



*Dipartimento di ECONOMIA E MANAGEMENT  
Cattedra SCIENZA DELLE FINANZE*

*SISTEMA DI WELFARE ITALIANO: CRITICITA' E CONFRONTO CON I MODELLI  
EUROPEI*

*RELATORE  
Prof. ANGELO CREMONESE*

*CANDIDATO MARIALETIZIA POSATI  
Matr. 189771*

## SOMMARIO

INTRODUZIONE .....	4
CAPITOLO 1: NASCITA E AFFERMAZIONE DEL WELFARE STATE.....	5
1.1 DEFINIZIONE DI WELFARE STATE.....	5
1.2 TEORIE DEL WELFARE .....	7
1.3 PRINCIPALI AREE DI INTERVENTO .....	10
1.4 REGIMI DI WELFARE.....	12
1.5 STORIA.....	14
1.6 CONSOLIDAMENTO DEL WELFARE STATE.....	15
1.7 NUOVI RISCHI SOCIALI .....	17
CAPITOLO 2: SISTEMA di welfare ITALIANO .....	19
2.1 EVOLUZIONE.....	19
2.2 WELFARE STATE ITALIANO: quadro generale .....	23
2.3 FOCUS SU SISTEMA PENSIONISTICO E SANITARIO .....	24
2.3.1 Sistema pensionistico .....	24
2.3.2 Sistema sanitario.....	25
2.4 PROSPETTIVE E RISCHI DEL WELFARE ITALIANO.....	26
CAPITOLO 3: LUCI E OMBRE .....	29
3.1 CARATTERISTICHE DI BASE DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO .....	29
3.2 AREE DI CRITICITÀ DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO .....	32
3.2.1 Le politiche contro la povertà.....	32
3.2.2 Politiche abitative .....	33
3.2.3 Sistema di istruzione.....	34
3.2.4 Mercato del lavoro.....	35
3.2.5 Politiche di long term care.....	39
3.2.6 Politiche per gli immigrati.....	40
3.3 QUESTIONE DEL REDDITO MINIMO E DELLA SICUREZZA SOCIALE.....	43
3.4 CORRUZIONE NEL MONDO SANITARIO .....	44
CAPITOLO 4 SOSTENIBILITA' FINANZIARIA.....	48
4.1 QUADRO GENERALE DELLA SPESA SOCIALE IN ITALIA.....	48
4.2 FORME DI FINANZIAMENTO DEL WELFARE ITALIANO .....	49

4.3 WELFARE E DEBITO PUBBLICO .....	51
4.4 SINTESI 2015: SPESE PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI .....	52
4.4.1 Spesa previdenziale .....	52
4.4.2 Spesa assistenziale.....	53
4.4.3 Spesa a carico della fiscalità generale .....	53
4.5 SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE .....	54
4.5.1 Finanziamento del SSN .....	54
4.5.2 Criticità del SSN.....	55
4.5.3 Possibili interventi risolutivi.....	56
4.6 PROPOSTE PER UN WELFARE EQUO E SOSTENIBILE- INDAGINE CENSIS .....	58
4.6.1 risultati della ricerca .....	58
4.6.2 Il welfare dopo le manovre .....	59
4.6.3 Sviluppo di un welfare equo e sostenibile .....	60
CAPITOLO 5 analisi comparativa internazionale.....	61
5.1 MODELLI DI WELFARE EUROPEI .....	61
5.1.1 Modello scandinavo.....	62
5.1.2 Modello anglo sassone.....	62
5.1.3 Modello continentale .....	63
5.1.4 Modello mediterraneo.....	63
5.2 SISTEMA DI PROTEZIONE SOCIALE EUROPEO .....	63
5.3 Un confronto tra welfare state italiano e tedesco.....	67
5.4 MODELLO SOCIALE NORDICO.....	68
5.4.1 Caso finlandese: introduzione del reddito minimo garantito.....	69
5.4.2 Welfare italiano e svedese a confronto.....	70
CONCLUSIONI .....	72
Bibliografia.....	75

# INTRODUZIONE

Fin dalla nascita possiamo usufruire durante il nostro percorso di vita di diversi servizi pubblici. Si pensi all'istituto della pensioni, alle scuole e agli ospedali che ci assicurano cure e formazione in qualsiasi momento della nostra vita. Tali servizi sono ormai considerati parte integrante della nostra società, elementi essenziali gestiti dallo Stato, che ha il compito di considerarli una priorità. Questi servizi sociali fanno parte del così detto welfare state, istituzione non sempre esistita. Esso è nato in una certa epoca storica in risposta a determinati bisogni e con il tempo si è dovuto adattare ai mutamenti che hanno interessato le nostre società. Il welfare state, quindi, deve apportare con sé una sorta di dinamismo che gli permetta di rispondere sempre al meglio alle necessità dei cittadini.

Il Welfare state in Europa presenta alcune caratteristiche generali comuni tra i Paesi membri. Tuttavia ogni Paese possiede un modello di stato sociale con peculiarità specifiche, essendo diverso il retaggio culturale e la condizione sociale. Nel contesto europeo sono, quindi, presenti ampie differenziazioni, potendo trovare sia modelli sociali notevolmente sviluppati e all'avanguardia che modelli ancora in fase di consolidamento e sviluppo.

In questo elaborato si cercherà dapprima di capire nello specifico il concetto di welfare state e la sua evoluzione storica. Inoltre verranno analizzati i diversi regimi di welfare per comprendere al meglio le radici e lo sviluppo del sistema di welfare italiano. Dopo aver analizzato come il nostro sistema si caratterizza e quali siano le politiche sociali adottate attualmente, si effettuerà un confronto con il contesto europeo per capire quali siano i nostri punti di debolezza e di forza.

Si cercherà di guardare sia alla storia presente che alla storia passata allo scopo di identificare e approfondire i processi di innovazione e di cambiamento in corso, nonché le sfide che attendono il welfare nei prossimi decenni. Il welfare è sì un'istituzione sociale e politica complessa ormai ampiamente affermata nelle società avanzate, ma al tempo stesso soggetta a notevoli tensioni e a forti cambiamenti.

# CAPITOLO 1: NASCITA E AFFERMAZIONE DEL WELFARE STATE

## 1.1 DEFINIZIONE DI WELFARE STATE

Il concetto di welfare state, originatosi nel mondo capitalistico europeo, rappresenta una novità rivoluzionaria nello scenario delle società industriali di fine Ottocento. Le grandi trasformazioni sociali ed economiche, che attraversarono quel periodo, portarono ad un forte sviluppo economico caratterizzato dal passaggio da un'economia prettamente agricola a forme di attività industriali. Invenzioni, innovazioni e scoperte furono alla base di un radicale cambiamento non solo della vita economica dei diversi Paesi interessati, ma anche della vita sociale. Il tumulto economico non può che investire ed intaccare il tessuto sociale e familiare. Nuovi lavori e nuovi impieghi portano a nuovi bisogni. Basti pensare alla rivoluzione industriale inglese iniziata già dagli ultimi anni del Settecento, la quale incise significativamente non solo sullo stile di vita inglese, ma ebbe intense e forte ripercussioni in tutte le altre economie. Ovviamente tale onda di trasformazione segue un processo graduale e le varie fasi economiche vanno ad intrecciarsi le une con le altre. Con l'emergere di cambiamenti nel tessuto produttivo della società nascono anche nuove figure sociali che hanno bisogni e necessità. In questo mutato quadro sociale si inserisce lo Stato, il quale deve capire quali obiettivi porsi rispetto a tale nuova situazione sociale e quanto il suo ruolo debba essere incisivo nelle vite dei cittadini.

Il Welfare State universalistico si configura come un insieme di politiche di intervento statale volte al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini indipendentemente dalla loro appartenenza ad una certa categoria sociale. È questo elemento di universalità che rappresenta un rivoluzionario cambiamento nel modo di concepire il cittadino e i suoi diritti. All'individuo non vengono associati dallo Stato solo diritti in riferimento alla sua condizione lavorativa ma in relazione al suo essere cittadino in quanto tale, e quindi destinatario di una vita dignitosa. Lo Stato assume su di sé compiti che hanno come finalità il raggiungimento del così detto benessere sociale. Le forze del mercato, infatti, portano sì a risultati efficienti ma non rispondono ai problemi concernenti il concetto di equità. Lo Stato, per cui, deve essere presente nel regolare le storture che possano provenire dal movimento spontaneo del mercato. Quest'ultimo si è mostrato inadeguato nell'offrire beni/servizi che possiedono particolari caratteristiche (non rivalità e non escludibilità) che li differenziano dai

beni privati e che il mercato non sarebbe in grado di offrire in modo efficace. Vi sono poi particolari beni privati o misti che necessitano di un intervento pubblico (pensioni, sanità, istruzione, assistenza). Si pensi al sistema sanitario. I servizi ad esso associato innanzitutto producono forti esternalità positive, in quanto una società con individui sani riduce il rischio di epidemie e contagi. Gli individui, riguardo il settore medico, hanno un'informazione imperfetta dato che le conoscenze mediche sono altamente qualificate. La salute è legata, poi, ad eventi incerti e un'assicurazione privata spesso non funziona. Le motivazioni principali sono due:

- Le probabilità delle evento assicurato possono non essere indipendenti (il circuito assicurativo entra in crisi);
- Esistenza di problemi di moral hazard (il medico e il paziente sono incentivati a scegliere soluzioni in cui il costo privato del trattamento sia nullo mentre il costo sociale sia positivo, dato che l'assicurazione copre tutto) e adverse selection (processo di autoselezione dei buoni rischi che a causa dei premi elevati escono dal mercato).

Inoltre l'assistenza sanitaria richiede una capillare presenza sul territorio volta a coprire tutta la popolazione. Un'organizzazione privata, nel porsi tale scopo, incorrerebbe in perdite, determinando così un'assenza del servizio in molte aree poco remunerative. Lo Stato interviene, quindi, nel momento in cui il mercato fallisce. Il mercato non può da solo rispondere ad esigenze collettive, le quali necessitano di un intervento capillare e radicato da destinare a tutti gli strati della popolazione.

Secondo la definizione fornita dallo storico britannico Asa Briggs il "welfare state" è uno stato in cui il potere organizzato è usato deliberatamente allo scopo di modificare le forze del mercato in almeno tre direzioni: primo, garantendo a individui e famiglie un reddito minimo indipendente dal valore di mercato della loro proprietà; secondo, restringendo la misura dell'insicurezza mettendo individui e famiglie in condizione di fronteggiare certe contingenze sociali che porterebbero a crisi individuali e familiari; terzo, assicurando ad ogni cittadino senza distinzione di classe o status i migliori standard disponibili in relazione a una gamma concordata di servizi sociali". Lo stato acquisisce un ruolo di centralità nel garantire ad ogni cittadino le condizioni minime per lo svolgimento di una vita accettabile, fornendo risorse sia in modo diretto, attraverso l'erogazione di prestazioni di welfare, sia in via indiretta attraverso agevolazioni fiscali, forme di regolazione dell'economia, sostegno alle capacità di autoaiuto dei cittadini e delle famiglie. L'azione del welfare state non si esaurisce però solo nel ruolo centrale svolto dallo Stato. Vi sono altri attori che intervengono nella fornitura di servizi diretti al sostegno e alla protezione sociale dei cittadini: il

mercato (imprese private) e le reti informali fondate sui legami familiari. Le imprese private, infatti, possono agire come erogatori specializzati di servizi privati di welfare (assicurazioni private di tipo sanitario o previdenziale, enti di gestione di ospedali, scuole ecc.). Anche la struttura familiare può incidere nel funzionamento del welfare state. Si pensi al ruolo svolto dal lavoro non retribuito delle donne riguardo a bambini ed anziani. A partire dagli anni Novanta si sono aggiunte altre figure per quanto riguarda la gestione del welfare appartenenti al terzo settore. Si tratta di organizzazioni sociali non finalizzate alla produzione di profitto ma alla produzione di beni pubblici. Il welfare state è determinato da un insieme variegato e complesso di attori anche molto diversi tra di loro. Il coordinamento tra le diverse componenti dello stato sociale è un elemento determinante nella realizzazione di un sistema armonioso di assistenza e previdenza che assicuri il cittadino in ogni fase della sua vita.

## 1.2 TEORIE DEL WELFARE

Si possono individuare quattro approcci fondamentali volti all'interpretazione del sistema di welfare e a comprendere non solo i fattori esplicativi, ma anche i meccanismi al suo interno. Tale analisi ci permette di analizzare il welfare state in tutti i suoi aspetti sia da un punto di vista economico -politico che sociologico. Il primo approccio è basato sul concetto di rischi sociali. Secondo tale visione il welfare state nasce in risposta ad esigenze di protezione dai nuovi rischi sociali derivanti dall'industrializzazione, fenomeno che ha determinato la nascita di una nuova classe sociale, la classe operaia, bisognosa di tutele. Il welfare si configura, quindi, come un sistema di solidarietà teso a ridurre le disuguaglianze sociali. I vari gruppi sociali trovano conveniente non affrontare i rischi individualmente, bensì unire le risorse e condividere i rischi collettivamente (risk pooling). Si viene a creare una nuova forma di solidarietà che coinvolge tutti i cittadini, le cui aree di insicurezza individuale diventano oggetto di previsioni attuariali. Il sistema di welfare opera una sorta di redistribuzione dei costi di protezione dai gruppi più svantaggiati a quelli più fortunati tramite un processo di condivisione di rischi. Ovviamente nel tempo cambiano non solo i vari profili di rischio, ma le stesse politiche di welfare andranno a modificare la situazione dei diversi gruppi sociali così da andare ad intaccare positivamente o negativamente il profilo di rischio. Di conseguenza le politiche sociali devono essere aggiornate e ripensate per rispondere alle nuove esigenze che si vengono a formare. La crisi del welfare degli ultimi anni si basa proprio su questo mancato adattamento delle strutture di welfare alle profonde trasformazioni

economiche e sociali portate dalla società postindustriale. I portatori dei nuovi rischi sociali vanno a collidere con i portatori dei vecchi rischi sociali, i quali non vogliono perdere i benefici maturati nel sistema di welfare. Un altro elemento che ha minato la struttura dei rischi sociali è l'incremento dell'occupazione femminile. La donna, non rivestendo più come in passato un ruolo esclusivamente dedito alla cura dei figli e degli anziani, ha portato allo svilupparsi di esigenze a sostegno della famiglia nell'accudimento dei soggetti non autosufficienti all'interno del nucleo familiare. Il secondo approccio denominato "strutturale" collega il welfare al sistema capitalistico da cui ha avuto origine. È proprio l'economia capitalistica che ha portato alla nascita di esigenze di assistenza pubblica alla popolazione che risultava svantaggiata dal nuovo modo di approcciarsi all'attività economica. L'avvento di un nuovo modo di concepire la produzione (produzione di massa) e delle teorie scientifiche dell'organizzazione del lavoro ha colpito quella parte di lavoratori impiegate duramente nelle fabbriche. Le dottrine fordiste e tayloriste si focalizzano essenzialmente sull'aumento del grado di efficienza nella produzione e tendono a sfruttare al massimo delle proprie capacità la forza lavoro. Minimizzazione dei costi, dei tempi di lavoro e massimizzazione dei profitti divengono i nuovi punti di riferimento dell'organizzazione lavorativa non solo in America ma di riflesso in tutta Europa. La nuova classe operaia necessitava sostegno sia per un miglioramento delle condizioni lavorative che familiare. Tali forme di tutele con il tempo si sono espanse anche per altre categorie sociali fino ad investire l'intera popolazione. Il welfare è, dunque, il risultato necessario del capitalismo, il quale può sopravvivere solo attraverso un pacifico rapporto tra forze lavoro e datori di lavoro. Il welfare come supporto all'economia capitalistica è un concetto che viene ripreso anche nelle teorie keynesiane sorte per rispondere alla crisi che colpì il sistema americano ed europeo a partire dalla grande depressione del 1929. Il sostegno alla domanda di consumi, attraverso l'aumento della spesa pubblica, fu proposto da Keynes per poter ovviare all'assenza di meccanismi automatici di mercato volti a sostenere i consumi nelle fasi di depressione economica. L'intervento pubblico non solo era destinato a ridurre le disuguaglianze sociali e a proteggere i cittadini contro i rischi sociali, ma serviva proprio per rendere più efficiente il sistema economico capitalistico, ponendosi come alternativa nel caso in cui i meccanismi di mercato non avessero funzionato. Proprio la natura funzionale del welfare non è in grado di sovvertire la logica del modello capitalistico, come sostiene lo stesso politologo americano Wilensky. A tali teorie si sono contrapposte altre ideologie sia quella neoliberalista che quella neomarxista. Secondo la visione neoliberalista l'intervento statale va a limitare lo sviluppo capitalistico dell'economia, in quanto provoca sprechi di risorse e riduce l'efficienza complessiva del sistema economico. Tale dottrina fu sostenuta fortemente da Margaret Thatcher, la quale contrastò la cultura dei diritti acquisiti e sottolineò l'importanza, nell'ottenimento di sostegni di

welfare, dei doveri e dei compiti dei cittadini. Anche nelle analisi neomarxiste il welfare state assume un ruolo contraddittorio. Esso è una risorsa per la società fino ad un punto limite oltre il quale welfare e capitalismo non possono conciliarsi. Da un certo momento in poi le risorse assorbite dall' implementazione di sistemi di welfare divengono crescenti e assumono un' entità tale da non poter essere più supportate. Sia l' approccio liberale che neomarxista vengono criticati per il loro determinismo accentuato. Presentano il welfare come istituzione immutabile e prestabilita. Al contrario le politiche sociali, nonostante periodi di istituzionalizzazione, sono destinate ad evolversi e ad assumere forme e connotati diversi. Il welfare è composto pur sempre da soggetti sociali e politici che spingono al cambiamento. Ciò non toglie che il welfare possa essere teatro di conflitti e tensioni sociali soprattutto con l' emergere di nuove situazioni sociali. Nella fase più recente di evoluzione del welfare si sono ampliate ancora di più le contraddizioni nel rapporto stato sociale e capitalismo. L' espansione del lavoro precario e la continua disoccupazione porta la società a polarizzarsi. I programmi di welfare non aggiornati tendono così ad accentuare la frattura sociale tra coloro che sono inclusi nei programmi sociali e chi ne è fuori. Inoltre i benefici e la protezione offerta a coloro che sono tutelati dal sistema di welfare sembra che abbia irrigidito il mercato del lavoro in un contesto ormai globalizzato che necessita di ampia flessibilità. Nonostante ciò i programmi di welfare potrebbero rinnovarsi e cercare di intervenire nelle aree che sono scoperte da forme di tutela con l' obiettivo di risanare la condizione economica e di diminuire i livelli disoccupazionali. Oltre che investire nei programmi tradizionali di welfare andrebbero aggiunte risorse per il sostenimento di una nuova occupazione di qualità. Un terzo approccio fa riferimento alle coalizioni di classe. Il welfare state oltre che svilupparsi dall' economia capitalistica deriva anche da una forte democratizzazione della società. Il riconoscimento a più strati sociali di maggiori diritti suddivisi in civili, sociali e politici ha determinato una spinta fondamentale nella costruzione dello stato sociale. La mobilitazione sociale proveniente soprattutto dalla classe operaia, che inizia ad organizzarsi in forma politica grazie alle strutture sindacali, fu decisiva per la crescita dei sistemi di welfare. Nel modello interpretativo del sociologo norvegese Korpi, "il Power Resource Model", la forza propulsiva che portò all' espansione di politiche sociali è dovuta al movimento politico operaio che, muovendosi in modo omogeneo e cooperativo, ha reso possibile la costruzione di posizioni dominanti nella sfera parlamentare ed istituzionale. Il welfare state non è funzionale all' economia capitalistica, ma consiste in una rivincita della classe operaia. Il welfare state è l' esito di una maggiore democratizzazione degli apparati politici, che ha concesso l' ampliamento dei diritti sociali a strati di popolazione più umili. Tale approccio si focalizza sulle dinamiche politiche che hanno portato all' affermazione del welfare state, il quale si presenta come elemento che va a diminuire il divario sociale ed il grado di conflittualità presente in una certa

comunità. Tuttavia l'evidenza empirica ha messo in luce il fatto che in molti Paesi lo stato sociale sia stato promosso non tanto dal basso, ma piuttosto si sia sviluppato in regimi autoritari. Inoltre il sistema di welfare ha attraversato anche periodi di regressione, oppure non è stato improntato su base universalistico bensì categoriale. In realtà, come spiega Esping-andersen, il welfare state non si concretizza solo in una erogazione di denaro, e quindi ad una elevata spesa sociale, ma è un sistema molto più complesso. L'elemento che meglio descrive tale sistema è il grado di demercificazione, ossia il concedere benessere e benefici al cittadino indipendentemente dalla sua partecipazione al mercato del lavoro. La demercificazione va poi ad operare una redistribuzione delle risorse sociali, andando a diminuire gli effetti dovuti ai movimenti di mercato. Ciò comporta anche una destratificazione sociale. L'ultimo approccio è quello istituzionale il quale nell'evoluzione del welfare prende in considerazione più che il processo di democratizzazione l'emergere di una nuova classe di potere che dall'alto ha stabilito una trasformazione profonda dello Stato. Il welfare state ha preso avvio solo dopo l'implementazione di una moderna burocrazia pubblica, che si riferisce alla presenza di una determinata élite che realizza la distribuzione dei benefici offerti. Questo approccio spiega il fatto che in molti Paesi i sistemi di welfare sono stati alimentati da regimi autoritari e non da regimi liberal democratici, come nel caso della Germania di Bismark, dove il welfare assunse le vesti di un intervento paternalistico da parte dello Stato diretto dalle élites sociali nei confronti degli altri stati sociali. Il welfare state non è solo un apparato costituzionale ma deriva anche da culture politiche che plasmano la sua costituzione. Una volta che il welfare state si è stabilito inizia il suo percorso che nel tempo va consolidandosi. Questo processo di radicamento va ad alimentare la persistente inerzia dei sistemi di welfare, che tendono a resistere al cambiamento. Il welfare si configura infatti come un network, un intrecciarsi di attori che consolidano i propri interessi attorno ai programmi sociali. Inoltre la realizzazione di questi ultimi implica costi, sia monetari che temporali, che vanno a prolungare lo stato di inerzia degli stessi finché non vengano realizzati.

