



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

04.2014

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

Le sfide del welfare nell'Italia
che invecchia:
welfare state e welfare society

Introduzione

Negli anni ultimi venti anni, a livello mondiale, si è assistito a due fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni), e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse su scala globale, raffigurandosi in alcuni Paesi e per alcune patologie (ad es. il diabete) come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è avere una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure. Cure che negli anni sono diventate sempre più efficaci e costose, e se da un lato fanno aumentare la speranza di vita, dall'altro creano problemi di sostenibilità finanziaria. Contemporaneamente, il ripensamento dei sistemi di welfare (soprattutto in Europa) e, più recentemente, la crisi globale scoppiata nel 2008 (la più prolungata fase di recessione economica dopo quella del 1929) hanno determinato un aumento considerevole degli indici di povertà e di disuguaglianza, peggiorando in molti casi le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie.

La crisi del 2008 ha coinvolto l'intero sistema produttivo, con effetti particolarmente pesanti per alcuni gruppi sociali. Fino al 2010 gli indicatori statistici di disuguaglianza e di povertà si mostravano stabili per il sovrapporsi di fenomeni sociali contrapposti che si bilanciavano tra di loro. Il 2011, tuttavia, ha rappresentato un anno di svolta e ha mostrato una grande diffusione della povertà e del disagio sociale, in particolare fra i giovani tra 18 e 24 anni e fra gli ultra 64-enni. L'allargamento delle condizioni di sofferenza sociale è stato solo in parte mitigato dall'agire delle politiche sociali che in Italia, così come negli altri paesi europei dell'area mediterranea, sono state oggetto degli interventi di contenimento della spesa pubblica, e non hanno potuto esplicare pienamente le loro funzioni di stabilizzatore macroeconomico e di strumento di assicurazione collettiva contro le conseguenze sociali delle recessioni economiche.

L'allargarsi delle condizioni di sofferenza sociale assume ancora maggiore rilevanza alla luce del dibattito che negli ultimi anni si è sviluppato tra gli economisti e che parte dalla seguente domanda: può l'origine della crisi scoppiata nel 2008 essere ricondotta all'allargarsi delle disuguaglianze sociali verificatosi negli anni precedenti? In questo ambito della letteratura economica, quindi, la relazione causale tra crisi macroeconomica e sofferenza sociale viene capovolto: la sofferenza sociale potrebbe non essere solo acuita dalla crisi, ma potrebbe divenire uno dei fattori che concorrono a determinare le crisi macroeconomiche e finanziarie. Sia le interpretazioni teoriche dei meccanismi che hanno portato alla crisi, che l'analisi delle evidenze empiriche sembrano portare alla conclusione che esiste sicuramente un legame tra crescita delle disuguaglianze e instabilità macroeconomica.

In questa prospettiva, politiche sociali che intervengano sulle situazioni di disagio e che riducano le disuguaglianze assumono un carattere di investimento pubblico che potrebbe favorire la stabilità e il benessere dell'intero sistema economico (Ginebri, Dragosei e Mazzoni, 2013).

Autori

Vincenzo Atella, Manin Carabba,
Joanna Kopinska e Sergio Ginebri

Rispetto all'Europa, in Italia i limiti imposti dalle condizioni di finanza pubblica impongono un ripensamento della struttura del nostro Stato sociale e un nuovo legame "concertato" fra politiche del lavoro (Job Act o provvedimenti alternativi volti comunque alla creazione di nuovi posti di lavoro). Si tratta di superare l'irragionevole rifiuto di ogni forma di contrattazione-concertazione che ha caratterizzato la legislatura 2008-2013 (con l'ultimo governo Berlusconi e col governo Monti) per recuperare esperienze d'incontro concertato fra pubblici poteri e parti sociali (dal Piano Vanoni, sino, appunto, agli accordi del Luglio 1993 con il Governo Ciampi).

Nelle pagine che seguono, in modo sintetico, cercheremo di illustrare i punti salienti e le sfide più importanti che i policy maker dovrebbero oggi affrontare al fine di disegnare dei sistemi di welfare in grado di garantire una serie di diritti fondamentali ai cittadini e assicurare al tempo stesso la sostenibilità economica e finanziaria dell'intera operazione.

Le sfide per i sistemi di welfare del futuro.

1.1 La demografia nei prossimi anni: una popolazione più longeva ma più anziana.

La scala e il ritmo dell'invecchiamento della popolazione dipendono dall'andamento della speranza di vita, della fertilità e delle migrazioni. La speranza di vita alla nascita dovrebbe salire da 76,7 anni nel 2010 a 84,6 nel 2060 per gli uomini e da 82,5 a 89,1 anni per le donne. Il tasso di fertilità nell'UE dovrebbe crescere di poco, da 1,59 nascite per donna nel 2010 a 1,71 nel 2060. Il saldo netto cumulativo delle migrazioni nell'UE ammonterà, secondo le proiezioni, a circa 60 milioni fino al 2060.

Nel 2060 la popolazione totale sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: secondo le proiezioni, il 30% degli europei avrà almeno 65 anni. Da un lato, che più persone vivano più a lungo è una grande conquista, ma dall'altro ciò pone gravi problemi alle economie e ai sistemi previdenziali dei paesi europei. L'altra faccia della medaglia è, infatti, che ci saranno meno persone in età lavorativa: la quota della popolazione tra i 15 e i 64 anni di età scenderà dal 67% al 56%. Questo vuol dire che, all'incirca, invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne sarebbero solo 2.

Ci si aspetta che questi cambiamenti demografici avranno notevoli conseguenze per le finanze pubbliche nell'UE. Sulla base delle politiche attuali, si prevede che la spesa pubblica "direttamente" legata all'età (pensioni, sanità e assistenza a lungo termine) crescerà di 4,1 punti percentuali del PIL tra il 2010 e il 2060, ossia dal 25% al 29% circa del PIL. La sola spesa per le pensioni dovrebbe salire dall'11,3% a quasi il 13% del PIL entro il 2060. La situazione si presenta però molto diversa da un paese all'altro, in gran parte in funzione dei progressi realizzati nella riforma delle pensioni.

È di fondamentale importanza per la sostenibilità delle pensioni concentrare l'attenzione non solo sulla previdenza o l'età legale di pensionamento (come è il caso di molte discussioni politiche), ma anche sulle questioni del mercato del lavoro. Il "Calcolatore dell'indice di dipendenza" dimostra l'enorme impatto dei livelli occupazionali sull'evoluzione dei rapporti di dipendenza economica. Aumentare i livelli di occupazione e migliorare le opportunità di occupazione, in particolare per i giovani, le donne e gli anziani (uomini e donne) deve essere una priorità, viste le previsioni sul calo della popolazione in età lavorativa. Maggiore formazione, tutela della salute, riconciliazione tra lavoro e vita familiare sono solo alcuni degli elementi fondamentali di tale strategia.

Nel 2060 la popolazione totale sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: secondo le proiezioni, il 30% degli europei avrà almeno 65 anni.

Nel caso dell'Italia, l'età media della popolazione passerà dagli attuali 43,5 ai 49,7 anni del 2065. In previsione di una longevità tendenzialmente crescente e di una fertilità sotto la soglia di sostituzione delle generazioni, il cambiamento demografico dei prossimi anni vedrà ancora una volta protagonista il processo di invecchiamento della popolazione.

Quella che nel lessico demografico, già oggi, si fatica a definire "piramide" della popolazione, in futuro continuerebbe ad allontanarsi sempre più da tale forma: pur affrontando un tema che riguarda il lungo periodo, e pur riconoscendo che i diversi presupposti ipotizzati possano condurre a condizioni più o meno favorevoli, la struttura per età della popolazione non potrà che ulteriormente sbilanciarsi a favore delle età più anziane.

Nello scenario centrale l'età media della popolazione tenderebbe a crescere al ritmo annuale di circa due decimi di punto, passando dagli attuali 43,5 anni a 47,8 anni nel 2035.

