



Institut Européen
d'Administration Publique

European Institute
of Public Administration

- Centre Européen de Formation dans les Affaires Sociales et de Santé Publique (IEAP-CEFASS)
- European Training Centre for Social Affairs and Public Health Care (EIPA-CEFASS)

Il welfare in Europa

A cura di
Maite Barea
Giancarlo Cesana

2003/E/04

Il welfare in Europa

ISBN 90-6779-184-9

© 2003, Istituto Europeo di Pubblica Amministrazione.

Tutti i diritti sono riservati. E' vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, foto, fotocopia o riproduzione elettronica, senza autorizzazione preventiva dell'editore, l'Istituto Europeo di Pubblica Amministrazione, O. L. Vrouweplein 22, P.O. Box 1229, 6201 BE Maastricht, the Netherlands.

Website dell'EIPA: <http://www.eipa.nl>

Il welfare in Europa

A cura di
Maite Barea e Giancarlo Cesana

Hanno collaborato Iris Bosa (sanità), Roger Hessel (pensioni), Carla Fornari
(analisi statistica) e Laretta Bolognesi (revisione editoriale)

Indice

Introduzione	4
1. Perché un rapporto sulla situazione della Protezione Sociale nell'Unione Europea	4
2. Definizioni della Protezione Sociale	5
3. Il ruolo dello Stato nella prestazione dei servizi di Welfare	6
4. La politica sociale dell'Unione Europea e il principio di sussidiarietà	7
5. Contenuto del rapporto	8
 Capitolo 1.- Situazione attuale della Protezione Sociale nella UE e sostenibilità futura del sistema	9
1.1 Gli antecedenti della moderna Protezione Sociale in Europa	11
1.2 Principali tendenze della Protezione Sociale	13
1.3 Intensità della Protezione Sociale nelle funzioni di Sanità, Vecchiaia, Educazione, Famiglia, Disoccupazione	16
1.4 Le priorità nelle decisioni governative sulle prestazioni di protezione sociale	20
1.5 L'influenza dell'invecchiamento della popolazione sulla sostenibilità dello modello europeo di Protezione Sociale	27
1.6 Risorse della Protezione Sociale	32
 Capitolo 2.- Aspetti principali delle diverse funzioni della Protezione Sociale	36
2.1 Sanità	36
2.1.1 <i>La spesa sanitaria</i>	37
2.1.2 <i>La spesa sanitaria pubblica nei sistemi nazionali e in quelli assicurativi</i>	39
2.1.3 <i>Problemi non solo etici della organizzazione sanitaria nei Paesi europei</i>	40
2.2 Pensioni di vecchiaia	43
2.2.1 <i>Esempi di situazioni problematiche di alcuni paesi</i>	43
2.2.2 <i>Mutamenti nelle fonti di finanziamento dei sistemi pensionistici</i>	46
2.3 Sussidi di disoccupazione	47
2.3.1 <i>Esempi di situazioni problematiche di alcuni paesi</i>	49
2.4 L'Educazione	52

2.4.1	<i>Evoluzione della spesa pubblica per l'Istruzione</i>	53
2.4.2	<i>L'Istruzione obbligatoria</i>	53
2.4.3	<i>Scelta della scuola</i>	55
2.4.4	<i>La produzione del servizio di istruzione pubblica</i>	56
2.5	Abitazione e famiglia	58
2.5.1	<i>Le spese per la famiglia e l'infanzia</i>	58
2.5.2	<i>Spese per l'abitazione</i>	61
	Capitolo 3.- Riforme nelle prestazioni di servizio sociale	64
3.1	Qualità, efficienza ed equità nelle prestazioni di servizio sociale. Riforme in corso e previste	64
3.1.1	<i>La protezione sociale: beni privati finanziati pubblicamente</i>	64
3.1.2	<i>La "Governance"</i>	65
3.1.3	<i>Le riforme nella pubblica amministrazione</i>	66
3.1.4	<i>L'introduzione dei partenariati</i>	67
3.2	Tre tentativi di novità	71
3.2.1	<i>La sanità dell'Östergötland</i>	71
3.2.2	<i>L'ospedale d'Alzira</i>	76
3.2.3	<i>Il buono scuola della Lombardia</i>	82
	Conclusioni	87
	Bibliografia	89
	Appendice	92

INTRODUZIONE

1. Perché un rapporto sulla situazione della Protezione Sociale nell'Unione Europea

Perché ancora un rapporto sulla Protezione Sociale nell'Unione Europea quando già simili rapporti vengono prodotti da centri di ricerca e organismi internazionali? Perché i dati esigono una lettura, un'interpretazione che li renda comprensibili e "discutibili" con sempre maggiore profondità, sia a livello dell'Unione che degli Stati membri. Come ha detto Joseph Stiglitz, Premio Nobel per l'economia nel 2001, accade spesso che *"...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"*¹.

Le spese per la Protezione Sociale (compresa l'Educazione) nell'Unione Europea rappresentano in media più del 30% del Prodotto Interno Lordo (PIL) e i due terzi della spesa delle Amministrazioni Pubbliche. Su un simile impiego di risorse pesano come minacce sempre più gravi sia il progressivo invecchiamento della popolazione che le difficoltà economiche degli Stati a mantenere livelli di prestazione in continua e apparentemente irrefrenabile crescita. D'altra parte Commissione Europea (si veda il documento intitolato *Una strategia concertata per modernizzare la Protezione Sociale*²), governi (si veda il summit di Lisbona e successivi) e governati (si vedano i programmi politici dei partiti, le inchieste, i sondaggi dell'*Eurobarometro*, etc.) insistono nel difendere e promuovere quello che viene descritto come modello europeo di Protezione Sociale, tendente ad affermare una tradizione di garanzia dei diritti e della centralità della persona³.

