

Dalle anomalie della spesa sociale italiana alle sfide dei sistemi di welfare dell'Unione europea

Maurizio Fiumara

Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie "G. Prato"

Ottobre 2006

Estratto

Nonostante già dal 1600 sia forte in Europa l'esigenza di un'organizzazione assistenziale degli Stati, è nota la scarsa attenzione che riceve la spesa assistenziale nel nostro paese. Le risorse che vengono destinate ai più poveri sono poche. Sicuramente molte meno di quelle possibili in proporzione al reddito pro capite e molto meno di quanto spenda la maggior parte degli altri paesi Ue e OCSE. Il continuo declino, dal 1960, delle risorse destinate alle politiche assistenziali e l'anomalia del livello sono l'indicatore più significativo del disinteresse del legislatore verso le problematiche connesse alla povertà della popolazione; solo la Grecia, tra i paesi dell'Unione europea, si trova in simili condizioni.

La contabilizzazione della spesa assistenziale e la sua comparazione con gli altri Paesi Membri, allo stesso tempo, non è di facile conseguimento per la presenza di diversi fattori che ne complicano la realizzazione, non ultima, la predisposizione a voler rendere poco trasparente la collocazione delle quote nell'una o nell'altra tipologia di spesa al fine di poterle classificare opportunamente, a seconda delle necessità.

In generale, il lavoro precario, i carichi familiari, la non autosufficienza, l'esclusione sociale, la mancanza di adeguate opportunità formative, l'obsolescenza delle competenze professionali e l'invecchiamento demografico sono tutte problematiche che, con esclusione dei paesi nordici, stanno mettendo a dura prova i welfare internazionali, per cui è diventato necessario ed urgente riscrivere il contratto fra generazioni.

1. Introduzione

Quando si parla di spesa sociale è sostanziale non commettere confusioni gratuite imputabili a superficialità che possono condurre al facile errore di confonderla con una delle sue componenti. Esse stesse sono spesso, per limiti quantitativi, formali o di convenienza, di difficile identificazione, creando non pochi problemi a livello contabile e di comparazione. Per spesa sociale s'intende l'insieme di "interventi e servizi sociali" previsto dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112 classificabili in:

- pensioni,
- spese per assistenza economica alla popolazione in età da lavoro,
- spesa sanitaria,
- spesa per i servizi sociali.

Tra queste, la spesa assistenziale è uno di quei casi in cui la sua definizione non è così puntuale come ci si aspetterebbe, né sotto il profilo concettuale né sotto quello quantitativo. Ma procediamo con ordine.

In base alla legge quadro 328 dell'8 Novembre 2000 di riforma dei servizi sociali, "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia. (...)". A questo uopo contribuiscono lo Stato, le Regioni, gli Enti Locali, che a loro volta possono autorizzare una molteplicità di altri istituti, come organismi non lucrativi di utilità sociale, fondazioni, enti di patronato, organizzazioni di volontariato. Per contro, hanno diritto di usufruire delle prestazioni "i cittadini italiani e i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea, con i loro familiari, che si trovino in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali". Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono, poi, tenuti ad informare i loro destinatari sulle diverse prestazioni di cui possono servirsi, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate. Questa la forma.

Concettualmente, però, la natura assistenziale è, molte volte, confusa con la nozione di previdenza, quando non anche, con forme di assistenzialismo anarcoide; allo stesso tempo, sotto il profilo quantitativo, è possibile rilevare classificazioni e stime piuttosto differenti tra ISTAT e ricercatori privati. Tutto questo rende impreciso e particolarmente difficoltoso, se non addirittura impossibile, alcune volte, il confronto tra nazioni o l'individuazione esatta degli interventi nazionali in tal senso. Per esempio, secondo una ricerca condotta per la CTSP¹ da Massimo Matteuzzi, nel 1995

¹ Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica del Ministero del Tesoro.

l'ammontare della sola spesa assistenziale pubblica erogata a favore di soggetti in difficoltà economica o con gravi handicap tali da renderli non idonei all'autosostentamento, escludendo altre tipologie di trasferimenti, poteva essere valutata in circa 63 mila miliardi di lire, cioè il 3,6% del PIL. In soli sei anni, cioè dal 1989, anno in cui la spesa assistenziale italiana raggiunse il suo massimo storico del 4,7% del PIL, ci fu una diminuzione, dovuta alla contrazione dei trattamenti a favore delle famiglie, addirittura di un punto percentuale!

Fino qui non vi è ancora nulla da obiettare: la spesa assistenziale rimane equiparabile a quella di altri paesi europei confrontabili. I problemi sono altri: per esempio, discendono dalle "duplicazioni" degli interventi, imposti dalla pleora di istituti esistenti, come nel caso in cui, facendo riferimento alle invalidità, si possono notare interventi monetari effettuati sia dall'INPS che dal Ministero degli Interni. Inoltre, vero è che la distinzione tra contributi previdenziali ed assistenziali non sempre è facilmente tracciabile, ma è anche chiaro che, in base alla riforma pensionistica del 1995, le fonti finanziarie per i primi dovrebbero essere di carattere contributivo, mentre ai secondi dovrebbero partecipare tutti attraverso le imposte generali, cosa che nella realtà non è sempre vera.

Ancora troppo distante, quindi, pare essere la soluzione del problema per fare chiarezza sulle competenze e per disciplinare in maniera adeguata questo settore.

Innanzitutto perché l'INPS è attualmente il principale erogatore sul quale si concentrano maggiormente gli sforzi, tralasciando ingiustamente tutti gli altri enti, di fatto, operativi. In secondo luogo perché le competenze su cui interviene l'INPS sono la Gestione per prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti e la Gestione degli interventi assistenziali, in cui non sono separati gli aspetti previdenziali da quelli assistenziali.

2. La spesa sociale italiana

La spesa sociale definisce le voci di bilancio riferite agli obiettivi dello stato sociale, che sono fondamentalmente due: erogare prestazioni monetarie o in natura, per tutti coloro che per vecchiaia, invalidità, mancanza di lavoro o per particolari situazioni soggettive non sono in grado di ottenere un reddito congruo; dall'altra, fare in modo che tutti i cittadini possano accedere ad alcuni servizi di grande rilevanza sociale, quali l'istruzione e la sanità. Lo Stato può erogare direttamente i suoi finanziamenti, ottenuti attraverso il prelievo, tributario o contributivo; può, altresì, creare norme agevolative, spesso connesse al rapporto di lavoro. Il settore pubblico può essere, allo stesso tempo, produttore ed erogatore dei servizi sociali, come sanità e istruzione; al contrario, può essere delegata al settore privato la produzione, limitando al solo finanziamento il compito dello Stato.

Può essere previsto un regime di monopolio pubblico nella produzione e nell'erogazione di certi servizi, ma possono essere ammesse, o anche favorite, forme di concorrenza fra strutture pubbliche e private. Ancora, lo stato sociale può essere totalmente o parzialmente di natura "universale" nel senso che tutti i cittadini possono

beneficiare delle prestazioni (“a ciascuno secondo le proprie capacità e a ciascuno secondo i propri bisogni”) o “selettiva”, cioè può essere indirizzato esclusivamente alle fasce più povere della popolazione. Inoltre, vuole assicurare gli individui contro una serie di rischi che oltrepassano la capacità individuale e svolge, nello stesso tempo, funzioni redistributive, sia nel senso di garantire a tutti il diritto alla sopravvivenza attraverso specifici interventi assistenziali, sia in quello di permettere a tutti, servizi sociali indipendenti dalla capacità di pagamento individuale, come nell’istruzione pubblica dove, dopo il ciclo obbligatorio, l’accesso si fonda su un principio prevalentemente meritocratico (es. borse di studio collegate al profitto).

Lo stato sociale ha anche il compito di favorire l’integrazione sociale, evitando fenomeni di esclusione e creando condizioni in cui le opportunità di riuscita siano, in linea generale, aperte a tutti. Secondo una definizione di Eurostat, la protezione sociale comprende tutti quegli interventi che possono essere stanziati da organismi pubblici e privati, finalizzati a tutelare individui e famiglie da un predefinito insieme di rischi e bisogni, senza richiesta di contropartita. Convenzionalmente, sono classificati nelle seguenti macroaree:

- Malattia e assistenza sanitaria
- Invalità
- Vecchiaia
- Superstiti
- Famiglia e infanzia
- Disoccupazione
- Abitazione
- Esclusione sociale, non altrimenti classificata

Ma esiste un’altra risposta, a prescindere dall’etica, sul perché lo Stato dovrebbe preoccuparsi di garantire una protezione sociale ai suoi cittadini? La più espressiva giustificazione della necessità di uno stato sociale si basa sulla dimostrazione dell’ottimalità in senso paretiano di un sistema di mercato concorrenziale.

Il primo teorema dell’economia del benessere afferma che un meccanismo concorrenziale è in grado di determinare il raggiungimento di una configurazione ottimale paretiana quando sono verificate alcune condizioni riguardanti la tecnologia (che non deve essere contraddistinta da rendimenti crescenti), l’assenza di esternalità (cioè ogni effetto, positivo o negativo, determinato dall’attività di un individuo, produttore o consumatore, sull’insieme di produzione e di consumo di un altro individuo, che non è incorporato nel sistema dei prezzi), l’informazione simmetrica (tutti gli agenti accedono allo stesso insieme d’informazioni) e la completezza dei mercati (tutti i beni e i servizi che entrano nella funzione di utilità individuale sono oggetto di scambio sul mercato ad un prezzo che pareggia domanda e offerta).

Quando una di queste condizioni non è verificata il mercato non è in grado di raggiungere autonomamente l’ottimalità paretiana, comportando la richiesta di un intervento correttivo e migliorativo da parte dell’autorità pubblica; anche se a volte l’intervento pubblico non è esente da inefficienze che talvolta possono soverchiare quelle del libero mercato.

2.2 Le origini

Il sistema assistenziale inizia a strutturarsi in Europa nei primi anni del 1600 sotto la spinta e l'egemonia della Chiesa. Furono fondate congregazioni che si dedicavano alla raccolta di fondi per i poveri e istituzioni di ricovero per poveri in condizioni particolari, come orfani e ammalati. Nel corso del 1800 si affianca all'obiettivo assistenziale anche quello educativo che fa aumentare i lasciti e le iniziative a favore delle Opere pie le quali erogavano servizi e contributi a titolo caritativo. L'assistenza viene ancora concepita come un fatto individuale di carattere religioso e paternalistico svolto dalla Chiesa e da borghesi e aristocratici filantropi, per lo più spinti dalla volontà di redimere e rieducare gli emarginati e gli immorali o, quantomeno, per controllarli e segregarli in strutture dove non disturbassero l'ordine pubblico e sociale. Con l'unificazione dell'Italia e la nascita di uno Stato liberale, si rompe questo equilibrio storico determinato essenzialmente da due fattori: (i) lo sviluppo del movimento operaio, che impone un rinnovamento ed un allargamento dei criteri assistenziali; (ii) la necessità, dopo la rottura dei rapporti con lo Stato pontificio, di rimuovere la roccaforte del clero rappresentata dalle Opere pie.

Così, il passaggio dal sistema feudale a quello capitalistico e l'avvento della borghesia al potere produrranno profondi mutamenti economici e sociali. Le vecchie condizioni di vita, feudali e patriarcali, vengono progressivamente distrutte. L'industrializzazione e l'urbanizzazione sono causa di disgregazione della grande famiglia patriarcale che rappresentava l'unico sistema di sicurezza sociale; accrescono i bisogni delle singole famiglie e dei singoli membri, peggiorano drasticamente le condizioni abitative e sanitarie dei lavoratori e delle loro famiglie. La disoccupazione o la malattia del capofamiglia, unico produttore di reddito, porta repentinamente l'intera famiglia alla fame e costringe le donne a lavorare fuori casa, con inevitabili conseguenze sulla crescita e la cura dell'infanzia. Il movimento operaio comincia ad organizzarsi, nascono le prime società di mutuo soccorso e casse come forma di autorganizzazione in caso di perdita del lavoro per malattia o disoccupazione. Naturalmente, la Chiesa non si rassegna alla perdita del proprio potere temporale e usa tutto il suo capillare e imponente apparato di culto e beneficenza per condizionare il nuovo Stato liberale.

Parallelamente, il Governo italiano si trova a dover affrontare direttamente, e per la prima volta, il difficile tema dell'assistenza. Apre con un'inchiesta su tutte le Opere pie esistenti rilevandone la consistenza patrimoniale, quella delle prestazioni effettuate, sia in denaro che in natura, il numero di assistiti. Secondo i lavori della Commissione reale d'indagine, le Opere pie presenti nel regno italiano fra il 1880 e il 1888 sono 21.819. Ne fanno parte ben 2.770 istituzioni dedicate al culto o al culto e alla beneficenza, 1.923 dedicate ai sussidi dotati, 257 conservatori, ritiri o convitti volti al recupero morale delle donne "cadute", 823 ospedali, 13 istituti che si occupano di sordomuti e 2 che si dedicano all'assistenza ai ciechi. E poi scuole, asili infantili, ospizi di maternità, manicomio, case di rieducazione per minorenni "traviati", nonché un numero piuttosto rilevante di Monti (Monte di Pietà, Monte dei Paschi,

Monte di maritaggio, ecc.) che oggi sarebbero considerati dei veri e propri istituti di credito.

Dall'inchiesta emerge così una quantità impressionante di risorse, tra private, immobili, mobili, donazioni, lasciti ereditari, doti per monacazione, gestite prevalentemente dalla Chiesa, che le verranno sottratte convertendole ad una gestione laica attraverso leggi statali. Le prime e principali tappe in materia di assistenza saranno le leggi del 1862, del 1890 (Legge Crispi) e del 1904 (Legge Giolitti). Inizialmente, la legge del 1862, in pieno fervore liberale, all'alba dell'unificazione, mirerà a dare la massima autonomia alle Opere pie; le sgancerà dal potere legislativo e da quello ecclesiastico, ponendole in una situazione giuridicamente ambigua, fra il pubblico ed il privato. L'introduzione della prima assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, invece, risale al 1898 anche se la nascita effettiva di una spesa nazionale dedicata alla protezione sociale ha origine solo nel secondo dopoguerra su iniziativa dei diversi paesi occidentali. Il loro proposito sarà quello di: attenuare gli effetti della povertà; promuovere la salute dei cittadini; promuovere la qualità di vita delle famiglie; promuovere le pari opportunità tra donna e uomo; promuovere l'istruzione dei giovani e la formazione degli adulti; assicurare contro i rischi economici conseguenti a disoccupazione, malattia, invalidità, vecchiaia.

Inizialmente il numero degli eventi negativi per i quali lo Stato si assumerà la responsabilità di provvedere sarà limitato, ancora sostanzialmente gestibile. Più avanti, con la crisi petrolifera degli anni Settanta, i paesi si troveranno nella inconsueta situazione di una contestuale crescita ridotta del prodotto, da una parte, e di maggiore esigenza di tutela sociale, dall'altra, che darà il la ad una serie di interventi legislativi finalizzati alla sopportazione di un così gravoso, ma necessario, impegno.

2.3 Le competenze

In Italia, prima dell'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza si distinguevano nettamente due diversi canali di spesa per le politiche socioassistenziali: le erogazioni di tipo monetario a favore delle famiglie erano tradizionalmente di responsabilità statale, mentre quelle destinate ai servizi e agli interventi sociali territoriali spettavano prevalentemente a Regioni e Comuni. Inoltre, lo Stato poteva erogare a Regioni ed Enti Locali contributi finalizzati a raggiungere obiettivi predefiniti per la realizzazione di interventi e servizi sociali destinati a particolari "categorie" di utenti e a loro volta, Regioni ed Enti Locali potevano, discrezionalmente, integrare tali finanziamenti con risorse proprie, il cui indirizzo era deciso in modo autonomo. La Legge Costituzionale n.3/2001 ha invertito lo schema delle competenze normative e delle responsabilità tra Stato e Regioni; così, è diventata di competenza esclusiva delle Regioni "ogni altra materia non espressamente riservata allo Stato", escludendo, quindi, quelle di competenza esclusiva dello Stato e quelle ricomprese nell'ambito della legislazione concorrente (per es. Unione europea). In materia di *welfare* e politiche d'inclusione sociale, viene

riconosciuta alle Regioni competenza esclusiva nell'implementazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali previsti dalla Legge 328/00, mentre allo Stato viene conferito il compito di definire gli standard ed i livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali². Inoltre, alle Regioni spetta definire i modelli di decentramento alle autonomie locali (Province, Comuni) in materia di politiche sociali (c.d. sussidiarietà verticale) e di valorizzazione del privato sociale, o terzo settore, in materia di programmazione e realizzazione dei servizi e degli interventi sociali (c.d. sussidiarietà orizzontale). La nuova struttura organizzativa, dunque, delega allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, attribuisce ai Comuni le funzioni amministrative, riservando alle Province l'analisi dei bisogni e l'attività su risorse e offerta assistenziale ed alle Regioni gli incarichi di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, insieme con gli Enti Locali, e la verifica dell'attuazione sul territorio.

In summa, le mansioni di regolazione e indirizzo, che prima erano affidate all'amministrazione statale spetteranno ora alle Regioni, mentre a livello centrale si definiranno le attività di monitoraggio, collegamento, scambio informativo, valutazione e consulenza, per il raggiungimento sostanziale degli obiettivi prefissati, che presuppone la responsabilità di tutti i soggetti coinvolti, sia pubblici che privati, basata sul principio della sussidiarietà.

Il comma 3 dell'art.1 della legge 328/00 attribuisce ad Enti Locali, Regioni e Stato la principale responsabilità della programmazione e organizzazione della rete. I commi successivi individuano, poi, i diversi soggetti privati che possono assumere un ruolo attivo nella progettazione e nella realizzazione degli interventi.

La concertazione sta alla base del nuovo modello in cui le istituzioni pubbliche interagiscono con le organizzazioni sindacali, con il volontariato e con il terzo settore per rispondere in maniera esaustiva alla domanda dei cittadini.