Dopo tale anno la crescita dell'invecchiamento subirebbe un rallentamento e si raggiungerebbe un massimo di 49,8 anni di età media nel 2059. Infine, a indicare un potenziale processo di stabilizzazione dell'invecchiamento, va segnalato che l'età media della popolazione potrebbe ridiscendere a 49,7 anni entro il 2065. Lo spostamento della distribuzione per età della popolazione verso le classi più anziane viene confermato anche negli scenari alternativi, contraddistinti da un percorso evolutivo simile a quello dello scenario centrale, ma con un ventaglio di risultati al 2065 che oscilla dai 49 anni di età media dello scenario alto ai 50,6 anni dello scenario basso.

1.2 Lo stato di salute della popolazione: sempre più malati cronici e disabili.

Secondo l'Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), in Europa le malattie non trasmissibili, quali le patologie cardiovascolari, i tumori, i problemi di salute mentale, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche e le patologie muscolo-scheletriche, sono responsabili della stragrande maggioranza delle morti e della spesa sanitaria. Tra queste, le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di decessi, e sono responsabili di circa la metà di tutte le morti in Europa. Le malattie del cuore e gli ictus rappresentano, altresì, la principale causa di morte nei 52 stati membri del WHO. Secondo le ultime stime disponibili, dei 57 milioni di morti nel 2008, 36 milioni (65%) erano dovute a malattie non trasmissibili, di cui circa la metà (17 milioni) per cause cardiovascolari e 7,6 milioni per malattie oncologiche.

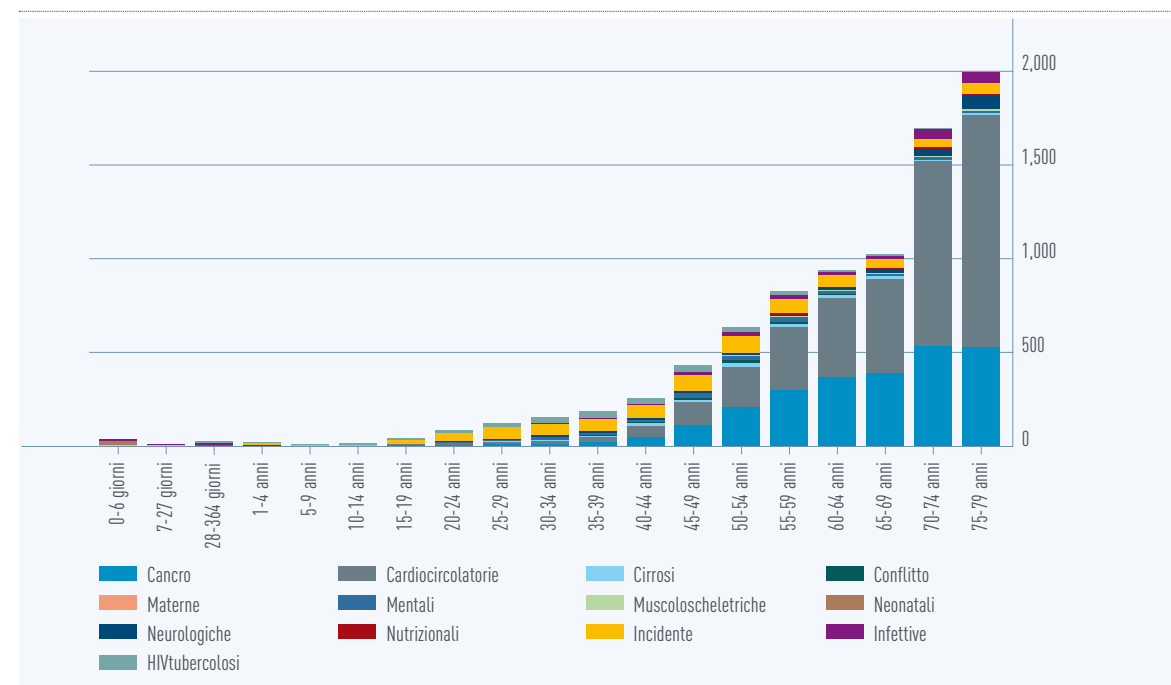
A causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che nel

Le malattie del cuore e gli ictus rappresentano, altresì, la principale causa di morte nei 52 stati membri del WHO. Secondo le ultime stime disponibili, dei 57 milioni di morti nel 2008, 36 milioni (65%) erano dovute a malattie non trasmissibili, di cui circa la metà (17 milioni) per cause cardiovascolari e 7,6 milioni per malattie oncologiche.

2030 ci saranno ben 25 milioni di persone che moriranno per cause cardiovascolari e circa 13 milioni per tumori. Relativamente ai paesi UE e EFTA, nella figura 1 sono riportati per l'anno 2010 il numero di morti per classe di età e per causa. Come si può vedere, cardiovascolare e tumori costituiscono la stragrande maggioranza della cause di morte.

Relativamente all'Europa, circa il 60% del peso imposto da queste malattie in termini di DALY (*Disability Adjusted Life Years*) può essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%). Un altro aspetto importante è che i fattori di rischio spesso si sommano tra di loro, ad esempio il diabete si somma alla lista dei fattori di rischio nel caso delle malattie cardiovascolari. Almeno il 35% degli uomini sopra i 60 anni soffre di due o più patologie croniche e il numero delle co-morbidità aumenta con l'età, con livelli più alti osservati tra le donne. Questi risultati non cambiano di molto se ci si limita ad analizzare i soli Paesi appartenenti all'UE. Nella figura 2 sono riportati i dati sul numero di DALY per classe di età e per causa.

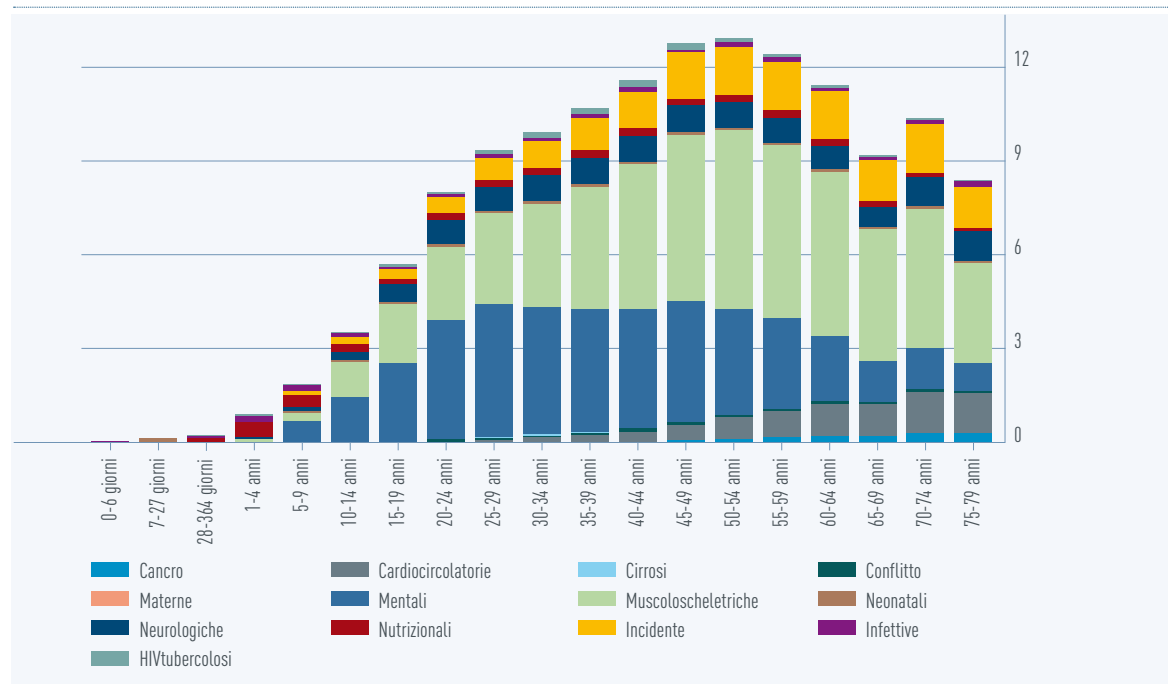
Figura 1. Numero di morti in migliaia per età e causa - 2010 - Europa



Fonte: Elaborazioni su dati Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation

A livello globale, circa l'80% degli anziani sono affetti da almeno una malattia cronica, e il 50% ha due o più malattie croniche (ad esempio malattie cardiovascolari, ictus, cancro o diabete di tipo 2) (Fontana, 2009). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le patologie croniche, che sono in gran parte prevenibili, sono la principale causa di morbidità e mortalità, nonché la ragione principale di costi per l'economia e un peso per lo stato sociale (Fontana, 2009, WHO, 2005). Questi problemi sono poi aggravati dalla attuale epidemia di obesità, in cui l'eccessiva adiposità è associata all'aumento del rischio di sviluppare diabete di tipo II, malattie cardiovascolari, tumori e, più in generale, disabilità (Fontana e Klein (2007), Fontana (2009), WHO (2005).