Le spese per la Protezione Sociale, oltre ad essere le più rilevanti nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni, presentano in termini cogenti una caratteristica che altre spese dello Stato (per esempio quelle per le infrastrutture o la stessa Pubblica Amministrazione) non hanno.

Esse, attraverso la promozione dello sviluppo tecnologico e organizzativo, sono finalizzate al sostegno di rapporti tra persone che, implicitamente o esplicitamente, sono chiamate a condividere il senso della vita: medico/paziente, insegnante/studente, operatore sociale/handicappato, anziano, emarginato, etc. Quest'ultimo aspetto, insieme alla "volontà europea" di "assistere" la persona nei passaggi difficili dell'esistenza, definisce in termini originali, in cui si intrecciano tecnica, cultura e politica, il problema della qualità e della sostenibilità del sistema di Protezione Sociale. Di seguito si prova a documentare come, attraverso una valutazione sintetica dei dati provenienti dalle fonti più attendibili.

¹ J. Stiglitz (1989)

² COM (1999) 347. La Commissione aveva già elaborato numerosi altri documenti in proposito: si veda per esempio quello del 1997, *Modernizzazione e miglioramento della Protezione Sociale nell'Unione Europea*, COM (1997) 102. Dal 1993, ogni due anni, la *Direzione per l'Impiego e gli Affari Sociali* presenta un rapporto sulla situazione della Protezione Sociale in Europa.

³ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002)

2. Definizioni della Protezione Sociale

Il manuale 1996 del *Sistema Europeo di Statistiche integrate sulla Protezione Sociale* (SESPROS) definisce convenzionalmente la Protezione Sociale nel modo che segue.

“Tutti gli interventi di organismi pubblici o privati destinati ad alleggerire, senza contropartita e indipendentemente dalle disponibilità personali, il carico rappresentato dalla evenienza di rischi o bisogni per le famiglie e le persone.

Per convenzione, la lista di rischi o bisogni suscettibili d'essere coperti dalla Protezione Sociale è stata così formulata:

1. *Malattia/assistenza sanitaria*
2. *Invalidità*
3. *Vecchiaia*
4. *Vedovanza*
5. *Famiglia/infanzia*
6. *Disoccupazione*
7. *Abitazione*
8. *Esclusione sociale non altrimenti classificata”*

Il SESPROS non considera l'educazione, sebbene essa possa essere perfettamente inclusa in ciò che viene generalmente definito come Protezione Sociale. Ciò probabilmente perché chi ha elaborato la metodologia SESPROS presso *Eurostat* ha prestato maggior attenzione al campo socio-sanitario, più documentato dell'educazione, dove i dati statistici sono relativamente carenti e meno attendibili. Tuttavia lo stesso *Eurostat*, quando ha redatto il suo *Sistema Europeo di Contabilità Regionale e Nazionale* non ha esitato a includere tra le prestazioni sociali l'Educazione.

Infatti al punto 4.84 del rapporto dice:

“La lista di rischi e bisogni che possono dare luogo a prestazioni sociali è stata fissata per convenzione nella maniera seguente:

- a) *malattia*
- b) *invalidità, incapacità*
- c) *infortuni da lavoro e malattie professionali*
- d) *vecchiaia*
- e) *vedovanza*
- f) *maternità*
- g) *carichi familiari*
- h) *promozione dell'impiego*
- i) *disoccupazione*
- j) *abitazione*
- k) *educazione*
- l) *povertà”*

Noi ci riferiremo alla definizione di Protezione Sociale che comprende l'educazione, perché ci sembra rispondere maggiormente alla realtà dei fatti. L'educazione impegna mediamente risorse per il 6% del PIL nei paesi della UE. La sua considerazione è fondamentale per valutare la sostenibilità e le caratteristiche qualitative della spesa sociale. Comunque cifre e grafici secondo la metodologia SESPROS, che è quella correntemente utilizzata, verranno forniti in appendice (aggiungendo la lettera *a* al numero del grafico SEC corrispondente).

3. Il ruolo dello Stato nella prestazione dei servizi di *Welfare*

Prima della Seconda Guerra Mondiale la maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale disponeva già di un sistema di prestazioni sociali, ma è solo a partire dal Rapporto Beveridge (vedi Capitolo 1) che si è instaurato un vero sistema di Protezione Sociale.

Il grande ciclo di prosperità, verificatosi nelle società occidentali negli anni cinquanta e sessanta, ha permesso di allocare risorse crescenti alla Protezione Sociale e di ridistribuire così i frutti dello sviluppo. Si è conseguentemente creata, tra i politici, gli imprenditori e i cittadini dell'Europa "svilupata", una fiducia diffusa secondo la quale si sarebbe trovata la via per combattere o addirittura eliminare i "mali" persistenti della persona e della società: in particolare il limite prodotto dalla malattia, la mancanza di salario prodotta dalla disoccupazione, l'incertezza economica prodotta dalla vecchiaia o dalla emarginazione sociale. Si è sentita quanto mai vicina la realizzazione dell'utopia dello Stato del Benessere (*Welfare State* appunto), con elargizione di protezione "dalla culla alla tomba". Un po' schematicamente si può dire che questa "visione" e "missione" dello Stato moderno è ereditata della concezione di Rousseau variamente influenzata dal socialismo, per cui l'individuo si rimette sostanzialmente nelle mani dello Stato, il quale a sua volta garantisce una serie di diritti personali e sociali. Per soddisfare tali diritti lo Stato si arroga il potere di definire la quota di risorse da prelevare a ciascun cittadino e la modalità con cui ridistribuirle, quindi la modalità con cui i cittadini debbono essere educati, curati, assistiti, etc.