2.4 La situazione italiana dal 1960

Nel ventennio che va dal 1960 al 1980 si assiste ad un incremento della spesa pubblica "corrente" dovuta soprattutto ad una crescita nell'area del *welfare*, mentre le altre aree di spesa continuano ad assorbire la medesima quota di risorse. Questi anni si caratterizzano per l'estensione delle prestazioni previdenziali: è importante evidenziare come il numero delle pensioni passi da circa 6.500.000 di unità nel 1960 a oltre 10.000.000 nel 1970, quasi il 50% in più in dieci anni. Viene istituito per i lavoratori dipendenti il passaggio dal sistema contributivo a quello retributivo e con la riforma del 1968-69 la pensione raggiunge l'80% della retribuzione, con la conseguenza di una spesa per la previdenza che passerà dal 35% al 37% della spesa complessiva. In questo decennio si verifica anche un progressivo aumento della spesa sanitaria che passa dal 3,1% nel 1960 al 4,5% nel 1970 in rapporto al PIL. L'aumento

² Ne parlerò dettagliatamente più avanti nel paragrafo dedicato a "I livelli essenziali di assistenza", p.45.

di spesa è dovuto ad un dilatamento del personale medico e paramedico, delle strutture ospedaliere e delle visite specialistiche. Così, ad esempio, il tasso di ricoveri ospedalieri per 1000 abitanti passa da 80 nel 1960 a 150 nel 1970. Negli anni '60 l'economia cresce a tassi sostenuti e questo permette di assorbire l'espansione della spesa senza creare grossi problemi al bilancio pubblico. A partire dagli anni '70 il tasso di crescita del PIL diminuisce, originato dallo shock petrolifero di quegli anni, come già ricordato, mentre continua l'incremento della spesa, anche se ad un tasso leggermente inferiore a quello degli anni '60. Questa opposta tendenza determinerà il peso crescente della spesa sul PIL, eccedendo sistematicamente le entrate, alimentando, così, il debito pubblico.

Dal 1984 si cominciano ad adottare provvedimenti restrittivi per la spesa previdenziale. Si deciderà, fra l'altro, di trasformare la "pensione di invalidità" in "pensione di vecchiaia", al compimento di 60 anni per le donne e di 65 anni per gli uomini. In questo modo, il numero dei pensionati invalidi INPS passerà da 5.226.000 nel 1980 a 4.750.000 nel 1987, mentre le pensioni di vecchiaia incrementeranno di 828.000 unità passando da 4.212.000 a 5.040.000 spostandone i pesi, ricavando, in termini di spesa su PIL, un aumento della quota di spesa per pensioni di vecchiaia ed una riduzione della quota di spesa per pensioni di invalidità. Mentre si tenterà di restringere la spesa per pensioni di invalidità erogate dall'INPS, si assiste, parallelamente, ad un corposo sviluppo delle erogazioni da parte del Ministero degli Interni, i cui interventi confluiscono nella voce di spesa "assistenza" anziché "previdenza". Dal 1980 al 1987 il numero degli invalidi civili crescerà quasi del 200% quando, nello stesso periodo, quello di ciechi e sordomuti aumenterà solo del 6%. Tra il 1990 e il 1994 si evidenzia un aumento sia della spesa previdenziale che assistenziale, di cui la prima subisce un incremento, approssimativamente del 38%, in termini monetari, passando da circa 220.000 miliardi nel 1990 a 300.000 miliardi nel 1994. La spesa sanitaria si estende, invece, da circa 83.000 miliardi del 1990 a circa 95.000 miliardi del 1994 subendo anch'essa un incremento importante del 15%, seppur non paragonabile a quello subito da previdenza e assistenza.

Tabella 1 - Spesa sociale / PIL

	1962	1970	1975	1993*
Francia	16,3	18,3	22,7	30,9
Germania	17,5	19,9	27,9	30,3
Italia	14,3	18,9	23,7	25,8
Paesi Ue				28,5

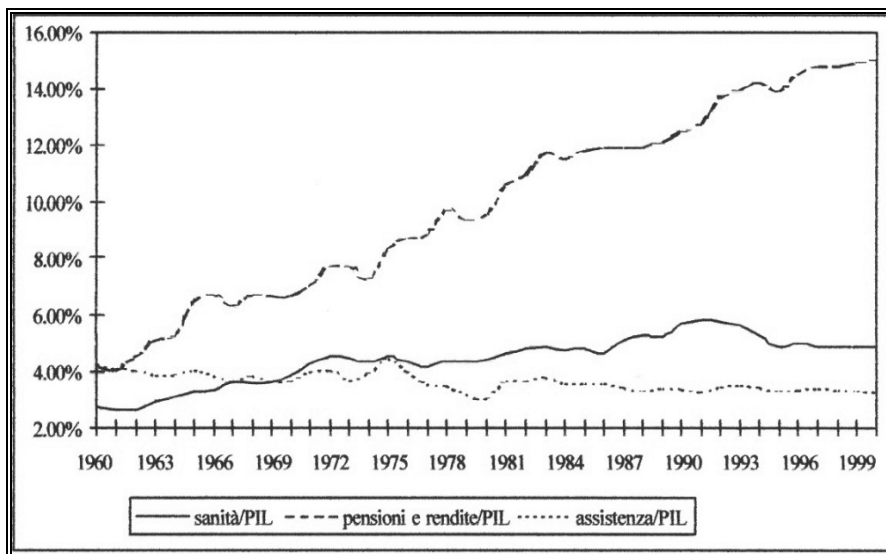
Fonte: C. D'Apice, Saggi, 1989.

Fonte*: Eurostat

In Italia la spesa sociale, nell'accezione attuale, prende forma alla fine degli anni Settanta del '900 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Quasi i due terzi

della spesa sociale sono dedicati alla voce “pensioni e rendite”, da cui vengono escluse le pensioni di guerra, sociali, d’invalidità civile, e per ciechi e sordomuti, incluse, invece, nella voce “assistenza”. Una prima peculiarità del sistema di protezione sociale italiano è che mentre da quando è stato istituito, ed in rapporto al PIL, la spesa per la sanità è raddoppiata e quella per l’assistenza si è ridotta, la spesa per “pensioni e rendite” si è quasi quadruplicata.

Fig. 1 – Spese di protezione sociale (in percentuale del PIL)



Questo lascia intuire che in Italia esiste una tendenza a voler confondere la spesa sociale con quella per la tutela sui rischi economici della vecchiaia, vista la situazione atipica del nostro paese di un invecchiamento relativamente più rapido della popolazione, tralasciando abbondantemente gli interventi a favore dei rischi economici individuali, di cui solo la Cassa Integrazione Guadagni è l’unica forma significativa di assistenza. Rispetto alle altre voci di spesa e grazie all’introduzione di successive, importanti riforme nel passato, la spesa pensionistica è cresciuta più moderatamente. Il tasso di crescita medio annuo è passato dal 2.1% tra il 1997 e il 2000 all’1.4% nell’ultimo lustro, anche se ha mantenuto la sua crescita nei confronti del PIL, prevedendo di raggiungere il suo punto di massimo intorno al 2035-40, con un incremento, rispetto al 2005, del 2.1% dovuta agli attuali andamenti demografici. Questa percentuale incrementale (che è prevista rimanere sostanzialmente invariata per l’intero periodo 2007-2011, collocandosi nel 2011 al 14.3% del PIL) non è così elevata rispetto alla media europea, ma resta ancora elevato il suo rapporto col PIL che nel 2004 era del 14.1%, a fronte di una media europea del 10.6%.

Tabella 2 – Spesa per pensioni (valori assoluti in milioni di euro).

	Consuntivo	Previsioni					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pensioni	198.872	207.440	215.910	224.960	231.250	238.350	246.250
Tasso variazione %	-	4.3	4.1	4.2	2.8	3.1	3.3
Rapporto al PIL (%)	14.0	14.1	14.3	14.4	14.3	14.3	14.3

Fonte: DPEF

Fig. 2 – Previsione della spesa per pensioni fino al 2011.

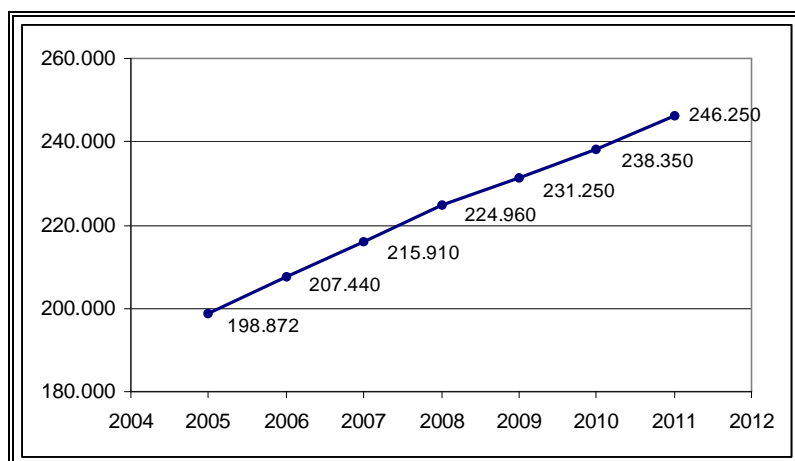
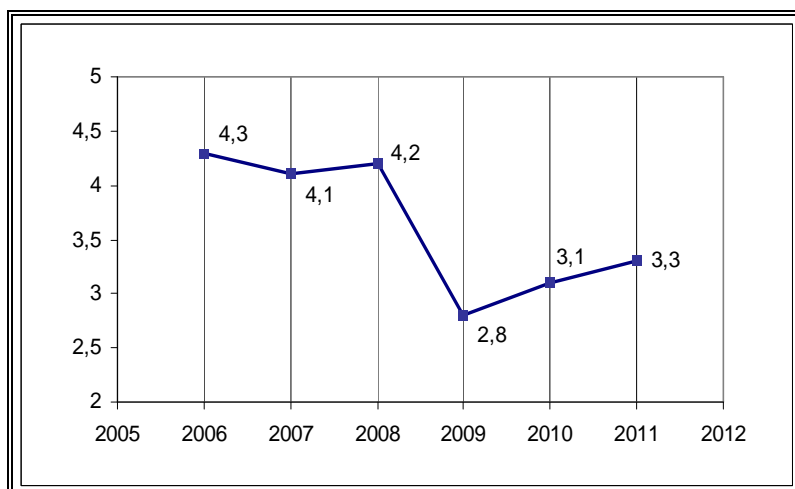


Fig. 3 – Tasso di variazione percentuale della spesa per pensioni dal 2006 al 2011.



Ulteriori analisi prevedono un incremento dello 0.8% tra il 2004 ed il 2030 contro l'1.4% dell'Ue15 e l'1.3% dell'Ue25; e dello 0.4% tra il 2004 ed il 2050 contro un 2.2% dell'Ue15 e 2.1% dell'Ue25. E' importante osservare, inoltre, che per il futuro, in Italia, sulla base delle previsioni ufficiali, il monte pensioni in termini di PIL dovrebbe passare dall'attuale 14,1% al 16% nel 2033 e la popolazione anziana dovrebbe aumentare del 10% rispetto ad una diminuzione generale della popolazione di circa 2 milioni dai 58 attuali.

L'unico modo, quindi, per raggiungere una condizione di equilibrio senza ridurre le prestazioni è quello di aumentare il tasso di attività aumentando il tasso di occupazione tra le donne e gli anziani, possibile in molti casi per le migliorate condizioni di salute, ma anche allargando la popolazione dei soggetti contribuenti. Tutto ciò implica che, pur aumentando le pensioni pro capite, il reddito unitario del resto della popolazione aumenterebbe in misura superiore e assumendo, in base alle previsioni contenute nei documenti ufficiali, un tasso di crescita del PIL pari all'1,5% medio annuo e ipotizzando un leggero progresso dell'età pensionabile, in assenza di interventi legislativi, il rapporto fra il reddito medio del pensionato e quello del resto della popolazione dovrebbe ridursi, sempre nel 2033, dal 44% attuale al 38%. (Roberto Artoni, *Stato sociale*, 2006, p. 22).

Anche la spesa sanitaria tende a crescere, ma non solo per l'allungamento della vita media: infatti, aumenta anche la domanda di una qualità più esigente da parte di un numero sempre in aumento di utenti più progrediti e la conseguente introduzione di tecnologie più avanzate, quindi, più costose. Nel caso di cure mediche qualificate particolarmente costose, escludendo l'idea che debbano essere sopportate direttamente e completamente dal singolo, due sono le alternative: attivare un sistema in grado di discernere gli individui sulla base della loro storia professionale caratteristica, o riconoscere universalmente il diritto a cure adeguate. In questo caso sarà necessaria un'attenta gestione dei costi accompagnata da opportuni meccanismi di razionamento, ferma restando la scelta di un appropriato valore soglia.

Per la definizione di un quadro completo della situazione italiana diventa importante, a questo punto, possedere anche un'idea dei numeri riguardanti la povertà del nostro paese che, da un'indagine ISTAT del 2005 eseguita sui consumi, evidenzia un aumento di quasi un punto della quota di famiglie povere, portandone il livello all'11.7% sul totale delle famiglie italiane. Risulta altresì crescente il divario tra Nord e Sud con una curva di rischio povertà ad U, più alto per le famiglie con bambini piccoli, che si abbassa quando il capofamiglia raggiunge l'apice della carriera e che torna a salire per i pensionati.

3. Il contributo dei NAP nella comprensione della situazione italiana

I Piani d'Azione Nazionale (NAP) contro la povertà e l'esclusione sociale sono lo strumento determinante nella programmazione delle politiche pubbliche a livello

nazionale, per massimizzare le metodologie di coordinamento dei diversi livelli istituzionali, individuare gli obiettivi, pianificare ed implementare gli interventi, per la definizione di nuovi strumenti di carattere normativo e finanziario, per favorire adeguati percorsi di inclusione verso i soggetti a maggiore rischio di esclusione. Il documento individua gli obiettivi prioritari per il triennio di riferimento.

Il Libro Bianco sul Welfare, presentato nel febbraio 2003, ha tratteggiato la base su cui definire la nuova strategia di lotta all'esclusione sociale, con la precisa indicazione che "in coerenza con le Conclusioni del Consiglio Europeo di Lisbona³, l'Italia ha inteso rafforzare l'integrazione tra politica sociale, politiche del lavoro e politiche macroeconomiche, in un quadro di sviluppo economico e sociale bilanciato e sostenibile". In tale quadro, contraddistinto da intensi cambiamenti demografici d'invecchiamento e dalle nuove sfide derivanti dalla globalizzazione internazionale, la famiglia è individuata come protagonista del nuovo sviluppo delle politiche di *welfare*, per il suo ruolo cruciale nella coesione sociale e nella "solidarietà"⁴ tra generazioni. Nel documento si sottolinea che le politiche per la famiglia, oggi, non possono più essere viste solo come politiche di settore, ma devono concorrere nel sistema economico e sociale per garantire robustezza nello sviluppo del paese come risultato di una pluralità di interventi che ne riconoscono il ruolo di vero e proprio "attore di sistema". Piani d'Azione sono stati presentati alla Commissione europea nel 2001 e 2003. L'Italia ha presentato a luglio 2003 il Secondo Piano d'Azione Nazionale 2003 - 2005 e a Settembre 2004 l'aggiornamento.

3.2 Povertà in Italia e progetti occupazionali

Rispetto al quadro generale presentato nel NAP 2001, le condizioni di povertà e di esclusione sociale sono peggiorate nel contesto nazionale. Un'evidenza è fornita dai dati pubblicati dall'ISTAT in relazione al 2005: in Italia vivono in condizioni di povertà relativa⁵ 2 milioni e 674 mila famiglie (l'11,7% delle famiglie residenti), pari ad un totale di 7 milioni e 588 mila persone (il 13,2% della popolazione italiana). Oltre all'incremento del numero delle famiglie povere (+300.000) l'Eurispes stima che circa 2.500.000 di nuclei familiari siano a "rischio povertà", l'11% delle famiglie totali, ben 8 milioni di persone. Il totale tra le persone a rischio povertà e quelle già comprese tra gli indigenti si può calcolare in circa 5.200.000 nuclei familiari, all'incirca il 23% delle famiglie italiane e più di 15 milioni di individui, di cui quasi tre milioni sono minorenni (circa 1.700 minori sono già poveri e i restanti a serio rischio di povertà).

³ Il Consiglio europeo ha tenuto una sessione straordinaria il 23 e 24 marzo 2000 a Lisbona per concordare un nuovo obiettivo strategico per l'Unione al fine di sostenere l'occupazione, le riforme economiche e la coesione sociale nel contesto di un'economia basata sulla conoscenza.

⁴ Nel paragrafo "Le difficoltà nella determinazione della spesa assistenziale", p.39, affronterò la differenza tra solidarietà e mutualità nelle erogazioni.

⁵ La stima dell'incidenza della povertà relativa viene effettuata sulla base di una soglia convenzionale che individua il valore di spesa per consumi sotto il quale una famiglia viene definita "povera" in termini relativi; nel 2004 questa soglia era di 919,98 euro, il 5,2% in più rispetto al valore dell'anno precedente (874,74 euro).

Tabella 3 – Incidenza della popolazione a basso reddito per sesso, classe d'età e ripartizione territoriale (valori percentuali).

	1998	2000	2002
Sesso			
Maschi	19,9	19,3	19,5
Femmine	21,5	20,4	20,7
Classi d'età			
0-15 anni	26,3	25,4	30,0
16-24 anni	26,9	26,6	22,8
25-49 anni	19,3	18,7	20,5
50-64 anni	17,5	16,6	14,3
65 o più anni	17,8	16,6	15,3
0-64 anni	21,3	20,5	21,2
16-64 anni	20,1	19,4	19,2
Ripartizione geografica			
Nord-Ovest	10,1	7,6	7,4
Nord-Est	6,5	5,7	7,0
Centro	11,0	10,5	11,8
Mezzogiorno	40,6	40,8	40,6

Fonte: elaborazione del Ministero del Lavoro su dati Banca d'Italia, Ottobre 2005.

