdenza complementare, principali dati statistici", 2020
- COVIP, "Enti previdenziali ex D.Lgs. 509/1994 e D.Lgs. 103/1996, le politiche di investimento", 2020
- Fondazione Cariplo, "Welfare di Comunità e Innovazione Sociale", 2017
- Forum Disuguaglianze Diversità, "Un futuro più giusto è possibile: promemoria per il dopo COVID-19 in Italia", 2020
- Forum Disuguaglianze Diversità, "Durante e dopo la crisi: per un mondo diverso", 2020
- Forum Disuguaglianze Diversità, "La proposta di un Reddito di Emergenza (Rem) contro la crisi: un bilancio", 2020
- Forum Disuguaglianze Diversità, "L'impegno per contrastare le disuguaglianze in educazione nel tempo del COVID-19", 2020
- INPS, "XIX Rapporto Annuale, 2020
- INPS, "Analisi della mortalità nel periodo di epidemia da Covid-19", 2020
- INPS, "Osservatorio sul Precariato", report mensili 2020

- INPS, "Rendiconto Generale per l'anno 2019", 2020
- INPS, "Statistiche in breve", 2020
- INPS, "XVIII Rapporto Annuale, 2019
- Istat, "Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità della popolazione residente", 2020
- Istat, "Annuario Statistico Italiano", 2020
- Istat, "Rapporto annuale", 2020
- Istat, "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo", 2020
- Istat, "Popolazione e famiglie", 2019
- Istat, "Povertà in Italia", 2019
- Itinerari Previdenziali, "Osservatorio sul mercato del lavoro 2020 - "Il lavoro sommerso in Italia", 2020
- Itinerari Previdenziali, "Settimo Report - "Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2019""", 2020
- Itinerari Previdenziali, "Quo vadis Quota 100? Analisi per territorialità, sesso e categorie di gestione INPS delle richieste di pensionamento anticipato per il 2019 e previsioni per il 2020", 2020
- Itinerari Previdenziali, "L'impatto del coronavirus sull'economia italiana: debito pubblico, PIL e occupazione", 2020
- Itinerari Previdenziali, "Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2018", 2020
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Documento di Economia e Finanza (DEF 2020)", 2020
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Legge di Bilancio", 2020
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Rapporto sul Debito Pubblico italiano", 2020
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Il Rapporto annuale sulle spese fiscali", 2020
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Sistema pensionistico e socio-sanitario", 2020
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Decimo Rapporto Annuale - Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia 2020", 2020
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Il Mercato del lavoro 2019, verso una lettura integrata", 2020
- Ministero della Salute, "Andamento della mortalità giornaliera (SiSMG) nelle città italiane in relazione all'epidemia di Covid-19 fase II", 2020
- Ministero della Salute, "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025", 2020
- Ministero della Salute, "Anagrafe Fondi Sanitari - fondi attestati anno 2017", 2018
- OCSE, "The Future of work", 2020
- OCSE, "Under Pressure: The Squeezed Middle Class", 2020

- OCSE, "Preventing Ageing Unequally", 2020
- OCSE, "Coronavirus: The world economy at risk", 2020
- OCSE, "The Economic Impacts of Learning Losses", 2020
- OCSE, "OECD Economic Outlook, Interim Report September 2020", 2020
- Ragioneria Generale dello Stato, "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", 2020
- Ragioneria Generale dello Stato, "Il monitoraggio della spesa sanitaria", 2020
- The European House - Ambrosetti, Meridiano Sanità, 2019
- The European House - Ambrosetti, Meridiano Sanità, 2018
- The European House - Ambrosetti, Global Attractiveness Index, 2018-2019-2020
- Think Tank "Welfare, Italia", Rapporto, 2019

PRINCIPALE SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- www.covip.it
- www.ec.europa.eu/eurostat
- www.fondazionecariplo.it
- www.ilo.org
- www.imf.org
- www.inps.it
- www.istat.it
- www.mefop.it
- www.oecd.org
- www.who.int
- www.worldbank.org