### 1.3 PRINCIPALI AREE DI INTERVENTO

I sistemi di welfare riguardano principalmente:

- Il sistema pensionistico. Rappresenta una delle principali aree di spesa sociale e si propone lo scopo di assicurare il rischio connesso alla longevità, il quale impedisce a tutti coloro che raggiungono una certa soglia di età di percepire un reddito minimo per il proprio sostentamento. Le modalità con cui erogare servizi pensionistici sono molteplici. Secondo i metodi di finanziamento del sistema distinguiamo tra un finanziamento proveniente dalla

fiscalità generale e uno ottenuto tramite i contributi sociali versati dai lavoratori e dai datori di lavoro. Si distinguono, in base alla gestione delle risorse che confluiscono nel sistema, sistemi a ripartizione da quelli a capitalizzazione. In quest'ultimi i contributi versati dai lavoratori vengono accumulati in fondi finanziari e investiti. Raggiunto il periodo pensionabile i contribuenti acquisiscono quanto versato con in aggiunta gli interessi maturati. Nel sistema a ripartizione il pagamento delle pensioni in un certo periodo è assicurato dal versamento dei contributi degli attuali lavoratori. Gli attuali lavoratori in futuro otterranno il diritto ad accedere alla pensione. In sintesi i lavoratori di oggi pagano le pensioni attuali. Poi abbiamo modelli pensionistici che si differenziano per come viene calcolato l'importo della pensione. In questo caso possiamo avere pensioni a somma fissa, pensioni calcolate in base alla precedente retribuzione lavorativa e pensioni il cui importo è pari ai contributi effettuati durante la carriera lavorativa. I modelli pensionistici possono avere un raggio di azione abbastanza ampio con modalità di erogazione delle pensioni piuttosto omogenee tra categorie di lavoratori e sistemi in cui vige un maggiore frazionamento tra differenti gruppi lavorativi.

- Le politiche del lavoro volte alla regolazione del mercato lavorativo e alla diminuzione della disoccupazione complessiva. Questi sistemi possono essere caratterizzati da obbligatorietà o volontarietà per quanto riguarda l'iscrizione a una assicurazione. Inoltre si distinguono sistemi che si basano su un solo pilastro assicurativo e sistemi che affiancano anche un pilastro assistenziale, secondo cui il beneficiario deve dimostrare o di non avere risorse sufficienti o che abbia terminato il periodo di accesso al pilastro assicurativo. Anche tali politiche seguono le stesse classificazioni viste per il sistema pensionistico e sono organizzate diversamente da Paese a Paese.
- Le politiche sanitarie. Gli obiettivi del sistema sanitario possono essere raggiunti tramite tre principali modelli. Si può optare per l'assicurazione privata di malattia, che si basa su una adesione volontaria degli individui, i quali pagano dei premi ad assicurazioni private per coprirsi dal rischio di malattia. In questo caso le modalità di accesso al sistema sono fortemente differenziate tra i diversi individui, in quanto dipendono dalla disponibilità di risorse in capo a ciascun cittadino. Vi è, poi, il sistema mutualistico nel quale lavoratori e impresa versano dei contributi a casse mutue, che contrastano e rimborsano prestazioni e servizi offerti da un insieme di fornitori pubblici e privati. Infine si può instaurare un sistema sanitario nazionale in cui l'accesso è garantito esclusivamente dalla cittadinanza. Tale sistema è finanziato tramite la fiscalità generale.

- Il sistema di istruzione pubblica che fa riferimento a tutte quelle strutture e possibilità offerte al cittadino, affinché acquisisca capacità e competenze necessarie per poter accedere al mondo del lavoro. Anche in questo caso si distinguono diversi modelli differenziati in base al livello complessivo di investimento pubblico, al ruolo dello Stato e degli attori privati, al ruolo della formazione tecnica professionale rispetto a quella generale e al ruolo delle aziende nella transazione scuola-lavoro.

#### 1.4 REGIMI DI WELFARE

I sistemi di welfare dei Paesi occidentali sono stati analizzati e classificati da diversi studiosi per approfondire e comprendere meglio le loro peculiarità. Una delle proposte più rilevanti proviene da Esping-Andersen, il quale studia i diversi sistemi di welfare state in relazione a due cruciali dimensioni: la demercificazione, che si riferisce al grado di affrancamento, nel riconoscimento ai diritti alle prestazioni di welfare, dalla condizione sociale dell'individuo, ovvero dal ruolo che esso svolge nel mercato; e la destratificazione, che invece attenua il divario tra classi sociali nel percepimento di prestazioni sociali. Tre sono i principali regimi che lo studioso norvegese individua:

- Regime liberale. Il mercato in questo caso è il principale fautore delle distribuzioni delle risorse mentre lo Stato assume un ruolo marginale e secondario. Il caso più emblematico di utilizzo di tale regime sono gli Stati Uniti;
- Regime conservatore-corporativo. Al centro ci sono i lavoratori ai quali lo Stato propone schemi assicurativi obbligatori. Tali servizi si differenziano fortemente in base alla capacità contributiva e al livello delle retribuzioni. Di conseguenza le relazioni sociali tra lavoratori appartenenti a classi sociali diverse rimangono abbastanza immutate. Tale regime ha trovato attuazione specialmente nei paesi continentali dell'Europa occidentale (Francia e Germania);
- Regime socialdemocratico. In questo caso assume rilievo il cittadino in quanto tale e non in quanto lavoratore, il quale è il protagonista assoluto di sistemi a stampo universalistico. Questo regime si è sviluppato principalmente a partire dai Paesi scandinavi.

L'analisi compiuta da Esping-Andersen realizzata negli anni Novanta è ancora attuale e a partire da essa si sono sviluppati diversi filoni, che prendono in considerazione anche la dinamica di altri aspetti che incidono nel sistema di welfare. Alcuni studi hanno messo in luce il ruolo svolto dalla famiglia nella dinamica stato-mercato. Questo elemento non è da sottovalutare, in quanto con il mutare della condizione sociale delle donne, sempre più inserite nel mondo lavorativo, il welfare state tende a prendere il loro posto nei compiti di cura familiare e tende a diminuire la dipendenza

familiare nel realizzare il proprio percorso lavorativo. Un altro filone di pensiero tende a considerare non solo ai servizi tangibili, dati da trasferimento di denaro, ma anche il welfare dei servizi, quali l'istruzione e la sanità.

La teoria dei tre regimi è stata poi rivisitata. Gli studi di Maurizio Ferrera, come spiega nel suo libro "Le politiche sociali" (2012), introducono un quarto raggruppamento che riguarda l'area mediterranea inclusa l'Italia (quarta Europa sociale). Tale area presenta, infatti, connotati alquanto differenti rispetto agli elementi che caratterizzano i tre regimi precedentemente analizzati. Una prima diversità riguarda gli schemi di trasferimento del reddito. Questi Paesi hanno introdotto prestazioni molto generose per alcune categorie lavorative, come i dipendenti pubblici e i lavoratori dipendenti delle grandi imprese, mentre per le categorie più deboli, quali lavoratori precari, stagionali e autonomi, hanno previsto servizi considerevolmente più modesti. Nel periodo di consolidamento dei sistemi di welfare l'Europa meridionale ha creato un sistema di protezione dualistico e polarizzato. Tale configurazione di welfare è andata incidere sia sui mercati del lavoro, amplificandone le divisioni settoriali e territoriali, che sul modello familiare caratterizzato da relazioni solidaristiche molto strette fra i vari componenti. La famiglia sud europea, infatti, presenta delle forti peculiarità rispetto al resto dell'Europa. Si caratterizza per la presenza di intense relazioni intergenerazionali e di parentela lungo tutto l'arco della vita. La famiglia viene a configurarsi come una sorta di ammortizzatore sociale e camera di compensazione di rischi e bisogni. Il regime dell'Europa meridionale si distingue per livelli molto sbilanciati di demercificazione, mentre per quanto riguarda la destratificazione questa risulta essere abbastanza bassa. Tuttavia il regime meridionale tende a produrre nuove differenziazioni contrapponendo insiders, coloro che sono in possesso di vari strumenti di tutela sociale, e gli outsiders, coloro che sono privi di spettanze. L'elevato particolarismo ha sempre caratterizzato storicamente tali Paesi ed ha influenzato il funzionamento del welfare state sia per quanto riguarda i soggetti destinatari di erogazioni sia sul versante finanziamento. Inoltre anche la storia sociopolitica dell'Europa meridionale ha inciso sull'evoluzione del welfare state. Il corporativismo, la presenza della Chiesa cattolica e un'intensa polarizzazione ideologica, ossia un'ampia distanza tra posizioni di estrema destra e sinistra, hanno ostacolato per lungo tempo la diffusione di strumenti e interventi di natura socialdemocratica. In sintesi questi Paesi sono caratterizzati da diversi aspetti quali un modello di intervento pubblico misto, uno scarso sviluppo delle politiche assistenziali, un alto particolarismo, dato da una diffusa corruzione dei sistemi politici e un basso grado di defamilizzazione, ovvero il mantenimento da parte del nucleo familiare di un ruolo cruciale nella distribuzione dei servizi assistenziali.

## 1.5 STORIA

Il processo di affermazione di politiche sociali volte a riconoscere ad ogni individuo e famiglia una protezione contro rischi dovuti dalla perdita di lavoro o da qualsiasi evento sfavorevole ha attraversato diverse fasi e gradualmente si è andato a consolidare nelle nostre società. I primi interventi volti al sostegno di certe categorie sociali furono meno incisivi e inseriti in un quadro di assistenza sociale ancora non sviluppato e poco consapevole. Uno dei primi atti di nascita fu dovuto nel 1881 allo Stato tedesco. Il cancelliere Otto Von Bismarck introdusse l'assicurazione sociale per favorire la riduzione della mortalità e degli infortuni nei luoghi di lavoro e per istituire una prima forma di previdenza sociale. Un altro Paese propulsore sotto questo punto di vista fu il Regno Unito. Già a partire dall'epoca elisabettiana cominciò a sviluppare prime forme di assistenza attuate con le cosiddette "Poor Laws". Sia le "Old Poor Laws" che le "New Poor Laws" stabiliscono una centralizzazione dell'assistenza di ultima istanza solo a specifici gruppi di popolazione (i cosiddetti poveri meritevoli) sottratta al controllo delle singole parrocchie e miranti alla creazione di workhouse da parte delle Poor Laws Unions.

La nascita delle democrazie nazionali e lo svilupparsi del capitalismo hanno portato con sé dei cambiamenti nel modo di percepire la società e lo Stato stesso. All'idea puramente liberale, per cui allo Stato è riservato un ruolo minimo nella regolazione del mercato e nella distribuzione delle risorse e visto solo garante delle condizioni minime necessarie per lo sviluppo delle attività economiche, si è andato sviluppando un altro modo di concepire l'intervento statale. Si viene a maturare l'idea di uno Stato che interviene direttamente nel dispiegarsi della vita economica e sociale. Ciò è il frutto di cambiamenti inerenti al tessuto economico di ogni Paese e della nascita di nuove esigenze proprie di una società di massa.

Durante la Seconda guerra mondiale Lord Beveridge, un influente intellettuale inglese di ordinamento riformatore, diede al parlamento un famoso rapporto in cui formulò i principi di base di un moderno stato sociale. Beveridge, studioso dei problemi dell'economia inglese già a partire dai primi anni del Novecento, elabora i suoi lavori in un periodo storico particolare, interessato non solo dalle guerre, ma anche da crisi economiche notevoli di carattere mondiale. È proprio in periodi come questi, come afferma lo stesso Beveridge, che prevalgono interessi generali volti alla solidarietà ed emerge una forte volontà collettiva che desidera reagire ad una guerra difficile. Beveridge pose al centro il servizio medico nazionale in modo da garantire assistenza e cure mediche per tutti. Tramite tale sistema nessuno doveva scendere al di sotto di un certo standard

qualitativo di prestazioni. Lo Stato secondo lo studioso deve impegnarsi nell'organizzazione del benessere della società dalla "culla allo tomba", cioè in tutte le fasi della sua esistenza. Le idee di Beveridge furono rivoluzionarie ai tempi. Si pensi alla scelta di denominare il suo lavoro con la parola "piano": parola mai usata in un'economia liberale. Questa parola viene utilizzata perché per la prima volta il governo si impegna a guidare l'economia, ponendosi problemi di distribuzione della ricchezza. Per informare e rendere consapevole la popolazione del funzionamento e della positività di questi nuovi servizi, sono stati realizzati da parte del governo dei cartoni esplicativi come ad esempio il Cartone "Charlie", utilizzato per spiegare il servizio sanitario nazionale. Benché oggi ci sembri quasi scontato il possedere un servizio sanitario nazionale e di essere destinatari di politiche che ci proteggono da un ampio raggio di rischi sociali non è stato sempre così e, se non viene sostenuto abbastanza, nuovi cambiamenti e nuove politiche potrebbero portare anche ad una regressione del sistema di welfare. Si pensi agli interventi effettuati sotto il governo Thatcher i quali prevedevano uno smantellamento, grazie a processi di privatizzazione e di regolamentazione, del sistema welfare di natura pubblica. Per la Thatcher le spese sociali erano considerate improduttive, mentre il mercato attraverso il suo meccanismo riesce ad auto aggiustare le problematiche al suo interno. Il suo programma di governo era incentrato sulla promozione di principi quali la libera concorrenza e l'individualismo morale. La società non esiste, esistono prima di tutto le persone. Le persone pensano a loro stesse e il loro dovere è prendersi cura di loro stesse. È questa la concezione che la Thatcher ha del mondo reale, non esistono diritti acquisiti senza aver prima assolto i propri doveri. Tale filone viene ripreso anche dal presidente americano Reagan e dai partiti conservatori dell'Europa continentale. Il successo di tali politiche era dovuto anche al fatto che il sistema di welfare necessitava di una profonda ristrutturazione dovuta alla mutata realtà sociale ed economica. Ciò dimostra che l'idea di tutelare un benessere collettivo, di perseguire finalità collettive, il concetto di protezione sociale per il cittadino indipendentemente dalla sua appartenenza a certe categorie sociali e tutti i concetti alla base del sistema di welfare non sono veri e considerati giusti ed equi in ogni epoca sociale. È per questo che non bisogna mai perdere di vista i presupposti e le condizioni basilari che legittimano il sistema di welfare. Difficili condizioni economiche o minacce al sistema democratico possono intaccare tale concezione di società e di stato.

## 1.6 CONSOLIDAMENTO DEL WELFARE STATE

Il sistema di welfare ha trovato il suo consolidamento durante i "Trenta gloriosi", ovvero il trentennio successivo alla Seconda guerra mondiale. L'avvento di un'organizzazione del lavoro di stampo fordista, legata all'efficienza massima, alla specializzazione e meccanizzazione, ha

consentito lo sviluppo di un regime di produzione di massa e di un nuovo modello sociale che permise ad ampi strati della popolazione di accedere a consumi a cui prima non aveva accesso. La domanda di lavoro iniziò a crescere per effetto della capacità del sistema industriale di creare nuovi posti di lavoro. Al tempo stesso la popolazione destinata al lavoro si contrasse grazie all' aumento degli anni dedicati all' istruzione. Migliorano di conseguenza anche le possibilità di raggiungere occupazioni altamente specializzate. L' aumento generalizzato dei salari e dei consumi portò ad un incremento del benessere collettivo che investì tutte le diverse classi. Ad una rigida struttura e divisione sociale corrispose allo stesso tempo una diminuzione delle differenze sociali dovute ad un aumento qualitativo della vita operaia. Quando si diffonde un benessere generale in modo indistinto tra i cittadini, benché ci si trovi in un contesto fortemente gerarchizzato, i benefici ottenuti tendono ad attenuare le distanze sociali o per lo meno a farle percepire minori. Cresce il sentimento di solidarietà tra la classe operaia che inizia ad organizzarsi attraverso organizzazioni sindacali. Gli aspri conflitti sociali cominciano ad attenuarsi per effetto di una progressiva istituzionalizzazione dei conflitti sociali tramite una regolazione pubblica del mercato del lavoro e accordi neo corporativi tra le parti sociali. Questo aumento generale di benessere è dovuto all' ampliamento delle tutele sociali a favore delle classi più svantaggiate, le quali vengono riconosciute come destinatarie di politiche di solidarietà.

Esaurita la fase di rapida espansione economica, che aveva caratterizzato i primi decenni successivi alla Seconda guerra mondiale, le società europee furono scosse da nuove questioni sociali ed economiche: la disoccupazione si radicò come un fenomeno cronico, portando con sé un aumento della povertà; le disuguaglianze sociali proseguirono a crescere soprattutto in seguito alla crescita del settore terziario, che richiedeva esigenze di flessibilità e una netta distinzione tra occupazione a bassa ed alta qualificazione; l' emancipazione femminile sconvolse l' organizzazione sociale della vita quotidiana, ponendo nuovi problemi nella produzione e nella riproduzione sociale; l' equilibrio demografico si ruppe a seguito dell' invecchiamento della popolazione (aumento speranze di vita). Il welfare state si trovò, quindi, davanti un bivio: procedere alla ristrutturazione del suo funzionamento oppure diminuire gradualmente il suo peso fino a diventare un'istituzione residuale. Il welfare state ha resistito non solo al programma neoliberale di smantellamento, ma anche a diversi fattori di crisi, almeno fino alla crisi iniziata nel 2007/2008.

Il welfare rimane oggi un elemento centrale delle politiche governative e nello scenario istituzionale. Certo negli anni ha dovuto affrontare delle modificazioni e dei cambiamenti a seguito di una forte istituzionalizzazione delle politiche sociali, che con il passare del tempo è inevitabile. Il welfare deve configurarsi non come un sistema statico, ma deve mantenere al suo interno un

certo dinamismo in quanto strettamente correlato e dipendente dall' andamento dei bisogni e delle esigenze sociali. Se quest' ultime si modificano, come è ragionevole che sia con il mutare della attività economiche e politiche, il sistema di welfare deve seguire il loro percorso e aggiornarsi continuamente. Se al contrario si radicalizza e intorno ad esso si vengono a formare forti coalizioni politiche o interessi settoriali si rischia una riduzione dell'assistenza e della protezione, nonché il venir meno degli stessi presupposti e delle finalità del sistema a base universalistica .

Da fine Ottocento la dinamica espansiva della spesa pubblica non ha mai conosciuto inversioni di rotta. Per valutare quale sia stata nel tempo la variazione della importanza del welfare, gli analisti rapportano l' importo complessivo della spesa sociale al PIL. Una fase di intensa crescita si registra tra la Prima e la Seconda guerra mondiale, quando il peso della spesa pubblica raddoppiò, passando a quasi un quarto del PIL. Ciò fu dovuto in parte anche alla forte e diffusione dei principi keynesiani. La grande depressione del 1929 diede forte impulso a questa nuova strategia a partire dal New Deal americano presentato da Roosevelt come soluzione per rilanciare l' economia reale. Un'intensificazione ancora maggiore del fenomeno caratterizzò il trentennio successivo alla Seconda guerra mondiale. In questa fase la spesa pubblica arrivò ad assorbire una quota superiore al 40% della ricchezza nazionale prodotta in un anno. La quota di spesa pubblica in rapporto al PIL passò dal 4% nel 1937 ad oltre il 20% nel 1980. La spinta espansiva non si blocca con gli anni Ottanta, ma continua sino ai nostri giorni, malgrado il tasso di crescita della spesa sociale sul PIL sia molto rallentato.

## 1.7 NUOVI RISCHI SOCIALI

A partire dagli anni Settanta del secolo scorso iniziano a cambiare nel contesto europeo le condizioni macroeconomiche che portarono nel periodo dei Trenta gloriosi ad una elevata crescita economica. L' aumento dei costi energetici, l' accresciuto costo del lavoro, la crescita della competizione internazionale e l' impennata dell' inflazione portarono ad uno scenario internazionale sfavorevole per tutti i Paesi dell'Unione Europea, compresa l' Italia. Tale scenario internazionale aggravò la dinamica dei bilanci statali italiani, soprattutto in relazione al fatto che negli anni precedenti si era accumulata un'elevata spesa pubblica e un crescente debito pubblico. In assenza di crescita economica questo portò ad una crisi fiscale permanente caratterizzata da elevato deficit pubblico e livelli di spesa e tassazione ormai alti e consolidati. Da un sistema economico basato sulla produzione industriale e manifatturiera di beni materiali si passa ad un'economia basata prettamente sulla produzione di beni intangibili e servizi, che iniziano a dominare il quadro delle

attività economiche. Lo sviluppo del terziario va ad amplificare il divario tra occupazione altamente specializzata con elevati salari e lavori di bassa qualità. Le distanze reddituali si amplificano e la disoccupazione cresce. Solo durante i primi anni Novanta la disoccupazione diminuisce soprattutto grazie all'aumento dei lavori precari e flessibili. Ma la crisi finanziaria del 2007 di nuovo ha inciso sulla dinamica dell'occupazione soprattutto mediante un aumento del grado di flessibilità del sistema produttivo. Per quanto riguarda l'organizzazione familiare il maggior coinvolgimento della donna nel mondo del lavoro ha non solo modificato la struttura familiare, ma ha introdotto nuovi rischi sociali legati alla cura dei figli e dei genitori anziani non autosufficienti. Si riscontra per cui un aumento della domanda di servizi volti a sostituire i compiti che prima venivano svolti prettamente dalla figura femminile. Demograficamente l'Europa sta assistendo ad un invecchiamento della popolazione grazie sia all'avanzamento medico sia grazie alle politiche sostegno e di cura della popolazione anziana. Altri rischi sociali sono connessi al problema abitativo. È andato ad aumentare notevolmente il costo di accesso all'abitazione. Le trasformazioni nelle strutture familiari, la forte riduzione dell'offerta pubblica di abitazioni e la crescita del mercato della proprietà hanno contribuito a rendere la casa una risorsa scarsa e discriminante sul piano sociale in quanto assorbe molte risorse finanziarie. Nei decenni più recenti l'Europa è stata poi interessata da ampi fenomeni di migrazioni internazionali non transitori. L'aumento dell'immigrazione ha creato così problemi di integrazione sociale e una configurazione dei confini stessi della cittadinanza nazionale. Nuove porzioni di popolazioni sono diventate più vulnerabili e i vecchi programmi di welfare risultano inefficaci nell'affrontare questo nuovo contesto.

## CAPITOLO 2: SISTEMA DI WELFARE ITALIANO

Il welfare state italiano si configura come un sistema prettamente corporativo, ove le tutele si differenziano a seconda delle categorie lavorative. Basti pensare alle forme di protezione sociale in materia di lavoro e vecchiaia. Il sistema pensionistico italiano è quello che più differenzia le pensioni a seconda del tipo di occupazione svolta. L'Italia, infatti, fin dalle sue origini seguì la via corporativa bismarckiana, iniziando da interventi concessi dall'alto, mirati su determinati gruppi sociali. Le politiche sociali assumono così un carattere particolaristico con il conseguente consolidarsi di un sistema di protezione sociale dove la gran parte delle prestazioni e dei programmi appaiono costruiti sulla base dello status acquisito dall'individuo tramite la partecipazione al mercato del lavoro. Tutto ciò rappresenta un elemento forte che continua a caratterizzare l'impianto di fondo del nostro sistema, anche dopo mezzo secolo di legislazione sociale.