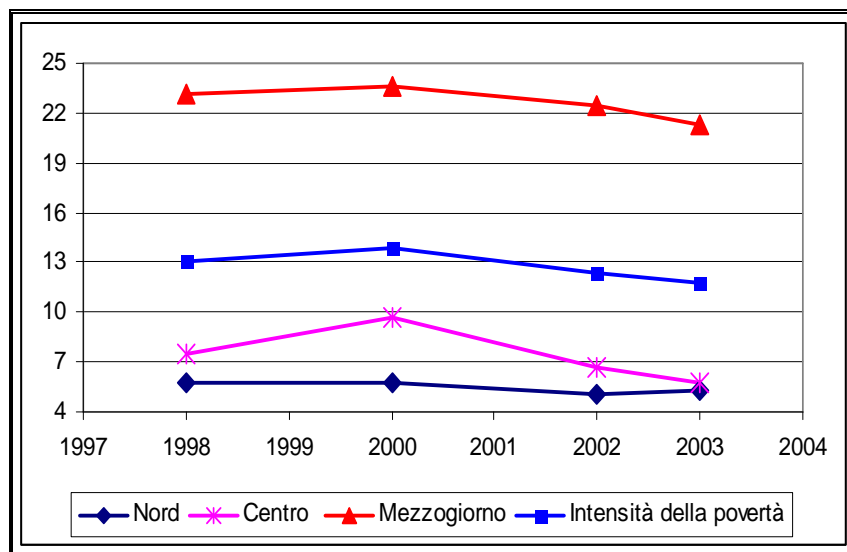
Per oltre il 58% degli italiani i soldi a propria disposizione non bastano ad arrivare a fine mese. Questo ha significato, negli ultimi anni, un profondo cambiamento negli stili di vita e nei comportamenti di consumo, che ha costretto taluni a ridurre il livello di spesa, per alcune voci, attuando vere e proprie tecniche di sopravvivenza. La stragrande maggioranza degli italiani ha operato tagli non solo alle spese per il tempo libero (61,5%) e per viaggi e vacanze (64%), ma anche alle spese destinate ai regali (72%) o ai pasti fuori casa (oltre il 66%). Quasi un italiano su dieci, il 9%, almeno una volta nei 12 mesi, non ce la fa a saldare il conto delle bollette di luce, gas ed acqua. Mentre il 14,4% almeno una volta nell'anno, trova grandi difficoltà ad onorare le rate per l'acquisto di mobili, auto, moto attraverso il credito al consumo e il 4% delle famiglie dichiara di non essere riuscita a pagare l'affitto o la rata di mutuo. Sempre più spesso le famiglie ricorrono al credito al consumo "soprattutto per far fronte ai bisogni essenziali, cure mediche e specialistiche, automobili, elettrodomestici, servizi per la casa, piuttosto che per acquistare beni e servizi voluttuari quali viaggi e vacanze". E si sta diffondendo "sempre più la pratica di credito al consumo per l'acquisto di beni di prima necessità come quelli alimentari". (Rapporto Italia 2006 – Eurispes).

Ma l'indebitamento delle famiglie continuerà a crescere non per alzare la quantità e la qualità dei consumi, bensì per riuscire a mantenere, per quanto possibile, il vecchio, dignitoso livello di vita. Nel Rapporto dell'Eurispes, è elencata anche una

classificazione tra poveri e ricchi da cui si rilevano “nuovi ricchi” soprattutto nei settori finanziario, assicurativo, immobiliare e dei servizi alle imprese.

Tra chi ha “perso” bisogna annoverare innanzi tutto i piccoli risparmiatori, travolti da vere e proprie truffe finanziarie (vedi caso Parmalat), alcune componenti del piccolo artigianato e della piccola distribuzione, e i piccoli e medi imprenditori agricoli, che non sono stati in grado di consorzarsi per ridurre i costi e aumentare il loro potere contrattuale nei confronti dei grossisti e dei rivenditori. La difficile congiuntura ha investito in maniera rilevante ampie fasce di lavoratori dipendenti (impiegati e operai), che in molti casi attendono da anni il rinnovo del contratto nazionale di lavoro e, soprattutto, i lavoratori atipici e parasubordinati, il cui numero è fortemente aumentato negli ultimi anni. Anche gli operatori dello spettacolo sono colpiti dalla crisi economica tanto che nell’ultima Finanziaria 2007 hanno visto ridursi in maniera drastica il Fondo unico a loro destinato. Vi sono, poi, i pensionati che, oltre a subire una forte perdita del potere d’acquisto, devono farsi carico del sostentamento di nipoti e figli i quali, a causa della precarizzazione dei rapporti di lavoro, non riescono a far quadrare il loro bilancio familiare.

Fig. 4 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie in Italia, rispetto ai consumi, per ripartizione territoriale, in valori percentuali, dal 1998 al 2003.



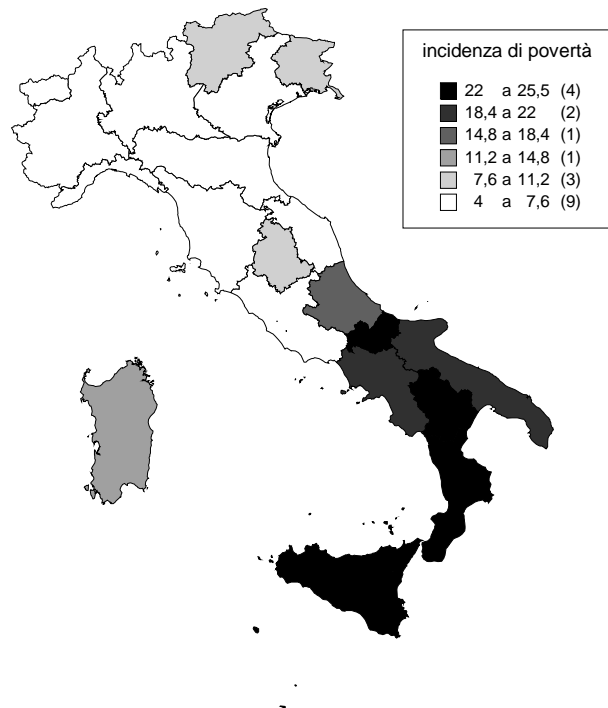
Fonte: ISTAT

La principale caratteristica della povertà italiana resta, comunque, quella di essere concentrata territorialmente; infatti è nel Mezzogiorno che risiede la percentuale più alta dei poveri del nostro paese. Posto pari a 100 il totale delle famiglie povere, il 65,6% risiede nel Mezzogiorno, situazione ancor più negativa se si pensa che il Sud

Italia ospita solo il 32,6% delle famiglie italiane residenti. In relazione all'intera penisola i dati territoriali mostrano che le famiglie povere sono così allocate:

4.7% nel Nord, 7.3% nel Centro, 25% nel Mezzogiorno; nel 2003 le corrispondenti percentuali erano: 5,3% nel Nord, 5,7% nel Centro, 21,3% nel Mezzogiorno, evidenziando un notevole peggioramento nel Sud Italia.

Fig. 5 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie per regione. Anno 2003.



La Finanziaria 2007 appena varata prevede un intervento differenziato sul cuneo fiscale appositamente per le imprese del meridione, dove sarà di 10.000 euro per ogni lavoratore a tempo indeterminato, rispetto ai 5.000 previsti per le aziende nel resto del paese; e attraverso la stabilizzazione del credito d'imposta, si garantirà alle aziende un tempo adeguato per l'utilizzo dei benefici fiscali. Nel Centro Nord la povertà relativa consegue valori modesti, inferiori al 4,5%, in Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia e significativamente inferiori a Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige (in particolare Bolzano) e Umbria, dove invece i valori sono superiori all'8,4%. Per quanto riguarda le tipologie familiari maggiormente colpite dal fenomeno, si rileva che la povertà si concentra nei nuclei familiari numerosi, in cui sono presenti tre o più figli; che gli anziani soli sono più poveri rispetto al resto della popolazione; infine, che le persone a minor rischio di povertà sono i *singles* e le coppie senza figli.

La crescita costante dell'occupazione rappresenta un importante traguardo raggiunto negli ultimi anni, fortemente sostenuto dalla Riforma del mercato del

lavoro, avviata nel 2003. La tendenza del mercato del lavoro italiano è positiva, nonostante un ciclo economico debole e malgrado il rallentamento generale della crescita economica europea che ha avuto effetti negativi sulla crescita dell'occupazione. (Rapporto Italia 2006 – Eurispes). Nel 2003, in Italia, si è potuto registrare per l'ottavo anno consecutivo, un consistente incremento occupazionale. Il tasso di crescita nel 2003, rispetto al 2002, è stato dell'1,5%, mantenendosi in linea con gli anni precedenti ed il numero di occupati ha superato la barriera dei 22 milioni di unità (per l'esattezza 22 milioni e 241 mila); il tasso di occupazione complessivo ha raggiunto, nello stesso anno, il 57,5 (passando dal 56,7 del 2002). L'aumento dell'occupazione italiana è caratterizzato, tra l'altro, da maggiore stabilità, con lo sviluppo delle nuove tipologie contrattuali che meglio si adattano alle esigenze dei lavoratori e, in particolare, all'occupazione femminile. Quest'ultimo è certamente il dato più interessante: la presenza femminile è passata dal 44,4% al 45,1% ed il tasso di disoccupazione è sceso all'8,1%; non si registravano tassi di disoccupazione così bassi dal 1992, con un tasso di disoccupazione di lunga durata che si è ridotto del 15%. La partecipazione al mercato del lavoro delle donne in età superiore ai 55 anni è cresciuta nelle regioni centro settentrionali, grazie ad un mercato particolarmente dinamico che ha favorito l'offerta di lavoro. La crescita dell'occupazione ha riguardato, in generale, sia i lavoratori dipendenti che quelli indipendenti, migliorando le statistiche passate ed è diminuita la quota di giovani che ha abbandonato gli studi prima della fine della scuola secondaria superiore. L'unico neo, sotto il profilo meramente economico, è l'effetto di un fenomeno positivo: la speranza di vita alla nascita che ha continuato ad aumentare, peggiorando la disuguaglianza dei redditi, seppur leggermente, di più del 5%. I dati, quindi, confermano come la partecipazione all'occupazione sia la migliore risorsa per la lotta all'esclusione sociale.

Per quanto riguarda la spesa per la protezione sociale, effettuata per il 93% dalle amministrazioni pubbliche, nel 2003 è stata pari al 26,4% del PIL, cioè l'1.6% al di sotto della media europea. Il 62% circa del totale è stato destinato alle funzioni vecchiaia e superstiti, che sono in lieve diminuzione e il 26% alle spese in sanità che, invece, tendono alla crescita. Sostanzialmente stabile la quota di risorse destinata ad invalidità, famiglia, disoccupazione, abitazione ed esclusione sociale. Con riferimento al Fondo nazionale per le Politiche Sociali⁶, nonostante la difficoltà di crescita dell'economia, ha sempre continuato a ricevere adeguata attenzione dalle successive leggi di finanza pubblica: si è passati da 508.116.120 euro nel 2000, a 1.716.555.931 euro nel 2003 e ad oltre 1.800 milioni di euro nel 2004, di cui oltre la metà destinati alle regioni. Il Fondo viene oramai assegnato alle regioni senza vincolo di destinazione affinché possano programmare i propri interventi, secondo i Piani regionali e la normativa regionale di riferimento, con una maggiore connessione agli obiettivi prioritari del territorio. E' stata, inoltre, avviata l'attività per il monitoraggio della spesa sociale. In particolare nel documento di aggiornamento al Nap/inclusione

⁶ Vedi paragrafo: "La rilevanza dei flussi di finanziamento", p.47.

che l'Italia ha presentato nel settembre 2004, a Bruxelles, si è fatto riferimento a due iniziative in questo ambito:

- a) *“Indagine pilota sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati”*.
- b) *“Il Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali”*.

L'indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, conclusasi nel Giugno 2004 relativamente all'anno 2002, ha evidenziato la componente pubblica della spesa socioassistenziale erogata a livello locale, i relativi beneficiari, le tipologie di servizi offerti, le modalità di gestione e le reti organizzative. In particolare, sono stati raccolti dati per alcune aree d'intervento: famiglia e minori, disabili, anziani, dipendenze, immigrati, disagio adulti. *Il Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* è il risultato di un gruppo di lavoro interistituzionale avviato nel Giugno 2004 e finalizzato alla sua realizzazione. Il lavoro ha avuto come obiettivo principale quello di ricostruire le tipologie di prestazioni su cui si basa l'intero sistema assistenziale italiano e di utilizzare e mettere in rete le diverse fonti informative (ISTAT, INPS, Ministero del lavoro e delle politiche sociali).

4. Differenze e anomalie della spesa sociale italiana rispetto ai paesi comunitari

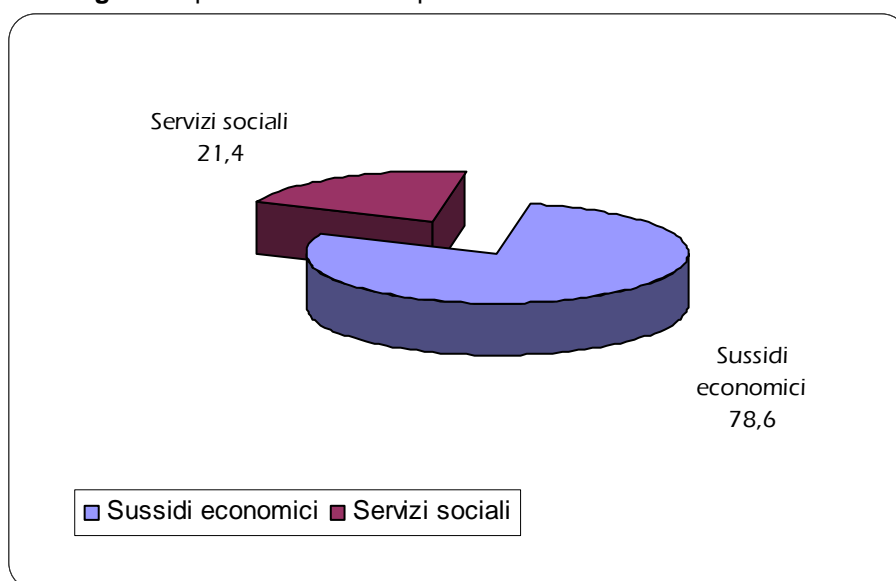
E' oramai consolidata la consapevolezza sull'importanza che viene riconosciuta alla previdenza quale voce della spesa sociale e della scarsa attenzione che, invece, riceve la spesa assistenziale nel nostro paese. Molti sono stati i cambi di classificazione che hanno portato fuori del contesto previdenziale voci passate sotto l'etichetta “assistenziale”, senza accertarsi della eventuale impropria collocazione. Non solo. Questo ha contribuito a rendere residuale la spesa assistenziale la quale costituirebbe tutto ciò che non è considerabile spesa previdenziale. Ciò malgrado, nel corso degli anni la spesa assistenziale è diminuita, mentre quella previdenziale è in continuo aumento. L'anomalia più grande, quindi, risulta essere non tanto la preminenza della spesa previdenziale quanto la ridottissima dedizione alla spesa assistenziale.

Tabella 4 - Spesa assistenziale in Italia. Anni 2002 e 2003.

	2002 (Miliardi di euro)	%	2003 (Miliardi di euro)	%
Sussidi economici	14.228	80.3	16.783	78.6
Servizi sociali	3.497	19.7	4.566	21.4
Totale	17.725	100	21.349	100
Assegni famigliari	5.256		5.250	

Fonte: Irs su dati del *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero del Welfare, 2005.

Fig. 6 – Ripartizioni % della spesa assistenziale in Italia. Anno 2003



Quindi poche risorse per i più poveri. Ma quanto poche? Sicuramente molte meno di quelle possibili in proporzione al reddito pro capite che nel tempo è andato aumentando diventando tra i più elevati in Europa e molto meno di quanto spenda la maggior parte degli altri paesi Ue e OCSE. E l'obiettivo futuro è proprio quello di eliminare quanto prima questa incoerenza non più procrastinabile, anche se l'argomento rimane di difficile valutazione rimanendo, il tema della previdenza, maggiormente difeso mentre, affrontato con qualche sospetto, indugia quello sull'assistenza.

Tabella 5 - Percentuale della spesa sociale sul PIL nei maggiori paesi dell'Ue.

	2000	2001	2002	2003
Francia	29.3	29.5	30.2	30.9
Germania	29.3	29.3	29.9	30.2
Regno Unito	27.0	27.5	26.4	26.7
Spagna	19.6	19.4	19.6	19.7
Italia	25.2	25.6	26.1	26.4
Ue (25)	26.9	27.1	27.4	28.0

Fonte: Eurostat

Fig. 7 - Percentuale della spesa sociale sul PIL nei maggiori paesi Ue tra il 2000 ed il 2003 (bar graph).

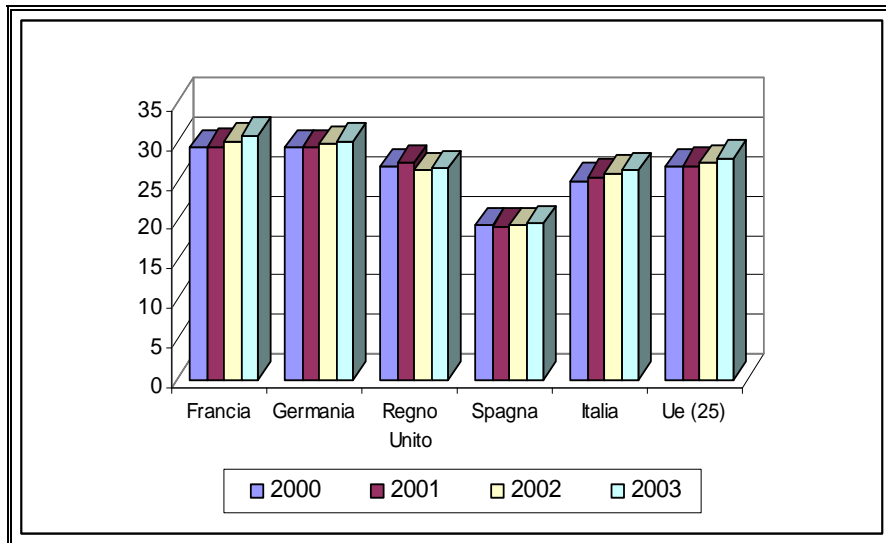


Fig. 8 - Percentuale della spesa sociale sul PIL nei maggiori paesi Ue tra il 2000 ed il 2003 (line graph).

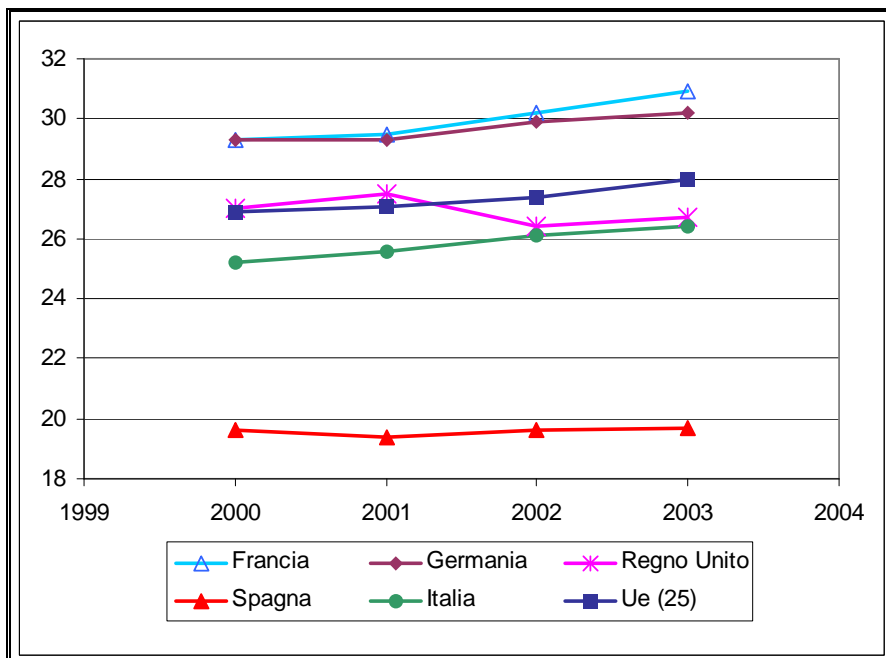


Tabella 6 - Percentuale delle aree d'intervento della spesa sociale sul PIL. Anno 2003.