Negli ultimi anni, il *Welfare State* si trova in una grave "crisi fiscale" dovuta all'aumento dei bisogni, indotto dall'invecchiamento e dal progresso tecnologico e delle conoscenze. E' così sorto tra gli specialisti di finanza pubblica un grande dibattito su quale sia il ruolo dello Stato. L'esperienza dimostra che i governi possono optare in favore del pagamento di servizi prodotti e "commerciati" da privati, con maggior efficienza e a volte equità.

Stiglitz afferma perentoriamente: *"E' sufficiente dire che certe deficienze del mercato sono sufficientemente importanti da giustificare l'intervento dello Stato. Il fatto che tale intervento sia imperfetto, dimostrando certamente incompetenze e sprechi, dovrà ricordarci l'importanza dell'imperfezione umana. Gli errori umani esistono tanto nel settore privato, quanto in quello pubblico, con una differenza: gli errori del settore pubblico sono pagati da tutti, mentre quelli del settore privato solo da alcuni (azionisti, dipendenti, amministratori)... Questa differenza porta ad una conseguenza: il settore privato ha una maggiore motivazione che non il pubblico a evitare gli errori. ...Io so di difendere una posizione eclettica. Le posizioni dottrinali, le quali assicurano che gli interventi governativi favoriscono, in ogni occasione e circostanza, un minor benessere, che i governi sono intrinsecamente inefficienti e che la redistribuzione delle risorse non produce altro che gruppi di pressione a proprio vantaggio, sono tanto false quanto inutili. I governi debbono intervenire quando il mercato non è capace di risolvere i bisogni sociali e il ruolo degli economisti è quello di indicare quando e come l'intervento possa avvenire nel migliore dei modi. Allo stesso modo le posizioni dottrinali della sinistra, che esigono un più esteso intervento governativo e che idealizzano il Governo concedendogli caratteristiche antropomorfe, come si trattasse di un unico individuo (un despota illuminato) i cui errori sono sempre causati da ragioni*

*al di fuori di lui (da altri individui per esempio), senza riconoscere i suoi limiti, sono altrettanto inutili”.*⁴

Un gran numero di specialisti di finanza pubblica sottoscrivono le parole di Stiglitz e aggiungono qualche consiglio. In primo luogo i governi debbono stare molto attenti a non eliminare la concorrenza, a non favorire la comparsa di monopoli naturali e a suscitare, nella misura del possibile, la competizione tra settore pubblico e privato (con e senza scopo di lucro) e all'interno dello stesso settore pubblico. In secondo luogo, i governi debbono decentralizzare quanto possibile le funzioni economiche (il grado di decentramento può essere diverso per i diversi servizi).

4. La politica sociale dell'Unione Europea e il principio di sussidiarietà

Nell'ambito dell'Unione Europea, la politica sociale obbedisce al principio di sussidiarietà e proporzionalità, in termini impliciti prima del Trattato di Maastricht, espliciti dopo. Questo principio prevede – per tutte le politiche a cui si applica – che le decisioni vengano prese il più vicino possibile ai cittadini. Per quanto riguarda in particolare le politiche sull'educazione, la cultura e la sanità, il Trattato di Maastricht esclude espressamente la loro armonizzazione. La Comunità deve semplicemente appoggiare ed eventualmente completare le azioni nazionali.

La sussidiarietà non è solo un fatto di decentramento. Subito dopo la firma del Trattato di Maastricht, la Commissione Europea ha inviato al Consiglio e al Parlamento Europeo una comunicazione, di grande chiarezza e precisione, concernente la portata e l'applicazione di detto principio: *“Il principio di sussidiarietà applicato alle istituzioni riposa su una idea molto semplice: uno Stato o una Federazione di Stati dispone, in vista del bene comune, solo delle competenze che le persone, le famiglie, le imprese e le collettività locali o regionali non possono assumere isolatamente. Questo è un principio di buon senso...”*⁵.

Jacques Delors, maggior fautore dell'introduzione di detto principio nel Trattato di Maastricht dice che *“la sussidiarietà si applica a due ordini differenti di problemi: da una parte la definizione dei limiti della sfera privata e di quella dello Stato, inteso nel senso ampio del termine; dall'altra parte la ripartizione dei compiti nei diversi livelli del potere politico... Il primo aspetto è stato spesso negletto, ma è fondamentale per individuare i criteri di attribuzione dei poteri pubblici in funzione di una finalità essenziale: la realizzazione piena di ciascun individuo. Andare in questa direzione suppone uomini e donne in grado di assumere responsabilità in vista del bene comune.*

*...Per meglio far comprendere l'importanza della sussidiarietà, permettetemi di richiamare che essa procede da una esigenza morale, per cui la finalità della società è fatta del rispetto per la dignità e la responsabilità delle persone che la compongono. La sussidiarietà non è solo la limitazione dell'intervento di una autorità superiore su una persona o una collettività in grado di agire da sole, ma è anche l'obbligo per tale autorità a fornire i mezzi per cui persone e collettività possano raggiungere i loro scopi...La sussidiarietà comprende così due aspetti indissociabili: il diritto di ciascuno a esercitare la propria responsabilità per realizzarsi al meglio; il dovere dei poteri pubblici di fornire a ciascuno i mezzi per realizzarsi pienamente...Concepita così, la sussidiarietà è dunque una pedagogia....”*⁶.

⁴ J. Stiglitz, op.cit.

⁵ Commissione Europea, “Il principio di sussidiarietà”, in *Bollettino delle Comunità Europee*, n. 10/1992

⁶ J. Delors (1991)

Quanto sopra esposto significa che le politiche per l'educazione, la sanità, la famiglia, l'assistenza, la disoccupazione, etc. riguardano la competenza degli Stati Membri e, là dove è presente un effettivo decentramento amministrativo, quella delle Regioni, delle Autonomie, dei *Lander* e così via. Usualmente ciò è conosciuto come "sussidiarietà verticale". Questa tuttavia può essere "costrittiva" senza una "sussidiarietà orizzontale". In effetti un governo locale può essere più oppressivo di un governo centrale, essendo più vicino e quindi "più addosso" ai cittadini.