Figura 2. Anni di vita in milioni con disabilità per età e causa – 2010 – Europa



Fonte: Elaborazioni su dati Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation

Inoltre, vi è una significativa correlazione tra la salute mentale e quella fisica, entrambe condizionate da elementi negativi quali l'assenza di un alloggio, l'alimentazione insufficiente e/o non equilibrata, la scarsa istruzione, o la diffusione di fattori di rischio quali l'alcolismo. Per esempio, la depressione è più comune tra le

persone affette da patologie fisiche, manifestandosi nel 33% dei malati di tumore, nel 29% degli ipertesi e nel 27% dei diabetici.

Nei paesi più avanzati queste patologie sono responsabili di circa il 70-80% della spesa per la salute e i pazienti affetti da tali malattie sono i principali fruitori dei servizi sanitari. I costi sanitari e i rischi di inutili ricoveri aumentano al crescere della co-morbidità.

Nel Regno Unito è stato stimato che tra le principali 11 cause di ricovero, 8 sono riconducibili a patologie di lungo termine (WHO Regional Office Europe, 2006). La morte prematura e la disabilità rappresentano, inoltre, un costo economico per le famiglie e la società. Infatti, i lavoratori e la società devono farsi carico delle assenze, del calo della produttività e del turnover occupazionale.

Le famiglie e la società devono sopportare i costi della salute (diretti e indiretti), la riduzione del reddito, l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e la crescente dipendenza dal sistema di sicurezza sociale.

L'interagire di questi fenomeni clinico-epidemiologici e socio-economici sta producendo effetti che possono essere molto pericolosi per la salute delle persone. Secondo il WHO, situazioni di questo genere dovrebbero portare i governi a rafforzare le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute.

Al contrario, in molti paesi sono state attuate politiche di austerità che sono intervenute in modo sostanziale sulla spesa sociale, rendendo più difficile l'accesso ai servizi sociali (e sanitari in particolare) e dilatando le disuguaglianze. Secondo Ortiz e Cummins (2013), i settori principalmente colpiti dalle misure restrittive sono l'istruzione, la sanità e la spesa sociale. Nel caso particolare della sanità, sono ben 37 i Paesi che, a seguito della crisi economica, dal 2008 hanno avviato delle riforme sanitarie, e molti di questi sono Paesi "sviluppati" (25 su 37). I principali strumenti utilizzati sono quelli dell'aumento della quota di pagamento diretto (*out-of-pocket*) per i pazienti e misure di contenimento dei costi dei centri che forniscono servizi sanitari. Secondo un recente studio dell'OCSE (Paris, 2013), sono diversi i modi attraverso cui questi tagli si stanno realizzando.

Si interviene nel limitare l'accesso a specifici gruppi di popolazione (gli immigrati illegali, oppure i soli residenti, oppure, come in Irlanda, anziani over 70 ricchi); molto più spesso sono aumentati i livelli di compartecipazione alla spesa, insieme con la revisione delle condizioni di esenzione. Al contrario, poco o nulla si è fatto nel cambiare il paniere di servizi offerto (la generosità delle coperture).

Nel caso particolare della sanità, sono ben 37 i Paesi che, a seguito della crisi economica, dal 2008 hanno avviato delle riforme sanitarie, e molti di questi sono Paesi "sviluppati" (25 su 37). I principali strumenti utilizzati sono quelli dell'aumento della quota di pagamento diretto (*out-of-pocket*) per i pazienti e misure di contenimento dei costi dei centri che forniscono servizi sanitari.

Trenta anni di riforme mancate e l'attuale frammentazione sociale

Le evidenze riportate nei paragrafi precedenti, l'emergere di nuove situazioni di sofferenza sociale e l'acutizzarsi di croniche sofferenze, riapre la necessità di una riflessione sulle caratteristiche e i limiti delle politiche di welfare in Italia. Sono passati 16 anni dalla presentazione della presentazione del Rapporto Onofri, in cui venivano proposte le linee essenziali di un intervento sistematico, anche se graduale, di riforma delle politiche sociali nazionali. Il sistema di welfare italiano è rimasto un sistema squilibrato, in cui viene privilegiata la protezione di alcuni rischi, come quello di vecchiaia e di disoccupazione temporanea per gli occupati nelle grandi imprese, e nel contempo ricevono insufficiente tutela i rischi individuali di cadute di reddito, disoccupazione, perdita dell'autosufficienza. In definitiva, è venuto a mancare quel ridisegno complessivo della spesa sociale in più punti richiamato nelle analisi della Commissione. Nonostante alcuni interventi riformatori realizzati, l'assetto del welfare state italiano è rimasto categoriale e mancante di quelle caratteristiche di universalismo che rafforzerebbero il carattere di diritto civile e sociale di alcune prestazioni essenziali. Tanto più che il diritto individuale ad alcune prestazioni sociali essenziali è intimamente legato al funzionamento di una democrazia rappresentativa ed è parte della sua "costituzione di cittadinanza".

Poiché le proposte della Commissione Onofri non sono state accolte, è interessante interrogarsi sulle ragioni che hanno impedito l'avvio di un processo di riforma delle politiche sociali in Italia. Vari fattori hanno contribuito a cristallizzare lo squilibrato sistema di welfare italiano. In primo luogo, il vincolo finanziario ha fatto prevalere interventi di breve periodo, mirati a risparmi di spesa immediati, slegati da un progetto di riordino complessivo. In secondo luogo, ha giocato la debolezza della pubblica amministrazione nel gestire programmi di welfare, siano essi basati sulla fornitura di servizi, che sull'erogazione condizionata di risorse monetarie. La scarsa efficacia dell'apparato amministrativo non solo ha frenato i progetti di riforma ma ha anche aggravato gli squilibri, aggiungendo allo squilibrio nella composizione delle politiche sociali, uno squilibrio territoriale nella qualità delle prestazioni rese. Ma l'ostacolo che maggiormente si è frapposto all'intento riformatore sta proprio nell'alto livello delle disuguaglianze che contraddistinguono il sistema economico e in generale la società italiana, e che sono preesistenti a ogni intervento di welfare.

Varie e profonde disuguaglianze si sommano e si sovrappongono: territoriali, per condizioni occupazione, per settore economico e per dimensione delle aziende in cui si presta la propria attività lavorativa, per produttività del lavoro, per genere.

Vari fattori hanno contribuito a cristallizzare lo squilibrato sistema di welfare italiano. In primo luogo, il vincolo finanziario ha fatto prevalere interventi di breve periodo, mirati a risparmi di spesa immediati, slegati da un progetto di riordino complessivo. In secondo luogo, ha giocato la debolezza della pubblica amministrazione nel gestire programmi di welfare, siano essi basati sulla fornitura di servizi, che sull'erogazione condizionata di risorse monetarie.