	Sanità	Disabilità	Prestazioni pensionistiche	Disoccupazione	Sostegno alla famiglia	Abitazione	Esclusione sociale	TOTALI
Francia	9.4	1.5	13.4	2.4	2.8	0.9	0.5	30.9
Germania	8.4	2.4	13.0	2.6	3.2	0.2	0.5	30.2
Regno Unito	7.9	2.5	12.0	0.7	1.8	1.5	0.2	26.7
Spagna	6.0	1.5	8.6	2.6	0.6	0.2	0.2	19.7
Italia	6.8	1.7	16.3	0.5	1.1	0.0	0.1	26.4
Ue (25)	7.9	2.2	12.8	1.8	2.2	0.6	0.4	28.0

Fonte: elaborazione su dati Eurostat

Fig. 9 - % delle aree d'intervento della spesa sociale italiana sul PIL. Anno 2003.

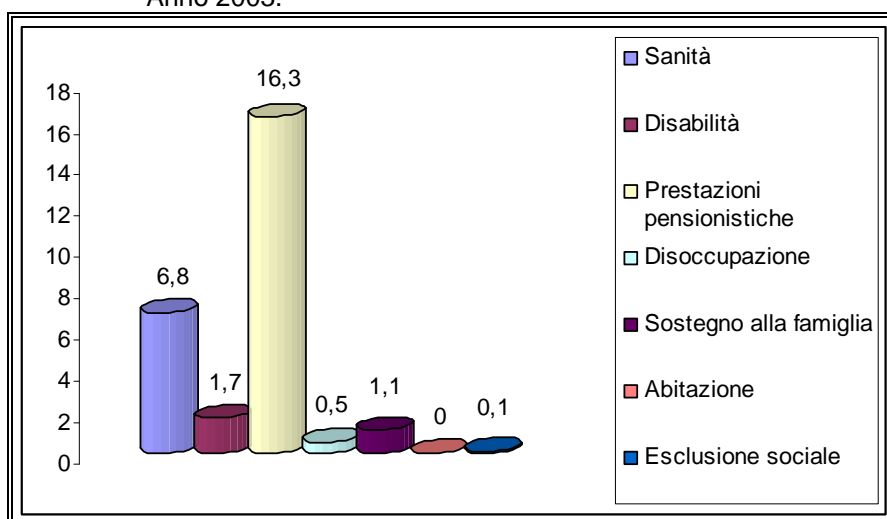
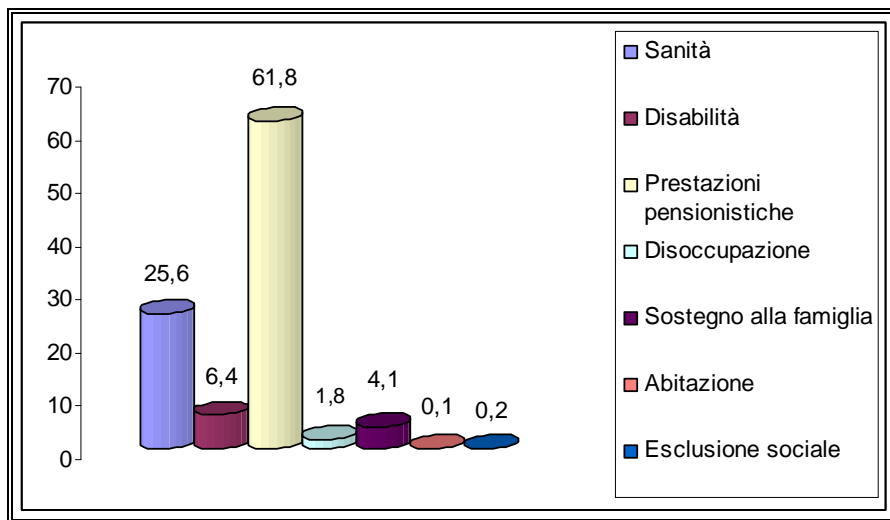


Tabella 7 - Percentuale delle aree d'intervento sulla spesa sociale. Anno 2003.

	Sanità	Disabilità	Prestazioni pensionistiche	Disoccupazione	Sostegno alla famiglia	Abitazione	Esclusione sociale
Francia	30.5	4.8	43.3	7.9	9.0	2.9	1.6
Germania	27.7	7.8	42.9	8.6	10.5	0.8	1.7
Regno Unito	29.6	9.4	44.9	2.7	6.9	5.6	0.9
Spagna	30.7	7.5	43.8	13.3	3.0	0.8	0.9
Italia	25.6	6.4	61.8	1.8	4.1	0.1	0.2
Ue (25)	28.3	8.0	45.7	6.6	8.0	2.0	1.5

Fonte: Eurostat

Fig. 10 - % delle aree d'intervento sulla spesa sociale italiana. Anno 2003.



A conferma di quanto detto, tra il 1980 ed il 1997 la quota sul PIL della spesa assistenziale è calata da circa il 5% della fine degli anni '80 a circa il 4% del '93 per collocarsi a meno del 3.5% nel 1997. Allo stesso tempo, i problemi di disagio economico e sociale, e l'inefficacia e inefficienza degli interventi, si sono aggravati crescendo in intensità se non altro per l'acuirsi ed il mutare dei problemi stessi di povertà economica, di occupazione, di invecchiamento e autosufficienza, di immigrazione dai paesi del terzo mondo e dell'est europeo. I due quesiti di maggior rilievo ancor oggi presenti, quindi, rimangono l'inadeguatezza delle risorse finanziarie rispetto alla dimensione del problema e la definizione di elementi standard necessari per la determinazione di ciò che deve essere compreso nell'assistenza. Da cui deriva che la caduta della spesa assistenziale non può imputarsi alla lotta all'illegalità e all'assistenzialismo.

A dimostrazione dell'atipicità italiana possiamo prendere in analisi l'intervallo tra il 1990 ed il 1997. In questi anni la quota per le pensioni sociali, rispetto al PIL, passa dallo 0.24% allo 0.19% e la quota di spesa per le integrazioni al minimo passano dal 2.45% all'1.58% che sono i due programmi più importanti della spesa assistenziale. Ma anche altri programmi subiscono stessa sorte di trend negativo: le pensioni di guerra passano dallo 0.19% allo 0.13%, le prestazioni dell'invalidità civile dallo 0.74% allo 0.73%, le prestazioni per ciechi e sordomuti dallo 0.10% allo 0.09%, gli assegni familiari dallo 0.59% allo 0.37%. Il continuo declino dal 1960 delle risorse destinate alle politiche assistenziali e l'anomalia del livello sono l'indicatore più significativo del disinteresse del legislatore verso le problematiche connesse alla povertà della popolazione; solo la Grecia, tra i paesi dell'Unione europea, si trova in simili condizioni.

Un'altra questione che caratterizza il tema sociale italiano e che trova pensieri contrapposti che con difficoltà riescono a trovare una soluzione concorde riguarda la definizione di cosa includere nella spesa assistenziale e quali obiettivi debba

prefissarsi di ottenere. E' giusto assistere tutti, pur relativamente ed in proporzione alla propria capacità di autosostentamento o è più legittimo intervenire solo a favore dei poveri escludendo dai benefici chi povero non è? Nella realtà italiana, ad esempio, la fornitura di servizi sociali a favore della tutela della salute, dell'infanzia e dell'ordine pubblico, i c.d. *personal social services*, spetta a livello di amministrazione locale e riguarda le famiglie "meritevoli", non necessariamente povere. Questa forma d'intervento assorbe la maggior parte delle risorse per interventi assistenziali iscritte nel bilancio dei Comuni, quindi è molto onerosa, anche se non è basilare la garanzia del mantenimento di una condizione di vita minima, poiché varia col modificarsi delle disponibilità di bilancio. Inoltre, include oneri non indifferenti per il personale addetto alla sua fornitura. E per poterne effettuare la fornitura la tendenza è quella dell'impiego di esenzioni da ticket o di differenziazioni di prezzo in base al reddito, che porta ad un beneficio trasversale e non solo delle fasce più povere.

Questo orientamento è generale e fa supporre che, perlomeno nel prossimo futuro, questa contabilizzazione *sui generis* della spesa assistenziale rimarrà tale, conducendo inevitabilmente alla conclusione che l'esperienza italiana, caratterizzata da risorse destinate ai programmi assistenziali che calano al crescere del reddito nazionale pro capite e di un'assistenza che, di fatto, tanto assistenziale non è, aiutando un po' tutti, sia davvero un'esperienza singolare tra i paesi industrializzati.

4.2 Il sistema pensionistico

Per comprendere parte della difficoltà nella determinazione della spesa assistenziale trattata nel paragrafo successivo, bisogna necessariamente affrontare l'osservazione del nügolo di prestazioni pensionistiche vigenti nel nostro paese. Quando si parla di "pensione" s'intende una prestazione periodica e continuativa in denaro che può essere erogata agli individui sia dalle amministrazioni pubbliche che da imprese e istituzioni private, generalmente in seguito al raggiungimento di una determinata età e in presenza di un numero minimo di versamenti contributivi. Ma può anche essere erogata prima di tale età, per anzianità di lavoro oppure a seguito della riduzione della capacità lavorativa dell'individuo, per menomazione congenita o sopravvenuta, per morte della persona protetta e per particolari benemerienze nei confronti del Paese, e tutto questo anche in assenza di una precedente contribuzione. (Legge 8 agosto 1995, n. 335 sulla Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare). Il numero dei beneficiari non coincide con quello delle pensioni, in quanto ogni pensionato può percepire più trattamenti pensionistici e ogni pensione può essere erogata indirettamente a favore di più soggetti. Ad esempio, il titolare di una pensione di vecchiaia può avere diritto anche ad almeno una parte della pensione di vecchiaia del coniuge deceduto, oppure nel caso di una pensione di reversibilità, i beneficiari possono essere due: la vedova del pensionato ed il figlio minore di questi. Nella contabilità nazionale la sua voce di spesa è definita come dato di *stock* e può

non coincidere con la corrispondente voce di bilancio (dato di flusso) poiché, come è noto, la contabilità italiana si fonda sul principio di competenza e non di cassa.

Il nostro sistema pensionistico si può ripartire in due voci base: prestazioni di natura previdenziale (di base e integrative) e prestazioni di natura assistenziale. Le prime sono erogate dagli enti previdenziali a seguito del versamento di una contribuzione effettuata, in presenza di un'attività lavorativa, dai lavoratori e dai loro datori di lavoro e possono rappresentare la copertura base dei principali rischi assicurati dal sistema di sicurezza sociale oppure, in presenza di importi aggiuntivi, risultare integrative alle prestazioni stesse. Gli enti previdenziali sono persone giuridiche, pubbliche o private, la cui attività principale consiste nell'erogare prestazioni previdenziali a favore degli assicurati secondo le diverse voci. Le prestazioni sociali erogate da tali enti possono essere in denaro (pensioni, rendite, assegni familiari, indennità di disoccupazione, borse di studio, ecc.) o in natura (rimborsi, servizi ecc.). Le prestazioni di natura assistenziale sono prevalentemente finalizzate ad assicurare un livello di vita dignitoso ad individui che hanno redditi propri e familiari, insufficienti. Quando le prestazioni hanno finalità assistenziali e sanitarie sono finanziate, di regola, attraverso la fiscalità generale. Le diverse tipologie di pensioni, quindi, vengono classificate come segue:

- pensioni di vecchiaia, anzianità e prepensionamenti, pensioni e assegni di invalidità, pensioni d'inabilità, rendite per infortuni sul lavoro e per malattia professionale (dirette e indirette);
- pensioni ai superstiti e pensioni di reversibilità;
- pensioni di guerra (dirette e indirette);
- pensioni, assegni e indennità a favore dei cittadini oltre i 65 anni con redditi insufficienti, dei non vedenti civili, dei non udenti civili e degli invalidi civili;
- assegni vitalizi agli ex combattenti, insigniti dell'ordine di Vittorio Veneto, e assegni di Medaglia e Croce al valore militare.

Queste, a loro volta, sono state raggruppate in cinque tipologie a seconda della natura della prestazione (previdenziale/assistenziale) e dell'evento che ne ha determinato l'erogazione:

- invalidità;
- vecchiaia (che a sua volta comprende le pensioni di anzianità, i prepensionamenti, le pensioni anticipate di vecchiaia e le pensioni supplementari di vecchiaia);
- superstiti;
- indennitarie;
- assistenziali.

Le prime tre tipologie di pensione (Ivs) sono corrisposte in seguito ad un'attività lavorativa e al raggiungimento di determinati limiti d'età, di anzianità contributiva o in presenza di una riduzione della capacità lavorativa (pensioni dirette). In caso di morte della persona, in attività lavorativa e in presenza di determinati requisiti di anzianità contributiva o già in pensione, tali prestazioni possono essere corrisposte ai suoi superstiti (pensioni indirette). Inoltre, possono essere maggiorate o completate da altri trattamenti di tipo integrativo.

La maggior parte delle pensioni è erogata dall'INPS⁷, per il settore privato e dall'INPDAP⁸, per quello pubblico. Accanto a questi, di maggiore dimensione, esistono numerosi altri enti previdenziali e fondi pensionistici che erogano prestazioni corrispondenti. Le pensioni indennitarie, invece, sono costituite da rendite per infortuni sul lavoro e malattie professionali. La finalità di queste pensioni è di indennizzare la persona per una menomazione, secondo il livello di questa, o per morte (in tal caso la prestazione è erogata ai suoi superstiti) conseguente ad un fatto accaduto nello svolgimento di un'attività lavorativa. L'evento morte può dar luogo a più rendite indirette, secondo il numero dei superstiti aventi diritto. Le pensioni indennitarie sono erogate dall'INAIL⁹ e dall'IPSEMA¹⁰ e solo a quei lavoratori che, in presenza di un periodo minimo di versamenti contributivi, hanno subito l'infortunio o manifestato la malattia professionale. Nell'ambito delle pensioni assistenziali sono comprese le prestazioni erogate a favore di soggetti con gravi handicap fisici e psichici o in situazioni di disagio economico. Le prestazioni di questo tipo sono costituite dalle pensioni di guerra, comprensive degli assegni di benemerenzza e da pensioni ai non vedenti civili, ai non udenti civili e agli invalidi civili e, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ai cittadini sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente. Le pensioni di guerra sono classificate, dal 2001, come prestazioni assistenziali e non più come indennitarie, in modo che queste ultime comprendano solo le rendite per infortunio sul lavoro e le malattie professionali. La funzione principale di questa tipologia di pensioni è di garantire un reddito minimo a persone incapaci di procurarselo a causa di menomazioni congenite o sopravvenute o semplicemente per età avanzata. In questo caso si tratta di pensioni che non sono collegate ad alcun sistema di contribuzione. Le pensioni assistenziali sono erogate dal Ministero dell'economia e delle finanze (pensioni di guerra e assegni di benemerenzza), dall'INPS (nell'ambito della gestione per l'erogazione delle pensioni, assegni ed indennità agli invalidi civili e della gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali) e da altre amministrazioni pubbliche, centrali e locali (Assessorato della sanità e politiche sociali della regione Valle d'Aosta e Province autonome di Trento e Bolzano).

⁷ Istituto nazionale della previdenza sociale.

⁸ Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

⁹ Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

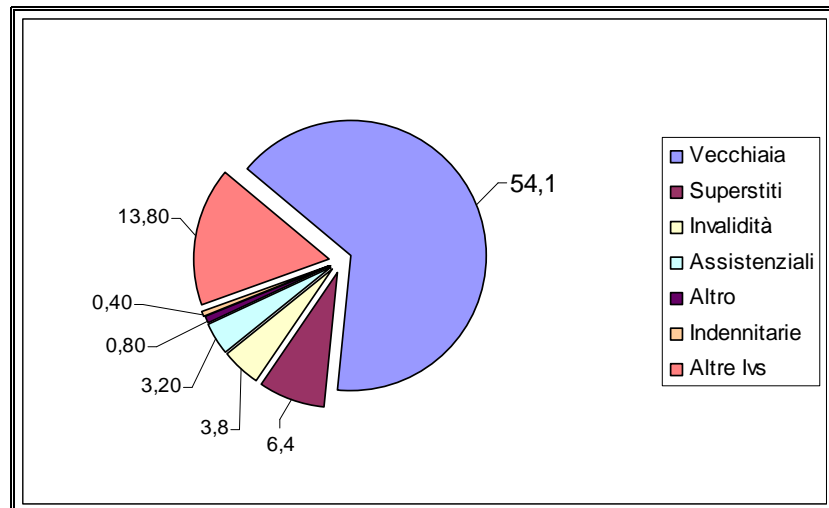
¹⁰ Istituto di previdenza per il settore marittimo.

Tabella 8 - Pensionati, importo complessivo e importo medio annuo delle pensioni per tipologia. Anno 2003.

	Pensionati		Importo complessivo (milioni di euro)	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Vecchiaia	7.857.023	48,0	106.659	54,1
Invalità	1.079.159	6,6	7.555	3,8
Superstiti	1.562.423	9,5	12.625	6,4
Indennitarie	322.147	2,0	874	0,4
Assistenziali	1.282.098	7,8	6.367	3,2
Altre lvs	1.961.962	12,0	27.259	13,8
lvs + indennitarie	696.245	4,3	11.030	5,6
lvs + assistenziali	1.525.006	9,3	23.184	11,8
Altro	83.321	0,5	1.525	0,8
Totale	16.369.384	100	197.078	100

Fonte: ISTAT

Fig. 11 - Pensioni per tipologia espresse in percentuale sul totale delle pensioni erogate in Italia nel 2003.