Le nuove tendenze della *Governance* a livello internazionale vanno nel senso della sussidiarietà orizzontale e del partenariato sociale –ovvero dei rapporti di cooperazione per la produzione sia di beni che di servizi tra amministrazione pubblica, imprese e settore non profit, dando luogo a numerose e interessanti esperienze nei paesi della UE.

5. Contenuto del rapporto

In questo rapporto si vuole documentare che un sistema di welfare mix, con un finanziamento pubblico e una produzione pubblica/privata in concorrenza per la fornitura dei servizi di Protezione Sociale può aiutare notevolmente: a) la sostenibilità del sistema di Protezione Sociale e il contenimento della spesa pubblica; b) la più grande qualità delle prestazioni e una maggior libertà di scelta dei beneficiari; c) la maturazione della libertà e della responsabilità dei cittadini europei, che potranno decidere essi stessi le modalità di risposta ai bisogni più caratteristici della natura umana.

Inoltre, in un contesto sempre più "globalizzato" è estremamente importante costruire un tessuto civile e sociale forte affinché la globalizzazione non si rivolga contro la persona. In sintesi, la sussidiarietà "*introduce un elemento di saggezza e di buon senso nei processi decisionali*"⁷.

Nelle pagine che seguono, si potrà trovare: un primo capitolo sommariamente descrittivo della situazione attuale della Protezione Sociale negli stati membri della UE, con le previsioni circa la sostenibilità del sistema; un secondo capitolo che analizza più in dettaglio l'evoluzione nel tempo delle diverse funzioni di Protezione Sociale; un terzo capitolo che riassume le riforme intraprese o previste dagli stati membri insieme a qualche studio di casi. Per favorire la comprensione i dati verranno descritti sotto forma grafica. In appendice sono riportate le tabelle di base.

⁷ J. Delors (1994)

Capitolo 1

Situazione attuale della Protezione Sociale nella UE e sostenibilità futura del sistema

In questo capitolo si vuole soprattutto contribuire alla presa di coscienza circa l'importanza della questione della sostenibilità del sistema di Protezione Sociale negli Stati membri della UE. La Commissione e il Consiglio della UE non perdono occasione per incitare questi ultimi a procedere a riforme che permettano tale sostenibilità e siano compatibili con gli impegni assunti nel Patto di Stabilità di Maastricht (cfr. Box 1).

Box 1

Si citano, a titolo d'esempio, alcuni estratti delle Raccomandazioni del Consiglio del 21 giugno 2002, concernenti i grandi orientamenti delle politiche economiche degli Stati Membri e della Comunità (dal Summit Europeo di Siviglia)⁸

“I paesi con un elevato debito pubblico e/o che non hanno ancora realizzato l'obiettivo di bilancio a medio termine del patto dovrebbero dare la priorità al risanamento dei conti pubblici: si prepareranno così a sostenere i costi di bilancio aggiuntivi dell'invecchiamento della popolazione. La valutazione della sostenibilità delle finanze pubbliche sulla base dei programmi di stabilità e di convergenza aggiornati conferma che, se non viene intrapresa una riforma di ampio respiro, esiste un notevole rischio che l'invecchiamento demografico dia luogo a squilibri di bilancio in molti Stati membri. A tal fine gli Stati membri devono:

- Perseverare nei loro sforzi per rendere più favorevoli all'occupazione i sistemi fiscali e previdenziali, tra l'altro, ove necessario, con una riduzione della pressione fiscale globale e riforme mirate dei sistemi fiscali e previdenziali, specie per i lavoratori a basso salario, senza rinunciare al riequilibrio del bilancio, nonché migliorando l'efficacia dei sistemi fiscali;
- (...) Migliorare la sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche attraverso la strategia globale articolata su tre assi (accrescere il tasso di occupazione, ridurre il debito pubblico e riformare i sistemi pensionistici) convenuta dal Consiglio europeo di Stoccolma. Questo comporta l'opportuna combinazione di misure, da stabilirsi negli Stati membri, intese a ridurre rapidamente il debito pubblico, modernizzare il mercato del lavoro in modo da accrescere il tasso di occupazione (specie per le donne ed i lavoratori più anziani), e riformare i sistemi pensionistici e sanitari per gli anziani dotandoli di una solida base finanziaria (...);
- Riformare le politiche pensionistiche nella direzione dei grandi obiettivi comuni concordati dai Consigli europei di Göteborg e Laeken in modo da assicurarne la sostenibilità finanziaria a lungo termine, salvaguardare l'adequatezza delle pensioni e far fronte alle mutate esigenze della società.

Nell'attuare le riforme del mercato del lavoro, gli stati membri dovrebbero prendere le misure seguenti:

- Adeguare i sistemi fiscali e previdenziali affinché lavorare convenga e incoraggiare la ricerca di un lavoro. Ridurre le aliquote marginali effettive elevate, in particolare per i lavoratori a più basso salario, e ridurre le trappole della disoccupazione. Riesaminare gli effetti di incentivazione dei regimi previdenziali, quali la condizionalità delle prestazioni, l'ammissibilità, la durata, il tasso di sostituzione, nonché la disponibilità di prestazioni per chi esercita un'attività lavorativa e l'uso di crediti d'imposta per rendere i regimi più favorevoli all'occupazione; inoltre, riesaminare i sistemi amministrativi e promuovere il rigore della gestione. Ridurre gli incentivi al pensionamento anticipato. Intensificare gli

⁸ ECFIN/210/02

incentivi al pensionamento anticipato. Intensificare gli sforzi per accrescere le opportunità di rimanere nel mercato del lavoro per i lavoratori più anziani (...).”