Il servizio sanitario nazionale, al contrario, è un pezzo di welfare universale dentro ad un sistema corporativo. Universale in quanto al centro della tutela vi è il cittadino e il sistema va a identificare veri e propri diritti sociali, in questo caso il diritto alla salute. Per comprendere l'andamento attuale delle politiche sociali e in che direzione il welfare italiano stia evolvendo è bene chiarire quale sia stato il processo che ha portato alla formazione delle attuali problematiche e criticità del nostro sistema assistenziale e previdenziale.

### 2.1 EVOLUZIONE

Per quanto riguarda la legislazione sulla previdenza sociale questa risultava prima del 1942 abbastanza scarsa e sommaria. Era inserita in quadro poco ordinato e coerente di norme, soprattutto istituite a favore di determinate categorie di popolazione, ma senza lo sviluppo di un piano ben preciso da seguire. L'Italia postunitaria era dominata da élites che appoggiavano dottrine liberali e

quindi favorevoli ad un intervento statale minimo. L'assistenza ai poveri veniva erogata principalmente attraverso l'associazionismo mutualistico, il quale si fondava su organizzazioni laiche che fornivano aiuto reciproco e si autofinanziavano e sulle Opere Pie quali istituzioni di tipo privato, caritative e di beneficenza. Queste ultime rappresentavano la principale fonte di erogazione di servizi assistenziali di norma originate da donazioni di privati e in parte gestite da congregazioni religiose. Tali istituti si andavano concentrando soprattutto nell'Italia meridionale. Nel 1862 intervenne la "Grande legge", ovvero un provvedimento volto ad accentuare il decentramento amministrativo, conferendo maggiore autonomia alle Opere Pie.

La situazione iniziò a cambiare quando le élites liberali iniziarono a riconoscere ed affrontare la questione sociale con lo scopo di limitare i fenomeni di tumulto e per attutire rischi rivoluzionari, temuti particolarmente dopo la Comune di Parigi e la nascita dell'Internazionale comunista. L'influenza proveniente dagli altri Paesi europei tra cui Germania e Inghilterra è notevole.

Il movimento mutualistico si stava espandendo ma lentamente rispetto ad altri Paesi europei. Inoltre si riscontra nel territorio nazionale una poca uniformità nella diffusione di servizi di assistenza, altra peculiarità tutta italiana della modalità di crescita dello stato sociale. La frattura Nord-sud era molto evidente come lo è attualmente. Questa frammentarietà nella diffusione delle politiche sociali ha sicuramente inciso nel rallentamento del processo di instaurazione di sistemi adeguati di welfare.

Nonostante ciò vennero approvate una serie di riforme dalla celebre legge Coppino del 1877 in materia di istruzione alla legge Pagliani sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, che introdusse l'obbligatorietà per le amministrazioni comunali di provvedere alle vaccinazioni e all'assistenza medica e chirurgica per gli iscritti nelle liste dei poveri. Tuttavia tale riforma non raggiunse mai il successo sperato, in quanto corruzione e meccanismi clientelari bloccarono l'andamento dei vari provvedimenti e riforme. Un sistema politico caratterizzato da legami e interessi contrastanti con il benessere di tutti i cittadini certo rallenta lo sviluppo di sistemi che vanno a distribuire le risorse disponibili tra più strati della popolazione piuttosto che concentrarle nelle mani di specifiche classi sociali.

Maggiori cambiamenti avvengono soprattutto con l'avvento del nuovo secolo. Con i governi di Rudinì e Pelloux si istituiscono le assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni per i lavoratori dell'industria e la Cassa nazionale della previdenza per invalidità e vecchiaia degli operai. Questo processo fu favorito da una maggiore apertura al dialogo tra i partiti che ha portato alla realizzazione di nuove idee e concezioni riguardo il ruolo statale nella vita dei cittadini. Questo

periodo si caratterizzò per l'alternarsi di luci e ombre in cui all'insuccesso nel realizzare riforme di portata generale si accompagnò un'azione settoriale al passo con l'avanguardia europea (legge sulla tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli, la legge sul rischio professionale, la legge sul riposo settimanale).

Il periodo bellico accentuò le proposte assistenziali a causa del grande tumulto sociale che caratterizzò quegli anni. Tuttavia l'incapacità della classe politica nel fornire risposte adeguate nel riorganizzare un sistema di politiche sociali omogeneo portò all'instaurarsi del regime fascista, che si presentava come l'unica alternativa unitaria in un caos generale del sistema politico.

Nonostante il partito fascista proponesse di riorganizzare in modo coerente il sistema assistenziale, molto spesso andava a schierarsi con le classi più agiate con cui stipulava accordi e compromessi, reprimendo le sommosse popolari mediante la violenza. Furono attuati interventi di defiscalizzazione industriale e dei capitali, incrementi sulle imposte dei salari e applicato uno sfruttamento estensivo della manodopera. Durante la seconda fase del regime le politiche sociali vennero maggiormente prese in considerazione. Nel 1927 venne istituita la carta del lavoro, che annunciò la nascita di una nuova politica sociale in cui la previdenza veniva legalizzata come strumento di collaborazione interclassista. Vennero creati poi tre grandi enti quali INFPS, INFAM e INFAL che centralizzarono l'amministrazione della tutela sociale. Il governo fascista, attraverso l'istituzione di enti parastatali, ha sicuramente burocratizzato il sistema assistenziale ed accentuato i meccanismi clientelari e di controllo partitico. Tale esperienza, nonostante la successiva democratizzazione dello stato, ha comunque influenzato le dinamiche delle politiche sociali successive con il radicamento di alcune peculiarità come l'elevato particolarismo, caratterizzato da micro scambi tra diverse categorie sociali che vanno ad alimentare una poca uniformità dei diritti sociali.

Un altro elemento costante nell'evoluzione delle politiche sociali italiane è il ruolo svolto dalla Chiesa e il suo rapporto con lo Stato. La Chiesa è stata sempre coinvolta nelle dinamiche politiche, in quanto erogatrice di sistemi assistenziali e in passato unica detentrica dei servizi di sostegno ai poveri.

Durante il periodo postbellico repubblicano si individuano sei schemi assicurativi principali, ma gli aiuti venivano distribuiti in base soprattutto al settore occupazionale. L'assicurazione sanitaria era affidata prevalentemente ai privati tramite convenzioni con enti mutualistici e medici o farmacisti. La realtà assistenziale era caratterizzata da un insieme di enti pubblici, che si occupavano dell'assistenza sociale a livello nazionale e provinciale a cui si affiancavano le tradizionali

istituzioni caritative, in gran parte religiose. La situazione era piuttosto variegata e mancava un piano di azione uniforme che mettesse in campo una serie di programmi e istituzioni volti a coprire l'intero territorio nazionali e tutte le categorie sociali.

Con l'acquisizione del suffragio universale prima maschile e poi esteso anche alle donne si assiste ad una presa di coscienza anche da parte della popolazione e non solo delle élites dei diritti spettanti a ciascun cittadino. I presupposti dello Stato liberale iniziano a crollare per lasciare spazio allo stato sociale. Negli anni immediatamente successivi alla Seconda guerra mondiale tutti i Paesi dell'Europa occidentale furono caratterizzati da processi di industrializzazione, da un regime prolungato di piena occupazione con una chiara distinzione tra le classi le sociali ma con una tendenza alla riduzione delle disuguaglianza. Di questo clima ne risentì anche l'Italia.

L'Italia costruì a partire dal secondo dopoguerra un sistema di welfare molto sbilanciato a favore delle prestazioni pensionistiche sia per l'alta generosità concessa a tale area di intervento sia per quanto concerne condizioni favorevoli di accesso ai servizi. Era estremamente diffusa anche la pratica delle pensioni di anzianità e di invalidità molto vantaggiose, che comportarono un notevole coinvolgimento di risorse statale. Più limitato era l'intervento in caso di disoccupazione caratterizzato da bassa copertura e limitata durata dell'accesso ai benefici. L'Italia del dopoguerra, nonostante il ritardo con cui è arrivata all'affermazione dei primi sistemi dello stato sociale, comunque riuscì a fare propri, in alcuni ambiti, i principi universalistici. Ne sono la prova l'introduzione nel 1978 di un sistema sanitario nazionale di tipo universalistico e la previsione in campo scolastico di un percorso di studi in grado di coniugare un livello di base comune a tutti gli studenti con una differenziazione fra indirizzi più tecnico-professionale o accademico-liceali nella secondaria di secondo livello.

A partire dagli anni Novanta il previgente sistema di politiche sociali iniziò a vacillare. La precedente generosità del sistema pensionistico, nonché i vari disequilibri interni nella distribuzione delle risorse cominciarono ad appesantire l'andamento della spesa pubblica con un conseguente consolidamento di un debito pubblico molto elevato. Ampie sono state le riforme volte sia a ridimensionare le risorse da imputare al sistema pensionistico, andando a ridurre eccessivi privilegi concessi a determinate categorie di lavoratori. Per quanto riguarda le politiche del lavoro, oltre che l'adozione di criteri di condizionalità nella concessione dei sussidi alla disoccupazione, sono state promosse anche politiche attive volte alla riduzione del livello di disoccupazione. Il sistema degli ammortizzatori sociali ha subito fino ad anni recenti alcune

significative novità tese maggiormente ad allargare la gamma di tutele a disposizione di varie categorie di disoccupati. Per quanto riguarda sanità e istruzione, permanendo alla base il concetto universalistico, il tasso di crescita di spesa pubblica destinata a queste due aree si è andato a ridurre.

## 2.2 WELFARE STATE ITALIANO: QUADRO GENERALE

Il welfare state italiano presenta delle peculiarità specifiche dovute alla storia e al suo processo di formazione. Il contesto ambientale, il tipo di società, la cultura e la storia di un Paese si riflettono poi nelle politiche, nelle modalità e nei tempi di realizzazione del sistema di welfare. Innanzitutto il welfare state italiano è un sistema particolaristico, ovvero modellato sulla base di interessi specifici e non in chiave strettamente universale. Inoltre esso è forgiato su culture clientelari dove le reti di rapporti e legami tra i vari individui, lo scambio di favori vanno a condizionare anche la stessa distribuzione delle prestazioni previdenziali. Il sistema di welfare è poi basato su un tipo di cultura prettamente familiarista, in cui il nucleo familiare è posto al centro del sistema previdenziale piuttosto che l'individuo.

In generale tutti i sistemi di welfare negli ultimi anni hanno subito forti stress dovuti alle grandi trasformazioni operanti nel mercato del lavoro e alla globalizzazione dell'economia e dei mercati finanziari. Ci troviamo poi di fronte ad una mutata struttura della popolazione con esigenze di contenimento della spesa pubblica. Tutto questo nuovo contesto porta non solo a nuovi rischi sociali, ma incide sulle condizioni familiari e lavorative, che si modificano sempre più rapidamente. L'Italia si trova così a dover affrontare nuovi rischi sociali e bisogni che necessitano un riconoscimento nel sistema di protezione sociale e al contempo deve ridurre e contenere la spesa pubblica. Due tendenze contrastanti che devono essere bilanciate tra di loro al fine di trovare un equilibrio efficiente.

Dalla ventiquattresima edizione del rapporto annuale dell'Istat (anno 2016) si possono rilevare dati rilevanti per l'analisi del sistema di protezione sociale. La dinamica di crescita della spesa sociale è stata quindi ridotta, mantenendo comunque una tendenza positiva (incrementi modesti negli ultimi anni dall' 1% all' 1,5%). La spesa per prestazioni di protezione sociale è quasi totalmente a carico delle amministrazioni pubbliche. Le prestazioni sociali di tipo sanitario riguardano solo la funzione malattia e sono erogate esclusivamente in natura, ovvero tramite rimborso delle spese sostenute o

tramite l'erogazione di beni e servizi. Viceversa le prestazioni di tipo previdenziali sono erogate dagli Enti di previdenza esclusivamente in denaro e riguardano i rischi vecchiaia e superstiti. Seguono poi rischi legati alla disoccupazione e agli oneri familiari. La spesa pensionistica in Italia raggiunge il 16,6% del PIL rispetto ad una media europea del 13% con beneficiari delle pensioni maggiori a 16 milioni. Le prestazioni assistenziali sono erogate in prevalenza dagli Enti di previdenza seguiti dalle amministrazioni centrali e locali. La spesa per la funzione di assistenza è cresciuta di circa il 20% tra il 2013 e il 2014 e del 9% tra 2014 e 2015 dovuta soprattutto all'erogazione del bonus degli 80 euro.

I comuni nel nostro Paese a partire soprattutto dalla legge Quadro svolgono un ruolo chiave nell'offerta pubblica di servizi sociali e assistenziali sul territorio attraverso un sostegno in denaro e in servizi alle famiglie mediante assistenza agli anziani e disabili per contrastare povertà ed emarginazione. Tuttavia recentemente sono stati diminuiti i trasferimenti verso gli enti locali sia a causa di una forte diminuzione delle risorse disponibili per iniziative locali sia a causa dei vincoli imposti nel patto di stabilità interno. Ciò è andato a limitare la capacità degli enti locali di attivare misure aggiuntive e integrative in campo sociale.

## 2.3 FOCUS SU SISTEMA PENSIONISTICO E SANITARIO

### 2.3.1 SISTEMA PENSIONISTICO

Uno degli ambiti in cui il nostro sistema deve intervenire per andare incontro alle nuove esigenze venitesi a creare è il sistema pensionistico, una delle aree che assorbe maggiore spesa pubblica. Razionalizzare le risorse, riguardo l'erogazione di pensioni, è fondamentale per non incorrere in sprechi inutili. Il nostro sistema pensionistico è a ripartizione, ovvero le pensioni attuali sono finanziate dai contributi dei lavoratori attuali. Il sistema regge se agli attuali lavoratori, che versano i contributi, sarà assicurata una prestazione pensionistica in futuro. È necessario, poi, che sia facilitato l'ingresso nel mercato del lavoro delle nuove generazione, punto assai critico per il nostro Paese. La disoccupazione under 25 è una delle più elevate in Europa. L' OCSE certifica un tasso di disoccupazione del 40,3 % nel 2015. Ampie sono i soggetti attivi che, non essendo occupati, non contribuiscono oggi al finanziamento del sistema pensionistico e, di conseguenza, si avvicineranno all' età di pensionamento con pochi anni di contributi.

I principali cambiamenti inerenti al nostro sistema pensionistico sono:

- l'innalzamento dell'età richiesta per andare in pensione e per accedere alle pensioni di anzianità;

- l'importo della pensione viene collegato:
  - ✓ all'ammontare dei contributi versati durante tutta la vita lavorativa e non più alle ultime retribuzioni percepite;
  - ✓ alla crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL);
  - ✓ alla durata media del periodo di pagamento della pensione (la cosiddetta "speranza di vita" al momento del pensionamento);
  
- la pensione viene rivalutata unicamente sulla base dell'inflazione (cioè dell'aumento dei prezzi dei beni e dei servizi) e non più in base all'aumento delle retribuzioni che, generalmente, è più elevato.

Tali modifiche fanno sì che le nuove pensioni saranno nel tempo sempre più basse in rapporto all'ultima retribuzione percepita (il cosiddetto "tasso di sostituzione"). È questa la ragione principale per cui alla previdenza obbligatoria viene affiancato il secondo pilastro del sistema: la previdenza complementare.

### 2.3.2 Sistema sanitario

Il nostro sistema sanitario si configura come un sistema universale inserito in un contesto corporativo. Il diritto alla salute viene riconosciuto indistintamente dall'appartenenza ad una specifica categoria sociale. A causa di un aumento ingente di spesa pubblica destinata al servizio sanitario si è dovuti intervenire per correggere dei difetti del sistema, che intaccavano l'efficienza. Nel corso degli anni Novanta sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi della sanità volti a migliorare l'efficienza nella fornitura dei servizi, denominati "quasi mercati". Ciò ha portato all'aziendalizzazione di enti pubblici (aziende sanitarie locali) e all'introduzione di contratti tra assicuratore e produttori di servizi (sia pubblici che privati). L'idea era quella di mantenere una gestione sostanzialmente pubblica del servizio. Tuttavia si voleva:

- togliere allo Stato quanti più compiti possibile di produzione del servizio pur continuando a finanziarlo;
- introdurre istituzioni che aumentino la concorrenza all'interno del sistema pubblico nell'offerta;

- attribuire ai destinatari del servizio maggiore libertà nella possibilità di scelta.

Di conseguenza viene sollecitata la concorrenza tra più istituzioni che offrono servizi sanitari i quali operano in autonomia rispetto al settore pubblico.

È stato inoltre inserito un po' di federalismo fiscale per responsabilizzare gli enti locali. Prima sono stati attribuiti alle regioni i contributi nazionali, successivamente l'Irap e poi l'addizionale Irpef. L'idea di base del governo era di ricomporre le entrate regionali per responsabilizzare le politiche locali. Sono stati introdotti i "LEA", ovvero i livelli essenziali di assistenza, che indicano l'insieme di prestazioni e i servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini indistintamente allo scopo di assicurare condizioni di uniformità in tutto il territorio nazionale. Questo modello entra in crisi nel 2002 quando la Corte Costituzionale non lo dichiara coerente con il disegno costituzionale. Inizia così la stagione pattizia, ovvero di patti per la salute che definiscono le relazioni Stato-regioni. La crisi economica iniziata nel 2008 amplifica ampiamente le problematiche attinenti ai rapporti Stato-regioni. Si arriva ad una sorta di sintesi del sistema con la legge delega del 2009 che origina la legge 68 del 2011 per le regioni, che introduce il concetto di costi e fabbisogni standard. Rimangono comunque delle incertezze che condizionano ancora l'oggi. Non è mai venuto meno è l'idea dell'universalismo; tutti i cittadini sono al centro del sistema. Tuttavia le difficoltà sono evidenti. Le regioni, non avendo un quadro chiaro sulle entrate, potrebbero essere incentivate a mal gestire le risorse. Inoltre si stanno sviluppando delle mutue sanitarie integrative che costituiscono un nuovo strumento, un secondo pilastro della sanità pubblica. Si introducono, quindi, meccanismi di categorialità in mondo che vorrebbe essere universale.

## 2.4 PROSPETTIVE E RISCHI DEL WELFARE ITALIANO

Nonostante le diverse problematiche che il welfare state italiano deve affrontare, esso rappresenta una forza per il nostro Paese e un grande elemento di civiltà, che deve essere mantenuto e curato. La sua introduzione rappresenta un'evoluzione nella società e, nonostante ormai sia considerata un'istituzione consolidata, non va mai considerata come acquisita. La storia ci dimostra che qualsiasi conquista è a rischio se non viene alimentata. Il welfare da solo e non supportato da altre condizioni non funziona come dovrebbe e non esprime tutte le sue potenzialità di sostegno ai cittadini. Fondamentale è la crescita, che permette al Paese di realizzare risorse di cui il welfare state necessita per prendere vita e produrre i suoi effetti. Altro elemento è la coesione delle compagini sociali, le quali devono trovarsi in un clima collaborativo e solidale. Diversi sono i

rischi in cui il welfare italiano potrebbe incorrere nel trovare un collegamento virtuoso tra welfare coesione e crescita. Innanzitutto il pericolo è quello di produrre inefficienze che non solo rendono le performance del sistema poco funzionale, ma producono degli effetti diversificati tra i diversi strati sociali. Ciò comporta anche un notevole spreco di risorse soprattutto quando non vi è coordinamento tra i vari livelli di governo. Numerosi sono gli esempi di investimenti sprecati a causa di scarsa comunicazione tra gli enti di erogazione dei servizi. Se consideriamo gli sprechi inerenti alla spesa sanitaria pubblica 2016 ,ad esempio, il secondo rapporto elaborato dalla fondazione Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze (Gimbe) sulla sostenibilità del Sistema sanitario nazionale conta “22,51 miliardi erosi da sovra- utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto- utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell’ assistenza”. Un’ altra tipologia di rischio che il welfare state deve affrontare è lo spiazzamento causato da mutamenti di scenario quali nella realtà attuale:

- l’aumento dell’ età media dovuta all’ avanzamento medico e allo stesso sostegno previdenziale attuato dallo Stato;
- l’avvento di nuove tecnologie che aumentano sì i costi ma portano con sé enormi possibilità;
- nuove fasce di popolazione, diverse da quelle relative al momento in cui il welfare state è nato, sono esposte a povertà;
- il fenomeno migratorio, che ha cambiato notevolmente il clima e l’organizzazione sociale , il quale dobbiamo imparare a saper gestire.

Il welfare deve adattarsi continuamente a seconda di ciò che la società necessita. L’ impostazione generale del nostro sistema di welfare è più rivolta a chi è già dentro nel mondo del lavoro, (i così detti insiders al sistema) mentre lascia poco spazio a chi ancora deve intraprendere il suo percorso lavorativo. Abbiamo un sistema di welfare molto orientato ai problemi dell’invecchiamento e troppo poco a temi quali la natalità, il cambiamento del nucleo familiare, l’inclusione sociale. Bisogna capire se il modello di welfare attuale sia confacente all’ attuale contesto sociale ed economico, che presenta caratteri diversi rispetto alla società presente al momento della nascita del welfare. Il modello neo liberista, quello dei quasi mercati, sicuramente non funziona più in quanto il suo assunto di base, ossia il concepimento di una società mossa solo da spiriti utilitaristici, non è più attuale. L’ idea che i diritti naturali possano essere considerati indipendentemente dalle relazioni che legano tra loro gli individui che vivono in una società è stata sostituita dall’idea che la dottrina individualistica dei diritti è inadeguata perché, negando l’esistenza della categoria di bene comune, non riesce a individuare il carattere sociale dei diritti individuali. L’ individuo, essendo parte di una comunità, non solo considera i diritti associati a se stesso, ma anche quelli in relazione

agli altri, che esistono in quanto si è parte integrante di una certa società. Ci si sta dirigendo verso un tipo di welfare sussidiario capace di superare la dualità tra Stato e privato, coinvolgendo soggetti intermedi appartenenti alla società civile. È un welfare fondato su nuove forme di collaborazione e cooperazione tra erogatori di servizi, le quali partecipano attivamente per il potenziamento delle politiche sociali. Il welfare deve garantire un effettivo pluralismo di offerta in cui non agisce solo lo stato o il privato ma anche famiglie e organizzazioni no profit, i quali non devono essere utilizzati solo come riempitivi per dove il pubblico non arriva. Il cittadino italiano deve avere un'effettiva possibilità di scelta tra le diverse offerte e deve essere in condizione di confrontare le varie possibilità mediante dati garantiti e confrontabili.