4.3 Le difficoltà nella determinazione e nella comparazione della spesa sociale e delle sue componenti

Abbiamo già visto come la classificazione della spesa assistenziale segua un approccio di tipo residuale e quanto questo sia da ritenersi inadeguato per l'importanza che tale voce rappresenta. Ci siamo, altresì, addentrati, seppur superficialmente, nella classificazione ufficiale del sistema pensionistico. La contabilizzazione della spesa assistenziale e la sua comparazione con gli altri Paesi Membri non è di facile conseguimento per la presenza di diversi fattori che ne complicano la realizzazione, quali la mancanza di una definizione chiara dei principi alla base degli interventi assistenziali, la polverizzazione delle responsabilità tra molteplici enti, la mancanza di un coordinamento di tipo comunitario e, non ultima, la predisposizione a voler rendere poco trasparente la collocazione delle quote nell'una o nell'altra tipologia di spesa al fine di poterle classificare opportunamente, a seconda delle necessità.

Focalizzando l'attenzione in maniera dettagliata sulla spesa pensionistica si può osservare che mentre nelle rilevazioni ISTAT sulle pensioni e sui pensionati ci si riferisce al totale delle prestazioni pensionistiche (22 milioni di prestazioni, circa) in quelle del Ministero del Lavoro e del NVSP¹¹ si rimanda alle sole gestioni sottoposte alla vigilanza (circa 15 milioni di pensioni in entrambi i casi). Differenze ulteriori emergono con riferimento alla definizione di spesa pensionistica: si possono trovare stime basate sul dato *stock*, come abbiamo già visto, o su dati derivanti dai flussi di bilancio (cassa/competenza). In alcuni casi la spesa è definita al lordo degli assegni familiari e delle indennità accessorie, mentre in altri tali voci vengono omesse. Anche le definizioni di pensioni, pensionati e assicurati possono essere leggermente diverse. Ad esempio, la categoria "titolari di pensioni" può includere o escludere i beneficiari delle pensioni indirette, c.d. contitolari, che sono diversi dal titolare principale. Ci sono casi in cui le prestazioni sono assegnate, ma l'importo è nullo, per esempio per effetto del divieto di cumulo o di altre limitazioni temporanee; in questi contesti è possibile trovarle non conteggiate. In relazione alle classificazioni statistiche è noto che i dati ISTAT riferiscano, in genere, con il sistema dei conti europei (SEC) e, in alcuni casi, con il sistema europeo di classificazione delle statistiche sulla protezione sociale (SESPROS). Le classificazioni adottate dalle rilevazioni del Ministero del Lavoro e del NVSP, invece, utilizzano esclusivamente i dati che fanno riferimento alle caratteristiche istituzionali del sistema pensionistico italiano, non permettendo, quindi, confronti internazionali.

Un ulteriore elemento di difficoltà nella comparabilità dei dati è rappresentata dalle diverse tecniche di controllo e verifica della qualità dei dati di base adoperate. Per esempio, in alcune rilevazioni ISTAT vengono posti esogenamente, *ex ante*, alcuni vincoli per garantire la coerenza dei dati (ad esempio una pensione di vecchiaia non può essere erogata al di sotto di alcune età limite in ciascuna gestione) mentre altre seguono processi differenti, per cui i valori, pur riferendosi alla stessa voce,

¹¹ Il Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale opera all'interno del Ministero del Lavoro ed, in base alla Legge 335/1995, ha compiti specifici di analisi e monitoraggio dell'andamento della spesa previdenziale.

possono risultare discrepanti. Inoltre, in alcuni casi si effettuano riclassificazioni e stime utilizzando dati originali, ma anche dati mancanti ottenuti con tecniche di abbinamento, di regressione o di attribuzione casuale ipotizzando distribuzioni di probabilità. La velocità con cui si dispone dei dati, più lenti quelli su carta rispetto a quelli elettronici, il grado di dettaglio dei dati pubblicati, la disponibilità di serie storiche, sono elementi decisivi nella correlazione dei valori¹².

Infine, si può evidenziare il caso dell'Eurostat, ente che elabora dati provenienti dalle diverse fonti statistiche nazionali. In alcuni casi adotta definizioni e sistemi di classificazioni che non coincidono con quelli utilizzati nelle elaborazioni effettuate sulle fonti nazionali, anche se, comunque, si possono ricondurre a queste (per esempio, include il Trattamento di fine rapporto (Tfr) nella definizione di spesa pensionistica). E proprio tutti questi fattori costituiscono il fulcro su cui giace la difficoltà per poter comparare puntualmente le singole spese tra i diversi Paesi Membri. Fintanto che le quote vengono presentate senza le necessarie giustificazioni e i relativi riferimenti non è possibile l'accostamento e neanche giudicarne l'approccio migliore. E' palese, infatti, che criteri diversi di classificazione portino a valori dissimili. Ciascuna classificazione ha una sua logica interna. E' improprio, quindi, discutere sui risultati che una certa politica ha potuto ottenere se le metodologie e i criteri di classificazione applicati sono differenti. Non è sufficiente, ad esempio, parlare semplicemente di spesa assistenziale; è doveroso capire se la sua costruzione è identica. E questa, lo si riscontra in numerosi ambiti, più o meno nobili, è una mancanza tipicamente italiana: discutere i risultati senza considerarne le modalità di costruzione. Per esempio, le prestazioni monetarie dello stato sociale sono, di regola, rilevate al lordo dell'imposizione personale diretta. Poichè le aliquote nazionali sono diverse tra loro, gli effetti di benessere creati da uno stesso ammontare di spesa pubblica saranno significativamente diversi. Altro caso. Gli interventi a favore della famiglia possono consistere in erogazioni dirette (come gli assegni familiari, in Italia) o nella concessione di detrazioni e deduzioni fiscali. Ebbene, nelle statistiche internazionali le erogazioni sono rilevate, le agevolazioni tributarie sono totalmente ignorate. Accordarsi, tra i paesi Ue, circa il metodo da usare diventa condizione fondamentale per ottenere risultati corretti e coerenti, evitando, così, anche eventuali distribuzioni pro non-poveri dietro la facciata di ripartizioni ai poveri.

Ma anche se un accordo venisse concordato, un ulteriore complicazione deriverebbe dalla quantità di metodi utilizzati in Italia per definire lo stato di bisogno: in sintesi, come individuare chi deve essere considerato meritorio di spesa assistenziale? Attualmente, e a livello amministrativo, il metodo è presuntivo od ottenuto indirettamente per categoria, per età, o per livello d'invalidità. Di fatto resta ancora difficile la determinazione precisa di chi possa essere ritenuto ufficialmente povero; ma questo non esclude che si continuino a ricercare tassonomie da utilizzare a fini analitici.

Una riclassificazione del tutto autonoma, finalizzata a questo scopo e anche a rendere più chiare le discussioni, è stata adottata dalla Commissione per le analisi

¹² In generale prevalgono i dati cartacei; solo le serie storiche della spesa per pensioni provenienti dall'ISTAT sono disponibili in formato elettronico.

delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, meglio conosciuta come Commissione Onofri (1997). Tale Commissione, adottando un percorso inconsueto per il tipo di destinazione fissata, decise di scindere la spesa sociale, in conformità a nuovi criteri, in quattro categorie: spesa previdenziale, spesa assistenziale, spesa ai servizi amministrativi, altre spese correnti, consapevole di discostarsi sia da quelle stabilite dall'ISTAT sia da quelle normalmente usate a livello internazionale. La differenza sostanziale era data dal fatto che queste ultime fanno riferimento al funzionamento e ai criteri di accesso dei programmi, cioè ad una ripartizione fra programmi di tipo contributivo e non contributivo, contrariamente a quelle della Commissione che rimandano agli obiettivi generali. Ed il diverso criterio adoperato ha determinato una contrastante interpretazione delle voci da ritenersi assistenziali o previdenziali.

Il modello italiano di classificazione contempla la titolarità dei trasferimenti, la cui attribuzione della spesa assistenziale allo Stato o agli enti territoriali è definita dal DPR n.616 del 24 Luglio 1977, nel quale la beneficenza viene ridefinita come “tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale”, le cui norme fanno riferimento alla distinzione fra programmi di tipo contributivo e non contributivo, stabilendo la distinzione fra prestazioni previdenziali e prestazioni assistenziali sul piano formale. Le prime restano sotto direzione e gestione di appositi enti nazionali, le seconde saranno gestite ed erogate dagli enti locali e da loro strutture. Col decreto n. 616 tutte le attività amministrative di predisposizione ed erogazione dei servizi assistenziali, sono assegnate direttamente ai Comuni creando, tra l'altro, un problema d'interpretazione dei reali poteri spettanti alle Regioni. Anche tutto ciò che riguarda le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) che operano in una singola Regione, dalle funzioni, al personale, ai beni, vengono trasferite ai Comuni per effetto del decreto n. 616, anche se, nel 1981, questa parte dell'art.25 verrà dichiarata incostituzionale riportando le Ipab, che rappresentano la grande maggioranza delle istituzioni assistenziali, alla situazione giuridica preesistente, restando ancora disciplinate, almeno nelle linee fondamentali, dalla Legge Crispi del 1890.

Il criterio precipuo del decreto, di distinzione fra programmi di tipo contributivo e non contributivo per il diritto alle prestazioni rende, però, difficile la classificazione come spesa assistenziale, sia delle integrazioni al minimo, sia degli assegni familiari e questo perché per le prime bisogna aver versato un minimo di contributi sociali, per i secondi i contributi di lavoratori e datori di lavoro risultano essere ben superiori al loro costo complessivo, inficiando la definizione di assistenza. Si potrebbe affermare, al contempo, che i contributi ottemperati siano solo una formalità visto il loro ammontare rispetto alle attribuzioni e che quindi la sostanza di assistenza non verrebbe screditata; e questo fatto sarebbe proprio avallato dalla contestuale partecipazione, anche da parte del sistema previdenziale, all'elargizione di

integrazioni al minimo non dovute, quando non anche a favore di pensioni superiori al minimo. In coerenza con i criteri adoperati dalla Commissione, quindi, alcuni programmi come le pensioni d'annata o provvedimenti come le c.d. pensioni *baby* dovrebbero essere scorporate ed incluse, questa volta, nella spesa assistenziale, al massimo distinguendo tra poveri e non-poveri. Se così non fosse si assisterebbe ad una disuguaglianza tra gli uni, che percepirebbero trasferimenti di tipo assistenziale, e gli altri a cui, per contro, spetterebbero trasferimenti di tipo previdenziale a fronte di una stessa forma di finanziamento.

La consuetudine, nel nostro paese, a fonti di finanziamento effettive diverse da quelle dichiarate porta a forti distorsioni nelle informazioni fornite dalle tassonomie basate sul solo metodo di finanziamento. Se la forma di finanziamento può servire ad individuare la tipologia degli interventi, non necessariamente serve per individuare la loro natura effettiva e i veri destinatari. Di primaria importanza, quindi, risulta la separazione tra previdenza ed assistenza per consentire una più incisiva attivazione delle politiche sociali ed un abbandono dell'arbitrarietà dei programmi a favore di una più accurata assegnazione di risorse e settori. E' necessaria, quindi, l'integrazione delle tassonomie con altri criteri. Una possibilità sarebbe di enucleare l'assistenza dalla previdenza e di comprendere nell'una i programmi esclusi dall'altra, fatto che nella realtà risulta essere di difficile attuazione, proprio perchè un primo limite deriva dalla natura delle due spese. Per "scopo" della previdenza, infatti, non s'intende soltanto la redistribuzione temporale dei redditi, ma soprattutto, la prevenzione della povertà causata da quelli che Lord Beveridge definì i "cinque demoni giganti": standard di vita inadeguati, malattia, ignoranza, squallore, disoccupazione. Tale prevenzione è conseguita attraverso una redistribuzione intertemporale, ma anche interpersonale del reddito, su principio esclusivamente "mutualistico". Scopo dell'assistenza, invece, è quello di curare uno stato di bisogno esistente, di agire una volta che questo si verifichi. Ed in questo caso si applicano solamente i principi di "solidarietà".

Quindi lo stato sociale si pone l'obiettivo di garantire una sicurezza basata, allo stesso tempo, su principi di mutualità e solidarietà. Ma mentre in teoria risulta una demarcazione netta e perentoria dettata dagli obiettivi da raggiungere, nella realtà, purtroppo, la voce assistenza è spesso confusa con "assistenzialismo" e "beneficenza" nei confronti dei soggetti "meritevoli" perché indicati nelle leggi, anche se non sempre effettivamente bisognosi. Il risultato è una serie di misure disorganiche distribuite a pioggia, in modo sporadico e discontinuo, da un'eterogeneità di soggetti pubblici e privati, mal coordinati tra loro, che non permette più una netta separazione sulla base mutualistica e solidale.

4.4 I livelli essenziali di assistenza

L'art.2 della Legge 328/00 cita: "Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e (...) anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea ed i loro familiari, nonché

gli stranieri (...). Al comma 2: “Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità” ed è rivolto alla generalità degli individui, senza alcun vincolo di appartenenza. L’obiettivo, quindi, è di garantire il benessere sociale attraverso l’organizzazione di una rete costruita sul diritto alle prestazioni e ai servizi sociali, determinati sulla base di livelli essenziali, secondo gli standard e con le modalità previste dalla normativa nazionale perché l’unica che possa salvaguardare il diritto di cittadinanza. In questo modo si stabilisce un criterio di accessibilità alle prestazioni legato essenzialmente al bisogno.

Il nuovo testo dell’art.117 della Costituzione, da cui si desume che la legiferazione dell’ambito socioassistenziale spetti alle Regioni, suggerisce la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, di cui la spesa socioassistenziale fa parte, ma senza darne una definizione puntuale. Il testo legislativo indica soltanto “aree di intervento” senza fornire elementi utili per definire i livelli; indica la necessità di una proposta a livello periferico, ma non fornisce indicazioni su quale debba essere il volume dell’offerta. E’ necessario, quindi, delineare modelli a cui ispirarsi per una definizione accurata ed inequivocabile.

Una prima idea la esprime il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003¹³, antecedente l’approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione, con un modello strutturato su tre dimensioni attraverso le quali tentare di dare una definizione di livelli essenziali di prestazioni. Con la prima dimensione si stabiliscono i “beneficiari e bisogni che devono trovare soddisfazione” (LEA intesi come area d’intervento) articolando la classificazione per macro categorie in riferimento agli ambiti di bisogno: 1) responsabilità familiari; 2) diritti dei minori; 3) persone anziane; 4) contrasto della povertà; 5) disabili; 6) droghe e immigrazione; 7) avvio della riforma. Con la seconda ci si orienta verso l’“offerta di servizi” (LEA intesi come indicatori di offerta) vista come capacità produttiva delle regioni, specificando per quali prestazioni e quali servizi, con una meticolosa articolazione delle aree di attività di offerta di servizi sociali, stabilendo anche una serie di indicatori di capacità produttiva all’interno di ciascuno dei segmenti individuati. Per esempio, riguardo ai servizi per l’infanzia, come gli asili nido, si dovrebbe stabilire il numero minimo d’offerta di posti che gli Enti Locali devono impegnarsi a realizzare in un dato ambito regionale. Con la terza dimensione si chiarisce in che modo possono essere garantiti i LEA, secondo quali criteri organizzativi, di erogazione servizi e prestazioni, in un’ottica più dinamica (LEA intesi come diritti soggettivi); in questo caso per ciascuna area di intervento si tratterebbe di definire il livello minimo di prestazioni, sotto forma di servizi o di trasferimenti monetari di reddito, in grado di soddisfare i livelli di bisogno definiti dal governo centrale. Quest’ultima condizione presuppone, quindi, la piena conoscenza dei bisogni, indispensabile sia per programmare gli eventuali interventi correttivi, sia per monitorare, valutare e gestire le politiche sociali. A questo livello è immediata la maggiore tutela dei bisogni del cittadino, ma poiché è anche più intensa la gravosità della sua gestione, la scelta da

¹³ Per un maggior approfondimento su origini ed obiettivi del Piano si rimanda all’art.18, Capo IV della L. 8-11-2000 n.328.

operare per fissare in modo definitivo i criteri di determinazione dei livelli essenziali di assistenza continuerà a non essere di facile trattazione.

4.5 La rilevanza dei flussi di finanziamento

La marginalità che caratterizza storicamente il settore dell'assistenza, la frammentazione degli interventi e l'assenza di fonti informative integrate, hanno contribuito per lungo tempo a sottovalutare il tema delle risorse, che ora è divenuto di crescente interesse. Notevoli sforzi sono stati compiuti per la ricostruzione dei flussi di finanziamento delle politiche sociali tra la fine degli anni '80 e gli anni '90. Mentre i dati sulla spesa dello Stato per le erogazioni e i trasferimenti agli altri enti pubblici sono rilevabili con una certa facilità, quando si analizza la spesa delle Regioni e dei Comuni ci si trova di fronte ad un ostacolo impervio. A questi livelli le informazioni diventano meno omogenee e risulta molto difficile la loro elaborazione; infatti non esiste, in Italia, un sistema unico di classificazione della spesa dei Comuni e delle Regioni per le politiche sociali. I dati raccolti nelle principali banche dati nazionali non sono immediatamente disponibili e si presentano aggregati tali da non consentire di esaminare la spesa per tipologia di intervento, destinatari, singoli servizi. Ogni regione possiede un diverso sistema di classificazione e all'interno del proprio territorio ciascun comune contabilizza autonomamente risorse e spese effettuate, per cui anche in presenza di sistemi regionali o territoriali di raccolta dati sulle spese per gli interventi socioassistenziali, le informazioni sono parziali e risentono, in ogni caso, di criteri di classificazione diversificati.

La recente introduzione di sistemi di controllo di gestione in numerose amministrazioni comunali, soprattutto di medie e grandi dimensioni, rappresenta un'importante novità per l'analisi della spesa a livello comunale, ma la diversa modalità di utilizzo di questi strumenti non consente una comparazione tra amministrazioni locali, né uno studio territoriale a livelli superiori. Pertanto è compromesso l'utilizzo di queste informazioni sia da parte di chi studia le politiche pubbliche sia da parte degli anelli della gerarchia decisionale; infatti, le analisi svolte finora si sono basate solo su stime effettuate a partire dai dati ufficiali disponibili e l'attuale attenzione al tema delle risorse si è manifestato chiaramente in relazione al lancio della legge di riforma dell'assistenza.