Nel 1999, le spese per la Protezione Sociale in Europa (metodo SEC) superavano in media, come già accennato, il 30% del PIL. Tale percentuale si situava tra il 35 e il 40% nel caso di Austria, Francia, Finlandia, Olanda e Danimarca e oltre il 40% in Svezia (Grafico 1.1).

Nondimeno un simile indicatore del peso della Protezione Sociale sul PIL è fallace. Serve semplicemente a mostrare in termini approssimativi la quota di risorse nazionali che vengono ridistribuite attraverso i canali della Protezione Sociale. E' evidente infatti che la media del 30% dell'insieme europeo significa uno sforzo ben maggiore da parte dei paesi con un livello di vita meno elevato⁹. Per tenere veramente conto dell'impegno degli Stati membri deve essere valutata la correlazione tra PIL per abitante e spesa per la Protezione Sociale per abitante. Va considerato inoltre che, con l'attuale livello di spesa sociale in Europa, i margini di manovra dei governi sono assai ridotti, data l'impossibilità di oltrepassare il deficit di bilancio fissato dal Patto di Stabilità.

Il Grafico 1.2 mette in evidenza che le spese per la Protezione Sociale rappresentano un po' più del 65% del totale delle spese delle Amministrazioni Pubbliche dei paesi della UE nel 1999, arrivando al 70% in Germania e a circa l'80% nel Regno Unito. Ormai sul sistema di Protezione Sociale europeo pesano rischi rilevanti che non lasciano prevedere soluzioni facili: la caduta demografica, che potrà essere difficilmente controbilanciata dall'emigrazione (con i problemi culturali che comunque questa presenta); l'invecchiamento della popolazione che sta portando al collasso i sistemi pensionistici e aggravando sensibilmente, insieme all'evoluzione tecnologica, i costi della sanità; l'affermazione nel corso degli ultimi due secoli di una mentalità, per la quale i cittadini si aspettano sempre di più dallo stato anche per questioni “personali” inerenti il lavoro, la famiglia e il tempo libero.

⁹ Per esempio un famiglia con due figli e con un reddito di 2000 € mensili, dedicando il 30% di tale reddito all'acquisto di vestiti e materiale scolastico, fa uno sforzo sensibilmente maggiore rispetto a una famiglia con un reddito due o tre volte superiore

Grafico 1.1

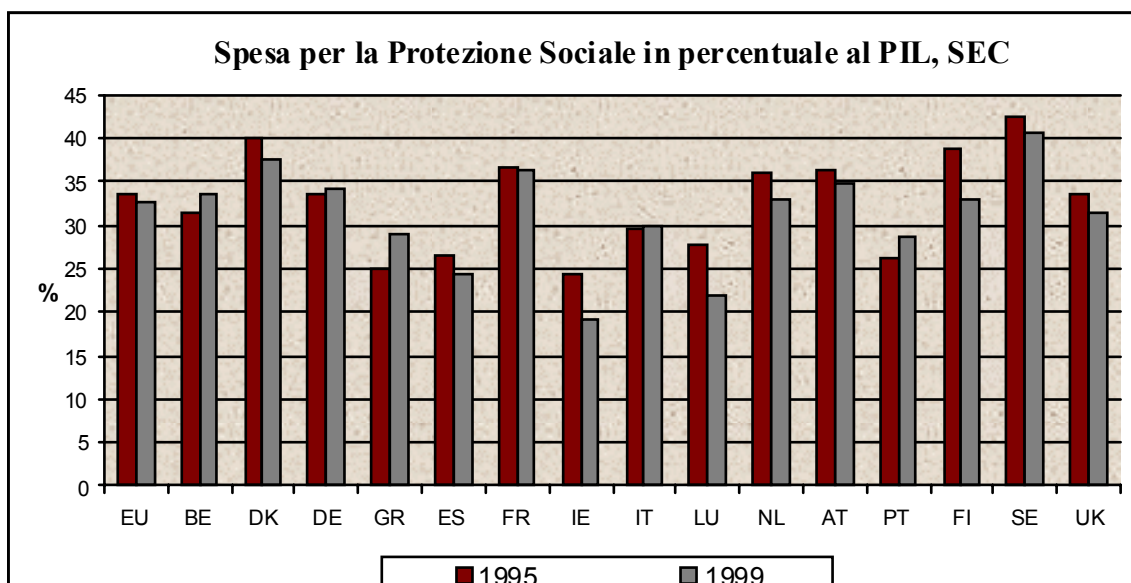
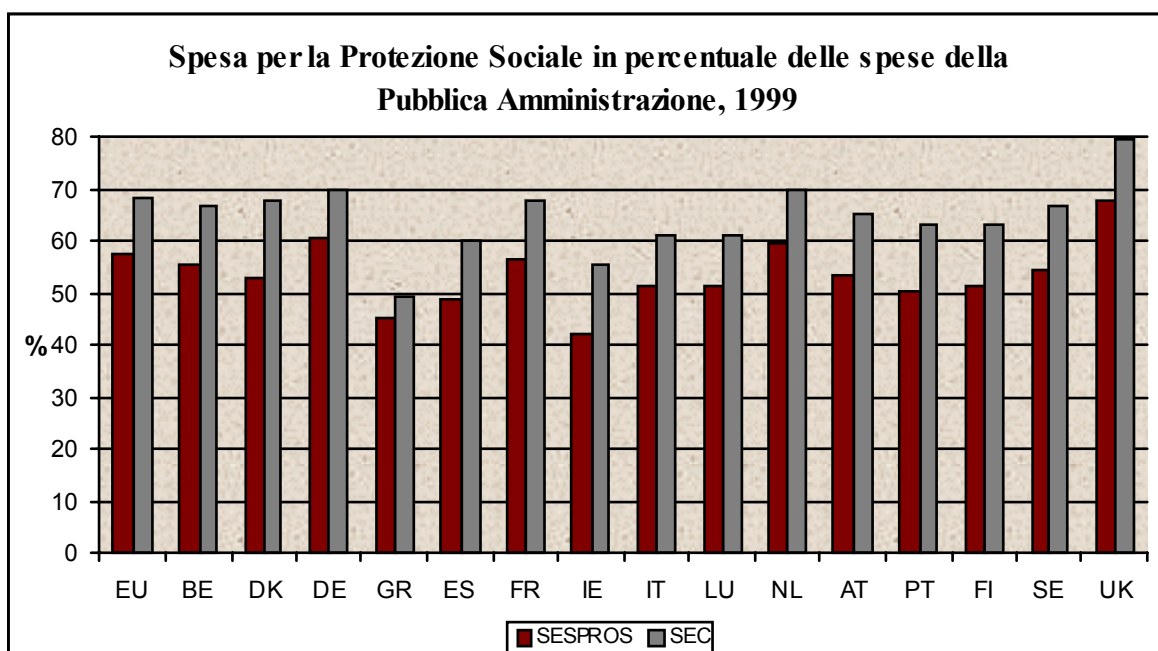