## CAPITOLO 3: LUCI E OMBRE

### 3.1 CARATTERISTICHE DI BASE DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO

Il percorso evolutivo del nostro welfare state ha conosciuto fasi alterne di ampliamento e maggiore apertura verso slanci universalistici di tutela e momenti di accentuazione del modello corporativo di base. Diversi sono gli interventi che si sono distaccati dalla natura corporativa delle nostre politiche sociali. Gli episodi più rilevanti sono:

- La riforma della scuola dell'obbligo nel 1962 che ha creato un sistema di prestazioni uguali per tutti, finanziato dalla fiscalità generale;
- La riforma istitutiva del servizio sanitario nazionale nel 1978. Viene affermato per tutti il diritto alla tutela della propria salute, vengono previsti livelli minimi garantiti di assistenza sanitaria, le prestazioni sono totalmente gratuite e finanziate, anche qui, dalla fiscalità generale; quest'ultimo

aspetto, tuttavia, non ha mai trovato piena applicazione e ciò ha indubbiamente indebolito l'impianto universalistico complessivo;

- Istituzione della pensione sociale nel 1969. Rappresenta l'unico momento in cui si inserisce nella cultura previdenziale italiana l'idea che anche il cittadino che diventa anziano, senza aver maturato con il proprio lavoro il diritto a una pensione di vecchiaia, sprovvisto di mezzi, abbia diritto a una qualche tutela da parte della collettività. La pensione sociale non diverrà mai un vero strumento di lotta all'esclusione e alla povertà economica degli anziani; l'attuale ammontare di questa prestazione, ancora oggi, non può garantire a una persona di sopravvivere decorosamente, qualora sia sprovvista di altri mezzi.

Nonostante la presenza di alcuni interventi di natura universalistica il pregiudizio anti-cittadinanza, anti-universalistico, così come una cultura dei diritti conquistabili solo con la partecipazione al mercato del lavoro, hanno sempre albergato profondamente nella cultura italiana.

Evidente è anche il carattere clientelare delle politiche sociali. Il Welfare state italiano ha posto quasi sempre alla base delle sue prestazioni meccanismi di "scambio politico": le prestazioni vengono utilizzate per una manipolazione di tipo clientelare (prestazioni contro adesioni, o lealtà politiche, che poi si fossero espresse nel voto).

Con riferimento al sistema pensionistico fino alla metà degli anni Novanta si osserva che convivono al suo interno lavoratori dell'industria che possono andare in pensione con un importo massimo pari all'80% del salario/stipendio medio calcolato tenendo in considerazione gli ultimi cinque anni e dipendenti di Enti Locali che possono arrivare a una pensione pari a oltre il 100% dell'ultimo stipendio. Si pensi alle pensioni di invalidità, conferite in modo poco chiaro e senza controlli adeguati. Si tratta di un caso di manipolazione clientelare che riguarda numerosi attori tra cui organizzazioni sindacali, partiti politici e burocrazie pubbliche periferiche. Questa elevata manipolabilità clientelare delle nostre prestazioni pensionistiche è il risultato anche di alcune caratteristiche della legislazione quali la farraginosità dei procedimenti, quindi la molteplicità delle norme, che non facilitano l'orientamento all'interno di una normativa soggetta a cambiamenti continui.

Altro elemento chiave del nostro sistema di welfare è il rilevante dualismo. Sia le Opere Pie, che le Società Operaie di mutuo soccorso erano molto più diffuse nel Nord che nel Sud, e nei centri urbani piuttosto che nelle campagne. Fin da allora assume, quindi, rilievo una precisa differenziazione territoriale della capacità di autoprotezione sociale e di tutela. Con riferimento al settore della sanità gli studi sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale giungono agli

stessi risultati: il Sud soffre di un'offerta quantitativamente e qualitativamente inferiore al Centro-Nord. Lo stesso vale per le pensioni. Il sistema di welfare nel sud si è esplicato soprattutto attraverso l'abbondante disponibilità di occupazione pubblica; questo è il vero volto che ha assunto il Welfare state per i cittadini del Mezzogiorno.

La gran parte delle risorse pubbliche impegnate nel nostro sistema di protezione sociale è costituita da trasferimenti di reddito. Apportare significative risorse nell'attuazione di servizi e prestazioni non monetarie sarebbe alquanto complesso. Ciò richiederebbe una vera e propria "rivoluzione culturale", che comporterebbe ingenti cambiamenti per quanto riguarda rimetterebbe in gioco profondamente professionalità e percorsi formativi consolidati, così come i circuiti dello "scambio politico".

Il nostro Welfare state si è sempre appoggiato su una cultura della famiglia profondamente patriarcale e paternalistica. Nonostante oggi si siano fatti notevoli passi avanti non troppo tempo fa alla donna era riservato uno specifico ruolo all'interno del sistema sociale. Dopo la promulgazione della Costituzione ci è voluto del tempo prima di avere una legge sulla parità tra uomo e donna nel mercato del lavoro, legge, per altro, che non ha sortito tutti gli effetti voluti: vi si affermava semplicemente che a uomini e donne caratterizzati dalla stessa mansione doveva essere riservato lo stesso trattamento economico. Gli elementi precedentemente analizzati del nostro sistema di protezione sociale, la natura particolaristica, clientelare, dualistica e incentrata sui trasferimenti, non avrebbero potuto assumere tutta la loro significatività se non fossero stati accompagnati da una diffusa cultura familistica, da una visione ideologica e funzionalistica della famiglia. Si immaginava e si idealizzava una complementare divisione dei ruoli fra i sessi, riservando alla donna quelli volti alla cura della prole e degli altri componenti della famiglia quali ad esempio gli anziani. Tale impostazione ideologica che vedeva la famiglia in un'ottica funzionale trovava un'importante ulteriore caratterizzazione nella visione "cattolica" della donna. Quest'ultima era vista come madre dedita esclusivamente al benessere dei figli la quale non doveva pensare di entrare nel mercato del lavoro, per non trascurare i compiti naturali a lei destinati.

Tali modelli culturali hanno esercitato a lungo la loro influenza nel nostro paese, tanto che l'Italia è fra gli ultimi paesi dell'Europa occidentale a conoscere quella che è stata chiamata "la rivoluzione femminista". Dagli anni Ottanta e Novanta abbiamo assistito a un ingresso massiccio delle donne nel mercato del lavoro. Si tratta di un cambiamento di grande spessore e rilevanza, di cui forse ancora non si è avuta piena consapevolezza. In realtà non si percepisce in pieno come il mutamento dei rapporti di genere stia reclamando la necessità di una profonda ri-formulazione delle politiche. Solamente verso la fine dell'ultima legislatura ha preso avvio una politica per le famiglie, a partire

da quelle numerose (con almeno tre figli) e da quelle povere; così come si è cominciato a sperimentare la praticabilità di una soglia minima di sicurezza da garantire a tutti i cittadini, tradotta nella politica del “reddito minimo di inserimento”. Ciò sta a dimostrare ulteriormente come i caratteri fondamentali del nostro Welfare state rispecchino culture e comportamenti ben radicati nella nostra struttura sociale, così come nella nostra cultura politica.

Prendendo in considerazione le politiche e i nuovi rischi sociali le peculiarità di base e originali che abbiamo analizzato si riscontrano anche nei settori attuali di intervento.

### 3.2 AREE DI CRITICITÀ DEL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO

#### 3.2.1 Le politiche contro la povertà.

Il sostegno al reddito delle persone in età lavorativa è stato tradizionalmente, e continua ad essere, marginale. In Italia non esiste alcun sussidio di disoccupazione assistenziale ma solo alcune indennità contributive recentemente attuate con la riforma Fornero- Monti intervenuta nel 2011 con cui è stata introdotta l'ASPI (assicurazione sociale per l'impiego) e la mini-ASPI tramite cui ai lavoratori, che hanno perso involontariamente l'occupazione, viene conferita una indennità mensile di disoccupazione. Tali agevolazioni sono riservate esclusivamente a coloro che sono stati occupati con contratto di lavoro dipendente e hanno versato contributi sociali per un sufficiente periodo (almeno 2 anni per i lavoratori a tempo indeterminato). Più di recente è stata istituita la NASPI (nuova prestazione di assicurazione sociale per l'impiego) sempre a sostegno dei lavoratori con perdita di occupazione e l'ASDI (assegno di disoccupazione) a favore dei soggetti con condizioni precarie con a carico figli minori o che abbiano un'età che li rende difficilmente collocabile nel mercato del lavoro (oltre i 55 anni). Questi interventi tuttavia utilizzano sempre un criterio di assegnazione che fa riferimento alla posizione dell'individuo sul mercato del lavoro e non invece in base alla cittadinanza o su base universale. Nel 2008 è stato introdotto un nuovo programma la social card che consiste in un credito mensile spendibile presso diversi esercizi commerciali, e rivolto unicamente a persone over 65 e a famiglie con figli di età inferiore ai tre anni con reddito molto basso. E' stato introdotto poi un decreto legge semplifica Italia attraverso il quale in certe città (con più di 250mila abitanti) italiane è stata introdotta in via sperimentale la nuova social card la quale prevede importi più generosi sia a favore dei cittadini italiani che di quelli comunitari ed extra comunitari con carta di soggiorno.

La legge di bilancio 2017 ha rifinanziato e rafforzato la social card 2017 introdotta dal decreto del lavoro del 10 gennaio 2013 per contrastare la povertà, soprattutto quella infantile. Mediante questa

nuova carta (Sia 2017) le famiglie interessate dallo strumento potranno beneficiare di un sostegno economico per quanto riguarda l'acquisto di beni di prima necessità, alimenti e bollette. Da settembre 2016 la vecchia social card sperimentale è stata estesa in tutta Italia. Il nuovo bonus può essere richiesto da tutti coloro che sono in possesso dei requisiti di reddito, composizione del nucleo familiare, condizioni, a prescindere dalla residenza o meno nei 12 comuni che sono stati oggetto di sperimentazione. Il bonus spetta:

- Ai cittadini residenti italiani
- Cittadini residenti in uno dei Paesi dell'Unione Europea
- Cittadini extracomunitari in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo.

Complessivamente emerge un'impostazione categoriale che distingue il nostro paese, tale per cui gli interventi di protezione sociale sono sottoposti a condizionalità.

L'Italia è l'unico Paese in Europa in cui dei tre pilastri di sostegno del reddito (indennità contributiva di disoccupazione, indennità assistenziale di disoccupazione e reddito minimo) ne esiste solo uno con evidenti problemi di selettività e scarsa copertura. Misure di sostegno al reddito esistono solo per alcune categorie particolari, gli anziani sopra i 65 anni a basso reddito (assegno sociale) e per le famiglie numerose, con almeno tre figli minori (assegno al nucleo con almeno tre figli minori).

### 3.2.2 Politiche abitative

Le politiche abitative italiane hanno sempre spinto verso la proprietà immobiliare, domandando spesso alle finanze familiari la risoluzione del fabbisogno abitativo. Le tappe legislative più importanti che riguardano questa area di welfare sono:

- La "legge di riforma sulla casa" del 1971. Essa ha istituito l'edilizia residenziale pubblica (ERP). Ampliò le possibilità di intervento dei comuni riguardo il tema delle espropriazione per pubblica utilità;
- "norme per l'edilizia residenziale pubblica" del 1992, le quali intensificarono l'attuazione di programmi di recupero e di interventi urbani. Si introduce il concetto di riqualificazione urbana con l'obiettivo di migliorare le zone periferiche delle città e di valorizzare il patrimonio urbanistico;

- Piani casa a partire dal 2008. Si cerca di sostenere la popolazione da un punto di vista abitativo tramite il social housing ovvero tramite l'offerta di alloggi di ERP ed ERS (edilizia residenziale sociale).
- Piani casa del 2014. Tale intervento viene promosso per rispondere alle conseguenze drammatiche che la crisi finanziario ha prodotto. Le famiglie si trovano sempre più in difficoltà nel fronteggiare le spese legate alla proprietà o all'affitto della propria casa. Vengono incrementati diversi fondi adibiti per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione. Viene avviato un piano di recupero e razionalizzazione degli immobili e degli alloggi di proprietà degli istituti autonomi per le case popolari. È stato, poi, riconosciuto ai soggetti conduttori di un alloggio sociale della facoltà di riscattare l'unità immobiliare una volta trascorsi almeno 7 anni dalla stipula del contratto di locazione.

### 3.2.3 Sistema di istruzione

Il sistema di istruzione italiano non offre e non garantisce una forte correlazione con il mondo del lavoro. Mantiene al contrario una certa distanza e le competenze fornite agli studenti sono spesso differenti da quelle richieste dalle aziende che offrono posti di lavoro. Marginali sono anche i programmi che offrono efficienti percorsi di formazione professionali.

Spesso le iniziative più rivolte al mondo lavorativo vengono affidate ad enti locali. Questo sicuramente permette di rispondere meglio alle esigenze specifiche territoriali. Tuttavia tale decentramento può apportare agli erogatori dell'offerta di formazione professionale difficoltà in termini di visibilità. Inoltre ciò può alimentare le divergenze regionali in termini di performance con percorsi di qualità variabile tra i territori.

Un ulteriore fenomeno sviluppatosi nel nostro sistema di istruzione è una certa liceizzazione del sistema. Con la riforma Gelmini del 2009- 2010 sono state ridotte le materie tecniche negli istituti e sono stati riordinati gli indirizzi liceali.

Per quanto riguarda il sistema universitario è in atto a livello europeo un processo di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore dell'Unione Europea, il così detto processo Bologna, che si è proposto di realizzare lo Spazio europeo dell'istruzione superiore (EHEA- European Higher Education Area). L'elevata eterogeneità in Europa dei sistemi di istruzione e formazione ha impedito ai cittadini di utilizzare le qualifiche acquisite in un Paese per svolgere un lavoro o seguire un corso di formazione in un altro. Una maggiore omogeneità e conseguente compatibilità tra i sistemi educativi consente sia a studenti che lavoratori di spostarsi più facilmente

all'interno dell'Europa. Allo stesso tempo è stata prevista un'ulteriore modernizzazione dei sistemi di istruzione affinché quest'ultimi possano rispondere meglio alle esigenze di un mercato del lavoro in continua evoluzione. Nello specifico tale processo ha apportato delle modifiche attinenti ai cicli di studio. Il sistema di istruzione doveva comprendere due cicli, uno di primo livello e l'altro di secondo. Il primo livello doveva avere una durata almeno di tre anni ed il suo conseguimento era necessario per accedere al secondo ciclo. Si è andato poi ad inglobare anche il dottorato di ricerca. Questo processo ha armonizzato i percorsi formativi dei diversi Paesi membri, permettendo agli studenti di poter scegliere il percorso più idoneo alle proprie caratteristiche ed inclinazioni in diversi Paesi. Questa formula detta 3+2 (ciclo di primo e secondo livello) è stata concepita per permettere il conseguimento di un titolo breve (triennale) con lo scopo di orientare gli studenti in tempi celeri verso il mondo lavorativo. Tuttavia l'implementazione di questa riforma non risponde completamente ai propositi originari. I corsi triennali sono soprattutto di impostazione generalista poco spendibile nell'immediato nel mercato del lavoro. Di conseguenza quasi tutti gli studenti sono incentivati a proseguire gli studi mediante il ciclo di secondo livello.

#### 3.2.4 Mercato del lavoro

Il processo di flessibilizzazione del mercato del lavoro in Italia è partito leggermente in ritardo rispetto agli altri Paesi dell'Unione Europea (seconda metà degli anni Novanta). Una tappa importante è stata raggiunta con l'introduzione nel 1997 del lavoro temporaneo (ad interim). Tale lavoro coinvolgeva tre figure: il lavoratore, l'impresa che lo richiede (azienda utilizzatrice) e l'azienda di lavoro interinale, che si pone come intermediaria tra le prime due figure. Il lavoratore in questo sistema si configura come la parte debole e necessita di tutela qualora si verificano problematiche inerenti a conflitti di interesse fra gli obiettivi dell'agenzia (profitto) e quelli del lavoratore. Il pacchetto Trau, che disciplina anche il lavoro temporaneo, inoltre modifica l'impostazione dei contratti di apprendistato apportando elementi innovativi quali:

- Possibilità di apprendistato anche per i possessori di qualifica inerente l'attività o diploma post-obbligo;
- Obbligo di formazione esterna;
- Agevolazioni per contratti conclusi a decorrere dal primo anno dall'entrata in vigore della legge;
- Introduzione di un limite di durata;
- Definizione di un sistema di controllo sulla effettività dell'addestramento e sul rapporto di lavoro;

- Formazione.

Vengono poi ridotti i vincoli all'uso dei contratti a tempo determinato.

Con la riforma Biagi del 2003 il lavoro interinale viene sostituito dal lavoro in somministrazione. In questo caso abbiamo il coinvolgimento di: il lavoratore, l'utilizzatore (un'azienda pubblica o privata che necessita di tale figura professionale) e il somministratore (un'agenzia per il lavoro autorizzata dal ministero del lavoro e delle politiche sociali che stipula un contratto con un lavoratore). Viene stipulato un contratto di somministrazione di lavoro, concluso tra somministratore e utilizzatore e un contratto di lavoro tra somministratore e lavoratore. Sarà l'agenzia del lavoro ad erogare al lavoratore lo stipendio in maniera adeguata alla tipologia del contratto dell'azienda utilizzatrice. Con tale riforma vengono poi introdotti nuove forme di lavoro atipico come i contratti a chiamata e vengono ampliati i margini di utilizzo dei contratti di lavoro part time.

Tali interventi legislativi, quindi, riescono a mettere fine alla condizione monopolistica dello Stato per quanto concerne il collocamento.

Nel 2012 viene approvata la legge 92/2012 di riforma del mercato del lavoro la quale interviene sulle forme contrattuali flessibili, modifica la disciplina dei licenziamenti, rinnova il sistema degli ammortizzatori sociali, rafforza le politiche attive del lavoro. La legge configura il contratto a tempo indeterminato quale contratto prevalente, disincentivando il ricorso ai contratti a tempo determinato. Amplia la possibilità di utilizzo dell'apprendistato e potenzia il suo ruolo formativo. Viene modificato l'art 18 dello statuto dei lavoratori. Nello specifico si modifica il regime dei licenziamenti disciplinati e di quelli economici. Queste due fattispecie presentano un regime sanzionatorio differenziato a seconda della gravità dei casi in cui sia accertata l'illegittimità del licenziamento (reintegrazione nei casi più gravi pagamento di un'indennità risarcitoria nei casi meno gravi). Viene creato un unico ammortizzatore sociale (Aspi- assicurazione sociale per l'impiego) in cui confluiscono l'indennità di mobilità e quella di disoccupazione. Il nuovo ammortizzatore amplia sia i soggetti beneficiari sia i trattamenti. In particolare vengono forniti aiuti e agevolazioni a coloro che entrano nel mercato del lavoro per la prima volta (copertura assicurativa). Vengono promosse politiche attive del lavoro e vengono potenziati i servizi per l'impiego.

Tuttavia le politiche di sostegno dei giovani per facilitare il loro ingresso nel mercato del lavoro non sono particolarmente efficaci. Non esiste un programma nazionale di natura assistenziale

legato allo stato di bisogno e indipendente dai contributi versati. Inoltre spesso l'istituto assicurativo (cassa integrazione) non ha coperto abbastanza le fasce giovanili della popolazione.

Come già accennato la riforma del 2012 ha anche introdotto l'Aspi (assicurazione per l'impiego). Quest'ultima sostituisce l'indennità di disoccupazione ordinaria non agricola. L'indennità spetta ai lavoratori con rapporto di lavoro subordinato che hanno perso involontariamente l'occupazione, compresi: gli apprendisti, soci lavoratori di cooperative con rapporto di lavoro subordinato, personale artistico con rapporto di lavoro subordinato, dipendenti a tempo determinato delle pubbliche amministrazioni. I requisiti per accedere a questa nuova indennità richiedono un 'anzianità assicurativa- contributiva di almeno 2 anni e 52 settimane di contribuzione nell'ultimo biennio. La durata è di un anno per persone fino a 54 anni di età e di un anno e mezzo per chi ha più di 54 anni. Rispetto alla precedente indennità di disoccupazione l'Aspi risulta essere più generosa ed ha una durata complessiva maggiore. E' poi prevista una mini Aspi qualora sussista:

- Uno stato di disoccupazione involontario. Il soggetto deve rendere una dichiarazione che attesti l'attività lavorativa precedentemente svolta. L'indennità non spetta se il rapporto di lavoro sia cessato a seguito di dimissioni o risoluzione consensuale.
- Il Requisito contributivo. Almeno 13 settimane di contribuzione da attività lavorativa nei 12 mesi precedenti l'inizio del periodo di disoccupazione.

La platea dei soggetti destinatari viene ampliata dato che viene a mancare il requisito assicurativo.

Questi strumenti tuttavia lasceranno senza protezione una larga fetta di lavoratori. Inoltre verrà a mancare una copertura per coloro che avranno esaurito l'utilizzo dell'Aspi o mini Aspi o per coloro che non avevano maturato i requisiti per accedervi.

#### 3.2.4.1 NASPI NOVITÀ 2017

Di recente in sostituzione dell'Aspi è stata introdotta la Naspi (nuova assicurazione dell'impiego). Quest'ultima spetta ai lavoratori con rapporto di lavoro subordinato che abbiano perduto involontariamente l'occupazione, compresi: gli apprendisti, i soci lavoratori di cooperative con rapporto di lavoro subordinato, personale artistico con rapporto di lavoro subordinato, dipendenti a tempo determinato delle pubbliche amministrazioni. Al contrario vengono esclusi dall'indennità: i dipendenti a tempo indeterminato delle pubbliche amministrazioni, gli operai agricoli a tempo sia determinato che non, i lavoratori extracomunitari con permesso di soggiorno per lavoro stagionale. I requisiti necessari per poter usufruire della Naspi sono:

- Stato di disoccupazione involontario;
- Requisito contributivo. Almeno tredici settimane di contribuzione contro la disoccupazione nei quattro anni precedenti l'inizio del periodo di disoccupazione;
- Requisito lavorativo. Almeno trenta giornate di lavoro effettivo, a prescindere dal minimale contributivo, nei dodici mesi che precedono l'inizio del periodo di disoccupazione.