Per porre rimedio ad un fenomeno così invalidante è stato istituito il "Fondo nazionale per le politiche sociali" che riunisce per la prima volta le risorse statali annualmente disponibili per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. La sua designazione consente di avere una visione d'insieme delle risorse statali destinate alle politiche sociali. Si è stabilito che il Fondo, che nel 2005 ha raccolto risorse finanziarie pari 1 miliardo e 300 milioni di euro, con una diminuzione di più di 500 milioni di euro rispetto al miliardo e 884 milioni dell'anno precedente, nel quale aveva registrato un incremento di più del 10% dal 2003, sia costituito prevalentemente di finanziamenti preesistenti e può essere integrato da eventuali fondi europei, contributi e donazioni. Prima della riforma ciascuna regione

riceveva dallo Stato finanziamenti connessi alle leggi di settore che potevano essere integrati con risorse proprie. Queste potevano essere spese direttamente dalla Regione o distribuite al suo interno agli enti locali e agli altri soggetti (pubblici e privati) erogatori di servizi, riconosciuti dal sistema regionale. Da dopo la riforma le regioni ricevono un finanziamento annuale in unica soluzione che comprende sia risorse destinate alle politiche settoriali precedenti sia risorse aggiuntive, senza vincolo di destinazione, da utilizzare per la realizzazione del sistema di interventi e servizi sociali in ambito regionale e per garantire i livelli essenziali di assistenza stabiliti dallo Stato. Le Regioni dovrebbero, pertanto, prevedere finanziamenti propri aggiuntivi e definire i criteri per l'allocazione delle risorse. Per cui, ciascuna Regione prevede specifici criteri di riparto dei finanziamenti, in relazione ai propri obiettivi di politica sociale.

Per i Comuni, con la riforma dell'assistenza, le fonti di finanziamento restano sostanzialmente invariate rispetto a prima: continuano a ricevere finanziamenti dallo Stato, dalla Regione ed eventualmente da altri soggetti istituzionali. La loro spesa complessiva, quindi, è data dalla somma dei contributi provenienti dai diversi livelli istituzionali, dalla compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e dalle risorse proprie destinate alle politiche sociali, scelte in maniera indipendente. Ciò che cambia è il livello territoriale di riferimento, che si sposta dai singoli comuni ai comuni associati in "ambiti territoriali" individuati per la programmazione e realizzazione dei servizi e degli interventi sociali. Una delle rilevanti novità introdotte dalla riforma, infatti, è la pianificazione sociale in ambiti territoriali, generalmente sovracomunali, definiti dalle Regioni e di norma coincidenti con i distretti sanitari. Per cui il sistema locale di finanziamento delle politiche sociali è strettamente collegato al metodo di definizione e realizzazione dei piani di zona previsti dalla legge quadro; quindi la raccolta e la finalizzazione delle risorse per le politiche sociali non avviene più nel singolo comune, ma all'interno degli "ambiti territoriali". Questo cambiamento comporta una valutazione delle risorse disponibili non più a livello del singolo comune, bensì a livello di comuni che appartengono allo stesso ambito territoriale, creando, parallelamente, esigenza ed opportunità di cooperazione.

Nonostante la chiarezza e la maggior completezza del metodo esistono, però, ancora alcune zone d'ombra su cui è indispensabile soffermarsi. Un primo aspetto, che può risultare particolarmente complesso, riguarda la definizione dei contenuti e dei confini dei servizi e degli interventi sociali. Includere o escludere certe prestazioni dall'ambito dei servizi sociali è legato strettamente alla concezione individuale, etica, storica degli stessi. Attività come il pre o post scuola, i centri estivi per i bambini, i soggiorni climatici per gli anziani organizzati dal Comune, quasi interamente finanziati dalle famiglie, sono o non sono da ritenersi servizi sociali? Altro dubbio si pone nel considerare la collocazione delle risorse disponibili tra la spesa pubblica e quella privata. Normalmente le risorse per le politiche sociali fanno riferimento alle risorse messe a disposizione dalle diverse istituzioni pubbliche. Ma è noto che in Italia buona parte della spesa per le attività di cura è sostenuta direttamente dalle famiglie grazie a risorse private per l'acquisto di servizi pubblici e privati. Considerarle tutte "spesa pubblica" semplifica la gestione, in particolare per la

difficoltà di recuperare informazioni precise sulla spesa delle famiglie, ma è importante ricordare che tale scelta influirà in modo cruciale sul quadro conclusivo. Ulteriore problema è rappresentato dalla mancanza di una definizione unitaria per la raccolta e la classificazione dei dati. Per esempio, se si decide di classificare la spesa per macro aree (adolescenti, anziani, famiglia) la collocazione arbitraria di ogni intervento in un'area piuttosto che in un'altra influirà necessariamente sulla lettura e sull'analisi dei dati. Altrettanto delicato è il trattamento delle c.d. "spese generali", che rappresentano tutti quei costi difficilmente ripartibili tra le diverse aree d'intervento; una sistemazione alternativa di taluni di questi costi potrebbe rendere problematica la lettura dei dati raccolti. Il bilancio comunale, infine, può fornire alcune informazioni di base sulla quantità di risorse spese complessivamente dal singolo Comune e sulla loro provenienza, facilmente rilevabili sia per le spese correnti sia per gli investimenti; purtroppo, però, è una quota ancora imprecisa poiché potrebbe includere alcuni servizi che non rientrano nella definizione condivisa di servizi sociali o, al contrario, escluderne altri che, invece, ne fanno parte. Nello specifico, la consueta organizzazione delle voci di spesa del bilancio rende difficile l'individuazione delle risorse destinate, ad esempio, all'assistenza domiciliare per anziani o agli affidi per i minori. Altri documenti contabili o extracontabili, invece, possono fornire maggiori dettagli, ma la loro incoerenza rende difficile il confronto tra i diversi comuni e l'aggregazione dei dati di spesa a livelli territoriali più ampi. Quello del "giusto" assetto rimane, ancora oggi, un problema aperto.

4.6 Un esempio a confronto: il modello scandinavo¹⁴ e la flexicurity

Il modello scandinavo di *welfare* è stato sempre caratterizzato da un alto e trasparente tasso di fiscalità che porta nelle casse dello Stato ingenti quantità di denaro. Queste tasse vengono utilizzate per finanziare spese di produzione a favore dei datori di lavoro (finanziamenti diretti, incentivi, infrastrutture, ecc.) e spese di riproduzione a favore dei lavoratori (sanità, educazione, mobilità). Ma anche le spese generali dello Stato (difesa, amministrazione), i sussidi a favore dei non attivi (giovani, anziani) e le spese di equilibrio attuate attraverso la politica economica. E tutto nel nome dell'inclusione sociale.

Per avere un'idea della differenza di spesa sociale con altri paesi, basti sapere che nel 1999 la spesa per la protezione sociale in percentuale del Pil era del 32,9% in Finlandia, del 37,5% in Danimarca, del 40,6% in Svezia e solo del 29,8% in Italia.

Ma da cosa dipende questa differenza?

La chiamano flexicurity, dalla fusione di flessibilità e sicurezza (*flexibility* e *security*) ed è la politica che coniuga un'altissima flessibilità del mercato del lavoro, formazione permanente e politiche di protezione sociale per i lavoratori precari. Alla base del sistema vi è il principio dell'universalità, che pone al centro l'individuo accompagnandolo "dalla culla alla tomba", indipendentemente dal suo status sociale.

¹⁴ Per il dettaglio dei differenti modelli di stato sociale vedi il paragrafo "I quattro modelli di *welfare* dell'Unione europea", p.55

La flessibilità la si riscontra tanto nella mobilità dei lavoratori quanto nella facilità con cui si può licenziare: in Danimarca tra i 600.000 e i 700.000 danesi cambiano lavoro ogni anno ed un lavoratore di un'impresa di lavori pubblici può essere licenziato con un preavviso di tre giorni e senza che l'azienda debba direttamente sborsare nessuna indennità. Situazione, questa, che scatenerrebbe scioperi generali in diversi paesi, ma non qui dove le parti sociali vanno piuttosto d'accordo, per la semplice ragione che sono loro che fissano le regole nel mercato del lavoro. Tecnicamente, ogni lavoratore può essere licenziato con un preavviso di soli tre giorni, però, ha diritto da subito ad un assegno di disoccupazione fra il 70% ed il 90% dello stipendio (indennità sulla quale può contare per un periodo massimo di quattro anni). Contemporaneamente, l'ufficio pubblico del lavoro provvede subito a preparare per ogni disoccupato un "piano di reimpiego" su misura, grazie al quale l'assistito, al massimo entro un anno dal licenziamento, trova proposte d'occupazione o formazione volte a conquistare non solo un nuovo lavoro, ma un lavoro possibilmente migliore del precedente.

E' evidente che questo modello sappia coniugare la flessibilità richiesta dalle aziende con la sicurezza del lavoratore, che verrà aiutato dallo stato sociale non tanto come assistenza in un momento difficile, ma per trasformare la perdita del posto in un'occasione per migliorare la sua condizione. Lo stato sociale, in questo modo, non rischia più di diventare sinonimo di assistenzialismo, ma si trasforma in strumento per la competitività. Se venisse in mente di importarlo nel nostro paese, però, molto probabilmente si rischierebbe un insuccesso e questo perché la Danimarca si trova ad avere delle condizioni ideali che in Italia non si trovano. Tanto per cominciare ha solo 5,5 milioni di abitanti; non deve risanare i suoi conti pubblici (ha, quindi, risorse sufficienti per finanziare sia la sicurezza che la ricerca) e i lavoratori sono in possesso di un buon livello d'istruzione (quindi è più facile il reimpiego).

Negli ultimi cinquant'anni ha riscosso gran fortuna negli ambienti della socialdemocrazia europea, ma oggi vive un momento di crisi. Una crisi che ormai da qualche anno ha imposto, per lo più a livello centrale, una sterzata in direzione del contenimento della spesa e in favore di politiche *market-oriented*: diminuzione delle tasse, *deregulation*, privatizzazione di molte imprese di Stato, riduzione della spesa pubblica e abolizione dell'intervento dello Stato nell'economia. In tutta Europa, purtroppo, crescono le preoccupazioni relative al costo delle politiche sociali e tali preoccupazioni stanno indicando la strada del contenimento della spesa, della selettività e della ridefinizione delle condizioni di bisogno e di reddito per l'accesso alle prestazioni di base. Così negli ultimi anni il mercato del lavoro dei paesi scandinavi, in testa la Danimarca, ha visto una nuova formulazione della flexicurity. Ma ciò che la riforma si propone, come tutte quelle dell'ultimo decennio, è di tagliare quelle propaggini della flexicurity che sono di ostacolo per chi ne trae profitto, spingendo verso forme sempre più individuali di rapporto di lavoro, con conseguenti tagli alla spesa sociale ed indebolimento dei sindacati. Questa nuova flexicurity andrebbe, così, a colpire gradualmente il principio del reddito sociale minimo garantito ed inasprirebbe i criteri che danno accesso al sussidio di disoccupazione, allentando il "patto di solidarietà" tra i cittadini, senza risolvere, tra l'altro, il vero

problema costituito dalle cause che hanno indebolito le capacità imprenditoriali, tra cui, in primo luogo, l'esigenza crescente di risorse finanziarie, c.d. finanziarizzazione, creata dalla globalizzazione, che anche in Danimarca rischia di strangolare i settori produttivi dell'economia a cominciare proprio dalle piccole e medie imprese, che costituiscono la forza del sistema danese. Le previsioni non sono solari nemmeno per un paese che ha posto al centro delle sue politiche la società ed i bisogni dei cittadini per tantissimi anni. Un paese che ha sapientemente evitato il modello fordista, che ha dato grande peso al settore dei servizi pubblici e della pubblica amministrazione, che ha valorizzato le proprie tradizioni agricole e della piccola impresa, che sono stati da sempre i punti di forza della propria economia. Un paese dove il settore pubblico è da sempre efficiente, decentralizzato e solidaristico.

“Der var engang et yndigt land”... (c'era una volta un bel paese) verrebbe da dire, che oggi fatica come altri dove sono state attuate politiche diverse, dove, si calcola, ci siano circa 25.000 persone (su 5.5 milioni!) senza fissa dimora, dove la povertà, prima scomparsa, è di nuovo presente nelle strade. C'è ancora un bel paese, dobbiamo dire, che deve saper coniugare un modello vincente di stato sociale con la nuova realtà globalizzata, senza ricorrere a trasformazioni pericolose, ma che preveda maggiore interazione tra le politiche per l'impiego e sviluppo economico regionale, puntando sulla crescita della produttività in tutte le sue quattordici contee.

5. Ma l'Unione europea è davvero tanto virtuosa?

Una delle principali sfide che i sistemi di *welfare* si trovano ad affrontare, oggi, è rappresentata proprio dai mutamenti demografici: l'invecchiamento della popolazione, conseguente sia al calo della natalità sia all'allungamento della speranza di vita, ha causato un'espansione della domanda di prestazioni in campo previdenziale, sanitario e dei servizi sociali. Questo fatto, sommandosi alla contemporanea diminuzione del numero di lavoratori, ha accresciuto la pressione finanziaria sui sistemi pensionistici e sanitari, portando, nella maggior parte dei paesi Ue, ad una protezione troppo squilibrata verso la vecchiaia e troppo poco verso i rischi tipici delle altre fasi della vita.

5.1 I quattro modelli di *welfare* dell'Unione europea

In letteratura si possono distinguere quattro modelli di stato sociale: il modello socialdemocratico (o scandinavo), il modello liberale (o anglosassone), il modello corporativo (o continentale) e il modello mediterraneo.

Il primo modello, caratterizzante i paesi scandinavi (Finlandia, Danimarca e Svezia) e l'Olanda (con peculiarità simili al modello continentale), presenta i livelli più alti di spesa per la protezione sociale, circa un terzo del PIL, che è considerata un diritto di cittadinanza; le prestazioni, con copertura di tipo universale, consistono in benefici in “somma fissa”, erogati automaticamente al verificarsi dei vari rischi. I

lavoratori occupati ricevono anche prestazioni aggiuntive, tramite schemi professionali obbligatori profondamente inclusivi. Un ruolo essenziale è rivestito dalle prestazioni assicurative contro la disoccupazione e dalle politiche attive sul mercato del lavoro. La principale forma di finanziamento della sicurezza sociale è rappresentata dal gettito fiscale, anche se dalla metà degli anni '90 è stata dimostrata la volontà di condividere la copertura con contributi sociali obbligatori.

Il modello liberale (proprio di Irlanda e Regno Unito) ha come obiettivo prioritario la riduzione della diffusione delle povertà estreme e dei fenomeni di emarginazione sociale; pertanto, il sistema è caratterizzato dalla presenza di rilevanti programmi di assistenza sociale e di sussidi, erogati in seguito ad una verifica dei criteri di bisogno attraverso il c.d. *means test*, o criterio di controllo delle risorse, utilizzato per separare i poveri dagli altri individui. L'accesso ai benefici è subordinato al possesso di un'occupazione regolare. Le modalità di finanziamento sono miste: la sanità è interamente fiscalizzata, mentre le prestazioni in denaro sono generalmente finanziate attraverso i contributi sociali.

Il terzo raggruppamento comprende i paesi dell'Europa continentale (Austria, Belgio, Francia, Germania e Lussemburgo): prevede uno stretto collegamento tra le prestazioni sociali, che ammontano a circa il 27-30% del PIL, e la posizione lavorativa degli individui ed ha come prerogativa la protezione dei lavoratori e delle loro famiglie dai rischi di invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia. Peculiarità di questo modello è l'intensa diversificazione per categorie che tende ad agevolare i dipendenti pubblici, prevalentemente attraverso i contributi sociali.

Infine, i paesi dell'Europa meridionale, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, presentano sistemi sociali introdotti piuttosto recentemente e sono caratterizzati da livelli più bassi di spesa che ammonta a circa un quarto del PIL. Il modello mediterraneo è molto simile a quello continentale. Come questo, è altamente diversificato per categorie occupazionali, in cui è ancora più evidente il ruolo di ammortizzatore sociale giocato dalla famiglia. A differenza dei sistemi dell'Europa continentale, tuttavia, nei paesi mediterranei, dove continuano ad essere poco sviluppati anche i programmi di assistenza sociale e le politiche attive del mercato del lavoro, manca una rete di protezione minima di base, sebbene, di recente, alcuni paesi come Spagna, Portogallo e, a livello sperimentale, l'Italia, abbiano cercato di porre rimedio a questa anomalia attraverso l'introduzione di schemi di reddito garantito.

5.2 Una necessità comune: la riforma del welfare

A partire dalla fine degli anni '80 i sistemi di *welfare* europei sono stati oggetto di critiche che hanno condotto verso la necessità di riforme per ridefinirne gli obiettivi e poterne garantire la finanziabilità nel lungo periodo; in molti paesi europei, infatti, è opinione comune che il *welfare state*, sia da ritenere uno dei principali responsabili della rallentata crescita economica, rispetto a quella statunitense, a causa dei suoi effetti disincentivanti. Il rallentamento della spesa rispetto al PIL tra il 1996 e il 2000, che ha riguardato la maggioranza dei paesi, è stato particolarmente evidente

in Finlandia (-6,4%) e in Irlanda (-3,7%). Si discostano da quest'orientamento Grecia e Portogallo, in cui il rapporto spesa/PIL ha continuato a crescere negli ultimi anni in seguito ai processi di sviluppo dei sistemi di protezione sociale, in particolare per l'aumento delle spese per la sanità, per combattere l'esclusione sociale e per i sussidi familiari. In termini d'incidenza della spesa rispetto al PIL, relativamente al periodo 1990-2000, è possibile distinguere i paesi in tre gruppi: quello costituito dai paesi scandinavi, Paesi Bassi e Francia presenta le percentuali di spesa più alte (in Svezia, Francia e Danimarca intorno al 30%); mentre alcuni paesi dell'Europa mediterranea, come il Portogallo e la Spagna, oltre all'Irlanda, si collocano su valori più bassi, generalmente poco sopra al 20%, tranne l'Irlanda, in cui l'indicatore, che negli ultimi anni si aggirava intorno al 15%, nel 2000 è stato pari al 14,1%. Su livelli intermedi si trovano i sistemi dell'Europa continentale e il Regno Unito che stanno intorno al 28%, mentre l'Italia si attesta intorno al 25%.