Paradossalmente, la profonda frammentazione che distingue la società e l'economia italiana crea l'esigenza di politiche sociali di riequilibrio, ma rende politicamente più difficoltosa la loro realizzazione. In un sistema così diseguale, interventi riformatori di tipo universalistico, benché selettivo, assumono una connotazione fortemente redistributiva a favore di precisi gruppi sociali, e tendono a perdere il loro carattere di prestazione assicurativa individuale, rivolta a chiunque possa trovarsi, nel presente o in futuro, in condizione di privazione, o di sofferenza. La frammentazione sociale ostacola l'emergere di un sostegno politico favorevole a politiche che rendano possibile un suo superamento.

Il punto di partenza di ogni riflessione sul futuro delle politiche sociali in Italia e sulla necessità di una loro riforma non può che essere la presa d'atto della frammentazione sociale prodotta dall'operare del sistema economico. Le politiche re-distributive vanno coniugate a politiche pre-distributive, cioè a politiche microeconomiche che incidano sulla struttura del sistema economico, ne limitino le disuguaglianze, accrescano la capacità di creare valore aggiunto delle imprese marginali e dei lavoratori in esse impegnati.

Quando si evocano politiche pre-distributive non si fa solo riferimento a politiche rivolte all'offerta di fattori produttivi e alla loro qualità, come le politiche per l'educazione, e nemmeno solo alle politiche che rendano più aperti e concorrenziali i mercati, compreso quello del lavoro. Si fa riferimento anche a interventi normativi che rimuovono gli ostacoli o i disincentivi alla crescita e al rafforzamento delle imprese marginali, quelle a minore valore aggiunto.¹ La struttura del prelievo fiscale sulle imprese rappresenta un buon esempio di disincentivo alla crescita per le imprese marginali. Nel dibattito di politica economica c'è molta attenzione sul livello della tassazione, molto meno sulla sua struttura e sugli incentivi perversi che essa crea.

Ogni tentativo di riforma delle politiche sociali che non sia coniugato a interventi di riequilibrio della struttura del sistema economico rischiano di avere effetti perversi.

Per esempio, interventi che si propongano di ridurre le prestazioni principali delle politiche sociali, pensioni e sanità, e ridistribuirle a favore dei più svantaggiati rischiano di ridurre profondamente il sostegno politico di cui finora gode il sistema di protezione sociale attuale. L'avvio di un processo di riforma basato sull'introduzione di un elemento redistributivo darebbe probabilmente l'avvio ad un conflitto tra differenti gruppi di interesse il cui esito finale non è facile da prevedere.

Le politiche re-distributive vanno coniugate a politiche pre-distributive, cioè a politiche microeconomiche che incidano sulla struttura del sistema economico, ne limitino le disuguaglianze, accrescano la capacità di creare valore aggiunto delle imprese marginali e dei lavoratori in esse impegnati.

(1) È chiaro che in un contesto ottimale di lungo periodo queste imprese dovrebbero essere eliminate dal sistema. Rimane però il problema del breve periodo che va affrontato.

L'interesse dei gruppi sociali più forti, di fronte ad un intervento redistributivo che li svantaggerebbe, sarebbe quello di usare il loro potere di influenza sui processi politici per ottenere prestazioni pubbliche ridotte e provvedere individualmente alla protezione dei rischi sanitari e di vecchiaia. In definitiva, un processo di riforma avviato per garantire trattamenti pensionistici più adeguati per i più svantaggiati, potrebbe finire per ridurre le prestazioni della previdenza pubblica.

Il sistema italiano di welfare in un contesto di persistente squilibrio

Come ampiamente dimostrato da Ginebri e Dragosei et Al. (2013), la composizione della spesa sociale italiana non è cambiata negli ultimi dieci anni, nonostante la crisi e nonostante gli squilibri interni che emergono da un confronto con la composizione della spesa negli altri paesi europei. Rimane tuttora valida l'analisi della spesa sociale svolta dalla Commissione Onofri (1997), che già 16 anni fa sottolineava l'eccessiva concentrazione sulla funzione vecchiaia, che assorbe oltre il 50% della spesa, accanto ad un sottodimensionamento di altre funzioni quali la famiglia, la disoccupazione e l'esclusione sociale. Ma soprattutto indicava l'estesa differenziazione per categoria professionale del nostro sistema di welfare in riferimento ad alcune funzioni, quali la disoccupazione e le prestazioni per la famiglia (Onofri, 2007; Baldini e Ciani, 2011).

A 16 anni dall'analisi di quella Commissione molto poco è stato fatto per correggere le sovrapposizioni fra misure che si sono via via aggiunte negli anni creando una stratificazione di interventi spesso onerosa e inefficace a contrastare le aree di povertà più profonda (vedi Mazzotti, 2012). È venuto a mancare quel ridisegno complessivo della spesa sociale in più punti richiamato nelle analisi della Commissione. L'assetto del welfare state italiano è rimasto categoriale e mancante di quelle caratteristiche di universalismo che rafforzerebbero il carattere di diritto civile e sociale di alcune prestazioni essenziali. Tanto più che il diritto individuale ad alcune prestazioni sociali essenziali è intimamente legato al funzionamento di una democrazia rappresentativa ed è parte della sua "costituzione di cittadinanza" (De Ioanna, 2012).²

Per effetto dell'aggravarsi della crisi economica e delle carenze del sistema italiano di welfare, negli ultimi anni si sono acutizzate le situazioni di cronica sofferenza sociale e si sono create nuove emergenze:

- le coppie giovani con bambini e con una attività lavorativa discontinua, oppure con redditi da lavoro inadeguati;
- i lavoratori anziani ancora lontani dai requisiti di pensionamento, ma di difficile collocazione occupazionale;
- i lavoratori autonomi a basso reddito e con una inadeguata copertura previdenziale;
- i lavoratori in Cig e senza prospettive di rientro in azienda;
- gli anziani non autosufficienti e che avrebbero bisogno di assistenza medica continua.

Nonostante il persistere degli squilibri del sistema di welfare, negli ultimi anni si sono susseguiti interventi riformatori, di cui è opportuno richiamare le principali caratteristiche.

(...) negli ultimi anni si sono acutizzate le situazioni di cronica sofferenza sociale e si sono create nuove emergenze:

- le coppie giovani con bambini e con una attività lavorativa discontinua, oppure con redditi da lavoro inadeguati;
- i lavoratori anziani ancora lontani dai requisiti di pensionamento, ma di difficile collocazione occupazionale;
- i lavoratori autonomi a basso reddito e con una inadeguata copertura previdenziale;
- i lavoratori in Cig e senza prospettive di rientro in azienda;
- gli anziani non autosufficienti e che avrebbero bisogno di assistenza medica continua

(2) Una esauriente e capillare descrizione del complesso degli interventi del welfare dal lato della spesa e della leva fiscale per aree d'intervento (vecchiaia, disabilità, malattia, famiglia, ecc.) è contenuta in Mazzotti (2012).

3.1 Le riforme realizzate: tra contenimento della spesa e necessità di universalismo

La primaria spinta agli interventi di riforma del welfare italiano negli anni duemila è venuta principalmente da esigenze di contenimento della spesa. La stessa Commissione Onofri definì come suo obiettivo "l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale" e solo al secondo posto veniva indicata la necessità di realizzare un maggiore universalismo delle prestazioni, in modo da colmare le principali lacune dello stato sociale italiano.

Lacune rappresentate dalla mancanza di uno strumento universale di contrasto alla povertà tipo Reddito Minimo, dall'assenza di uno strumento universale di protezione dal rischio disoccupazione, dalla mancanza di specifiche tutele per la non autosufficienza e dall'eccessivo peso della spesa pensionistica.

Dalla pubblicazione della relazione della Commissione Onofri i vari governi che si sono succeduti hanno realizzato una serie di interventi che hanno riguardato la previdenza, il mercato del lavoro, il riordino dell'assistenza. Tralasciando di parlare in questa sede delle riforme della previdenza e del lavoro, qui di seguito vengono brevemente illustrati gli interventi principali proposti nel settore dell'assistenza sociale, anche per capire cosa ancora rimane da fare e, soprattutto, quanto verosimilmente tutto ciò possa apparire realizzabile oggi.