Mentre l'Aspi prevedeva tra i requisiti di accesso che al momento della cessazione del rapporto di lavoro fossero trascorsi almeno due anni dal versamento del primo contributo contro la disoccupazione, la Naspi non lo prevede più.

La Naspi è corrisposta mensilmente per un numero di settimane pari alla metà delle settimane di contribuzione degli ultimi quattro anni.

Recentemente è stata introdotta anche un'altra misura di politica sociale ossia l'assegno di ricollocazione. Tale assegno, primo strumento nazionale di politica attiva, si pone l'obiettivo di far ritrovare il lavoro a quei soggetti che lo hanno perduto. L'assegno può valere fino a 5000 euro. La cifra varia in base all'occupabilità del lavoratore, al tipo di contratto firmato, all'area in cui si vive. In questa prima fase l'assegno è rilasciato ai soggetti disoccupati che percepiscono la Naspi da almeno 4 mesi, che ne facciano richiesta, purchè non siano già impegnati in misure di politiche attive finanziate con fondi pubblici (attualmente platea di 30 mila persone). L'assegno dura sei mesi e può essere prorogato per altri sei mesi.

Si tratta di un primo intervento di politica attiva, volta a favorire il ricollocamento del disoccupato nel mercato del lavoro. Tuttavia la sperimentazione non ha ottenuto i risultati sperati (solo il 10 % dei disoccupati prescelti ha scelto di usufruire dell'assegno). Il presidente dell'Anpal Maurizio Del Conte si mostra comunque abbastanza ottimista per il futuro. Una causa possibile di questa scarsa adesione potrebbe essere imputata ad un'assuefazione alle politiche passive e di sostegno del reddito in luogo dell'aiuto nella ricerca dell'impiego. La campagna informativa potrebbe essere potenziata in modo che una percentuale maggiore di soggetti sia consapevole dell'esistenza della misura.

Un ostacolo alla misura è poi rappresentato dalla mancanza di incentivi per uscire dalla Naspi la quale ha una durata che può raggiungere i 24 mesi (limite massimo) facile da raggiungere. Manca quindi l'incentivo ad utilizzare l'assegno di ricollocazione sia per poter cercare un impiego irregolare in costanza di nasi sia per godere di più tempo libero retribuito.

Favorire l'uscita dalla disoccupazione non solo va a beneficio dello stato ma anche del lavoratore stesso. Maggiore è il periodo di disoccupazione minore è la probabilità di rientrare agevolmente nel mercato al termine del beneficio. La disoccupazione di lungo periodo risulta più complicata da assorbire.

Essendo l'assegno percepito non dai lavoratori ma dal soggetto giuridico che lo assisterà nel ritrovare un lavoro (centri pubblici per l'impiego), quest'ultimo dovrà essere un soggetto qualificato e competente. Tuttavia nel nostro Paese si osservano molte divergenze territoriali. Spostandosi dalle aree settentrionali a quelle meridionali si osserva una diminuzione del livello medio di istruzione degli operatori.

Le politiche attive vanno, quindi, supportate dalla presenza di una struttura organizzativa in grado di farle funzionare efficientemente e di far rispettare la condizionalità dei benefici. Il ruolo fondamentale è riservato all'Anpal, ma cruciale è la collaborazione delle regioni, responsabili del funzionamento dei centri pubblici per l'impiego.

### 3.2.5 Politiche di long term care

Tali politiche costituiscono un campo relativamente nuovo di ricerca. In Italia sono caratterizzate dalla dominanza di una misura nazionale di trasferimenti monetari alle famiglie, l'indennità di accompagnamento. Questa spetta ai soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere atti quotidiani. E' rivolta a chiunque si trovi nelle condizioni accertate di minorazione indipendentemente dal reddito e dall'anzianità.

Per quanto riguarda i servizi pubblici di assistenza residenziale e domiciliare questi vengono erogati dagli enti territoriali. La disomogeneità anche qui tra le varie regioni è notevole.

Essendo i servizi pubblici in materia abbastanza scarsi la maggior parte della popolazione assume le così dette badanti (assistenti familiari). Spesso quest'ultime sono di provenienza estera e spesso manca un contratto formale di lavoro che impedisce l'applicazione di tutti i diritti e tutele che normalmente spettano al lavoratore regolare. Ciò ha consentito la reazione di un vasto mercato privato della cura.

Il carattere esclusivamente monetario di queste politiche rischia di favorire così la privatizzazione della cura tanto che la somma erogata sotto forma di indennità di accompagnamento può essere utilizzata liberamente anche per l'assunzione di badanti.

### 3.2.6 Politiche per gli immigrati

Con l'avvento di un forte processo di immigrazione che ha interessato il nostro continente negli ultimi anni l'Italia ha dovuto affrontare tale problematica, anche dal punto di vista umanitario.

Uno dei primi interventi è costituito dalla legge Martelli che pur nei suoi limiti rappresenta un punto di partenza in merito all'accoglimento e alla precisazione della figura dei rifugiati politici e dei richiedenti asilo. Ha impostato la lenta e iniziale stabilizzazione dei migranti, attraverso i primi interventi volti all'integrazione e alla partecipazione alla vita pubblica. Si è tentato di regolamentare l'aumento dei flussi migratori mediante una programmazione statale dei flussi di ingresso degli stranieri non comunitari in base alle necessità produttive e occupazionali del paese (gestione economica dell'immigrazione). La permanenza dello straniero sul territorio italiano viene subordinato al rilascio di un permesso di soggiorno che indica il motivo della permanenza, dal quale dipende la durata stessa (da un minimo di tre mesi a un massimo di due anni).

Un'altra legge da evidenziare è la legge Turco-Napolitano, la quale rileva l'intento di regolamentare l'immigrazione, favorendo quella regolare e scoraggiando quella clandestina. L'immigrato regolare può iniziare il suo percorso per acquisire la cittadinanza caratterizzato da una serie di tappe. Il clandestino invece diventa destinatario di un provvedimento di espulsione dello stato. Viene istituito il centro di permanenza temporanea per tutti gli stranieri sottoposti a provvedimenti di espulsione.

Nel complesso la disciplina appare scarsamente organica. Numerose sono state le direttive europee intervenute. Il tema è stato poi oggetto di campagne politiche che per ottenere consenso ha portato ad una radicalizzazione delle posizioni a riguardo, sfruttando diversi episodi di criminalità compiuti da immigrati per sostenere la propria tesi. La gestione degli immigrati appare scarsamente pianificata. Il risultato è un'integrazione poco studiata ed efficace.

#### 3.2.6.1 Antonio Guterres: i rifugiati hanno il diritto di essere protetti

Antonio Guterres, attuale segretario generale delle Nazioni Unite, in un discorso tenuto presso TED, marchio di conferenze statunitensi gestite da un'organizzazione privata no profit, descrive e commenta l'atteggiamento assunto dai Paesi europei per l'accoglienza di disperate famiglie provenienti da paesi extracomunitari in difficoltà.

Nella discussione fa riferimento a tutto il flusso migratorio proveniente dai Paesi africani e asiatici. Negli anni recenti poi una grande parte del flusso deriva dalla popolazione siriana. Gran parte di

questi individui guarda al proprio Paese senza speranza e soffrono condizioni di vita pessime. La percentuale di bambini che frequentano la scuola è bassissima. La possibilità di vivere allo stesso livello qualitativo dei paesi sviluppati è nulla. L'Europa si è mostrata impreparata nell'affrontare tale situazione problematica soprattutto perché divisa. Le decisioni inerenti alla problematica migratoria vengono posposte in quanto l'Europa non ha la capacità di prenderle. Secondo il segretario generale delle Nazioni Unite tale fenomeno può essere gestito attraverso unione, cooperazione e solidarietà tra le diverse nazioni. I punti di entrata estremamente sensibili a tensioni sociali devono essere supportati e gli individui una volta controllati devono essere distribuiti in tutti i Paesi europei in relazione alle possibilità di ciascuno Stato. Al contrario i rifugiati si muovono in modo caotico e scarsamente pianificato. Afferma il segretario: "I rifugiati hanno il diritto ad essere protetti". Il problema per cui diventa come organizzarsi per assumersi la propria responsabilità internazionale. I mass media presentano ai cittadini europei immagini di masse incontrollate di persone e nessuno che ne abbia cura. La paura quindi di essere sopraffatti da questa ingente massa di rifugiati viene alimentata da una cattiva gestione. Viene veicolata inoltre la falsa idea di una vera e propria invasione dell'Europa. E' il controllo che può porre rimedio allo spavento che si è venuto a creare tra la popolazione europea. Si devono sviluppare capacità di gestione nel ricevere persone con culture e stili di vita differenti, evitando degenerazioni che possono rendere impossibile poi la convivenza. A ciò si aggiunge una crisi di sicurezza e spesso viene confusa tale questione con il fenomeno di accoglimento dei rifugiati. Il segretario richiede poi un maggior supporto per implementare politiche efficienti di accoglimento, in quanto molto spesso tali supporti sono insufficienti per affrontare i bisogni delle persone e dei Paesi. Si necessita di una revisione di obiettivi, criteri e priorità. Porta l'esempio di Libano e Giordania che, essendo Paesi di reddito medio, non hanno diritto a concessioni da parte della banca mondiale. Tuttavia essi ricevono tantissimi rifugiati con comunità locali sofferenti e costituiscono pilastri di stabilità, nonché prima linea di difesa per la nostra sicurezza. La prospettiva che secondo il segretario deve essere adottata non è una prospettiva di emergenza ma una prospettiva a lungo termine di sviluppo in quanto si ha a che fare con l'istruzione dei bambini, di salute e infrastrutture.

Nell'affrontare in particolare tale problematica in Italia è fondamentale capire quindi il contesto internazionale di un fenomeno che non coinvolge solo il nostro Paese e non siamo gli unici a dover affrontarlo. Essendo un fenomeno che colpisce direttamente o indirettamente tutta la comunità europea, esso non può essere gestito solo mediante le risorse di alcuni Paesi. Congiuntamente si deve agire attraverso una pianificazione di distribuzione dei rifugiati e attraverso efficaci programmi di integrazione. E' proprio in mancanza di ciò che in Italia il flusso migratorio è

incontrollato e va a scontrarsi con le realtà locali. Risulta difficile parlare di integrazione se gran parte dei rifugiati vengono magari inseriti in contesti poco adeguati. E' così che poi si generano pressioni e fenomeni di tensioni tra popolazione locale e straniera. Si realizza nel nostro Paese un sistema di accoglienza che vede al centro la rete degli enti locali che realizza progetti di accoglienza integrata sul territorio: il sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati ( SPRAR). Per attivare il sistema, gli enti locali possono utilizzare le risorse finanziarie messe a disposizione dal ministero dell'Interno attraverso il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Con questo strumento, vengono assegnati contributi in favore degli enti locali che presentino progetti destinati all'accoglienza per i richiedenti asilo, rifugiati e destinatari di protezione sussidiaria.

Il Sistema di protezione è caratterizzato da:

- Il carattere pubblico delle risorse messe a disposizione e dagli enti responsabili dell'accoglienza, e dal governo centrale secondo una logica di governance multilivello;
- La partecipazione volontaria degli enti locali alla rete dei progetti di accoglienza;
- Politiche sinergiche sul territorio con i soggetti del terzo settore che contribuiscono in maniera essenziale alla realizzazione degli interventi.

I progetti di accoglienza, presentati sulla scorta di appositi bandi, sono sottoposti all'esame di una Commissione di valutazione composta da rappresentanti del ministero dell'Interno, da un rappresentante dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) e da un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI).

Il ministero dell'Interno fornisce le linee guida, dove sono specificati i criteri e le modalità di presentazione delle domande per l'accesso degli enti locali fino alla ripartizione annuale del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo.

Ovviamente l'aumento di popolazione straniera va ad alterare anche i sistemi di welfare. E' in aumento l'accesso al sistema formativo e scolastico nonché l'accesso al servizio sanitario seppur con uso diversificato rispetto agli italiani. Il rapporto tra welfare e immigrazione costituisce una problematica complessa. L'intreccio tra i due processi, lo sviluppo del welfare e i flussi migratori, mette in gioco grandi questioni: il nesso tra diritto alle prestazioni del welfare e cittadinanza; la tematica delle disuguaglianze nell'accesso al welfare; la questione della implementazione delle politiche sociali e infine le barriere che interferiscono con l'accesso e la fruibilità dei servizi per gli

immigrati. L'estensione dei diritti sociali di cittadinanza ai non cittadini è una conquista mai realizzata completamente. E questo sta diventando più difficile per effetto del prevalere della ideologia neoliberista che è alla base delle attuali politiche economiche e sociali. Il concetto di discriminazione influenza le politiche migratorie e di accoglimento degli immigrati nel welfare italiano soprattutto in una fase di progressivo ridimensionamento del welfare pubblico quale garante dei diritti sociali.

### 3.3 QUESTIONE DEL REDDITO MINIMO E DELLA SICUREZZA SOCIALE

Il reddito minimo è poco conosciuto in Italia. Esso consiste in una misura di supporto che lo Stato garantisce ai cittadini bisognosi. E' devoluto solo a chi è in età lavorativa e con un ammontare che varia in funzione dell'età con la clausola che il reddito di cui si disponga sia inferiore ad una certa soglia ritenuta di povertà. Tale provvedimento è diffuso in Europa solo tra i Paesi nordici.

L'Europa si mostra molto sensibile riguardo al tema della sicurezza sociale. Una delle clausole del trattato di Nizza, l'art.29, espone un principio di protezione universalistica in favore del cittadino laborioso che si trova in situazioni di non reddito.

Alcuni economisti, uniti sotto la denominazione di " Helicopter Money", criticano il fatto che l'Europa abbia dato maggiore attenzione agli stanziamenti di fondi a favore delle banche che a loro volta avrebbero dovuto reinvestire quei fondi in favore della collettività per aumentare il benessere collettivo, cioè la spesa. Così, ad esempio, la BCE, da un lato, attraverso il Quantitative Easing, compra titoli di stato detenuti dalle banche e immette nelle loro casse liquidità, dall'altro, le incentiva a mettere quella liquidità sul mercato rendendone sconveniente l'immobilizzazione. La proposta dell'"Helicopter Money", è quella di spostare tali risorse verso progetti di finanziamento della sicurezza sociale, a partire dal finanziamento del reddito minimo garantito europeo.

Purtroppo il tema della sicurezza sociale in questi anni si è scontrato con le cosiddette misure di austerità che l'Europa ha dovuto adottare: sono insindacabili sia a livello sovranazionale che nazionale e come tali sfuggono al bilanciamento dei principi contenuti nella Carta di Nizza, ivi compresi quelli in materia di sicurezza sociale. In tale contesto, vi è peraltro un rischio di arretramento delle politiche di sicurezza sociale.

Anche in Italia sono state numerose le proposte di introduzione del reddito minimo garantito, soprattutto negli ultimi tempi, posto che molti economisti hanno ravvisato la necessità di introdurlo in conseguenza della rivoluzione tecnologica che, a loro dire, avrebbe lasciato molte persone prive di occupazione. In realtà si tratta di una suggestione già nota al nostro Paese nel 1989

come illustrava il famoso Paolo Volponi nel libro “Le mosche del capitale” dedicato ad Olivetti. L’Italia ha accolto con ritardo i principi in materia di legislazione sociale (rispetto alla Germania stessa che già nel 1883, grazie a Bismarck aveva demandato allo Stato la gestione dell’assicurazione sociale) e riconosce al cittadino per periodi limitati e a fronte di determinate condizioni il diritto ad un supporto reddituale, come ad esempio l’indennità di disoccupazione. Tale ritardo è dovuto anche dalle modalità di nascita della legislazione sociale. Il sistema di assicurazione sociale prende il via in Italia nel segno delle società di mutuo soccorso ovvero associazioni volontarie di lavoratori, che provvedevano a ripartire all’interno della collettività degli associati i rischi comuni in una logica di solidarietà redistributiva di stampo economico, limitata al gruppo degli individui che responsabilmente vi contribuivano economicamente. Non era concepita dunque alcuna forma di intervento statale e quindi di finanziamento a carico della finanza pubblica.

Lo Stato italiano deve farsi carico non solo dei bisogni per malattia o infortunio ma deve tener conto anche della disoccupazione. Il workfare garantisce al cittadino un supporto a fronte della sua disponibilità a mettersi a servizio della collettività. Il cittadino disoccupato ha bisogno di acquisire nuove competenze imposte dalla rivoluzione tecnologica per potersi reinserire utilmente nella società portando ad essa stessa dei benefici. Inoltre sotto il profilo della condizionalità non viene offerto lavoro di qualità rispetto alle competenze detenute. La maggior parte dei giovani ricerca lavoro qualificanti pena l’espatrio.

### 3.4 CORRUZIONE NEL MONDO SANITARIO

Fenomeni corruttivi nell’ ambito sanitario comportano costi elevati sia in termini monetari che in termini di efficacia della performance sanitaria. Dall’analisi effettuata nel “Libro bianco ISPE-Sanità (2014), testo che affronta in modo analitico il problema della corruzione diffusa nel mondo sanitario, emerge che in Italia il costo stimato della corruzione nel sistema sanitario supera i 23 miliardi di euro.

La corruzione è favorita da diversi fattori che possono amplificare le sue conseguenze negative. Una cattiva organizzazione e un scarso controllo sono già due elementi che possono creare contesti in cui la corruzione si infiltra facilmente. I danni poi si espandono fino a coinvolgere l’intera collettività, essendo il servizio sanitario un aspetto nevralgico e di fondamentale importanza nel sistema di welfare state.

Diversi sono quindi i fattori che accentuano i fenomeni corruttivi:

- Incertezza e debolezza del quadro normativo. Problemi particolari si riscontrano soprattutto nelle ampie divergenze tra legislazioni regionali e sub-regionali. Ne emerge una debole uniformità a livello nazionale in quanto sono previsti trattamenti diversi a seconda della regione di appartenenza. Inoltre sono presenti problematiche anche all' interno della normativa. Ad esempio la nuova legge anticorruzione (L.190/12) ignora alcune fattispecie penali e non tutela quanto dovrebbe i whistleblowers;
- Asimmetria informativa tra utente e sistema sanitario. Il cittadino risulta debole e poco informato rispetto al medico che agisce in sua vece rispetto al sistema sanitario nazionale;
- Alta parcellizzazione della domanda sanitaria;
- Fragilità nella domanda di servizi di cura;
- Ingerenza della politica nelle scelte amministrative. La politica si inserisce sulle dinamiche amministrative del mondo sanitario intervenendo sulle nomine apicali delle strutture sanitarie;
- Elevata complessità del sistema. Questo fattore incide molto sulla possibilità di formare sistemi di controllo adeguati;
- Ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere;
- Basso livello di accountability del personale pubblico. Ciò incentiva la violazione di regole;
- Bassi standard etici degli operatori pubblici. Pur esistendo dei codici etici volontari questi raramente vengono osservati dal personale;
- Asimmetria informativa tra sistema sanitario e fornitori privati;
- Crescita della sanità privata. L'affidamento di sistemi sanitari a privati incrementa il rischio di corruzione a causa del naturale conflitto di interessi che si viene a creare (interessi di profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari e di costi da parte del servizio sanitario nazionale);
- Scarsa trasparenza nel' uso delle risorse.

I fattori che influenzano il formarsi di fenomeni corruttivi sono: le opportunità criminali e le vulnerabilità. Le opportunità criminali sono quei fattori del sistema sanitario che per loro natura aumentano i benefici del corruttore. Le vulnerabilità invece sono quei fattori che a causa di degenerazioni aumentano i vantaggi del corruttore.

Per quanto riguarda le opportunità criminali si distinguono:

- Incertezza del quadro normativo. Norme inadeguate o poco chiare lasciano spazio ad opportunità di corruzione, in quanto nell'interpretare ed applicare la norma emerge un elevato margine di discrezionalità. La difformità regionale poi rende maggiormente complessa la risoluzione di tali problematiche. I LEA sono applicati in modo difforme nelle regioni in assenza di parametri e condivisi e dalla carenza di dati attendibili;
- Complessità organizzativa. La materia sanitaria è di competenza mista: governativa (gestione della spesa) e regionale (organizzazione aziende sanitarie locali). Le ASL sono enti ad elevata complessità data la grande quantità e varietà di servizi offerti. Ciò si traduce in un elevato numero di strutture e centri di potere che alimentano le opportunità di corruzione. Il livello di disorganizzazione è quindi molto alto sia per motivazioni intrinseche e fisiologiche del sistema che per motivazioni legate a carenze di risorse e capacità. Maggiore è la disorganizzazione più facilmente si riescono a inserirsi dinamiche corruttive;
- Asimmetria informativa. Il cittadino è dotato di scarse informazioni per cui esso si affida al medico il quale intercede per lui nel sistema sanitario. Il medico richiede altri servizi sanitari generando una domanda sanitaria attraverso le ricette. Il medico è anche erogatore di servizi sanitari ed è oggetto di tentativi di corruzione da parte degli informatori farmaceutici. L'asimmetria informativa riguarda anche le aziende private che vendono servizi o beni. La scelta del medico, quindi, rappresenta il momento fondamentale della vendita del prodotto e la corruzione diventa uno strumento di persuasione. L'asimmetria causa gravi problemi alle aziende quando dipende dall'incompetenza o dall'ignoranza dei funzionari pubblici coinvolti nel processo decisionale. In alcuni casi la Pubblica Amministrazione non ha sufficienti competenze (esperienza e formazione) per confrontarsi con le aziende e le loro innovazioni, limitando quindi la scelta a criteri inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. In alcuni casi l'incompetenza è preconstituita dolosamente per permettere il realizzarsi dello schema corruttivo.

Il sistema sanitario italiano presenta poi delle situazioni inclini a favorire la corruzione, istituite con l'obiettivo di eludere la regolamentazione. Abbiamo:

- La lottizzazione politica. Scarsa è l'autonomia dell'amministrazione sanitaria soprattutto per quanto riguarda nomine fondamentali all'interno del sistema sanitario;

- Senso civico. Il mondo della pubblica amministrazione e della formazione dedicano poca attenzione all'ambito etico soprattutto in materia sanitaria. Un contesto con pochi elementi che hanno acquisito una mentalità volta alla correttezza nell'ambito sanitario è più sottoposto a pericoli derivanti dalla corruzione;
- Bassa accountability. Mancano efficaci sistemi di valutazione delle performance degli enti. Raramente questi sistemi di controllo vengono affidati a organi esterni che possano garantire una maggiore imparzialità;
- Inefficacia dei controlli. Si svolgono solo controlli ex post. Questi meccanismi comportano costi elevati in quanto si interviene dopo che il sistema ha già subito i costi della corruzione (tangente, minore qualità e maggiori costi nella pubblica amministrazione). Dovrebbero essere inseriti anche processi di controllo ex ante che agiscono come elementi di prevenzione che possono comportare risparmi di risorse.
- Assenza di trasparenza. Nel 2013 è stato approvato un decreto attuativo in materia di trasparenza nella pubblica amministrazione. Quest'ultima è tenuta a pubblicare online tutti i dati inerenti l'organizzazione, i processi e i costi.