Tabella 9 - Spesa per la protezione sociale dal 1990 al 2000 (in % del PIL).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Belgio	26.3	27.1	27.4	29.3	28.7	28.1	28.6	27.9	27.6	27.4	26.7
Danimarca	28.7	29.7	30.3	31.9	32.8	32.2	31.4	30.4	30.2	29.8	28.8
Germania	25.4	26.1	27.6	28.4	28.3	28.9	29.9	29.5	29.3	29.6	29.5
Grecia	22.9	21.6	21.2	22.1	22.1	22.3	22.9	23.3	24.2	25.5	26.4
Spagna	19.9	21.2	22.4	24.0	22.8	22.1	21.9	21.2	20.6	20.2	20.1
Francia	27.9	28.4	29.3	30.7	30.5	30.7	31.0	30.8	30.5	30.2	29.7
Irlanda	18.4	19.6	20.3	20.2	19.7	18.9	17.8	16.7	15.5	14.8	14.1
Italia	24.7	25.2	26.2	26.4	26.0	24.8	24.8	25.5	25.0	25.3	25.2
Lussemburgo	21.5	22.5	22.6	23.7	23.0	23.7	24.0	22.6	21.7	21.8	21.0
Paesi Bassi	32.5	32.6	33.2	33.6	31.7	30.9	30.1	29.4	28.4	28.0	27.4
Austria	26.7	27.0	27.6	28.9	29.8	29.6	29.5	28.8	28.4	28.8	28.7
Portogallo	16.3	17.2	18.4	21.0	21.3	22.1	21.2	21.4	22.1	22.6	22.7
Finlandia	25.1	29.8	33.6	34.6	33.8	31.8	31.6	29.3	27.3	26.7	25.2
Svezia	33.1	34.3	37.1	39.0	37.6	35.5	34.7	33.8	33.4	32.9	32.3
Regno Unito	22.9	25.7	27.9	29.0	28.6	28.2	28.1	27.5	26.9	26.5	26.8
Ue15	25,5	26,4	27,7	28,8	28,5	28,3	28,4	28,0	27,6	27,5	27,3

Fonte: Eurostat

Riguardo il tasso di partecipazione, che dopo la seconda guerra mondiale, negli Stati Uniti, era di poco inferiore al 50% per la popolazione di età superiore ai 65 anni, nel 1990 si collocava intorno al 20%. Negli ultimi decenni si è ridotto in tutti i paesi sviluppati anche il tasso di attività dei lavoratori maschi nella fascia di età compresa fra i 55 e i 64 anni: nel 1995 si andava dal 55% dell'Italia, al 64% della Germania, al 75% del Regno Unito, al 71% degli Stati Uniti. Tutto ciò è il riflesso di un'età media

di pensionamento che si colloca fra i 59 e i 60 anni, nell'Europa continentale, e fra i 62 e i 63 anni nei paesi anglosassoni, ricordando che negli Stati Uniti le pensioni private sono, in linea generale, corrisposte ad un'età inferiore a quella cui si accede alle prestazioni per la sicurezza sociale. Tale livello dell'età media di pensionamento è causato anche dal dilagare della disoccupazione degli ultracinquantenni, evento comune in quasi tutti i paesi europei, che anche in Italia è notevolmente cresciuto. Il fenomeno può essere affrontato *ex ante* riducendo il costo del lavoro o *ex post* con forme di sostegno al reddito, diversamente adottate in ciascun paese.

Riguardo il costo del lavoro, una delle prime cause è considerata l'eccessiva ampiezza del cuneo fiscale, sul quale è intervenuta proprio l'ultima Finanziaria 2007, prevedendone un restringimento. Tale operazione, di cui beneficerebbero i datori di lavoro, avviene tutta sul fronte dell'Irap, la cui base imponibile include il costo del lavoro. Due sono gli interventi previsti: (i) la deduzione dalla base imponibile Irap della parte di costo del lavoro rappresentata dai contributi previdenziali ed assistenziali; (ii) una deduzione fissa, sempre dalla base imponibile Irap, di 5 mila¹⁵ euro annui per lavoratore, elevata a 10 mila euro per le regioni del Mezzogiorno e Isole (vedi supra). Entrambe le agevolazioni spettano solo con riferimento ai lavoratori dipendenti a tempo indeterminato ed è settoriale: non ne godono banche, altri enti finanziari, assicurazioni e i settori regolati dei servizi di pubblica utilità (energia, acqua, trasporti ecc.). Sarà, quindi, necessaria un'apposita autorizzazione in ambito comunitario.

Riguardo il sostegno al reddito, se in Italia un canale improprio, anche se molto utilizzato, è rappresentato dalle pensioni di anzianità, altrove spesso si ricorre a forme specifiche di indennità di disoccupazione e a pensioni anticipate o di invalidità, concesse con criteri che spesso accompagnano il lavoratore anziano fino all'età ufficiale di pensionamento. Il costo economico e sociale legato all'aumentato volume d'abbandono prematuro del mercato del lavoro è rilevante. Tuttavia, imporre un più elevato limite d'età per il pensionamento, se non coordinato con altri provvedimenti, potrebbe generare rischi controproducenti sulla gestione finanziaria. In presenza di un mercato del lavoro incapace di assorbire tutti gli anziani, una correzione di questa natura aumenterebbe la pressione su altre forme di protezione sociale delle quali, peraltro, il nostro paese non è particolarmente dotato. L'obiettivo dovrebbe essere quello di realizzare politiche per un invecchiamento attivo, che prevedano interventi nell'istruzione e nella formazione permanente, riducendo i rischi di esclusione degli anziani legati all'evoluzione tecnologica. Specialmente nel nostro paese, il necessario adeguamento qualitativo dello stato sociale alle moderne esigenze implicherebbe un inevitabile aumento della sua presenza.

Una delle principali sfide che i sistemi di *welfare* si trovano ad affrontare, oggi, è rappresentata proprio dai mutamenti demografici: l'invecchiamento della popolazione, conseguente sia al calo della natalità sia all'allungamento della speranza di vita, ha causato un'espansione della domanda di prestazioni in campo previdenziale, sanitario e dei servizi sociali. Questo fatto, sommandosi alla

¹⁵ Il 60% del taglio riguarda le imprese, il 40% i lavoratori.

contemporanea diminuzione del numero di lavoratori, ha accresciuto la pressione finanziaria sui sistemi pensionistici e sanitari, portando, nella maggior parte dei paesi Ue, ad una protezione troppo squilibrata verso la vecchiaia e troppo poco verso i rischi tipici delle altre fasi della vita.

La spesa per le pensioni di vecchiaia, incluse le pensioni ai superstiti, rappresenta, quindi, la componente più rilevante della spesa complessiva per la protezione sociale; nel 2000, per l'Unione europea, era pari al 44,5% della spesa totale, corrispondente al 12,1% del PIL europeo. Due casi atipici, tra i Paesi Membri, sono rappresentati da Irlanda ed Italia: pur costituendo la voce più consistente per tutti rimanendo sempre al di sopra del 40% nella maggior parte degli Stati, in Irlanda le prestazioni di vecchiaia assorbono solamente il 3,4% del PIL (24,2% della spesa totale), a causa sia della bassa quota di individui al di sopra dell'età di pensionamento, sia del peso relativamente maggiore che hanno i fondi privati in questo sistema pensionistico, mentre in Italia la spesa pensionistica raggiunge addirittura il 61,1% della spesa totale (pari al 15,4% del PIL). La Finanziaria 2007 prevede, proprio a questo proposito, di utilizzare il 50% dei flussi di Tfr "inoptati", cioè non espressamente destinati dai lavoratori ai fondi pensione, per alimentare un fondo, istituito presso la Tesoreria, per l'erogazione dei trattamenti di fine rapporto gestito dall'INPS in cui far confluire dal 1° gennaio 2007 il 50% delle liquidazioni maturande, non destinate a previdenza complementare. Le risorse del Fondo saranno utilizzate *in primis* in funzione della stabilizzazione dei conti pubblici, poi per interventi di sviluppo economico e di finanziamento d'infrastrutture. Si prevede in questo modo di raccogliere 5,2 miliardi di euro¹⁶.

Poiché quasi i due terzi della spesa sociale complessiva dei paesi europei, nel 2000, è stata assorbita dalle prestazioni pensionistiche e sanitarie, quasi la metà degli esborsi per la protezione sociale sono andati a beneficio di persone anziane; questa tendenza è in parte rovesciata nei paesi nordici, in cui i trasferimenti per la famiglia, i disabili e i disoccupati, e i sussidi per malattia prevalentemente rivolti a persone in età lavorativa, hanno un peso rilevante. Il lavoro precario, i carichi familiari, la non autosufficienza, l'esclusione sociale, la mancanza di adeguate opportunità formative, l'obsolescenza delle competenze professionali sono tutte problematiche che non trovano adeguata protezione se non nei soli paesi nordici¹⁷.

L'invecchiamento demografico sta mettendo a dura prova i *welfare* internazionali ed è diventato necessario ed urgente riscrivere il contratto fra generazioni. A questo proposito diventa rilevante osservare anche il profondo cambiamento del profilo socioeconomico dell'Europa dovuto a due grandi transizioni: (i) la transizione sociodemografica, strettamente collegata alle accresciute aspirazioni d'indipendenza personale e di autorealizzazione delle donne; (ii) l'orientamento ad un'economia di servizi dove la "conoscenza" spicca come elemento principale in un quadro in cui l'internazionalizzazione e l'apertura agli scambi acquista rilevanza.

¹⁶ Il dato è solo atteso e dipendente dal fatto che il Governo suppone che circa l'80% dei dipendenti non eserciterà l'opzione. Infatti, poiché il flusso annuale verso il Tfr è di circa 13,5 miliardi, il flusso potenziale verso le casse dello Stato è di 6,75 miliardi (che sono il 50% di 13,5 miliardi).

¹⁷ Vedi paragrafo: "Un esempio a confronto: il modello scandinavo e la flexicurity", p.51.

E il ruolo della donna sarà fondamentale sia come partecipazione al mercato del lavoro per la sostenibilità del *welfare*, sia come disponibilità ad avere figli per contenere gli squilibri demografici; ruoli la cui compresenza si delinea particolarmente problematica. Quindi la prossima sfida sarà di creare politiche in grado di promuovere e sostenere: servizi per l'infanzia e per gli anziani al fine di alleggerire quel lavoro, non retribuito, di cura che ancora grava principalmente sulle spalle delle donne; politiche del tempo e degli orari (scuole, uffici, negozi) in modo che entrambi i genitori possano collaborare alla gestione degli impegni domestici; assegni familiari e detrazioni fiscali di consistenza notevole per compensare almeno in parte il costo dei figli; la Finanziaria 2007 ha stabilito un potenziamento per i redditi medio-bassi degli assegni familiari e, probabilmente, un bonus di 2.500 euro sarà destinato alle famiglie con figli da 0 a 3 anni; incentivi per redistribuire le mansioni, che sono tipicamente della mamma, anche sui padri; sostegni mirati alle donne nel mercato del lavoro, non solo nella fase d'ingresso, ma anche in quella di rientro, dopo la maternità, e negli avanzamenti di carriera.

La povertà fra i minori sarà un secondo grande pericolo per lo stato sociale futuro perché comporterà molti effetti negativi di lungo periodo. Un recente studio di Bankitalia evidenzia come il 20% delle famiglie italiane meno ricche non abbia migliorato la propria condizione nel corso del decennio 1995-2005, e come i più ricchi abbiano mantenuto la posizione o siano scesi in una fascia appena inferiore; nel rapporto si legge che "il 20% dei bambini italiani vive in condizioni di disagio economico se non addirittura di povertà". (Banca d'Italia, *Relazione annuale 2005*, Banca d'Italia 2006). Numerose ricerche hanno dimostrato come le carenze e i limiti in ambito di povertà minorile conducano, successivamente, a problemi di apprendimento, a più elevate probabilità di evasione scolastica, tossicodipendenza e a *chances* più basse di mobilità sociale. Ed è allarmante che la povertà minorile sia in crescita in tutti i paesi europei superando, addirittura in alcuni, quella degli anziani. E' curioso, a questo uopo, notare come la mortalità per tutte le cause diminuisce sensibilmente tra i soggetti con maggior grado di istruzione e con maggior reddito e come il grado di accesso a cure specialistiche sia minore per i pazienti con minore istruzione. Anche sotto il profilo normativo, quindi, è necessaria un'innovazione con l'obiettivo principale di sorreggere ciascun individuo lungo tutto il ciclo di vita dedicandosi in modo essenziale laddove si presentino forti concentrazioni di svantaggio sociale.

5.3 Non sempre i dati parlano chiaro

Abbiamo visto finora come la spesa sociale del nostro paese appaia anomala internamente e nel confronto esterno con i paesi membri, nella loro media ma, spesso, anche singolarmente. Allo stesso modo ci siamo soffermati sull'osservazione del sistema pensionistico italiano e sulla difficoltà di determinare con precisione la spesa assistenziale, ottenendone un quadro che evidenzia la gran confusione che vige tra i

diversi ricercatori istituzionali e privati, anche se non la totale impossibilità di fare chiarezza su valori ed interpretazioni.

Di questo parere è F.R.Pizzuti, docente di Politica Economica presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "La Sapienza", membro del Dipartimento di Economia Pubblica ed esperto di economia pubblica, che in un articolo scritto per "La Rivista del Manifesto" ("Il sacco del welfare" – Marzo 2003) afferma che se si confrontano in modo omogeneo le informazioni disponibili per ciascun paese europeo, emerge che l'atipicità del sistema di *welfare* italiano non rappresenti la realtà della situazione. Intanto, il valore della complessiva spesa sociale italiana, pari a poco meno del 25% del PIL, è, oggi, inferiore di circa due punti al corrispondente dato della media europea; mentre nel 1990 la differenza negativa era di soli 0,8 punti e rispetto a Francia e Germania, la distanza è di circa il 4%. A questa considerazione possiamo aggiungere di aver osservato, nei paragrafi precedenti, che nella media dei paesi europei le due principali voci di spesa sono per pensioni di vecchiaia e sanità, di cui le prime costituiscono una quota di poco inferiore al 40% del totale, contraddistinta da un'elevata varianza. E questo dipenderebbe non solo dalle diversità nazionali effettivamente esistenti, ma anche dalla non omogeneità dei dati e dei criteri di classificazione che rende i confronti non sempre efficacemente possibili. Pizzuti prosegue affermando che le prestazioni ai pensionati e ai disoccupati, nei diversi paesi, spesso si distinguono solo come valore nominale, ma sono erogate con finalità analoghe di sostegno al reddito; il loro valore aggregato è pari al 16,2% nella media europea, al 16,3% in Italia, al 16,5% in Francia e al 16,8% in Germania. In ambito europeo, nonostante le previsioni demografiche indichino per l'Italia un aumento del rapporto tra anziani e giovani particolarmente elevato, il nostro paese si caratterizza per un percorso di crescita della spesa pensionistica in rapporto al Pil molto meno accentuato. Infatti, il nostro è uno dei pochi paesi dove nel corso degli ultimi dieci anni sono state effettuate riforme pensionistiche efficaci nella riduzione delle prestazioni.

Le modalità di finanziamento dei sistemi di *welfare*, inoltre, possono avere implicazioni per la competitività del sistema produttivo e per il costo del lavoro. Se si confrontano i valori del cosiddetto cuneo fiscale (ottenuto dalla somma di contributi sociali e prelievo fiscale sul costo del lavoro totale), emerge che il dato italiano è più basso di quelli francese e tedesco. Un valore nettamente inferiore si registra nel Regno Unito, dove, però, i lavoratori devono finanziare privatamente una parte di beni e servizi sociali, che nel resto dell'Europa continentale vengono erogati dallo stato sociale. In ogni caso, rispetto al complessivo costo del lavoro per unità di prodotto, il c.d. Clup, del quale il cuneo fiscale è componente, l'Italia è posizionata al fondo della graduatoria europea, su livelli inferiori anche a quelli del Regno Unito. Quindi anche sotto un profilo diretto con il costo del lavoro, la spesa sociale del nostro paese non presenterebbe singolarità negative.

5.4 Una conferma

Da un articolo del 4 Marzo 2003 pubblicato nella Rassegna sindacale n° 8, con riferimento al rapporto sulla spesa per il *welfare* presentato il 19 febbraio al Cnel risulterebbe un livello equo della spesa previdenziale italiana, addirittura inferiore a quello della media europea e non così elevato come da molti anni si va dicendo. A questa considerazione sarebbe arrivato il sottosegretario al *welfare* nel governo Berlusconi, Alberto Brambilla.

In pratica l'on. Brambilla non fa altro che separare le spese per la previdenza da quelle per l'assistenza. L'elevata percentuale di spesa previdenziale deriverebbe dal consueto accorpamento di invalidità, vecchiaia, superstiti che porterebbero la previdenza al 17,2 del PIL e pari al 70,6 del totale delle prestazioni per la protezione sociale, dati che sono del ministero del Tesoro, gli unici ufficiali, e pubblicati nella "Relazione generale sulla situazione economica del paese". Ma in essi, sottolinea Brambilla, "vengono calcolate alla voce "pensioni" delle poste di bilancio che sono più assistenziali che previdenziali". Per esempio "voci di spesa contabilizzate nella funzione vecchiaia che non hanno la caratteristica di "pensione", tfr e indennità equivalenti, pensioni di invalidità di natura previdenziale percepite da persone con età superiore a quella di pensionamento, pensioni ai superstiti, prepensionamenti e pensioni anticipate; una discutibile collocazione di alcune spese, per esempio le pensioni integrate al minimo, e talune pensioni di reversibilità; una mancata contabilizzazione della spesa per le contribuzioni figurative; la sottostima di alcune voci di spesa per la protezione sociale (spesa assistenziale degli enti locali, spesa pubblica per la casa)". Adempiendo le dovute depurazioni la spesa per Ivs scenderebbe al 51.7% sul totale della spesa per protezione sociale e del 12.6% sul PIL, che significa oltre quattro punti percentuali in meno sul PIL rispetto al dato della Relazione generale.

Sul principio che ciò che non è previdenza è assistenza, le poste detratte devono essere riallocate nel bilancio dello Stato aumentando la spesa assistenziale che passerebbe da circa 35 mila a quasi 98 mila miliardi, cioè dall'1,6% al 4,5% sul PIL. Inoltre, secondo l'on. Brambilla, la spesa nazionale per il *welfare* non comprende colpevolmente altre voci come le politiche della formazione, le contribuzioni figurative e le politiche del lavoro delle regioni; spese per l'assistenza erogate dagli enti locali; sostegno alla casa e alle politiche abitative che porterebbero la spesa sociale italiana ad un livello ben superiore, nella peggiore delle ipotesi almeno di un punto, al 24,4% ufficiale rispetto al PIL di cui parlano oggi le statistiche.