In seguito alla relazione finale della Commissione Onofri, la riforma dell'assistenza è stata realizzata attraverso la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge 328/2000), che seguiva a sua volta la riforma del titolo V della Costituzione, con il conseguente passaggio di competenze in materia di assistenza sociale dallo Stato centrale agli enti locali. A tale riforma si collegava anche l'istituzione dell'ISEE (l'indicatore di situazione economica, unificato per tutto il territorio nazionale), che raccogliendo le indicazioni della Commissione Onofri, aveva indicato la necessità di poter fare riferimento a uno strumento unico per la prova dei mezzi, come una delle priorità del sistema di welfare italiano. L'introduzione di un criterio unico di selettività delle prestazioni ha rappresentato un momento di svolta verso la diffusione del concetto di "universalismo selettivo" degli interventi di welfare, che da allora in poi ha ispirato la produzione normativa in materia assistenziale (assegno di maternità, assegno al terzo figlio, pagamento di rette per servizi comunali ecc.), ben conciliando i vincoli di bilancio con la necessità di ampliare il carattere universalistico delle prestazioni.

Ma tale riforma non ha posto fine a una sua caratteristica che ci

Lacune (dello stato sociale italiano) sono rappresentate dalla mancanza di uno strumento universale di contrasto alla povertà tipo Reddito Minimo, dall'assenza di uno strumento universale di protezione dal rischio disoccupazione, dalla mancanza di specifiche tutele per la non autosufficienza e dall'eccessivo peso della spesa pensionistica.

rende unici in Europa: l'assenza nel nostro Paese di uno strumento universale di contrasto alla povertà. A partire dal 1999 si sono susseguite una serie di azioni e sperimentazioni sull'argomento. La prima azione fu quella della sperimentazione tra il 1999 e il 2001 del Reddito Minimo, prorogata a tutto il 2002, prevedendo il suo allargamento a complessivi 307 Comuni. La sperimentazione fu affidata interamente all'ente locale Comune, compresi gli aspetti di verifica e controllo. Il controllo non fu mai effettuato in modo rigoroso e a oggi mancano studi attendibili sul ruolo del Reddito Minimo per alleviare la situazione delle fasce più deboli. L'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza (legge 328/2000), prevedeva l'estensione istituto del Reddito Minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno al reddito. La Finanziaria 2003 bloccò la sperimentazione del Reddito Minimo d'Inserimento (RMI).

Solo a partire dal 2008, in risposta alla crisi che stava erodendo i redditi delle famiglie, si è ricominciato a pensare di introdurre sistemi di sostegno alle famiglie. Lo strumento immaginato dal Governo Berlusconi fu la "carta acquisti", che è stata poi riconfermata dal Governo Monti in una veste differente. Essa rappresenta, sia pure in forma molto limitata in termini di risorse e di soggetti beneficiari, l'unico strumento di sostegno universale alla povertà esistente in Italia. Purtroppo, i dati sull'andamento della vecchia carta acquisti mostrano tutta la debolezza dello strumento: innanzitutto l'adeguatezza degli importi, assolutamente insufficienti ad alleviare livelli di povertà ai limiti dell'indigenza; poi il target dei beneficiari che ha indirizzato la maggioranza delle carte a famiglie di anziani, che già costituiscono la fascia di età su cui si concentra già gran parte della spesa italiana per l'assistenza; la scarsità delle risorse, infine, che ha fatto sì che fosse coinvolto un numero di beneficiari estremamente limitato.

La nuova Carta acquisti (NCA) - prevista per il 2013 in sperimentazione in 12 grandi città per un anno - è destinata alle sole famiglie in cui sia presente almeno un minore. Si prevede anche che il numero e l'età dei figli siano requisiti preferenziali per l'accesso al beneficio. La scelta di concentrarsi sulle famiglie con minori segnala la volontà di controbilanciare la spesa assistenziale a favore di gruppi sociali tradizionalmente più trascurati (le famiglie giovani). La NCA non è più riservata solo agli italiani, ma anche agli immigrati. La NCA sarà gestita dai comuni di oltre 250 mila abitanti e sarà accompagnata con servizi alla persona (sociali, educativi e di formazione), prevedendo il coinvolgimento del Terzo Settore.

Infine, il progetto recentemente presentato dal Governo Letta per la creazione di un "sostegno per l'inclusione attiva" (SIA) si propone

Solo a partire dal 2008, in risposta alla crisi che stava erodendo i redditi delle famiglie, si è ricominciato a pensare di introdurre sistemi di sostegno alle famiglie.

di colmare la più volte richiamata mancanza nel nostro Paese di una misura universale di contrasto alla povertà. Infatti, il SIA dovrebbe avere carattere nazionale, al fine di rispondere a un generale principio di equità: l'uguaglianza di fronte al bisogno. Altre caratteristiche innovative riguardano il carattere di misura volta a stimolare la partecipazione alla vita attiva dei beneficiari, attraverso il condizionamento dell'erogazione del sussidio a un "patto di inserimento". Il SIA sarebbe gestito dall'INPS, in collaborazione con gli enti decentrati per quanto riguarda l'attività di attivazione dei soggetti beneficiari. All'INPS spetterebbe anche l'attività di monitoraggio dell'andamento della misura, al fine di correggerne eventuali distorsioni. Il computo dei costi di tale intervento è stimato in modo approssimativo in circa 7-8 miliardi di euro annui a regime.

3.2 Gli ostacoli sociali e politici a un riordino radicale

Il progetto di introduzione del SIA rappresenterebbe una importante innovazione del sistema di protezione sociale italiano perché rappresenterebbe una rilevante e ben strutturata risposta all'esigenza di uno strumento universale e selettivo di contrasto alla povertà. Anche se il progetto sarà effettivamente realizzato, è interessante interrogarsi sulle ragioni che abbiano finora impedito la riforma delle politiche sociali italiane invocata dal Rapporto Onofri. Vari fattori hanno contribuito a cristallizzare lo squilibrato sistema di welfare italiano. In primo luogo, il vincolo finanziario ha fatto prevalere interventi di breve periodo, mirati a risparmi di spesa immediati, slegati da un progetto di riordino complessivo. In secondo luogo, ha giocato la debolezza della pubblica amministrazione nel gestire programmi di welfare, siano essi basati sulla fornitura di servizi, che sull'erogazione condizionata di risorse monetarie. La scarsa efficacia dell'apparato amministrativo non solo ha frenato i progetti di riforma ma ha anche aggravato gli squilibri, aggiungendo allo squilibrio nella composizione delle politiche sociali, uno squilibrio territoriale nella qualità delle prestazioni rese (Svimez, 2013). Ma l'ostacolo che maggiormente si è frapposto all'intento riformatore sta proprio nell'alto livello delle disuguaglianze che contraddistinguono il sistema economico e in generale la società italiana, e che sono preesistenti a ogni intervento di welfare.

Varie e profonde disuguaglianze si sommano e si sovrappongono: territoriali, per condizioni occupazione, per settore economico e per dimensione delle aziende in cui si presta la propria attività lavorativa, per produttività del lavoro, per genere. La distribuzione del gettito fiscale per condizione lavorativa del contribuente è una delle prove più evidenti delle profonde divisioni che percorrono l'apparato

Varie e profonde disuguaglianze si sommano e si sovrappongono: territoriali, per condizioni occupazione, per settore economico e per dimensione delle aziende in cui si presta la propria attività lavorativa, per produttività del lavoro, per genere.

produttivo italiano e che determinano ampie differenziazioni nella produttività del lavoro e quindi nella capacità contributiva degli individui e delle imprese. Gran parte del carico fiscale continua a concentrarsi sui lavoratori dipendenti e sulle fasce di reddito medio-basse.