Uno dei possibili fattori che possono incidere positivamente nel diminuire episodi di corruzione nel sistema sanitario è l'etica. L'attuazione di programmi educativi e formativi che incoraggino la pratica dell'etica può ridurre il tasso di corruzione.

Il Coaching è una "Professione d'aiuto" regolata dalla legge 4/2013 e permette a persone, manager e dirigenti che lo desiderano di "definire percorsi di miglioramento strutturato e misurabile".

Si fonda sulla premessa che ciascuna persona ha già in sé le risorse e le capacità necessarie per realizzare il cambiamento desiderato. Si deve guardare alle persone in termini di potenzialità, non di performance. L'aiuto di un coach professionale pertanto si può sintetizzare nel definire l'obiettivo di cambiamento, facendone contemporaneamente emergere impedimenti e ostacoli. Lavorando sulla consapevolezza delle persone, il Coaching consente di recuperare gli aspetti che stimolano la responsabilità, l'impegno e la motivazione di ciascuno, salvaguardando i propri valori nel contesto sociale e collettivo in cui si è inseriti. Il Coaching mira dunque allo sviluppo della responsabilità.

## CAPITOLO 4 SOSTENIBILITA' FINANZIARIA

In questo capitolo si andrà ad analizzare la spesa sostenuta per l'attuazione dei programmi di welfare, il suo andamento e la sua sostenibilità, ovvero la capacità del nostro Paese di sostenerla nel modo più efficiente possibile. Il concetto di sostenibilità comprende non solo il compimento di un uso razionale delle risorse, ma anche la capacità di far sì che le risorse stesse producano un valore prolungato nel tempo. Un welfare sostenibile è un sistema che anche nel lungo termine possiede la capacità di autosostenersi.

### 4.1 QUADRO GENERALE DELLA SPESA SOCIALE IN ITALIA

Al fine di comprendere al meglio lo stato finanziario del nostro sistema di welfare cominciamo dal considerare alcuni dati di partenza, forniti dal quarto rapporto su “il bilancio del Sistema Previdenziale Italiano” (2015). La spesa per prestazioni sociali ammonta nel 2015 a 447,369

miliardi di euro, mentre la spesa totale è aumentata del solo 0,11 %. La spesa per prestazioni sociali incide per il 54,13 % sull'intera spesa pubblica comprensiva degli interessi sul debito pubblico. La spesa sociale cresce molto più rapidamente di quella pubblica totale e del PIL. Tale crescita è dovuta soprattutto dalla spesa per assistenza che, a differenza di quella pensionistica, non ha regole precise e non è sottoposta ad un controllo efficace. Secondo i dati EUROSTAT l'Italia ha una spesa sociale in percentuale del PIL tra le più elevate.

Per quanto riguarda la composizione della spesa sociale, l'Italia rispetto a tutti gli altri paesi europei destina poche risorse alle funzioni di protezione sociale dedicate all'esclusione sociale, alla disoccupazione, alla famiglia e alle persone con disabilità. Nel dettaglio essa destina:

- Lo 0,2 % per le misure di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà e per le prestazioni in natura a favore di persone a rischio di esclusione sociale;
- L'1,9 % per la disoccupazione e per le politiche attive per il lavoro;
- Il 4,7 % per la famiglia
- Il 6 % per trasferimenti in favore a persone con disabilità;
- Il 26,4 % per sanità e per trasferimenti in caso di malattia o infortunio.

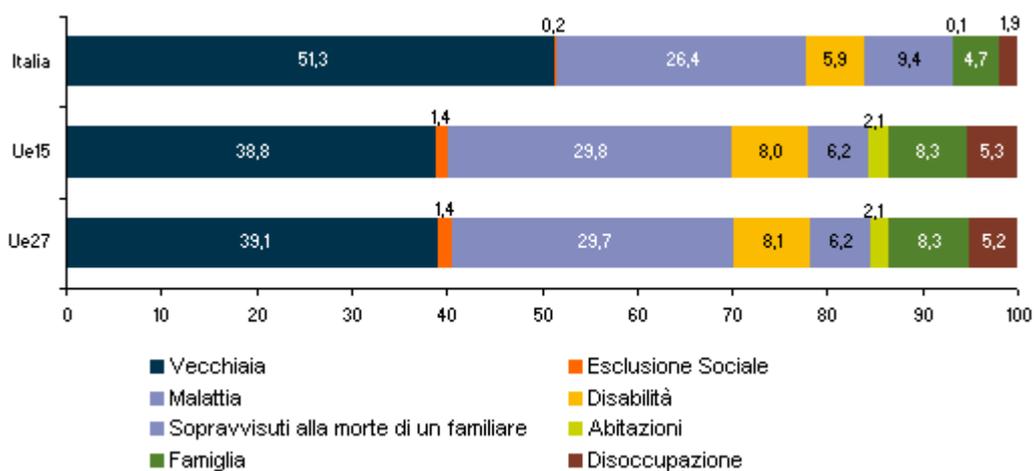


FIGURA 1. STRUTTURA DELLA SPESA SOCIALE PER FUNZIONI NELL' UE15, UE27 E IN ITALIA. FONTE: EUROSTAT, ESSPROS DATABASE

#### 4.2 FORME DI FINANZIAMENTO DEL WELFARE ITALIANO

La forma di finanziamento più rilevante e diffusa è quella dei contributi sociali (prelievo, solitamente proporzionale, commisurato alle retribuzioni). In Italia tali entrate sono direttamente incassate dagli Enti di Previdenza. Altre forme sono costituite dalle imposte generali e dal

pagamento di tariffe da parte dei soggetti beneficiari dei servizi. Nello specifico per finanziare la spesa complessiva per welfare occorrono:

- Tutti i contributi sociali;
- I contributi versati per le prestazioni temporanee e quelli versati all'INAIL;
- Irpef, IRES, Irap e il 36% dell'ISOS.

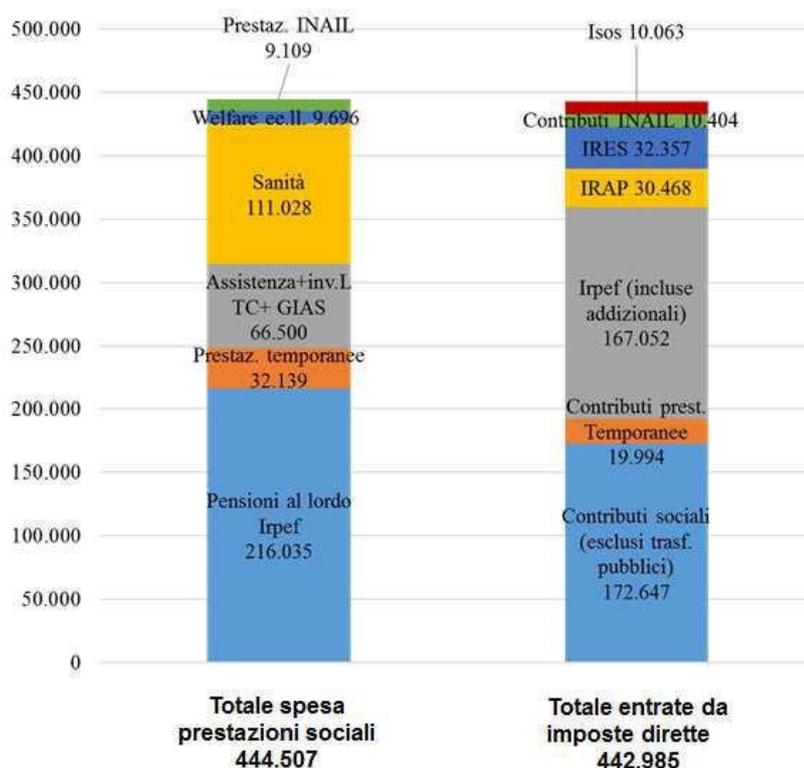


FIGURA 2. SPESA SOCIALE VS ENTRATE- ANNO 2014 FONTE: EUROSTAT

Ne emerge una situazione poco sostenibile nel medio termine soprattutto se si vanno ad analizzare le dichiarazioni Irpef degli italiani. Sempre secondo il quarto rapporto sul bilancio del sistema previdenziale emerge che circa il 25% dei cittadini paga un' Irpef media di 54 euro l'anno mentre il 46% paga un'imposta media di 305 euro l'anno escludendo l'effetto bonus 80 euro. Solo per garantire la sanità a questi 28 milioni di cittadini italiani occorrerà reperire 43,4 miliardi.

Chi finanzia il welfare?

- Con redditi sopra i 300.000 euro troviamo solo lo 0,08% dei contribuenti (poco più di 31 mila) che pagano però il 4,7% dell'IRPEF
- sopra i 200 mila euro, lo 0,19% che paga il 7,3% dell'IRPEF.
- Con redditi lordi sopra i 100 mila euro (meno di 52 mila netti) troviamo l'1,04% pari a 424.000 contribuenti che tuttavia pagano il 16,9% dell'IRPEF

Sommando a questi contribuenti anche i titolari di redditi lordi da 55.000 otteniamo che il 4,13% paga il 33,6% e considerando infine i redditi sopra i 35.000 euro lordi, l'11,28% paga il 52,5% di tutta l'IRPEF.

Se si tiene conto dell'effetto Bonus da 80 euro il totale IRPEF versato diminuisce a 160,976 miliardi euro e si riduce l'imposta media pagata da ciascuna fascia interessata.

### I cittadini e le tasse

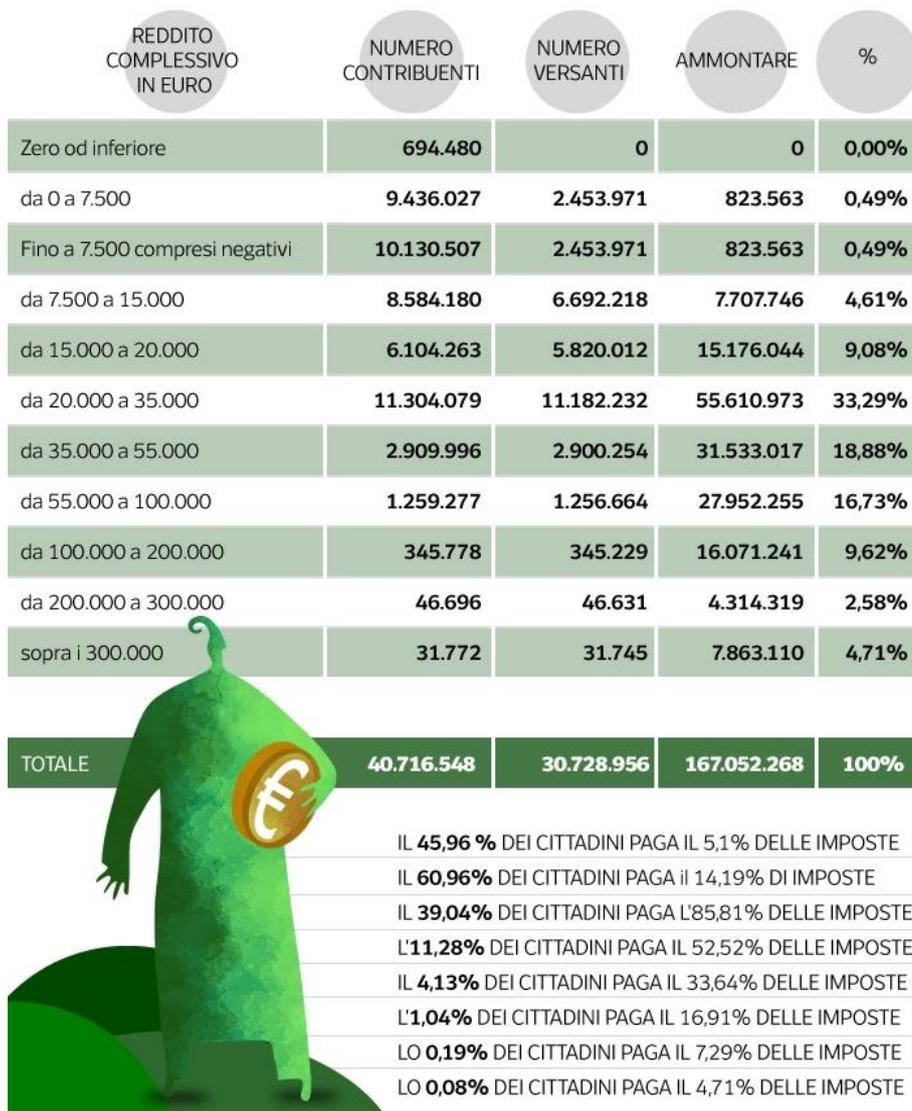


FIGURA 3 FONTE : CORRIERE DELLA SERA

### 4.3 WELFARE E DEBITO PUBBLICO

Il debito pubblico rappresenta una forte problematica che il nostro paese deve affrontare. E' importante quindi capire quale sia il peso del welfare in relazione a tale grandezza.

Secondo il sesto rapporto sulla regionalizzazione del Bilancio Previdenziale italiano una buona parte di debito pubblico è causata dai disavanzi previdenziali degli Enti pensionistici e assistenziali pubblici. Per arrivare a tale conclusione sono stati caricati nel grande data base i dati delle entrate e delle uscite INPS secondo la tecnica dei flussi di cassa. I passaggi possono essere così sintetizzati:

- E' stato calcolato a partire del 1980 il saldo tra le entrate contributive e le uscite per prestazioni al netto delle imposte;
- Dai saldi così calcolati sono escluse le gestioni pensionistiche dei dipendenti pubblici;
- I saldi per ogni singolo anno dal 1980 al 2015 sono stati sommati e calcolati sia in moneta corrente sia in moneta 2015

Da tali conteggi sommando tutti i disavanzi INPS si arriva ad una cifra pari a 884,19 miliardi. Aggiungendo altri 203,37 miliardi accumulati dalle gestioni dei pubblici dipendenti è stato accumulato un debito di 1087,55 miliardi, pari al 50,1 % del debito pubblico complessivo nel 2015.

Una volta acquisiti i dati quest'ultimi vanno rielaborati ed interpretati per cercare di apportare dei miglioramenti nella composizione della spesa sociale. L'indebitamento nella sua complessità apporta utilità e benefici quando la spesa viene canalizzata in opere pubbliche, infrastrutture e beni reali che incidano positivamente sulla crescita e sullo sviluppo del Paese piuttosto che utilizzarla per i consumi correnti. Una politica che si sofferma non solo sulla condizione odierna ma che pensi anche in termini di benefici per la generazione futura è poi ripagata nel lungo termine.

#### 4.4 SINTESI 2015: SPESE PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI

##### 4.4.1 SPESA PREVIDENZIALE

Come ci illustra il quarto rapporto sul bilancio del sistema previdenziale nonostante il calo del numero di prestazioni e quello dei pensionati, la spesa per prestazioni e soprattutto quella assistenziale è aumentata e ciò si riflette nell'incremento della pensione media, incremento più elevato rispetto ai salari e stipendi dei lavoratori attivi. Essendo poi il nostro sistema pensionistico a ripartizione, è importante calcolare, per verificare la sostenibilità generale del sistema, il rapporto tra occupati e pensionati. Nel 2015 la spesa pensionistica relativa a tutte le gestioni è stata pari a 217.863 milioni di euro con un aumento dello 0,81%.

#### 4.4.2 SPESA ASSISTENZIALE

All' interno della spesa assistenziale consideriamo le prestazioni per gli invalidi civili con relative indennità di accompagnamento, delle pensioni e assegni sociali. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento delle pensioni di invalidità civile e delle indennità di accompagnamento. Crescono anche le pensioni e gli assegni sociali. A tali spese principali si aggiungono altre voci che nel 2015 hanno registrato un calo rispetto agli anni precedenti:

- Importo aggiuntivo delle pensioni previsto dalla legge finanziaria per il 2001 a favore di titolari di pensioni che non superano l'importo del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti;
- Pensioni con maggiorazioni sociali per livelli reddituali bassi;
- L'importo aggiuntivo (quattordicesima) corrisposto ai titolari di pensione con 64 anni e più il cui reddito complessivo non supera 1,5 volte il trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti;
- Integrazioni al minimo.

Nonostante tali diminuzioni il numero delle pensioni assistite rispetto al totale è molto alto e non riflette la situazione economica generale del Paese.

#### 4.4.3 SPESA A CARICO DELLA FISCALITÀ GENERALE

Nel nostro sistema di welfare la spesa pensionistica è finanziata con un'aliquota dei contributi sociali. Tuttavia abbiamo riscontrato che una buona parte delle prestazioni erogate sono anche di natura assistenziale. Inoltre sono presenti diversi interventi di varia natura quali ad esempio le ristrutturazioni aziendali e agevolazioni che assorbono risorse dalla fiscalità generale. La prima quota a carico della fiscalità generale va a coprire le prestazioni assistenziali, i prepensionamenti e gli esodati, le pensioni baby, e i disavanzi di gestione. Poi vi sono altre somme per coprire gli sgravi contributivi e per il mantenimento del salario per inoccupazione non coperto come per i dipendenti da contributi; infine oneri per il sostegno alla famiglia. In totale quindi l'onere a carico della fiscalità generale è ammontato a 103,673 miliardi (2015). Per mantenere l'attuale livello di prestazioni sociali il costo complessivo non coperto da contributi sociali e quindi a carico della fiscalità generale, ammonta a 103,673 miliardi 135 per l'assistenza, 112,4 per la sanità e circa 9,95 miliardi per il welfare degli enti locali per un totale di 226 miliardi.

## 4.5 SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Analizzare nello specifico la sostenibilità del mondo sanitario è di particolare importanza, essendo uno dei settori che assorbe ingenti risorse. Inoltre esso risponde ad un bisogno di cruciale valore e di conseguenza rappresenta un settore di notevole criticità dato che coinvolge un'area fondamentale della vita del cittadino quale la salute.

Molteplici sono i fattori che attualmente minano la sostenibilità dei sistemi sanitari:

- Il progressivo invecchiamento della popolazione;
- Il costo crescente delle innovazioni;
- Costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte dei cittadini.

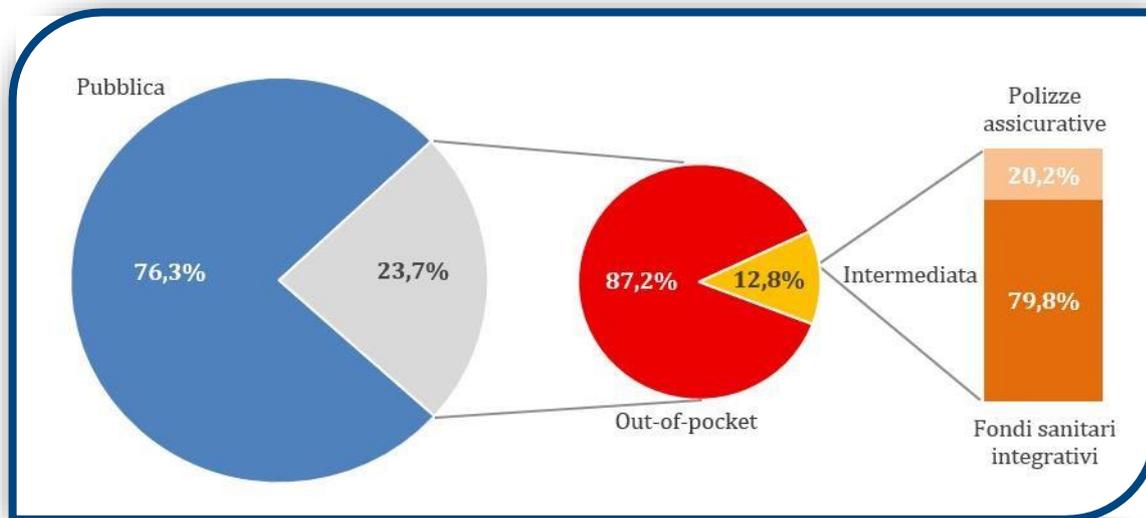
Il problema non risponde ad una dinamica esclusivamente finanziaria. Ci sono vari elementi che nonostante la disponibilità delle risorse risultano critici. Alcuni esempi sono i seguenti:

- Variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie;
- Effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione;
- Incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione;
- Sprechi.

E' fondamentale per realizzare un sistema sanitario sostenibile non solo disporre delle risorse necessarie, ma anche saperle gestire ed organizzare nel modo più efficiente ed efficace. Tutto ciò deve essere accompagnato da una correttezza nella gestione e da una trasparenza per garantire ai cittadini un servizio egualitario.

### 4.5.1 FINANZIAMENTO DEL SSN

La spesa sanitaria si compone di spesa pubblica e spesa privata che include la spesa intermediata (fondi sanitari integrativi o polizze assicurative) e la spesa out of pocket (sostenuta dai cittadini). Di recente il modello a tre pilastri è stato fortemente messo in discussione. IL rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della corte dei conti (2017) sancisce che il 23,7 % della spesa sanitaria è privata e di questa oltre l'87 % è out of pocket il quale finisce per rappresentare di fatto un quarto pilastro.



#### 4.5.2 CRITICITÀ DEL SSN

- Definanziamento pubblico. A causa della perdurante crisi economica la curva del finanziamento pubblico si è progressivamente appiattita. L'11 febbraio 2016 un'intesa stato-regioni ha sancito che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità e determinerà il fabbisogno sanitario nazionale in 113

FIGURA 4 RIPARTIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA SANITARIA (ANNO 2015)

miliardi per il 2017 e in 115 miliardi per il 2018.

Mentre inizialmente il definanziamento pubblico della sanità era visto solamente come conseguenza della crisi economica oggi sembra piuttosto una costante irreversibile. Il DEF 2017 infatti conferma che ad un'eventuale ripresa dell'economia non conseguirà un incremento proporzionale del finanziamento pubblico della sanità.

- Nuovi LEA. I nuovi livelli essenziali di assistenza vengono emanati con decreto firmato dal presidente del consiglio Paolo Gentiloni il 12 gennaio 2017. Tale nuovo decreto definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale; descrive con più dettaglio prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza; innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete; aggiorna gli elenchi delle malattie rare,

croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione. I nuovi LEA hanno soppresso i tre fondamentali principi di evidence-based policy making del DPCM del 2001. Non prevedono poi alcuna metodologia esplicita per l'inserimento o per l'esclusione delle prestazioni dai LEA. Inoltre hanno puntato tutto sull'ampliamento delle prestazioni indipendentemente dal loro valore.