Grafico 1.2



1.1. Gli antecedenti della moderna Protezione Sociale in Europa

La Protezione Sociale in Europa ha preceduto lo Stato. E' cominciata senza alcun dubbio nel Medio Evo, promossa da comunità locali che hanno prefigurato forme di quella che noi oggi chiamiamo *Welfare Society*. Infatti, assai prima del *Welfare State*, si sono affermate tendenze alla *Welfare Society*, per cui dal decimo secolo in avanti, in numerosi paesi europei, la società ha cominciato ad auto-protegersi. E' dote naturale della persona il desiderio positivo di rimediare alla malattia, di educare i figli, di soccorrere i bisognosi, di prendersi cura degli anziani, di lavorare per sostenere la propria famiglia e le altre persone di cui si è responsabili, di risparmiare e per fare fronte a

un imprevisto e così via. Questo desiderio, con l'affermarsi del cristianesimo, ovvero di una concezione positiva della vita legata alla fede nella resurrezione di Cristo come vittoria della vita sulla morte, è diventato criterio culturale e normativo della vita sociale. Così sono cominciati a sorgere gli ospizi, poi gli ospedali, poi i ricoveri per i malati mentali, quindi le scuole, le università, la formazione professionale alle arti e mestieri, i Monti di Pietà, le casse di risparmio, le casse rurali, le cooperative, in breve le istituzioni, spesso secolari, di Protezione Sociale che conosciamo anche oggi come manifestazione nella storia dei nostri paesi dell'insorgenza e dello sviluppo di una vera e propria "economia civile"¹⁰.

La concezione dello Stato e della società ha subito una trasformazione profonda durante il Secolo dei Lumi e soprattutto in conseguenza della Rivoluzione Francese. La Protezione Sociale è stata giustamente riconosciuta anche come diritto del cittadino. Lo Stato si è affermato come garante dei servizi, ma anche come ente controllore della gran parte delle istituzioni sopra citate, riducendo progressivamente i campi in cui la società europea può esercitare la sua capacità di iniziativa e responsabilità. Si è prodotto così un cambiamento di mentalità nel senso che i cittadini si aspettano che sia sempre più lo Stato a provvedere e assicurare la soddisfazione dei bisogni, non solo sociali. Il che nei fatti non è vero e neppure realizzabile.

Concretamente, il moderno *Welfare State* ha cominciato a essere concepito, rispettando comunque una impostazione sussidiaria, con l'instaurazione di uno Stato sociale in Germania, nel 1883, sotto il governo del cancelliere Bismark¹¹. La legge del 1883 ha reso obbligatorie le assicurazioni di malattia per i lavoratori con bassi salari; quella del 1884 ha introdotto le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro; la legge del 1889 ha instaurato il sistema assicurativo contro la vecchiaia e l'invalidità; nel 1911 tale sistema è stato completato dall'assicurazione sulla vedovanza e nel 1929 dalla assicurazione sulla disoccupazione.

La Gran Bretagna si è inventata un proprio modello di Protezione Sociale. Churchill domandò a Lord Beveridge una riflessione sulle conseguenze delle crisi degli anni trenta e della guerra. Lo scopo era ricostituire un regime fondato sulla libertà individuale e, in più, sulla sicurezza sociale. Le caratteristiche del contesto economico e sociale inglese – ma in genere, dell'insieme degli Stati europei - di allora erano le seguenti:

- una struttura equilibrata della popolazione: le persone al di sopra dei 65 anni erano il 14%;
- il pieno impiego delle risorse produttive: il tasso di disoccupazione si collocava mediamente intorno al 3% della popolazione attiva;
- l'economia era relativamente "chiusa", data la bassa percentuale delle importazioni e delle esportazioni sul PIL;
- una scarsa partecipazione delle donne al mercato del lavoro;
- una forte stabilità della famiglia.

I quasi tre decenni di prosperità sopravvenuti nelle società occidentali, fino alla prima crisi petrolifera, hanno permesso di allocare alla Protezione Sociale una quota crescente di risorse pubbliche (appunto i due terzi delle risorse disponibili). Il *Welfare State* non ha cessato di allargarsi, assumendo nuove funzioni, appunto "dalla culla alla tomba", come disse proprio Lord Beveridge. Pensioni di invalidità e vecchiaia, sistema

¹⁰ Si veda la vasta ed eccellente produzione di Regine Pernoud sul Medio Evo

¹¹ Beatrice Majnoni D'Intignano (1997)

sanitario nazionale, ammortizzatori della disoccupazione, assistenza sociale e istruzione gratuita sono stati giustamente visti come potenti fattori di equità e redistribuzione della ricchezza.