Paradossalmente, la profonda frammentazione che distingue la società e l'economia italiana crea l'esigenza di politiche sociali di riequilibrio, ma rende politicamente più difficoltosa la loro realizzazione. In un sistema così diseguale, interventi riformatori di tipo universalistico, benché selettivo, assumono una connotazione fortemente redistributiva a favore di precisi gruppi sociali, e tendono a perdere il loro carattere di prestazione assicurativa individuale, rivolta a chiunque possa trovarsi, nel presente o in futuro, in condizione di privazione, o di sofferenza. La frammentazione sociale ostacola l'emergere di un sostegno politico favorevole a politiche che rendano possibile un suo superamento. A questo si aggiunge che, di fronte a una distribuzione primaria del reddito molto diseguale, le politiche redistributive diventano di più difficile realizzazione. Da una parte, all'aumentare della dimensione degli interventi redistributivi si accrescono i loro costi in termini di efficienza. D'altra parte, l'articolazione degli interventi redistributivi con modalità che riducano i comportamenti opportunistici dei beneficiari, e quindi i potenziali sprechi causati dalle politiche sociali, rendono l'accesso alle politiche sociali più complesso e rischiano di produrre esclusioni e perdite di benessere di molti individui, comunque in situazione di disagio.

Da una parte, all'aumentare della dimensione degli interventi redistributivi si accrescono i loro costi in termini di efficienza. D'altra parte, l'articolazione degli interventi redistributivi con modalità che riducano i comportamenti opportunistici dei beneficiari, e quindi i potenziali sprechi causati dalle politiche sociali, rendono l'accesso alle politiche sociali più complesso e rischiano di produrre esclusioni e perdite di benessere di molti individui, comunque in situazione di disagio.

Nuove forme di welfare in risposta alla crisi

La scarsità di risorse pubbliche, in concomitanza con l'emergere di nuovi bisogni sociali, stanno spingendo recentemente l'attenzione delle istituzioni verso le così dette forme di "secondo welfare". All'interno del secondo welfare viene collocato il cosiddetto "welfare contrattuale", svolto cioè al livello di contrattazione nazionale e/o categoriale e il "welfare aziendale" deciso nella contrattazione aziendale o locale. Le prestazioni fornite possono essere di varia tipologia: dai fondi sanitari e previdenziali, ai prestiti agevolati nel caso della contrattazione nazionale, più diversificate (carrello della spesa, libri scolastici, libri di testo, borse di studio, ecc.) al livello di singola azienda.

In estrema sintesi, il termine si può riferire ad alcune forme di welfare sostenute dalle risorse dei privati, mirate a ripartire alcuni rischi sociali su collettività più ampie (fondi integrativi, mutualità) e organizzate collettivamente. Il riferimento è ad un insieme di interventi eterogeneo, flessibile perché ritagliato sugli specifici destinatari (categorie professionali, lavoratori di una singola azienda, comunità locali), che si pone il duplice obiettivo di massimizzare il benessere dei destinatari e l'efficacia delle risorse dedicate alle prestazioni sociali aggiuntive.³

Nel nostro Paese, nell'ultimo decennio, il welfare contrattuale ha mostrato un'intensa dinamica, grazie alla trasformazione delle relazioni sociali. A fronte del minore potere contrattuale delle organizzazioni sindacali dei lavoratori in termini di salario, si è prodotta una spinta mirata a sostituire servizi di welfare gestiti dalle parti sociali ad aumenti salariali scollegati dagli andamenti della produttività. Questi interventi di welfare, organizzati "dal basso", al di fuori dell'intervento pubblico, basati sulla bilateralità, si sono ben combinati con l'emergere di nuovi bisogni sociali e con il parallelo arretramento del ruolo dello Stato spinto dai crescenti vincoli di bilancio.

All'interno del secondo welfare è possibile ricomprendere anche il cosiddetto "welfare territoriale", erogato e gestito dagli enti decentrati. La riforma del Titolo V della Costituzione e l'emanazione della legge di riforma dei servizi socio-assistenziali (L.328/2000) hanno fornito l'impulso alla realizzazione di interventi sociali più ritagliati sui profili di specifici territori, in una cornice regolativa sostanzialmente omogenea in tutto il Paese.

La conoscenza della specificità dei territori, delle cause dei disagi sociali e delle interconnessioni tra di essi, dovrebbe spingere verso l'adozione di modelli di welfare flessibili, localmente differenziati e possibilmente caratterizzati anche dalla presenza di risorse aggiuntive oltre quelle pubbliche. La funzione di un'organizzazione

Nel nostro Paese, nell'ultimo decennio, il welfare contrattuale ha mostrato un'intensa dinamica, grazie alla trasformazione delle relazioni sociali.

A fronte del minore potere contrattuale delle organizzazioni sindacali dei lavoratori in termini di salario, si è prodotta una spinta mirata a sostituire servizi di welfare gestiti dalle parti sociali ad aumenti salariali scollegati dagli andamenti della produttività.

(3) Si veda Di Vico (2010), Ferrera (2010), Canale (2012), Maino (2012).
Sulle motivazioni che hanno spinto verso nuove forme di welfare si veda Collicelli (2011), Gori (2012).
Sulle caratteristiche dello sviluppo del welfare contrattuale in Italia si veda Ascoli, Mirabile, Pavolini (2013).

del welfare su base territoriale è quella di favorire il rilancio economico e produttivo del territorio, investendo nel sistema sociale, attraverso la collaborazione tra pubblico e privato sociale.

L'attività di programmazione diversificata sul territorio si è sviluppata in questi anni in ambito sanitario, socio-assistenziale, educativo, formativo e di supporto al funzionamento del mercato del lavoro.

In Italia il progetto del secondo welfare è stato posto al centro del Libro Bianco sul welfare, curato nel 2009 dall'allora ministro del welfare Maurizio Sacconi. In quel caso accanto ad una concezione di welfare incentivante e in grado di valorizzare contemporaneamente sia le capacità del singolo che la rete di forze sociali esistenti (imprese, associazioni non profit, famiglia), veniva proposto lo sviluppo di forme integrative di protezione sociale che in qualche modo andassero a sostituire e/o a compensare il sistema pubblico, come ad esempio nel caso della previdenza, dove si proponeva di sviluppare un secondo pilastro su cui dirottare parte della contribuzione.

Ma l'orientamento del governo italiano non è un fenomeno isolato. Già da anni in Europa si è assistito alla spinta verso una "privatizzazione" del welfare sia dal lato della fornitura dei servizi, affidati in maniera crescente alla gestione da parte di soggetti privati o privati non profit, sia dal lato del finanziamento, stimolando parallelamente una domanda pagante per i servizi offerti da questi soggetti. Nel Regno Unito, per esempio, ha attirato molta attenzione il programma della *Big Society* elaborato dall'attuale premier britannico David Cameron. In questo caso l'ispirazione ideale richiama alla responsabilizzazione dell'individuo e della società civile, attraverso un processo di devoluzione di poteri dal centro alla periferia (enti decentrati) e attraverso la valorizzazione della società civile (privato non profit, cittadini).

Con secondo welfare si indicano fenomeni diversi. Tuttavia, è possibile identificare alcune determinanti di fondo di esperienze anche molto distanti l'una dall'altra. In particolare, è possibile distinguere tre di queste determinanti: la ricerca di nuove fonti di finanziamento; l'emergere di nuovi bisogni e la necessità di dare una risposta che attivi gli individui, che accresca le loro capacità; la riappropriazione da parte di individui, famiglie, soggetti collettivi dell'organizzazione del sistema di protezione sociale e di promozione del benessere sociale.