INDICE DELLE FIGURE

- **Figura 1.1.** Evoluzione casi a livello globale, 11 gennaio - 22 ottobre 2020. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.
- **Figura 1.2.** Casi confermati per regione (valori assoluti) al 22/10/2020. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.
- **Figura 1.3.** Media mobile a sette giorni del numero cumulato di decessi dei 200 giorni successivi ai primi 3 decessi (valore assoluto). Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.
- **Figura 1.4.** Contagi totali da COVID-19 e Stringency Index nei primi 200 giorni dal primo contagio. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità e Università di Oxford, 2020.
- **Figura 1.5.** Popolazione over-65 in alcuni Paesi europei (percentuale sul totale), 2019. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 1.6.** Tasso di fertilità in alcuni Paesi europei (nascite per donna), 2018. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 1.7.** Popolazione over-65 e tasso di fertilità in alcuni Paesi europei (percentuale sul totale e nascite per donna), 2019 e 2018. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 1.8.** Popolazione italiana per fasce d'età, scenario mediano (milioni di abitanti), 2019, 2030 e 2050. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.
- **Figura 1.9.** Persone con almeno una o due malattie croniche per fascia d'età in Italia (percentuale), 2017 (sinistra) e spesa sanitaria pro capite per fasce d'età in Italia (Euro), 2017 (destra). Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Meridiano Sanità, 2020.
- **Figura 1.10.** Popolazione attiva (percentuale della popolazione totale, 15-64 anni). Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 1.11.** Tasso di disoccupazione giovanile (percentuale sulla popolazione attiva, 15-24 anni), 2019. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 1.12.** Incidenza dei NEET (percentuale della popolazione, 15-34 anni), 2019. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.
- **Figura 1.13.** Partecipazione femminile al mercato del lavoro (percentuale sulla popolazione attiva, 20-64), 2019. Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.

- **Figura 1.14.** Tasso di part-time involontario (su 100 occupati part-time, 15 anni e oltre), 2019. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 1.15.** Tasso di occupazione dei residenti stranieri in alcuni Paesi europei (percentuale sulla popolazione attiva), 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 1.16.** Popolazione italiana e straniera per titolo di studio (percentuale sul totale, 15 anni e più), 2019. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 1.17.** Rigidità dei licenziamenti collettivi e individuali (indice, 0=min, 6=max), 2019 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 1.18.** I tre pilastri del welfare italiano. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 1.19.** Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle tre diverse componenti (valori in percentuale), 2017 e 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.20.** Ripartizione della spesa in welfare in Italia e nell'Eurozona al 2018 e variazione decennale (percentuale), 2009-2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.21.** Andamento della spesa previdenziale in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.22.** Andamento della spesa in previdenza in Italia, Unione Europea ed Eurozona (numeri indice, 100=2009), 2009-2019. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.23.** Peso della spesa in previdenza nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.24.** Valore medio delle pensioni erogate e delle entrate contributive negli ultimi 4 anni (valori in milioni di Euro), 2015-2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020*
- **Figura 1.25.** Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.26.** Peso della spesa sanitaria nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.27.** Spesa sanitaria pubblica pro capite (Euro), 2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Meridiano Sanità, 2020.*
- **Figura 1.28.** Andamento della spesa in politiche sociali in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*

- **Figura 1.29.** Peso della spesa in politiche sociali nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.30.** Suddivisione della spesa in politiche sociali (percentuale della spesa totale in politiche sociali), 2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.31.** Numero persone coinvolte nel Reddito e la Pensione di Cittadinanza (ogni 10mila abitanti), agosto 2020. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.32.** Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali partner europei nei tre pilastri (valori in percentuale del PIL), 2018 o ultimo anno disponibile. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 1.33.** Crescita media del PIL nei Paesi UE tra il 2000 e il 2019 (valori percentuali), 2000-2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati IMF, 2020.*
- **Figura 1.34.** Ripartizione della spesa in welfare in Italia per tipologia di erogazione (valori in percentuale e miliardi di Euro), 2016. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 1.35.** I tre pilastri che compongono il sistema previdenziale italiano. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 1.36.** Contributi in forme di previdenza integrativa privata in Italia (valori in miliardi di Euro), 2010-2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati COVIP, 2020.*
- **Figura 1.37.** Tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (iscritti in percentuale delle forze lavoro), 2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati COVIP, 2020.*
- **Figura 1.38.** Risorse destinate alla previdenza complementare in Italia (miliardi di Euro), 2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati COVIP, 2020.*
- **Figura 1.39.** Condizione professionale degli iscritti alla previdenza complementare per tipologia di forma in Italia (valori percentuali), 2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati COVIP, 2020.*
- **Figura 1.40.** Contratti che prevedono misure di welfare aziendale in Italia (valori in percentuale del totale dei contratti attivi), 2016-2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Censis, 2020.*
- **Figura 1.41.** Spesa sanitaria privata totale e percentuale della spesa privata rispetto alla spesa sanitaria totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2010-2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 1.42.** Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2019. *Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2020.*