Tali interventi sono tuttavia, come detto, anche modalità di controllo e indirizzo della vita civile, nella misura in cui lo Stato si arroga la produzione e la gestione esclusiva dei servizi. La teoria fiscale tradizionale ritiene che la redistribuzione della ricchezza debba avvenire attraverso le imposte e che le spese, pertanto, debbano essere le stesse per tutti. Gli studi recenti, condotti soprattutto negli Stati Uniti, hanno rilevato che l'effetto redistributivo di una simile impostazione è assai fragile. Per questa ragione la redistribuzione tende ad essere ora realizzata sempre di più attraverso la differenziazione delle spese (dare di più a chi ha di meno), le quali tuttavia si trovano di fronte alla impossibilità di concedere tutto a tutti senza tener conto delle risorse.

1.2. Principali tendenze della Protezione Sociale

Come è già stato accennato, nel corso degli anni, numerosi fattori hanno contribuito all'aumento delle spese della Protezione Sociale: i mutamenti demografici, l'aumento del numero di pensionati, l'aumento dei consumi sanitari e, in certi casi, l'accento posto sulle necessità di miglioramento della istruzione.

Se si osservano i Grafici 1.3 e 1.4, relativi alla spesa, in € e in potere di acquisto (PPA), per la Protezione Sociale nella UE degli anni novanta, si possono distinguere due gruppi di paesi: in testa la Germania, che, estendendo nel 1991 ai *Länder* riunitificati dell'est il suo generoso sistema di Protezione Sociale, ha visto praticamente duplicare la spesa in dieci anni; di seguito la Francia, la Gran Bretagna e l'Italia – gli altri tre paesi più popolosi – in cui la spesa per la Protezione Sociale ha conosciuto nello stesso periodo una crescita media, ma consistente; infine tutti gli altri paesi più piccoli dove, almeno in termini assoluti, le tendenze di spesa sono rimaste stabili. L'evoluzione valutata in PPA è pressappoco la stessa, sebbene vi sia un leggero spianamento delle curve dei paesi maggiori (le valutazioni in PPA favoriscono lo spianamento in quanto eliminano le differenze nei prezzi).

Grafico 1.3

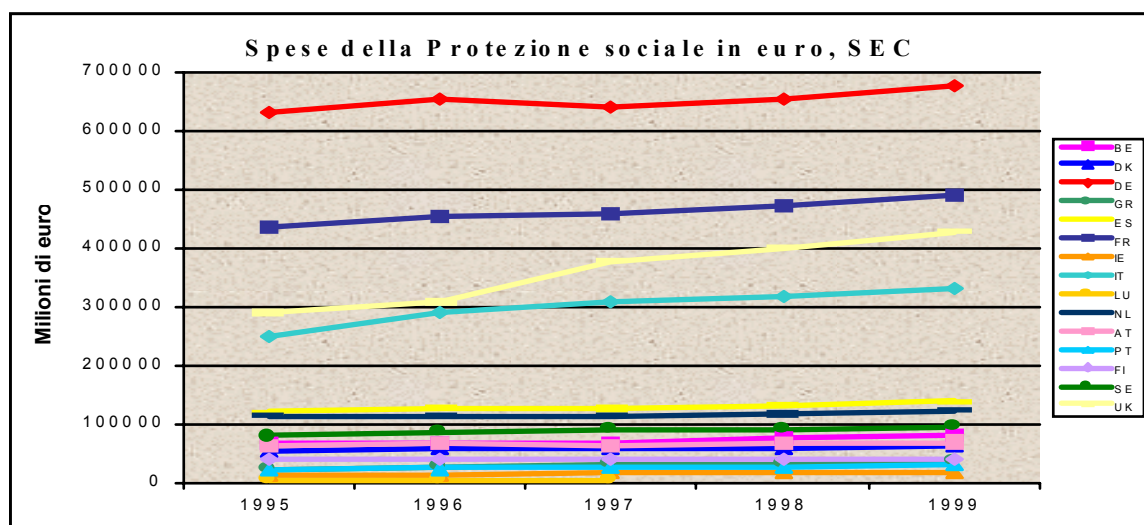
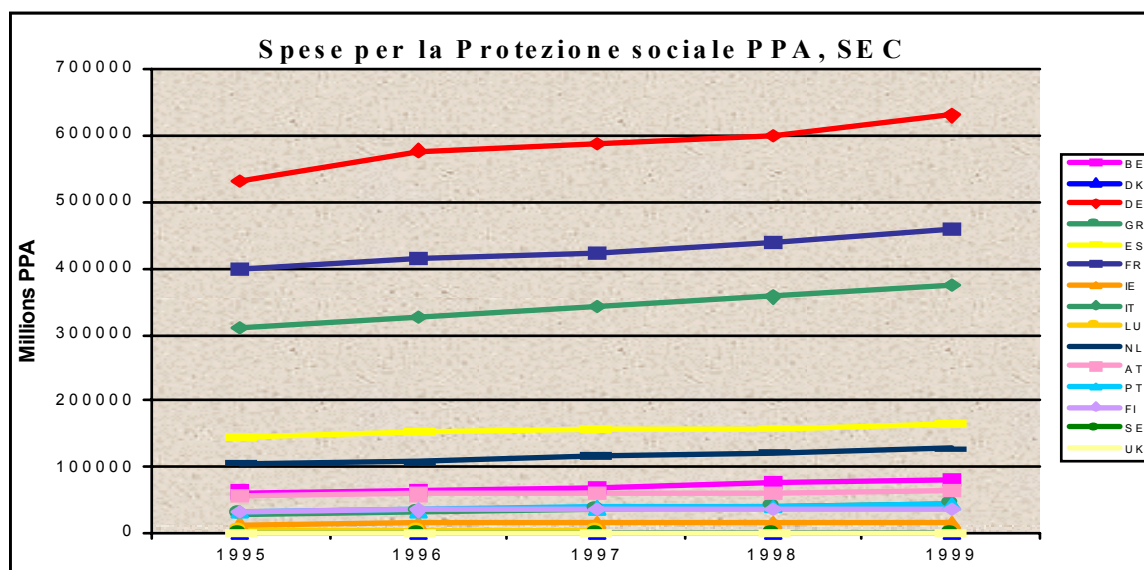