La ricerca di nuove forme di finanziamento

Una delle ragioni del forte sviluppo del welfare occupazionale in Europa negli ultimi due decenni è stata individuata nella volontà, da parte dei governi europei, di trovare fonti alternative di finanziamento del welfare, rispetto al bilancio pubblico. In tempi di ristrettezze

Già da anni in Europa si è assistito alla spinta verso una "privatizzazione" del welfare sia dal lato della fornitura dei servizi, affidati in maniera crescente alla gestione da parte di soggetti privati o privati non profit, sia dal lato del finanziamento, stimolando parallelamente una domanda pagante per i servizi offerti da questi soggetti.

l'idea che qualcun altro potesse farsi carico dei bisogni sociali dei lavoratori, insieme alla ridotta capacità contrattuale delle organizzazioni sindacali hanno fatto il resto. Ma accanto al finanziamento aziendale o territoriale, esteso è il richiamo alla necessità anche di un coinvolgimento individuale nel finanziamento delle tutele assicurative e previdenziali.

Uno dei settori del welfare in cui il coinvolgimento del finanziamento individuale si sta diffondendo più velocemente è quello della *Long Term Care*. Secondo OCSE (2011) nella *Long Term Care* si sono sviluppati modelli di finanziamento estremamente innovativi. Gli elevati costi della *Long Term Care* spingono all'individuazione di forme di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, accanto ad un finanziamento pubblico. Le tipologie possibili di partecipazione ai costi possono essere le più svariate e puntano a ridistribuire l'onere su più generazioni o a costituire dei fondi ad hoc, obbligatori o anche su base volontaria.

Una delle forme innovative di finanziamento è costituita dal prestito vitalizio ipotecario (più noto anche in Italia come *reverse mortgage*). Si tratta di un prestito da parte di una banca ai proprietari a fronte del valore dell'abitazione; in gran parte dei casi il prestito viene concesso senza il pagamento degli interessi, fino a quando il debitore (oppure il coniuge superstite) muore o vende la casa. Il prestito e gli interessi sono restituiti dal debitore o dal suo erede con i proventi della vendita della casa o anche con eventuali altri fondi.

L'ammontare del prestito concesso dipende da tre fattori: il valore dell'abitazione, il tasso di interesse e l'età del debitore. Tanto più elevato il valore dell'abitazione, tanto maggiore il prestito. Il *reverse mortgage* è uno strumento finanziario che sostiene il consumo degli anziani senza che essi si privino dell'abitazione di proprietà.⁴

In Italia il *reverse mortgage* è stato introdotto per la prima volta con il decreto legge 203/2005, ma non ha avuto un grande utilizzo. Le ragioni per la scarsa diffusione sono tante. Molti desiderano lasciare un'eredità ai figli. Sui prestiti grava poi il costo della stipula del contratto, dell'assicurazione sulla casa, della liquidazione dell'immobile: nel caso di piccoli importi, questi costi fissi possono aggirarsi intorno al 20 per cento del prestito. Aggiungendo poi altre varie componenti di rischio (minore manutenzione sull'immobile ipotecato da parte del proprietario, con conseguente perdita di valore dell'immobile; maggiore longevità degli individui che ricorrono a queste forme di prestito) esse si rifletteranno sugli interessi richiesti. L'esperienza degli Stati Uniti suggerisce che i costi diretti e indiretti possono superare anche il 30 per cento del valore del prestito (Jappelli, 2005).

(4) Secondo Jappelli (2005), negli Stati Uniti oltre 14 milioni di persone con più di sessantadue anni di età è proprietario di un'abitazione libera da ipoteche, tuttavia solo 60 mila persone, meno dell'1 per cento della domanda potenziale, hanno deciso di stipulare uno di questi mutui.

Un welfare capacitante

Il punto di riferimento per tutti coloro che sottolineano la necessità di un sistema di welfare non puramente redistributivo e passivo, ma in grado di cogliere i nuovi bisogni e di trasformarli in capacità, abilità, competenze utili al sistema economico è rappresentato dai paesi scandinavi. Nei sistemi nordici di welfare il fulcro dell'attività e delle prestazioni è sul ricollocamento e la formazione dei lavoratori, ma senza mai far venir meno il diritto universalistico all'assistenza in caso di disoccupazione. In questo approccio, dunque, il sistema di welfare viene visto come un investimento sociale (Vandenbroucke et al., 2011), che deve essere combinato con il diritto universale all'assistenza.

Anche al livello dell'Unione europea dalla fine degli anni novanta è stata definita una nuova strategia per il welfare: al vertice di Lisbona 2000 viene identificato l'obiettivo della occupabilità, si guarda al lavoro come strumento di uscita dalla povertà e dal bisogno e come stimolo per il passaggio da politiche passive a politiche attive volte a incoraggiare la partecipazione. Si sviluppano così in tutta Europa politiche volte a realizzare la promozione dell'individuo attraverso il welfare capacitante.

La crisi economica, con i conseguenti crescenti livelli di disoccupazione e marginalità sociale, ha evidenziato come le politiche passive di sostegno economico ai lavoratori in situazioni di difficoltà non perdano il loro ruolo, accanto all'avviamento di politiche di attivazione delle capacità. L'attivazione degli individui e lo sviluppo delle loro capacità deve passare attraverso tre livelli: in primis il diritto alla sussistenza (quindi politiche passive di sostegno ai redditi in caso di rischi principali); secondariamente la personalizzazione delle politiche; infine, ma non meno importante, va mantenuta la natura universalistica del diritto all'attivazione delle capacità individuali (Paci e Pugliese, 2011).

La riappropriazione del welfare

Infine, molte delle sperimentazioni di forme di secondo welfare puntano a rendere meno burocratiche, centralistiche e uniformi le politiche di benessere sociale. Politiche del welfare che mirano ad attivare gli individui e ad aumentare le loro capacità devono essere flessibili, mirate sulle esigenze dei territori e degli individui. A questo fine diventa essenziale la riappropriazione delle politiche sociali da parte di individui, famiglie, attori sociali, enti decentrati. Le politiche del welfare assumono un carattere societario e plurale.

La visione complessiva, quindi, è quella di un welfare organizzato su più pilastri, grazie al contributo di più attori, e in cui gli stessi soggetti

Disoccupazione e marginalità sociale, ha evidenziato come le politiche passive di sostegno economico ai lavoratori in situazioni di difficoltà non perdano il loro ruolo, accanto all'avviamento di politiche di attivazione delle capacità.

coinvolti acquistano un ruolo fondamentale nell'esprimere i propri bisogni, nelle sviluppare le proprie capacità, nel partecipare ad un processo di personalizzazione delle tutele.

In conclusione, va sottolineato che il secondo welfare non è alternativo e sostitutivo del welfare pubblico centralizzato. L'integrazione di vari pilastri del sistema di welfare va certamente accolta con favore, ma laddove vi fosse sottrazione del ruolo regolatore dello Stato, tali esperienze potrebbero generare ulteriori segmentazioni del welfare, in relazione al territorio, al tipo di contratto, al settore di appartenenza, alla posizione nella professione e così via (Ascoli, Mirabile e Pavolini, 2013).

Dunque il secondo welfare può raggiungere al meglio la sua funzione in presenza di una spesa sociale il più possibile universalistica, organizzata secondo i tradizionali canoni di eguaglianza delle opportunità su tutto il territorio nazionale (anche grazie alla definizione da parte dello Stato centrale dei livelli essenziali di prestazioni uniformi sul territorio) e di promozione dell'inclusione sociale anche nei confronti dei soggetti più marginali. In questo senso lo sviluppo di un secondo welfare in Europa ben si concilia con un approccio dell'investimento sociale come componente essenziale di una crescita economica equa.

L'esempio della spesa per l'assistenza ai non autosufficienti segnala chiaramente che non vale l'assunto per cui là dove il pubblico è carente vi sia spazio per un iniziativa privata sostitutiva. Nel nostro paese, ma non solo, le forme assicurative per la spesa *Long Term Care* non hanno ancora decollato per una serie di motivazioni: presenza di fenomeni di selezione avversa, azzardo morale e scarsità di risorse da parte dei privati (solo gli individui più abbienti possono far fronte ad una spesa assicurativa per la *Long Term Care*). Lo sviluppo di un secondo welfare in questo settore va accompagnato a un intervento pubblico in grado di sviluppare reti di gestione e presa in carico degli assistiti, attraverso la valorizzazione del privato non profit.