- Sprechi e inefficienze. Secondo il report Tackling wasteful spending on health<sup>48</sup> (OCSE gennaio 2017) le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili. Circa 1/5 della spesa sanitaria apporta un contributo minimo al miglioramento della salute delle persone. Tale report prende in considerazione sia le risorse erose da servizi dannosi o che non determinano alcun beneficio sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Identifica due strategie da attuare: smettere di realizzare prestazioni che non generano valore; utilizzare alternative di efficacia e sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.
- Diminuzione della spesa privata intermediata. L'Italia si colloca agli ultimi posti tra i paesi dell'OCSE per quanto riguarda l'ammontare della spesa intermediata sul totale della spesa privata.

#### 4.5.3 POSSIBILI INTERVENTI RISOLUTIVI

A fronte delle nuove criticità che il sistema sanitario nazionale deve affrontare, tre sono gli interventi che possono essere messi in atto secondo il rapporto GIMBE (fondazione di diritto privato costituita dall'associazione Gruppo Italiano per La Medicina Basata sulle Evidenze il 23 giugno 2010):

- Contenere il definanziamento pubblico.
- Utilizzare altre fonti di finanziamento quali la compartecipazione alla spesa, l'aumento delle addizionali regionali Irpef e la sanità integrativa;
- Ridurre gli sprechi.

Il Rapporto analizza in maniera dettagliata le quattro criticità che condizionano la sostenibilità del SSN e propone le relative soluzioni.

La rivalutazione della prognosi del SSN al 2025 conferma che la cifra necessaria per garantirne la sostenibilità richiede anzitutto l'esplicita volontà di rimettere al centro dell'agenda politica la sanità

pubblica e, più in generale, il sistema di welfare, sintonizzando programmazione finanziaria e sanitaria sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico equo e universalistico da garantire alle future generazioni.

Escludendo a priori un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, la Fondazione GIMBE suggerisce un “piano di salvataggio” del SSN attraverso sei azioni fondamentali:

- offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al SSN, mettendo fine alle annuali revisioni al ribasso rispetto alle previsioni e soprattutto con un graduale rilancio del finanziamento pubblico. Cruciale è il miglioramento dell'informazione pubblica riguardo l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi sanitari. In tal modo si vanno a ridurre le aspettative riguardo una sanità infallibile e si va a ridurre la spesa out of pocket inappropriata.
- rimodulare i LEA sotto il segno del value, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value, destinando quelle dal basso value alla spesa privata e impedendo l'erogazione di prestazioni dal value negativo. I DPCM sui nuovi LEA non rendono esplicita la metodologia utilizzata per inserire le prestazioni nei LEA. In tal modo senza un metodo rigoroso basato su evidenze e value si possono creare situazioni in cui prestazioni ad elevato value rimangono fuori dai LEA.
- ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per spese sanitarie a fini IRPEF, tenendo conto anche del value delle prestazioni sanitarie;
- attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa;
- avviare un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi, al fine di disinvestire e riallocare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi;
- mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni (health in all policies), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese, per evitare che domani la sanità paghi “con gli interessi” quello che oggi appare una grande conquista.

Con il 2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN, la Fondazione GIMBE afferma che manca una coerente strategia politica ed economica finalizzata a salvare la sanità pubblica. Occorre dunque

una chiara volontà politica la quale deve porre il sistema di welfare più in generale al centro dell'agenda politica. In assenza di un ampio piano politico il rapporto prevede una possibile trasformazione verso un sistema sanitario misto.

#### 4.6 PROPOSTE PER UN WELFARE EQUO E SOSTENIBILE- INDAGINE CENSIS

##### 4.6.1 RISULTATI DELLA RICERCA

La ricerca svolta da Censis per il Forum ANIA consumatori prende in esame l'evoluzione dei bisogni delle famiglie e dei bilanci familiari provati dalla crisi economica e dai crescenti costi per il pagamento di prestazioni sociali legate soprattutto all' invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento di servizi legati alla perdita dell'autosufficienza e alle cure di lungo termine.

Secondo i risultati dell'indagine “ bilancio di sostenibilità del welfare italiano” realizzata da Censis per il forum ANIA-Consumatori l'evoluzione dei bisogni delle famiglie e i bilanci familiari risultano provati dalla crisi economica e dagli ingenti costi per il pagamento di prestazioni sociali. E' aumentata la quota di famiglie con una sostenibilità finanziaria precaria. Sono in crescita soprattutto le spese relative alle prestazioni socio-sanitarie, acquistate sia sui mercati privati , sia compartecipate attraverso i ticket sanitari. Dalla ricerca risulta una ampia parte della popolazione preoccupata per l'incremento della spesa per il welfare a proprio carico. I tagli sul welfare hanno poi impattato su diverse famiglie causando alti costi sociali, più alti per le famiglie con redditi bassi. Il venire meno di alcuni servizi pubblici ha comportato un maggior ricorso al sistema privato. Particolare è l'effetto regressivo che hanno le spese sanitarie private , interamente a carico dei cittadini che derivano da prestazioni che i cittadini stentano ad avere celermente nel pubblico a causa delle lunghe liste di attesa. I cittadini anche a basso reddito sono costretti così a internalizzare il costo delle prestazioni sanitarie. Tali dinamiche dell'offerta e della spesa sanitaria stanno impattando la condizione economica dei cittadini con un mutamento del welfare in generale e del servizio sanitario nazionale.

Non solo la sanità impatta negativamente sui bilanci delle famiglie italiane ma ci sono altre voci di spesa relative al welfare quali istruzione ed assistenza ad esempio. Nel complesso quindi tutto il sistema di welfare nelle sue diverse componenti è sempre percepito dalle famiglie come fonte di instabilità economica. Spese sanitarie , per istruzione per l' assistenza sono ormai componenti significative dei budget familiari. La compartecipazione privata alla spesa per welfare non è più un aspetto marginale. Anche dal punto di vista dell'istruzione le attività scolastiche sono ormai continuamente integrate da attività extrascolastiche di solito a pagamento o comunque che prevedono un contributo. La garanzia della sostenibilità del welfare pubblico viene pagata con uno spostamento del costo sulle famiglie , ma questo processo accelerato ha oggi un effetto regressivo poiché sono le famiglie a più basso reddito a subire in proporzione la dinamica crescente delle spese per prestazioni di welfare. La tutela, non garantendo più un'ampia copertura, determina differenziazioni in base a redditi. Le diseguaglianze legate al welfare privato non dipendono solo dall'entità del reddito e del patrimonio ma anche dalla tipologia dei bisogni che le persone esprimono.

#### 4.6.2 IL WELFARE DOPO LE MANOVRE

Attualmente la protezione sociale è composta da una componente pubblica prevalente e da una pluralità di soggetti. Ci si è allontanati da un'organizzazione prettamente pubblica e prevale un' articolazione di soggetti e contesti. Sia il non profit che il privato divengono componenti attive della rete di welfare e sono soprattutto il risultato di errori del vecchio sistema. Vi è una parte di spesa privata per welfare integrativa rispetto a quella pubblica e che tende a sostituirla mano a mano che quella pubblica si ritrae. Tuttavia vi è una parte di incremento della spesa privata che è dovuta dalla dinamica dei bisogni dei cittadini. Diventando i bisogni sempre più articolati e complessi, vi è una maggiore richiesta di personalizzazione, qualità, nuovi prodotti e servizi. Il welfare offre una copertura per alcuni segmenti di grandi rischi ed ha sempre più necessità di essere integrato con l'acquisto di prestazioni e servizi da parte delle famiglie e con l'affiancamento alla spesa pubblica di quella privata. La sostenibilità attuale del welfare fa riferimento a questa pluralità di fonti di finanziamento e ad un consapevole coinvolgimento nella spesa delle famiglie . Quest'ultime oggi subiscono un'erosione della tutela pubblica e sono esposte finanziariamente in quanto devono acquistare servizi e prestazioni private. Ciò genera forte differenziazioni. Emergono fenomeni regressivi rispetto al livello di reddito delle famiglie. La percezione di taglio della tutela pubblica viene avvertita maggiormente dalle famiglie a basso reddito.

#### 4.6.3 SVILUPPO DI UN WELFARE EQUO E SOSTENIBILE

Durante la perdurante crisi si è sviluppato un pensiero che associa al legame che unisce welfare e crescita economica un andamento positivo. Questo quando la spesa sociale incentiva la creazione di imprese e l'occupazione. Le prestazioni sociali possono infatti attraverso l'assimilazione delle innovazioni tecnologiche generare opportunità ed occupazioni di qualità.

Nonostante le problematiche riscontrate in seguito alla regionalizzazione delle prestazioni sociali, il sistema di welfare e i processi organizzativi non possono essere riportati verso il centro. Il welfare si deve adattare al territorio in quanto solo in tal modo è possibile fare integrazione dei vari segmenti. Ogni riverticalizzazione dei processi di welfare è destinato a generare standardizzazione e spezzettamento dell'offerta con grave danno per i cittadini che più hanno bisogno.

Un altro fattore determinante per rendere più efficaci i sistemi di welfare è dato dalla promozione della trasparenza. Una situazione di scarsità delle risorse rende ancora più intollerabili episodi di frodi e sprechi. Da ciò emerge la proposta di una comunicazione trasparente dei costi del welfare. Valorizzando la trasparenza dei costi inoltre si riesce a valutare con più attenzione i vantaggi che il welfare garantisce e si riesce anche ad apprezzarli maggiormente. Inoltre più trasparenza crea consapevolezza che le risorse pubbliche generate dalla tassazione e dalla contribuzione sono il pilastro sul quale si costruisce il welfare.

Occorre poi armonizzare il sistema fiscale e degli adempimenti in modo da generare offerte più convenienti ai cittadini. Le differenze introducono complessità, oltre che costi, e rendono l'offerta opaca e poco chiara per i cittadini, che invece hanno bisogno di semplicità, rapidità di lettura e comprensione di quello che hanno potenzialmente a disposizione. Certo, occorre accompagnare i cittadini nell'operare in mercati trasparenti, intellegibili, soprattutto se luogo di scambio di tutele sociali.

## CAPITOLO 5 ANALISI COMPARATIVA INTERNAZIONALE

### 5.1 MODELLI DI WELFARE EUROPEI

Dalla nozione generale di welfare discendono poi diversi modelli e sistemi di stato sociale a seconda del Paese in cui si insediano. Ciò deriva dai molteplici contesti sociali ed economici esistenti che vanno a differenziare i sistemi di welfare. Inoltre ciascuna nazione ha introdotto politiche sociali a partire da periodi diversi. Anche l'elemento temporale ha la sua notevole importanza ed influenza le modalità di formazione del welfare state. Ogni stato sociale ha delle proprie peculiarità ed è fondato su una diversa concezione di protezione sociale. I modelli si distinguono in base all'idea di fondo di welfare ed in base al ruolo che viene affidato allo Stato quale garante della tutela di tutti i cittadini.

Circoscrivendo l'analisi ai Paesi europei, i modelli di welfare presentano elementi differenti anche in base alla collocazione geografica di ciascuno Stato. Ad esempio i Paesi nord europei hanno un'impostazione completamente differente rispetto alle strutture sociali dei paesi dell'Europa mediterranea. Questo fenomeno è la conseguenza di diverse dinamiche economiche e problematiche da affrontare. Cercando di individuare, attraverso lo studio dello stato sociale di ciascun Paese, delle caratteristiche di base omogenee, sono state definite delle macro aree entro le quali vi sono elementi di continuità.

#### 5.1.1 MODELLO SCANDINAVO

I sistemi più avanzati fanno riferimento ai Paesi scandinavi. Il modello scandinavo si caratterizza per l'adozione di programmi di welfare universalistici garantiti a tutti i cittadini. Alta è la spesa pubblica, in quanto vengono forniti numerose indennità di disoccupazione, pensionamenti anticipati e assicurazioni sociali collegate al reddito. La spesa pubblica per la sanità e l'istruzione è significativamente più alta in Danimarca, Svezia e Norvegia rispetto alla media OCSE. Sono istituiti estesi ed efficaci programmi di formazione per facilitare l'ingresso e la mobilità del mondo del lavoro. La regolamentazione del mercato è bassa ed accompagnata a meccanismi collettivi di condivisione dei rischi. Tutto ciò è favorito da un basso livello di corruzione dovuto ad un forte senso etico e civico.

#### 5.1.2 MODELLO ANGLO SASSONE

L'Inghilterra è stato uno dei primi Paesi ad introdurre sistemi di welfare. L'Inghilterra infatti fu la culla della rivoluzione industriale e del sistema capitalistico. Quest'ultimo ha portato la nascita di nuove realtà e nuovi bisogni sociali da cui ne ha derivato la necessità di introdurre nuovi sistemi di protezione sociale. Tanto che il Rapporto che introdusse e definì i concetti di sanità pubblica e pensione sociale per i cittadini ancora alla base di diversi sistemi di welfare provenne da un'economista inglese.

Il modello anglo sassone attuale prevede una copertura universale per i cittadini solo nel campo sanitario. La sanità è finanziata dalla fiscalità generale mentre le altre prestazioni dai contributi sociali. Questo modello presenta livelli di spesa sociali più contenuti. Il modello inglese infatti trae origine da un'ideologia fortemente liberale in cui lo Stato ha un ruolo marginale e interviene solo in casi estremi di povertà.

### 5.1.3 MODELLO CONTINENTALE

Il modello continentale (Europa centrale), che trae le sue origine dal modello bismarkiano, invece si rifà ad un concetto di base corporativo che mira ad erogare prestazioni sociali in relazione alla categoria lavorativa di appartenenza degli individui.

### 5.1.4 MODELLO MEDITERRANEO

Il modello mediterraneo, che caratterizza i paesi dell'Europa meridionale, è quello che si è sviluppato con più ritardo rispetto agli altri e sicuramente quello meno sviluppato. È fortemente basato sull'erogazione di pensioni e sono riconosciuti minori diritti sociali. Le prestazioni sono particolaristiche e finanziate con contribuzione sociale. L'Italia appartiene per quanto riguarda la sua struttura generale a questo ultimo modello.

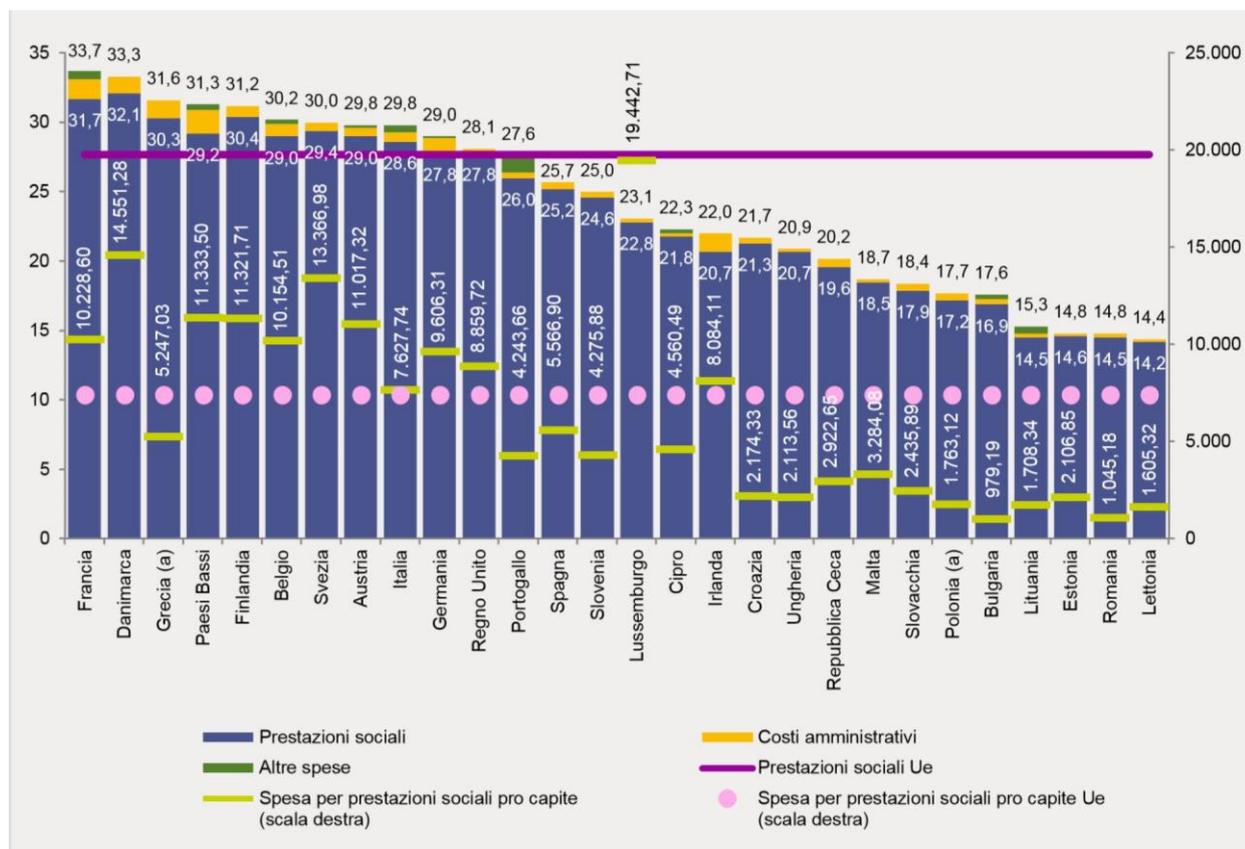
## 5.2 SISTEMA DI PROTEZIONE SOCIALE EUROPEO

I vari sistemi di welfare europei rispondono in modo differente agli stimoli provenienti dal contesto esterno quali le profonde trasformazioni del mondo del lavoro, la globalizzazione dell'economia e dei mercati finanziari, la mutata struttura della popolazione. Il sistema politico e culturale, il contesto di vita familiare e lavorativo assume vesti differenti a seconda del Paese che si va ad analizzare. Di conseguenza l'andamento dei sistemi di welfare non è uniforme ed assume connotati diversi.

Ogni anno il Rapporto dell'Istat offre al Parlamento e ai cittadini una riflessione documentata sulla situazione del Paese, descrivendone le diverse realtà, e individuando rischi e opportunità per il futuro. Rappresenta quindi una notevole fonte di informazioni riguardo la reale condizione in cui si trova l'Italia rispetto agli altri Paesi membri dell'Unione Europea.

Un primo indicatore che può essere preso in considerazione è la spesa per protezione sociale. Quest'ultima comprende l'insieme degli interventi erogati per proteggere gli individui e i nuclei familiari da un insieme di rischi. I rischi e i bisogni che rientrano nella protezione sociale sono: malattia/salute, invalidità, vecchiaia, superstiti, famiglia/figli, disoccupazione, abitazione, altra esclusione sociale.

FIGURA 5. SPESA PER PROTEZIONE SOCIALE IN RAPPORTO AL PIL PER TIPO E SPESA MEDIA PRO CAPITE PER PRESTAZIONI SOCIALI NEI PAESI UE ANNO 2013. FONTE : EUROSTAT .DA: RAPPORTO ANNUALE ISTAT 2016



Per i Paesi Ue la spesa per prestazioni sociali è pari, in media, al 27,7 per cento del PIL. Risulta più elevata in Danimarca, Francia, Finlandia e Grecia mentre è più bassa in Estonia, Lituania, Romania. L' Italia presenta valori in linea con la media Ue sia per quanto riguarda la spesa in rapporto con il PIL sia per l'ammontare della spesa pro capite. Circonscrivendo il confronto ad alcuni Paesi europei, salvo alcune eccezioni, la spesa pro capite per protezione sociale è cresciuta costantemente fino al 2007. L'andamento deriva soprattutto dall'aumento della spesa per pensioni, che costituisce la parte preponderante delle prestazioni erogate. In Italia le pensioni rappresentano il 16,6 per cento del PIL – la media Ue è del 13,0 per cento – a fronte di un numero di beneficiari di pensioni che nel nostro Paese supera i 16 milioni.

In relazione alla crisi che ha investito l'intero continente diverse sono state le reazioni dei diversi Paesi europei. Regno Unito e Svezia hanno messo in atto azioni di contenimento della spesa sociale. Per Danimarca, Germania e Paesi Bassi si osserva un incremento della spesa per prestazioni sociali. Per quanto riguarda paesi del sud Europa ed Irlanda per effetto della crisi del debito sovrano si assiste ad un forte contenimento degli incrementi di spesa. L'Italia, pur avendo

fortemente ridotto la dinamica di crescita della spesa sociale, ha comunque mantenuto una tendenza positiva, anche se con incrementi molto modesti negli ultimi anni (compresi tra l'1,0 e l'1,5 per cento).

Per quanto riguarda la composizione della spesa in base al tipo di rischio protetto la parte maggiore è destinata al finanziamento delle prestazioni a tutela del rischio vecchiaia. Ciò è particolarmente evidente sia in Germania che in Italia come mostra il rapporto dell'Istat (maggiore del 50%). In Germania ed in Irlanda invece si spende maggiormente per la protezione del rischio malattia.

L'erogazione di prestazioni sociali può assumere diverse forme, può consistere in trasferimenti monetario oppure può essere elargita in denaro. In alcuni casi per poter usufruire di un certo servizio si deve essere conformi a certi requisiti e condizioni (means tested). A seconda quindi delle modalità di accesso alle prestazioni si distinguono i diversi regimi di welfare. I Paesi scandinavi sono caratterizzati da una spesa sociale molto generosa e la maggior parte delle prestazioni vengono erogate in natura e sono ad accesso universalistico. Per quanto riguarda i Paesi anglosassoni essi sono simili ai Paesi scandinavi in riferimento alla bassa selettività di accesso mentre le prestazioni in natura sono di meno rispetto a quelle in denaro. Infine i Paesi mediterranei di solito prediligono una spesa pro capite più bassa e una maggiore propensione alla selettività di accesso. Germania e Irlanda si differenziano per un ammontare di spesa sociale più elevata.

In Italia la spesa per prestazioni di protezione sociale è quasi totalmente a carico delle Amministrazioni pubbliche. La maggior parte della spesa è indirizzata al ramo vecchiaia. Dopo di che è la sanità a provocare maggior assorbimento di spesa. Seguono le prestazioni per superstiti, invalidità, famiglia, disoccupazione, esclusione sociale e bisogni abitativi.