5.5 L'improrogabilità dell'impiego degli ammortizzatori sociali

Il decreto legge sulla competitività suggerisce un provvisorio "potenziamento degli ammortizzatori sociali", in attesa della "riforma organica degli ammortizzatori sociali e del sistema degli incentivi all'occupazione". Riforma di cui si parla ormai dal 1997 con la Commissione Onofri. Il sistema vigente è, infatti, fortemente

inadeguato rispetto alle funzioni di tutela economica della disoccupazione e promozione del reinserimento nel mondo del lavoro che dovrebbe svolgere e appare assolutamente estraneo rispetto agli standard europei. Le maggiori criticità osservabili sono: iniquità di trattamento, sui criteri di eleggibilità, durata, ammontare dei benefici, dovuti a prevaricazioni che favoriscono i gruppi più rappresentati; eccessiva segmentazione delle forme di sostegno che, anziché essere finalizzate al reinserimento lavorativo o all'integrazione del reddito, sono casuali negli obiettivi offerti; assenza di criterio nella classificazione dei beneficiari, con conseguente favore verso categorie formali maggiormente richieste; uso improprio di strumenti ufficialmente assistenziali ma, di fatto, assistenzialistici, che dovrebbero servire solo per la soddisfazione temporanea di un bisogno o di un disagio sociale.

Nella maggioranza dei paesi europei la protezione della disoccupazione è organizzata su tre "pilastri": un pilastro "assicurativo", che eroga prestazioni a fronte di versamenti contributivi e per termini prestabiliti; un pilastro "assistenziale" *dedicato*, che eroga prestazioni sulla base del reddito, nel caso in cui il lavoratore disoccupato non abbia accesso al primo pilastro oppure abbia esaurito i diritti contributivi, pur mantenendo lo stato di disoccupazione; un pilastro "assistenziale" *generale*, che fornisce forme di reddito minimo garantito a chi si trova in condizioni di povertà, erogate in base a rigorosi requisiti di reddito e patrimonio.

Durante gli anni '90, nei diversi Paesi Membri, sono state varate numerose riforme volte a potenziare la funzione del reinserimento lavorativo, oltre a quella più tradizionale della tutela del reddito. I principali interventi hanno riguardato: la riduzione della generosità dei trattamenti; l'inasprimento della c.d. "condizionalità" ossia delle condizioni necessarie affinché il beneficiario possa percepire la prestazione o continuare a farlo; un maggior collegamento tra la fruizione delle prestazioni e le politiche attive del lavoro; l'introduzione di nuove forme di tutela per i lavoratori atipici; l'introduzione di trasferimenti integrativi dei bassi salari, i c.d. *in-work benefits*.

Non tutte le riforme sono state efficaci allo stesso modo e in qualche caso, come in Germania, hanno incontrato anche una forte opposizione sociale. Ma in tutti i paesi, il settore degli ammortizzatori sociali è diventato un laboratorio di sperimentazione largamente condiviso. In questo panorama, il caso italiano spicca per le sue anomalie e la sua inerzia. Sul piano storico, si può tranquillamente affermare che l'Italia abbia cominciato bene, introducendo con notevole anticipo, nel 1919, il pilastro assicurativo. Ma si è poi persa a partire dagli anni Cinquanta: invece di consolidarlo introducendone di ulteriori, questa volta di natura non assicurativa, l'Italia ha scelto di sviluppare un pilastro alternativo, la Cassa Integrazione Guadagni (CIG). Di per sé non è anomalo considerare la tutela delle riduzioni delle ore lavorate in momenti di crisi, ma si tratta di un processo molto circoscritto e che gioca un ruolo ben inferiore, anche sul piano dei flussi di spesa, rispetto agli altri tre pilastri. Questo fatto ha avuto serie conseguenze sulla distribuzione, accentuando quella segmentazione fra garantiti e non garantiti, che è tipico del mercato del lavoro italiano.

Nei confronti internazionali l'anomalia italiana si conferma da una parte per l'alta percentuale di disoccupati che non percepiscono prestazioni e che si trovano sotto la linea di povertà, fenomeno destinato ad accentuarsi con l'aumento dei lavori atipici, e dall'altra per la generosità e la durata delle "integrazioni salariali" alla presenza di un regolare rapporto di lavoro, non trovando riscontro in nessun altro paese dell'Unione europea. Ma anche per programmi di spesa assoggettati a vecchie concezioni di invalidità non più aggiornate e che lasciano fuori nuove e più specifiche forme di esclusione sociale come i malati di Aids, l'alcolismo, gli *homeless*, senza contemplare gli effetti rischiosi derivanti da nuove tendenze come l'aumento dell'occupazione femminile, delle famiglie monogenitoriali, il desiderio di autonomia giovanile. La sfida rimane quella di eliminare alcuni elementi (sul fronte delle integrazioni salariali), aggiungere quelli mancanti (sul fronte delle indennità), ricostruire un sistema di ammortizzatori capace di tutelare efficacemente i rischi economici della disoccupazione e al tempo stesso incentivare il reinserimento lavorativo, in stretto collegamento con le politiche attive.

6. Conclusioni

Come disse Joseph Stiglitz nel 1989¹⁸ *"... le opinioni sul ruolo dei settori pubblico e privato in economia sono assai dipendenti dall'ideologia e persino dai pregiudizi acquisiti con l'educazione. Tali pregiudizi influenzano notevolmente l'opinione pubblica e, in mancanza di fatti che li giustifichino, si appoggiano più su aneddoti isolati che su studi sistematici. In generale, sia i pregiudizi che le attitudini che ne conseguono mancano di coerenza."*

Già dal 1600 è forte in Europa l'esigenza di un'organizzazione assistenziale che, inizialmente, contemplerà la presenza attiva della Chiesa e della borghesia, ma che in Italia diventerà, più o meno due secoli dopo, prerogativa dello Stato. E ancora oggi il dibattito su chi dovrebbe essere il degno amministratore della spesa sociale e come tale spesa dovrebbe essere pianificata resta acceso. Purtroppo, nelle discussioni che la vedono protagonista entrano in gioco elementi esogeni che, come l'ideologia, non sono raziocinanti, parlano col cuore anziché con la testa, rischiando di travisare la realtà, per troppa passione o per interesse. Dal secondo dopoguerra il nostro paese è riuscito in pochissimo tempo a farsi annoverare tra le maggiori grandezze economiche mondiali dimostrando, in più di un'occasione, di essere anche in grado di suggerire con autorevolezza le proprie opinioni in ambito economico, politico, militare. Solo con gli anni Settanta la compresenza di un rallentamento dell'economia e dell'occorrenza di una maggiore tutela della sicurezza sociale mettono in risalto un enorme problema che diventerà "il problema" europeo del futuro: la gestione dello stato sociale in carenza di risorse.

In particolare due sono le problematiche all'origine del nuovo scenario socioeconomico a cui i diversi paesi sono oggi assoggettati: la globalizzazione

¹⁸ Premio Nobel per l'economia nel 2001.

internazionale ed il mutamento demografico. La globalizzazione internazionale ha radicalmente stravolto certezze ed apparati scenici. Sollecita quotidianamente una maggiore finanziarizzazione delle imprese affinché possano continuare a rimanere competitive. E quei paesi, come la Danimarca o la stessa Italia, la cui quota più grande della produzione proviene da medie, piccole e micro imprese perisce e sparisce, perché non è pronta ad affrontare una tale prova di resistenza, non è in grado d'indebitarsi per sopravvivere. Ed il paese deve ricorrere velocemente ad efficaci ammortizzatori sociali capaci di compensare i rischi crescenti generati dall'integrazione internazionale dei mercati. Il mutamento demografico vede un invecchiamento della popolazione, fenomeno moderno di recente manifestazione, che si prospetta strutturalmente in aumento, conseguente sia al calo della natalità sia all'allungamento della speranza di vita, e che ha causato una violenta espansione della domanda di prestazioni in campo previdenziale, sanitario e dei servizi sociali. L'aumento del rapporto tra anziani e giovani, particolarmente elevato, induce da una parte ad una richiesta di risorse parallela ad un deficit di produzione delle stesse. A questi problemi comuni l'Italia deve aggiungere una terza concausa: le anomalie della spesa sociale.

Come è stato osservato, preferenze e disorganizzazione mettono in evidenza principalmente un disequilibrio tra le sue componenti, che rendono la spesa sociale italiana atipica, con una spesa assistenziale trascurata, che dagli anni '60 è sempre diminuita a vantaggio di un volume pensionistico diventato eccessivo, dove previdenza e sanità insieme ritagliano più del 94% di tutta la spesa sociale, con ben il 70% dedicato ai vecchi e solo poco più del 5% alle rimanenti politiche sociali, nelle quali sono accolti disoccupati ed inoccupati che addirittura non ricevono nulla. Ma la sua anomalia, documentata da livelli molto alti di spesa pensionistica, è difficile da confermare per l'esistenza d'incompatibilità tecniche poiché: al suo interno non si riescono a (o vogliono) definire con esattezza i beneficiari dell'una o dell'altra tipologia di spesa, per cui inevitabili sono gli scivolamenti tra le stesse; gli enti erogatori alcune volte si sovrappongono nelle distribuzioni, duplicandole; le definizioni di spesa sono incerte, facendo apparire una volta assistenziale ed un'altra previdenziale la stessa quota, a seconda se vista con gli occhi di chi la elargisce o di chi la riceve. Ed è singolare che esista una contabilità periferica ancora non standardizzata che non consenta confronti intercomunali, oltre che comunitari; che non sia ancora ben chiaro chi debba essere ritenuto legittimamente ed eticamente beneficiario, se tutti i meritevoli, trasversalmente alle classi sociali, o solo i bisognosi. E, soprattutto, è grave, oltre che anomalo, che esista una voce di spesa formalmente ritenuta assistenziale, ma di fatto interpretata come assistenzialista.

In summa, dai dati riportati in questo lavoro possiamo articolare le anomalie in due classi: (i) quelle dovute ai volumi, che discendono da un favore del legislatore verso questa tipologia di spesa (pensioni c.d. Ivs); (ii) quelle di tipo tecnico, dovute alla mancata uniformazione delle definizioni e della contabilità.

Contrariamente alla prima classe, per la quale il compito risolutore è più arduo, andando a toccare un ambito nel quale l'incidenza dell'ideologia è vigorosa, la seconda potrebbe essere eliminata attraverso la volontà di un concordato tra le

istituzioni che intervengono nella rilevazione ed elaborazione dei dati. Alcune opinioni autorevoli, per contro, affermano che le gravi anomalie di cui si parla da tempo potrebbero essere proprio e solo l'effetto di un'inadeguatezza compromissoria di definizioni e contabilità, e che, in realtà, confrontando accuratamente le differenti voci di spesa, queste notevoli atipicità altro non sarebbero che distorsioni virtuali. Chiarire questo grosso ed annoso problema è di estrema importanza se si vuole eliminare l'errore idiosincratico e concentrarsi solo su quello comune esogeno per ottimizzare la gestione dello stato sociale.

In Italia e in Europa il principale problema economico, ma anche sociale e politico, è come rilanciare la crescita economica e l'occupazione. E la tesi più sostenuta vede nella riduzione del bilancio pubblico, da attuarsi prevalentemente a carico dello stato sociale ed in modo particolare, del sistema pensionistico, la soluzione più verosimile. Bisognerebbe tagliare la spesa pubblica per ridurre le entrate fiscali, specialmente a carico delle imprese, per stimolare la crescita del paese. In questo modo, però, si farebbero i conti solo con una metà del problema, quella che riguarda il costo per le imprese e l'occupazione. Ma il mercato è costituito parimenti da offerta e domanda e a questo riguardo l'analisi economica insegna che, in generale, una pari riduzione di entrate ed uscite del bilancio pubblico avrebbe, secondo il teorema di Haavelmo, un effetto complessivo negativo sulla domanda, sul PIL e sull'occupazione. Inoltre, mentre una riduzione della spesa offre i suoi effetti istantaneamente, com'è facile arguire, la crescita dovuta alla minore pressione fiscale richiede tempi più lunghi, in modo particolare quella che discende dagli investimenti. E nulla garantisce che contrazioni del prelievo fiscale contribuirebbero a più che compensare il calo della spesa pubblica.

Non bisogna dimenticare, altresì, che servirebbe a poco stimolare la domanda se questa non si orientasse innanzi tutto verso quelle aree del paese più depresse e sarebbe addirittura rovinoso se si rivolgesse massimamente all'estero senza creare ritorni di alcun tipo. Tra l'altro, nelle nostre ipotesi diamo per scontata la preminenza della spesa pensionistica, una delle principali determinanti dell'anomalia della spesa sociale. Ma abbiamo anche visto che potrebbe non essere così ed in questo caso il coinvolgimento della spesa pensionistica si delineerebbe nocivo anziché alleviante. Infatti, non bisogna scordare che nella spesa pensionistica italiana l'Eurostat include indebitamente i trasferimenti al Tfr ed altre prestazioni di natura non previdenziale che valgono circa 2,5 punti percentuali di PIL; che la spesa pensionistica italiana è valutata al lordo delle ritenute fiscali, e che il confronto internazionale è riferito alle sole prestazioni pubbliche. E questo ha il suo peso poiché, mentre quelle italiane coincidono essenzialmente con l'intero sistema pensionistico, quelle di altri paesi rappresentano solo una componente, cui vanno aggiunte le prestazioni dei fondi privati che in alcuni casi sono consistenti.

Un altro aspetto che si dovrebbe tenere in seria considerazione nel colpire le pensioni è dato dal fatto che le prestazioni pensionistiche in Italia svolgono una funzione più ampia del semplice assicurare un reddito agli anziani. Infatti, si è visto che sostengono anche il reddito dei componenti del nucleo familiare inteso in senso allargato; da un'indagine della Commissione Europea risulta che in Italia, a differenza

del resto dell'Ue, le famiglie comprendenti almeno un pensionato godono di un reddito medio per componente al di sopra del livello medio della totalità delle famiglie. Per quanto discutibile possa essere una spesa sociale incentrata sulle prestazioni previdenziali e fiduciosa nei meccanismi di solidarietà intrafamiliare, non si può trascurare l'importanza del ruolo che ricopre. E in Italia queste appaiono sottodimensionate nel raffronto con gli altri paesi avanzati. Pertanto, ogni intervento diretto a correggere un eccesso di spesa previdenziale avrebbe probabilmente come conseguenza un aumento della domanda di altre prestazioni sociali a cui il settore pubblico dovrebbe fare fronte.

In conclusione, posto come obiettivo la massimizzazione della gestione della spesa sociale, la prima cosa da fare dovrebbe essere quella di accordarsi tra le diverse istituzioni interessate per ottenere metodi di rilevazione ed elaborazione dei dati rigorosamente uniformati. A quel punto se la spesa pensionistica risultasse veramente più elevata rispetto alla media Ue l'attenderebbe una doverosa riduzione dei livelli a favore di un'assistenza da troppo tempo in emergenza il cui panorama futuro reclama tutte le attenzioni del caso.

Riferimenti bibliografici

Amoroso B., *Il modello danese e la flexicurity*, da Locanda riformista, marzo 2006.

Artoni R., Ranci Ortigosa E. (a cura di), *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia. Rapporto Irs*, Angeli, Milano, 1989.

Baldini M., *Spesa assistenziale in Italia*, 2005, www.lavoce.info, *Le molte conferme sulla povertà in Italia*, 2005, www.lavoce.info.

Banca d'Italia. *Relazione annuale 2005*. Roma: Banca d'Italia, 2006.

Barea M., Cesana G., *Il welfare in Europa*, Istituto europeo di pubblica amministrazione, 2004.

Borioni P., *La flexicurity scandinava*, 2006, www.leftwing.it.

Bosi P., Caruso E., *La spesa per l'assistenza*, Rapporto CTSP, 2002.

Breda M.G., Micucci D., Santanera F., *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali*, Utet, Torino, 2001.

Censis 38°, *Rapporto sulla situazione sociale del paese 2004*, Francoangeli, Milano.

Commissione d'indagine sulla povertà e sull'emarginazione, *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 1997.

D'Apice C., *Saggi sulla distribuzione e redistribuzione del reddito*, Kappa, Roma, 1989.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero dell'economia e delle finanze, *Documento di programmazione economico finanziaria 2007 – 2011*, Luglio 2006.

Eitheim P., Kuhnle S., *The Scandinavian Model: Trends and Perspectives*, European Union Work Papers, 1999.

Eurispes, *Rapporto Italia 2006*.

Eurostat. *Pensions in Europe: expenditure and beneficiaries*, Luxembourg: Eurostat, 2004.

Eurostat. *Social protection: expenditure and receipts. Data 1994-2002*, Luxembourg: Eurostat, 2005.

- Eurostat. *Population and social condition*, Luxembourg: Eurostat, 2006.
- Ferrera M., *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- Ferrera M. e Hemerijck A., *Recalibrating european welfare regimes*, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- ISTAT, *Annuario di contabilità nazionale, Annuari*, Roma: Istat, 2006.
- ISTAT. *Rilevazione sui consumi delle famiglie italiane*, Roma: Istat, 2006.
- ISTAT. *Rapporto Annuale sulla situazione del paese. Anno 2005*, Roma: Istat, 2006.
- ISTAT-INPS, *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I – I trattamenti pensionistici. Annuari*, Roma: Istat, 2006, n.3.
- ISTAT-INPS. *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. II – I beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Annuari*, Roma: Istat, 2006, n.4.
- Marignetti M.T., Roberti P., *La politica assistenziale in Italia: risorse e costo efficacia*, Marsilio Editori, Venezia, 1998.
- Masulli I., *Welfare State e patto sociale in Europa. Gran Bretagna, Germania, Francia, Italia, 1945-1985*, Clueb, Bologna, 2003.
- Masulli I., *La parabola di un modello sociale*, da La Rivista del Manifesto n°51, 2004.
- Matteuzzi M., *Strumenti di assistenza pubblica e politica sociale*, Ricerca n.3/96, 1996.
- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, 2005.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Piano d'azione nazionale per l'occupazione*, 2003, *Piano d'azione nazionale per l'occupazione*, 2004.
- Ministero del tesoro del bilancio e della programmazione economica, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, Vari anni*, IPZS, Roma.

Onofri P., *Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale. Relazione finale*, 1997.

Peracchi F., Barbi E., Brugiavini A., Tamborrini T., Viviano E. (a cura di), *Completezza e qualità delle informazioni statistiche utilizzabili per la valutazione della spesa pensionistica*, Rapporto di ricerca, Presidenza del consiglio dei ministri, commissione per la garanzia dell'informazione statistica, Gennaio 2001.

Pizzuti F.R., *Il sacco del welfare*, da *La Rivista del Manifesto* n°37, 2004.

Reviglio F., *Istituzioni di economia pubblica*, Giappichelli, Torino, 2003.

Zamagni V., *Dalla periferia al centro*, Il Mulino, Bologna, 1990.

Zamagni V., *La povertà nella storia economica*, Giuffrè, Milano, 2005.

Zamagni V., *Introduzione alla storia economica d'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2005

Zoli M., *I sistemi di welfare state nei paesi dell'Unione Europea*, LLEE Working Document n°1, January 2004.