Diviene dunque cruciale chiarire il ruolo dello Stato nello sviluppo di un secondo welfare, che contribuisca a rispondere alla crescente domanda di welfare insoddisfatta (sostegno alle situazioni di povertà estrema, assistenza alla non autosufficienza, all'infanzia, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro). Lo sviluppo "spontaneo" di un welfare di secondo livello potrebbe infatti aumentare le disuguaglianze, perché indirizzato a pochi (ad esempio nel caso del welfare aziendale o dei fondi integrativi). In assenza di un buon "primo pilastro" di welfare si rischierebbe

di ampliare le disuguaglianze sociali. L'intervento pubblico deve svolgere un'azione regolatrice e capacitante, al fine di assumere su di sé il carico degli squilibri di partenza (squilibri territoriali e sociali) e di stimolare, in un'ottica di responsabilizzazione dei soggetti, le abilità e le capacità personali (Gori, 2012).

(...) il secondo welfare non è alternativo e sostitutivo del welfare pubblico centralizzato. L'integrazione di vari pilastri del sistema di welfare va certamente accolta con favore, ma laddove vi fosse sottrazione del ruolo regolatore dello Stato, tali esperienze potrebbero generare ulteriori segmentazioni del welfare, in relazione al territorio, al tipo di contratto, al settore di appartenenza, alla posizione nella professione e così via (Ascoli, Mirabile e Pavolini, 2013).

Conclusioni

La conformazione di un welfare fondato sui criteri guida illustrati richiede un ripensamento non marginale della disciplina attuativa del Titolo V, il cui senso si è smarrito all'interno di un percorso della legislazione delegata, confuso nelle sue direttrici essenziali e, comunque, del tutto carente in fase di implementazione. Senza preoccuparsi per ora del più generale problema della riforma del Titolo V, ciò che si è voluto porre all'attenzione del lettore in questo breve contributo è di utilizzare la grande occasione offerta, a Costituzione immutata, da un serio "fare i conti" con la competenza nazionale in materia di livelli essenziali e dai principi di solidarietà verticale e orizzontale.

Lo "stato dell'arte" della determinazione, nei diversi campi delle politiche sociali, dei livelli essenziali è ad oggi disomogeneo e incompleto. Ma soprattutto è da constatare che in nessun caso rilevante la definizione dei livelli essenziali costituisce il fondamento e il criterio guida per la ripartizione delle risorse e per la definizione delle politiche. La prima cosa da fare è dettare una disciplina legislativa generale che imponga come metodo essenziale per le scelte di welfare la fissazione dei livelli essenziali; e, contemporaneamente, definire il percorso, preciso nei tempi e rigoroso nelle metodologie, per la fissazione quantitativa e qualitativa dei livelli, in tutte le materie delle politiche sociali. Le procedure e i contenuti di questo percorso dovranno essere oggetto non solo dell'azione di governo e amministrativa, ma anche di una procedura di contrattazione che investa le parti sociali.

In termini di *sussidiarietà verticale*, la nuova disciplina del federalismo fiscale deve fissare la regola, inderogabile, che affida alla fiscalità statale per intero la copertura delle prestazioni corrispondenti ai livelli essenziali delle prestazioni (il "pavimento" dello welfare universale). Sempre sulla base della competenza esclusiva statale in tema di livelli essenziali devono essere definite le politiche pubbliche sociali nei grandi comparti della previdenza, sanità, assistenza, formazione e istruzione, lotta alla povertà e all'esclusione sociale, e degli ammortizzatori sociali. Si disegna, così, un programma nazionale di welfare, non solo come *Welfare State*, ma anche di *Welfare Society*. Benché non unico e suscettibile di critiche, questo approccio ha il grosso vantaggio di disegnare un piano strategico in grado di consentire al Paese di affrontare, in modo concreto e sostenibile, le sfide che l'invecchiamento della popolazione da un lato e la crisi economica dall'altro ci stanno ponendo, riaffermando anche il principio di equità intergenerazionale. L'alternativa che fino ad oggi ha guidato le scelte del Paese sui temi del welfare, basate su interventi ad hoc, non garantirebbe alcuna prospettiva e risulterebbe fortemente penalizzante da un punto di benessere collettivo.

Bibliografia

Ascoli, U., M.L. Mirabile, E. Pavolini, 2013, *Il welfare nelle aziende in Italia*; Bologna: Il Mulino.

Ascoli, U., C. Ranci, 2003, *Il welfare mix in Europa*; Roma: Carocci.

Baldini, M., E. Ciani, 2011, *Inequality and poverty during the recession in Italy*, University of Modena and Reggio Emilia, Department of Economics, July 2011.

Baldini, M., S. Toso, 2013, *Sostegno del reddito e lotta alla povertà in Italia: le politiche pubbliche in tempo di crisi*, CAPPaper 104.

Canale, L., 2012, "Innovazione sociale e secondo welfare: quale impulso dall'Unione europea?", *La rivista delle politiche sociali* 4.

Commissione Onofri, 1997, *Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale – Relazione Finale*, 28 Febbraio 1997, Roma.

De Ioanna, P., 2012, "Livelli essenziali di cittadinanza e funzionamento della democrazia rappresentativa: qualche notazione", *Rivista giuridica del Mezzogiorno* 26(4).

Di Vico, D., 2010, "Il welfare dei privati che sostituisce lo Stato", *Corriere della sera*, 15 giugno.

Ferrera, M., 2010, "Per il welfare serve più spesa (dei privati)", *Corriere della sera*, 16 giugno.

Ferrera M., "Le trappole del welfare", il Mulino, Bologna, 1998; Fontana L, Klein S, (2007). Aging, adiposity and calorie restriction. *JAMA*. 297: 986-994

Fontana L. (2009). *Modulating Human Aging and Age-Associated Diseases*. *Biochim Biophys Acta*. 1790: 1133-1138.

Ginebri S., L. Dragosei, "Crisi, disuguaglianze e politiche sociali", Paper Cnel, 2013.

Ginebri S., L. Dragosei, E. Mazzoni *Politiche pubbliche di settore: indicatori di performance 2.1. Welfare nella Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini*, 2013 Cnel

Gori, C., 2012, *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*; Milano: Franco Angeli.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME.

Jappelli, T., 2005, *Un reverse mortgage per il consumo degli anziani*, in www.lavoce.it.

Maino, F., 2012, "Il secondo welfare: contorni teorici ed esperienze esemplificative", *La rivista delle politiche sociali* 4.

Mazzotti, F., 2012, *Nota sull'analisi della spesa sociale in Italia, Ministero del lavoro, versione provvisoria*.

Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, 2013, *Verso la costruzione di un istituto nazionale di contrasto alla povertà*.

OECD, 2008, *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in Oecd Countries*.

OECD, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care*.

Onofri, P., 2007, "La Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale", in L. Guerzoni (a cura di), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la Commissione Onofri*; Bologna: il Mulino.

Ortiz, I. and M. Cummins. 2013, *The Age of Austerity: A Review of Public Expenditures and Adjustment Measures in 181 Countries*. New York and Geneva: IPD and South Centre. Translated into French: *L'Ère de l'Austérité: Un Examen des Dépenses Publiques et des Mesures d'Ajustement dans 181 Pays*.

Paci, M., E. Pugliese, 2011, *Welfare e promozione delle capacità*; Bologna: Il Mulino.

Svimez, 2013, *Rapporto Svimez sull'economia del Mezzogiorno*.

Vandenbroucke, F., A. Hemerijck, B. Palier, 2011, *The EU Needs a Social Investment Pact*, OSE Paper Series, Opinion paper 5.

WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report*. Geneva: World Health Organization 2005.

WHO Regional Office for Europe (2006). *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, Geneva, World Health Organization.

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*: il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it