- **Figura 1.43.** Tipologia degli iscritti ai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2017. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2020.*
- **Figura 1.44.** Distribuzione territoriale degli aderenti a fondi di sanità integrativa nelle Regioni italiane (valori in percentuale), 2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati UniSalute, 2020.*
- **Figura 1.45.** Spesa intercettata dai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2005-2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati UniSalute, 2020.*
- **Figura 1.46.** Prestazioni extra-LEA erogate dai fondi sanitari integrativi appartenenti alla c.d. tipologia ex “non DOC” (Enti, casse, società di mutuo soccorso con fine assistenziale), (milioni di Euro), 2017. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2020.*
- **Figura 1.47.** Rinuncia a visite specialistiche (escluse odontoiatriche) o ad accertamenti specialistici per fasce di età (a sinistra nel grafico) e macro-area geografica (a destra nel grafico), (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche), 2017. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 2.1.** Tasso di crescita reale del PIL globale (variazione percentuale), 1980- 2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati IMF, 2020.*
- **Figura 2.2.** Previsione The European House - Ambrosetti del Valore Aggiunto per l'Italia nel 2020, ripartito per settore (valore in milioni di Euro e variazione percentuale), 2019-2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 2.3.** Previsione a settembre 2020 della variazione percentuale del Prodotto Interno Lordo (percentuale), 2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 2.4.** Variazioni annuali del PIL a prezzi costanti (valori percentuali, prezzi costanti), 1861-2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020. (*) Stime The European House - Ambrosetti.*
- **Figura 2.5.** Rapporto debito/PIL (percentuale), 1900-2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Banca d'Italia, 2020.*
- **Figura 2.6.** Numero di occupati tra 15 e 64 anni (valori in migliaia), 2004-2020*. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020. (*) Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).*
- **Figura 2.7.** Disoccupati tra 15 e 64 anni (valori in migliaia), 2004-2020*. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020. (*) Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).*
- **Figura 2.8.** Inattivi tra 15 e 64 anni (valori in migliaia), 2004-2020*. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista*

Stefano Scarpetta (OECD) e Istat, 2020. (*) Il dato 2020 fa riferimento al primo semestre (da gennaio a giugno).

- **Figura 2.9.** Variazione dell'occupazione totale italiana in due scenari alternativi* (variazione percentuale), 2019-2021^e. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati webinar con protagonista Stefano Scarpetta (OECD), 2020. (*) Single-hit: pandemia sotto controllo fino alla fine dell'anno; double-hit: ritorno di una diffusione incontrollata nell'autunno 2020.
- **Figura 2.10.** Valore totale degli asset finanziari delle famiglie italiane distribuito per percentile (Euro), 2017. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Household Finance and Consumption Survey, 2020.
- **Figura 2.11.** Stima regionale delle persone in povertà assoluta e incidenza (migliaia e percentuale), 2019. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.
- **Figura 2.12.** Famiglie in povertà assoluta in Italia (milioni), 2019-2020^e. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, Eurostat e Household Finance and Consumption Survey, 2020.
- **Figura 2.13.** Valore medio dei redditi netti disponibili delle famiglie italiane distribuito per percentile e sezioni rappresentanti la classe media (Euro), 2017. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Banca d'Italia, 2020.
- **Figura 2.14.** Distribuzione delle condizioni occupazionali degli italiani per settore sottoposto a misure restrittive (percentuale). Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea, 2020.
- **Figura 2.15.** Schema riassuntivo della centralità del sistema di welfare nel mitigare gli impatti di uno shock esogeno come la pandemia COVID-19. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.
- **Figura 2.16.** Spesa sanitaria italiana (percentuale del PIL), 2009-2018. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, su dati Eurostat 2020.
- **Figura 2.17.** Primi 10 settori economici per esposizione a malattie e infezioni (valore indice, 0=min, 100=max). Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INAPP, 2020.
- **Figura 2.18.** Posti letto nei reparti di malattie infettive (numero, sinistra) e posti letto in terapia intensiva (numero, destra), 2020. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute e fonti varie, 2020.
- **Figura 2.19.** Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.
- **Figura 2.20.** Media ore di Cassa Integrazione Guadagni autorizzate al mese (migliaia), gennaio-agosto, 2016-2020. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.
- **Figura 2.21.** Totale ore autorizzate di Cassa Integrazione Guadagni* e crescita PIL annuale** (milioni di ore e percentuale), 2008-2020^e. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS e IMF, 2020. (*) Sono comprese

tutte le tipologie di Cassa Integrazione. (**) La previsione 2020 riguarda la stima The European House - Ambrosetti.