Le prestazioni sanitarie vengono erogate esclusivamente in natura e se ne fanno carico principalmente le aziende sanitarie locali e quelle ospedaliere. Le prestazioni previdenziali sono erogate dagli enti di previdenza solo tramite trasferimenti monetari. Le prestazioni per assistenza sono erogate prevalentemente dagli enti di previdenza, seguiti dalle amministrazioni centrali e locali. L'erogazione dei servizi in questo caso è molto eterogenea. Le pensioni sociali e a invalidi civili sono prettamente in denaro mentre negli altri casi prevalgono le prestazioni in natura.

I comuni svolgono un ruolo chiave nel processo di erogazione di servizi sociali. Essi devono offrire sostegno alle famiglie per contrastare il rischio povertà ed emarginazione. Tuttavia dal 2009 per l'effetto della riduzione delle risorse finanziarie destinate a iniziative locali e a causa del vincolo

determinati dal patto interno di stabilità riduzioni e vincoli hanno limitato la capacità dei comuni di attivare misure in campo sociale.

Effettuando un confronto tra gli indicatori di rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali si possono ottenere informazioni riguardo l'efficacia complessiva di certe misure di protezione sociale.

Il sistema di protezione sociale del nostro Paese è, tra quelli europei, uno dei meno efficaci. Questo risultato è riconducibile alla preponderanza nel sistema italiano della spesa pensionistica che comprime il resto dei trasferimenti sociali. Le disparità all'interno dell'Unione sono notevoli. L'Irlanda è il Paese europeo con il sistema di trasferimenti sociali più efficace, in grado di ridurre l'indicatore di rischio di povertà; segue la Danimarca . Soltanto in Grecia il sistema di trasferimenti sociali è meno efficace di quello italiano

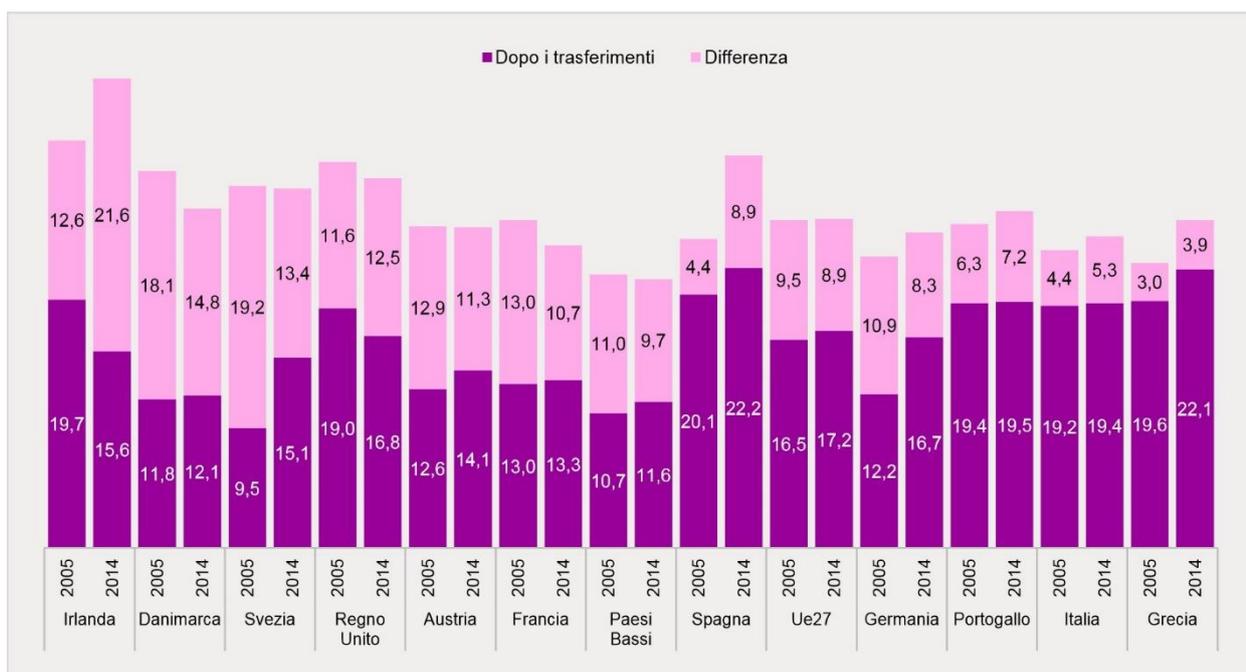


FIGURA 6. INDICATORE DI RISCHIO DI POVERTÀ DOPO I TRASFERIMENTI E DIFFERENZA TRA L'INDICATORE DI RISCHIO DI POVERTÀ PRIMA E DOPO I TRASFERIMENTI IN ALCUNI PAESI UE- ANNI 2005 E 2014

### 5.3 UN CONFRONTO TRA WELFARE STATE ITALIANO E TEDESCO.

Il sistema tedesco è conosciuto come modello del sistema corporativo. E' da Bismark che nacque l'idea del welfare tedesco già dal 1830. Si tratta di un welfare che ha radici storiche antiche e nasce come sistema corporativo composto da mutue assicuratrici che erano inizialmente rivolte a determinate categorie professionali.

Partendo dall'analisi di alcuni indicatori è possibile comparare i risultati del sistema tedesco con quello italiano, considerando al contempo i diversi contesti in cui i due sistemi si sviluppano.

La disoccupazione giovanile in Germania è molto inferiore rispetto a quella presente nel nostro Paese. Si pensi al tasso di disoccupazione del 2011 che in Italia si attestava intorno al 31% mentre in Germania era del 7,8 %. Questo alto differenziale è dovuto in gran parte ad uno stato sociale molto ampio e molto innovativo rispetto soprattutto le tematiche giovanili. La Germania inizia la riforma del mercato del lavoro nel 2005 ed adesso si trova al quarto stadio della riforma. Quest'ultima ha una portata molto vasta. Ad esempio chi perde il lavoro per un anno continua a percepire il 60 % dello stipendio e può usufruire anche di corsi di formazione spesati che possano aiutarlo a rientrare attivamente nel mondo lavorativo. Nel caso in cui l'individuo che percepisce il sussidio non riesce a trovare un'occupazione il sussidio a lui concesso inizia a decrescere. Lo stato sociale tedesco risulta molto forte e chiunque esca dal mondo del lavoro risulta tutelato e coperto. Inoltre il lavoratore viene continuamente formato per arricchire le sue competenze senza mai essere abbandonato. Per favorire un reinserimento nel mondo del lavoro veloce ed efficiente le aziende, che inviano un preavviso di licenziamento al dipendente, devono darne immediata notizia all'agenzia federale in modo che il lavoratore inizi subito un percorso di formazione e reinserimento professionale, ancor prima di diventare disoccupato. Anche in Italia è stata creata negli anni scorsi una struttura abbastanza simile a quella tedesca. Si tratta dell' Anpal ( Agenzia nazionale per le politiche del lavoro ) un' agenzia che ha l'obiettivo di seguire e coordinare politiche del lavoro a favore di chi è in cerca di occupazione e di reintegrare i disoccupati.

Altro elemento caratterizzante il mercato del lavoro tedesco è la grande incidenza dei contratti aziendali, cioè gli accordi collettivi di lavoro siglati nelle singole imprese, che spesso prevedono regole differenti rispetto a quelli nazionali di categoria. Anche i sindacati italiani e Confindustria cercano di trovare dei modi per rafforzare la contrattazione aziendale per incrementare produttività e flessibilità occupazionale. Tuttavia ancora nel nostro Paese non è stato ancora raggiunto un accordo tra le parti sociali.

#### 5.4 MODELLO SOCIALE NORDICO

Analizzare e confrontare i due sistemi di welfare italiano e scandinavo può essere utile non solo per rilevarne le differenze ma anche per mettere in evidenza gli aspetti innovativi e all'avanguardia dello stato sociale scandinavo per poterne trarre ispirazione. Bisogna comunque tener conto sempre del diverso scenario sociale e politico dei due Paesi che richiede degli adattamenti nell'applicare meccanismi appartenenti al sistema scandinavo al nostro Paese.

I due sistemi si differenziano per molti aspetti. Il sistema scandinavo ha sviluppato più di ogni altro un carattere universalistico anche per quanto riguarda le indennità di malattia e maternità che in Svezia e Finlandia vengono concesse anche a chi non è presente sul mercato del lavoro. La protezione sociale costituisce un vero e proprio diritto di cittadinanza. In Italia invece lo stato sociale non solo si è sviluppato in ritardo, ma ha preso come modello il sistema bismarkiano realizzatosi in Germania. Si è formato un welfare di tipo occupazionale strettamente collegato alla posizione lavorativa del soggetto tutelato. Solo in materia sanitaria si è attuato in pieno il principio di tutela universalistica.

La recente crisi che ha investito l'intera Europa ha indotto ad apportare delle modifiche ai sistemi di protezione sociale. Mentre i Paesi scandinavi hanno mirato a conservare e salvaguardare la dimensione universalistica dei loro sistemi mantenendo un'efficienza economica produttiva e una forte competitività internazionale in altre nazioni ciò non è accaduto. Le preoccupazioni relative al costo delle politiche sociali e alle relative conseguenze stanno portando alcuni settori politici a riconsiderare una dimensione categoriale per quanto concerne l'erogazione di prestazioni previdenziali. Quindi si cerca di ristabilire una sorta di selettività nel definire le condizioni di bisogno per l'accesso alle prestazioni di base. La portata del principio universalistico viene ridimensionato.

Per quanto riguarda la struttura interna della spesa sociale in Italia la quota di PIL assorbita dai rischi vecchiaia e reversibilità è più elevata che negli altri Paesi. Al contrario la spesa a tutela dei rischi connessi alla famiglia, alla disoccupazione, alla maternità, alla formazione e all'abitazione è abbastanza bassa. Inoltre in Italia vige un forte divario tra le prestazioni previste per il lavoro regolare (pubblico impiego e imprese private) e quelle riguardanti gli altri lavoratori e i non occupati. Come in altre aree delle spese di welfare la non uniformità delle prestazioni è elemento ricorrente. Non è neanche previsto uno schema di reddito minimo garantito per chi è sprovvisto di mezzi.

#### 5.4.1 CASO FINLANDESE: INTRODUZIONE DEL REDDITO MINIMO GARANTITO.

La Finlandia è il primo Paese europeo pronto a sperimentare un reddito minimo garantito pagato dallo Stato per i cittadini disoccupati. Saranno pagati 560 euro a duemila persone senza lavoro. L'esperimento durerà due anni poi si deciderà se estenderlo a tutti i disoccupati. La somma sarà detratta dall'insieme dei numerosi sussidi che i disoccupati e i poveri ricevono.

L'esperimento è stato realizzato per cercare di incentivare i disoccupati attraverso una somma di denaro utile da poter investire nella propria formazione professionale in modo tale da poter facilmente acquisire competenze tali da poter rientrare nel mondo lavorativo.

L'intento delle autorità finlandesi è spingere i lavoratori a non accettare condizioni di lavoro sfavorevoli o stipendi troppo bassi. Inoltre vogliono vedere se distribuire questo denaro può servire a favorire la creazione di nuovi posti di lavoro. I partecipanti al progetto pilota potranno infatti svolgere impieghi part-time, a tempo determinato o in proprio perché, diversamente da quanto succede con i sussidi di disoccupazione tradizionali, erogati con modalità più rigide, il fatto di guadagnare altro denaro non comporta la perdita dei 560 euro.

L'esperimento del governo finlandese è seguito con interesse in tutto il mondo. I dati raccolti al termine del periodo di prova di due anni potranno servire a delineare nuove politiche di welfare non solo nel Paese nordico, ma anche all'estero

#### 5.4.2 WELFARE ITALIANO E SVEDESE A CONFRONTO

Italia e Svezia hanno due tradizioni storiche differenti che impattano sulle modalità di evoluzione delle politiche sociali. La Svezia ha una forte tradizione socialdemocratica che ha profondamente influenzato l'andamento della vita pubblica e le dinamiche sociali. Si è andato così rafforzando l'idea di uno Stato particolarmente presente e attivo nel contrastare le diseguaglianze. Di recente varie influenze liberali hanno favorito l'introduzione di una maggiore presenza di privati.

Nonostante ciò la matrice di fondo non cambia e la Svezia rappresenta uno dei Paesi con uno stato sociale tra i più efficienti e generosi del mondo. L'Italia invece presenta un welfare misto in cui convivono sia principi di universalismo (mondo sanitario) che principi particolaristici (tutele del lavoro). Inoltre in Italia in materia sociale non interviene esclusivamente lo Stato centrale ma un ruolo rilevante è giocato anche dalle Regioni e dai Comuni. E' importante poi l'assistenza fornita dai privati e da associazioni non profit.

Si possono prendere a titolo esemplificativo alcune aree di intervento e vedere che conformazione hanno preso nei due Paesi sottoposti ad analisi. Per quanto riguarda la disoccupazione in Italia non esistono forme di tutele universali. In Svezia, invece, esiste un sussidio di base universale per disoccupati pari a 320 euro giornaliere che viene integrato da fondi di disoccupazione gestiti dalle organizzazioni sindacali. Il sussidio è subordinato alla ricerca attiva di un lavoro. In Svezia, come in Italia la sanità è organizzata su base regionale. Esiste un tetto massimo di spesa per ogni paziente dopo di che tutte le cure sono gratuite. Nel campo dell'istruzione in Italia è previsto un sistema di tasse universitarie differenziate a seconda del reddito familiare, fino all'esonero nei casi di reddito molto basso. In Svezia l'università è gratuita per tutti i cittadini dell'Unione Europea. Inoltre già a partire dalle scuole superiori ogni studente ha diritto ad un sussidio di 8700 corone erogato sotto forma di prestito (per il 90 %) che dovrà essere restituito dopo aver completato gli studi.

Le differenze sono notevoli. Essendo il modello svedese uno dei sistemi di welfare più vicino ad un modello universalistico puro, ci si chiede se l'Italia dovrebbe seguire il suo esempio. Ovviamente la Svezia, oltre che detenere un retaggio storico di matrice social democratica, ha delle condizioni economiche e sociali che le hanno permesso di attuare certe misure.

La Svezia è considerata un Paese democratico per eccellenza, dove l'economia funziona in modo efficiente ed il sistema di welfare ha creato un efficace meccanismo di assistenza ai cittadini. Si tende molto spesso a rappresentare la Svezia come paese esemplare e con politiche sociali sceve di

problematiche, modello agli antipodi rispetto al nostro. Tuttavia anche la Svezia ha dovuto affrontare diverse criticità. L'economia ha dovuto fronteggiare periodi di grave recessione e ha dovuto risolvere il problema di dare nuovo vigore allo sviluppo industriale puntando su innovazione e tecnologia avanzate. Proprio a causa di questi fermenti sociali ed economici il sistema di welfare ha incontrato notevoli difficoltà.

Ci si chiede allora se il modello svedese apprezzato e studiato in tutto il mondo per i suoi ottimi risultati in termini di opportunità ed uguaglianza possa darci ancora qualche spunto oppure i suoi lati oscuri lo rendano più reale e vicino alla nostra società.

## CONCLUSIONI

Analizzando le peculiarità del sistema di welfare italiano e ripercorrendo la sua dinamica storica si riescono a distinguere punti di forza e criticità. Partendo dal loro riconoscimento e dalle loro cause è possibile attuare politiche sociali in grado di attenuarne gli effetti negativi. E' utile anche il confronto con altre realtà sociali ed altri modelli di welfare che possono essere presi ad esempio per estrapolarne misure da adottare ed adattare nel nostro Paese.

Prima di passare alla descrizione del sistema italiano si è cercato di definire al meglio il concetto di welfare state, presentato come scelta di civiltà. Riconoscere la dignità della vita umana è una necessità e un dovere. Il testo costituzionale italiano sotto l'influenza del piano Beveridge inglese introduce principi che richiamano il concetto di stato sociale. Si pensi all'art 38 il quale afferma che: "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera".; o l'art 32 in materia di salute: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il welfare è un'infrastruttura di coesione sociale. Quest'ultima è uno degli elementi portanti della fiducia e conseguentemente della crescita.

Proprio per la sua forte valenza sociale e dipendendo da un accordo di coesione tra i cittadini, esso non va considerato come un dato acquisito. In altre epoche storiche ed anche attualmente in altri

Paesi il welfare è stato ed è percepito come un costo, un peso da portarsi dietro. Quindi necessario è alimentare e sostenere continuamente le politiche sociali, prevedendo cambiamenti ininterrotti che seguono le dinamiche economiche, politiche e sociali.

Altro fattore chiave per la buona riuscita di un sistema di welfare è la sua sostenibilità. Si devono prevedere servizi e misure sociali che siano in linea con l'ammontare delle risorse possedute da un paese. Ciò garantisce coesione e competitività.

Questa visione presuppone l'idea di base di una società fatta di comunità dove la creatura umana si realizza nelle relazioni interpersonali e dove viene enfatizzato il concetto di solidarietà.

Un nuovo modello di welfare emerso recentemente è quello così detto sussidiario, che può dar vita a forme di governance capaci di superare la dualità tra Stato e privato e rispondere positivamente alla complessità delle società moderne grazie al coinvolgimento dei soggetti intermedi appartenenti alla società civile. Si fonda su nuove forme di collaborazione e cooperazione tra gli erogatori di servizi che insieme sviluppano politiche sociali in armonia. Alla base di questa concezione di welfare vi è un'antropologia positiva che considera l'uomo soggetto capace di perseguire la propria utilità senza calpestare i desideri socializzanti propri di chi gli sta intorno.

Insieme al welfare sussidiario la comunità sussidiaria crea anche meccanismi che prima non c'erano. Si pensi alla mutualità, al crowdfunding al tema delle donazioni e del welfare aziendale. In quest'ottica, pubblico e privato non si considerano realtà antitetiche, quanto piuttosto sistemi sociali complementari e convergenti. Unicamente in questo loro reciproco e progressivo avvicinamento si potrà infatti tendere al raggiungimento di un welfare sussidiario o della responsabilità efficace ed efficiente e capace di rispondere ai bisogni della collettività.

Emergono nuovi modi per finanziare il welfare e alla base vi deve essere un'economia che crea risorse e che cresce in modo sostenibile.

L'idea moderna è che l'uomo costituisce una risorsa e se esso è felice lavora in modo migliore. Si istaura il concetto di welfare come processo creativo di valore per la società. Investire in capitale umano migliora il livello qualitativo della vita. Secondo la teoria del capitale umano, mettere la persona in condizioni di vita migliori genera valore aggiunto per la collettività. Tre sono i principi:

- Pluralismo di offerta e welfare sussidiari. La pluralità di offerte consente una maggiore competizione verso il miglioramento. Quest'ultimo non ha come scopo la

massimizzazione dell'utilità per l'impresa, ma la massimizzazione del benessere collettivo. Serve sia l'investitore privato che pubblica e le organizzazioni no profit;

- Libertà di scelta per l'utente;
- Solidarietà. Bisogna tener conto dei soggetti, delle reti familiari e sociali. In Italia la famiglia è un fattore di risparmio degli ammortizzatori sociali verso gli anziani.

Si viene a configurare così un welfare che apre alla crescita e all'occupazione.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBRI

- a. Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il mulino, seconda edizione, 2012
- b. Ranci C., Emanuele P., *Le politiche di welfare*, Bologna, Il mulino, 2015

### ARTICOLI

- a. Pasini N. (2017), “Welfare italiano tra mancato universalismo e accentuato particolarismo”, in “iris air”
- b. Tarquini A. (2017), “La Finlandia sperimenta il reddito minimo garantito”, in Repubblica.it
- c. Bonomi A. (2017), “Il nuovo modello di welfare affonda le radici negli esempi virtuosi del ‘900”, in ilSole24ore.com
- d. Astarita C., (2015), “Gli otto paesi con il sistema di welfare più generoso”, in Panorama.it
- e. Roma G., (2013), “Il nostro welfare ha tre velocità”, in Panorama.it
- f. Foschini P., Pica P., (2017) “Il welfare che ci cambia il lavoro”, in Corriere.it

### SITI WEB

- a. [http://www.repubblica.it/salute/2017/06/06/news/rapporto\\_gimbe\\_crisi\\_sistema\\_sanitario-167387988/](http://www.repubblica.it/salute/2017/06/06/news/rapporto_gimbe_crisi_sistema_sanitario-167387988/) (ultima modifica 6 giugno 2017)
- b. <http://www.legionatedibertinoro.it/wp-content/uploads/2016/03/DAL-LIBERALISMO-WELFARISTA-AL-WELFARE-SUSSIDIARIO.pdf>
- c. Vittadini G., “La crisi del welfare”, <http://www.economia.rai.it/>
- d. Passera C., “Potenzialità e rischi del welfare italiano”, <http://www.economia.rai.it/>
- e. Turati G., “Universalismo e sistema sanitario italiano”, <http://www.economia.rai.it/>

- f. Guterres A.. “I rifugiati hanno il diritto di essere protetti”,2015,  
[https://www.ted.com/talks/antonio\\_guterres\\_refugees\\_have\\_the\\_right\\_to\\_be\\_protected?language=it](https://www.ted.com/talks/antonio_guterres_refugees_have_the_right_to_be_protected?language=it)

## DOCUMENTI

- a. 24esima edizione del Rapporto annuale Istat (2016), capitolo 5 “Il sistema della protezione sociale e le sfide generazionali”, [http://www.istat.it/it/files/2016/04/Cap\\_5\\_Ra2016.pdf](http://www.istat.it/it/files/2016/04/Cap_5_Ra2016.pdf)
- b. Libro bianco ISPE-Sanità (2014), [http://m.ispe-sanita.it/1/upload/ispe\\_libroweb18settembre.pdf](http://m.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf)
- c. Quarto rapporto su “il bilancio del sistema previdenziale italiano” (2015),  
[http://www.educational.rai.it/materiali/pdf\\_articoli/37088.pdf](http://www.educational.rai.it/materiali/pdf_articoli/37088.pdf)
- d. Rapporto finale CENSIS, Edizione settembre 2015,  
[http://www.secondowelfare.it/edt/file/PARTE%201\\_RAPPORTO%20FINALE%20CENSIS\\_VOLUME%20A%20STAMPA\\_ED%20SETT%202015\\_docx.pdf](http://www.secondowelfare.it/edt/file/PARTE%201_RAPPORTO%20FINALE%20CENSIS_VOLUME%20A%20STAMPA_ED%20SETT%202015_docx.pdf)
- e. Rapporto n° 6 anno 2017, “La regionalizzazione del bilancio previdenziale: modalità di finanziamento e prestazioni”, a cura del Centro studi e ricerche di Itinerari Previdenziali,  
[file:///C:/Users/MariaLetizia/Downloads/32042938Regionalizzazione%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MariaLetizia/Downloads/32042938Regionalizzazione%20(1).pdf)