- **Figura 2.22.** Domande accolte e fondi erogati per l'indennità 600 Euro (valore assoluto, percentuale e Euro), marzo e aprile 2020. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.*
- **Figura 2.23.** Distribuzione importo lordo assegno mensile NASPI al primo mese (Euro), 2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.*
- **Figura 2.24.** Destinatari del Reddito e la Pensione di Cittadinanza e assegno medio mensile erogato (valore assoluto e Euro), dic. 2019 - ago. 2020. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.*
- **Figura 2.25.** Stima del potenziale impatto economico totale all'anno delle politiche sociali adottate dal sistema di welfare italiano (miliardi di Euro), 2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 2.26.** Andamento della spesa italiana in politiche sociali (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2020.*
- **Figura 2.27.** Incidenza della povertà assoluta per fasce d'età (percentuale), 2007-2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 2.28.** Prestazioni previdenziali di tipo assistenziale (valori assoluti) e importo medio mensile (Euro), 2018. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati INPS, 2020.*
- **Figura 2.29.** Rapporto Spesa Previdenziale su PIL (percentuale), 2017 e 2036. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea e Ragioneria Generale dello Stato, 2020.*
- **Figura 2.30.** Andamento della spesa in previdenza in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009 - 2020^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat e Ragioneria Generale dello Stato, 2020.*
- **Figura 2.31.** Processo di allocazione e spesa dei Fondi Strutturali di Investimento Europei in Italia (percentuale sul totale del budget pianificato per il periodo di programmazione 2014-2020), 2015-2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Commissione Europea, 2020.*
- **Figura 2.32.** Evoluzione del debito pubblico italiano (percentuale di PIL), 2009-2021^e. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati della Commissione Europea, 2020. (*) stima OCPI su quadro programmatico NADEF 2020 (ultimo aggiornamento ottobre 2020).*
- **Figura 3.1.** Classifica del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.2.** Score regionale della dimensione relativa agli indicatori di spesa del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*

- **Figura 3.3.** Score regionale della dimensione relativa agli indicatori strutturali del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.4.** Score nei due pilastri del Welfare Italia Index (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.5.** Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2020.*
- **Figura 3.6.** Spesa per interventi e servizi sociali pro capite (Euro) e popolazione (percentuale della popolazione totale nazionale). *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat e Corte dei Conti, 2020.*
- **Figura 3.7.** (Asse delle ascisse) Tasso di disoccupazione (percentuale), 2019. (Asse delle ordinate), PIL pro capite (Euro), 2018. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 3.8.** (In alto nel grafico) Posti letto d'asilo nido autorizzati (ogni 100 bambini di 0-2 anni), 2017. (In basso nel grafico) Giovani NEET (percentuale della popolazione tra 15 e 34 anni), 2019. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 3.9.** Spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione (percentuale del PIL), 2016. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2020.*
- **Figura 3.10.** Alunni coinvolti nella chiusura delle scuole per livello (Valori assoluti). *Fonte: Elaborazione The European House- Ambrosetti su dati Openpolis con i bambini, 2020.*
- **Figura 3.11.** Accesso degli studenti ad un computer a casa per il lavoro scolastico in base alle proprie condizioni sociali (percentuale sul totale), 2020. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2020.*
- **Figura 3.12.** Principi, caratteristiche e ruoli del sistema di welfare attuale e di quello evolutivo. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.13.** Quota di famiglie con sottoscrizioni a connessioni con velocità superiori ai 30 Mbps sul totale nelle Regioni italiane (valori percentuali), 2019. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti su dati AGCOM, 2020.*
- **Figura 3.14.** Famiglie che dispongono di connessione domestiche (percentuale), 2019. *Fonte: The European House - Ambrosetti su dati OpenPolis con i bambini, 2020.*
- **Figura 3.15.** Percentuale di edifici scolastici raggiunti in tecnologia FTTH (percentuale), 2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati AGCOM, 2020.*
- **Figura 3.16.** Indice di Capitale Umano del Digital Economy and Society Index (DESI) nei Paesi UE28, (punteggio compreso tra 0=min e 100=max), 2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati DESI, 2020.*

- **Figura 3.17.** Fattibilità di lavoro in smartworking (numero indice 100=max e 0=min) e occupati per settore (valori assoluti). *Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat e INAPP, 2020.*
- **Figura 3.18.** Struttura del Welfare Italia Index. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.19.** Indicatori di spesa del Welfare Italia Index. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 3.20.** Indicatori strutturali del Welfare Italia Index. *Fonte: elaborazione The European House-Ambrosetti, 2020.*
- **Figura 4.1.** Tasso di attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini (valori percentuali), 2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati AdID, 2020.*
- **Figura 4.2.** Risorse destinate al finanziamento di strumenti di integrazione e supporto al reddito (miliardi di Euro), 2019 vs. 2020. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie, 2020.*
- **Figura 4.3.** Stima dell'andamento dei valori occupazionali nello scenario standard e in presenza di un piano di politiche attive del lavoro, (valore in base 100, 2019 anno indice), 2019-2029E. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2020*
- **Figura 4.4.** Tasso di partecipazione a forme pensionistiche integrative (iscritti in percentuale alle forze lavoro), 2019. *Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2020.*

Un progetto di



In collaborazione con



The European House
Ambrosetti