Grafico 1.4



Il panorama cambia notevolmente quando si considera la spesa della Protezione Sociale per abitante, soprattutto se espressa in PPA (Grafico 1.5). Di nuovo si profilano diversi gruppi di paesi, ma differenti da quelli precedenti. In testa è il Lussemburgo – con il sistema di Protezione Sociale più ricco e la popolazione minore (lo 0,1% del totale della popolazione europea nel 1999). Seguono la Danimarca e la Svezia, con un sistema di *welfare state* potente e popolazioni non grandi (rispettivamente 1,4 e 2,4% della popolazione europea). Seguono ancora i paesi che hanno adottato il modello dell'economia sociale di mercato, Olanda, Germania, Francia, Austria e Belgio. In coda sono i “quattro paesi della coesione”¹², dove la crescita della spesa per la Protezione Sociale non è stata sufficiente a coprire la distanza dai precedenti.

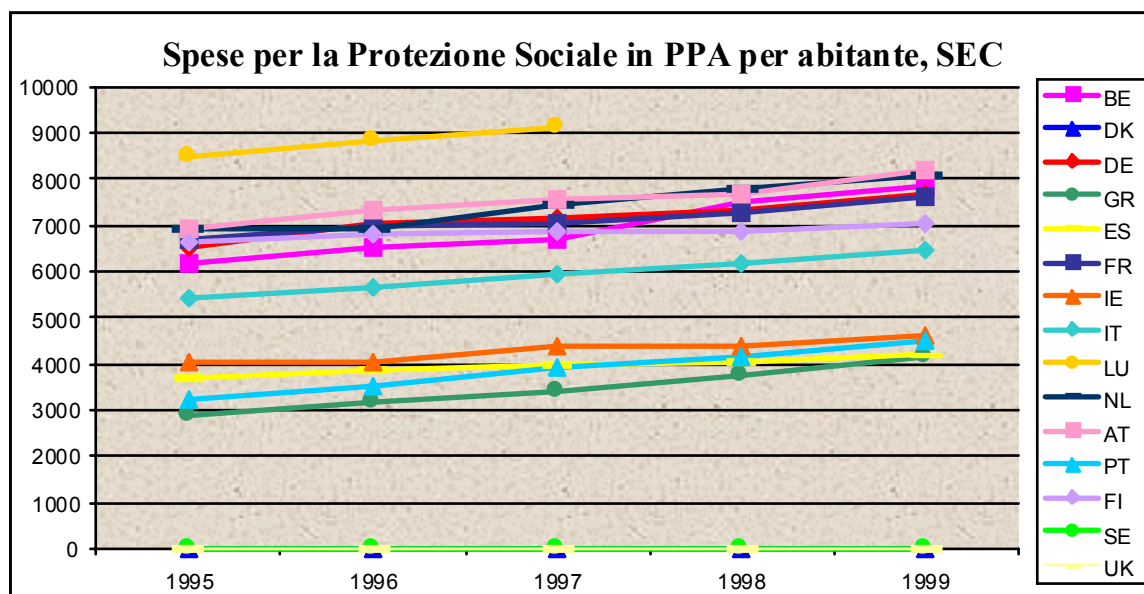
Come più sopra accennato, per meglio comprendere gli andamenti della spesa per la Protezione Sociale, è indispensabile porre in relazione detta spesa per abitante con il PIL per abitante (Tabella 1.1). Attraverso tale rapporto si può osservare che tra i paesi dove quote comparabili di PIL sono dedicate alla Protezione Sociale, quelli con PIL pro capite più basso sono quelli in cui l'impegno è più alto.

Se si tiene conto solo della quota complessiva di PIL dedicato alla Protezione Sociale, si incorre pertanto in un significativo errore di interpretazione a riguardo della evoluzione della spesa e quindi della attività dei governi nel campo della assicurazione e della promozione del *Welfare*.

Nella Tabella 1.1 si notano grandi differenze nel PIL per abitante tra gli Stati membri. Nel 1999, il PIL pro capite del Lussemburgo (42985 €) superava del 100% il livello medio della UE, mentre quello del Portogallo era poco meno del 50%.

¹² “I paesi della coesione” sono Grecia, Spagna, Irlanda e Portogallo, che, avendo un reddito pro-capite inferiore al 90% della media comunitaria, hanno beneficiato e tuttora beneficiano dei Fondi di Coesione in vista di una convergenza reale con gli altri stati membri della UE.

Grafico 1.5



Qualcosa di simile accadeva per le spese della Protezione Sociale. Quelle pro capite della Danimarca (11650 €) superavano del 68% la media della UE e in valore assoluto erano più alte del PIL pro capite della Grecia (11198 €) e del Portogallo (10844 €).

Tabella 1.1

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Protezione Sociale per abitante				
		€ (A)	% della media UE	€ (B)	% della Media UE	% del PIL (B/A)	Previsione * (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	11034	158,6	25,7	11025	100,1
Danimarca	DK	30716	143,9	11650	167,5	37,9	8096	143,9
Svezia	SE	25706	120,4	10396	149,5	40,4	6900	150,7
Austria	AT	24330	114,0	8558	123,0	35,2	6571	130,2
Germania	DE	24065	112,7	8251	118,6	34,3	6508	126,8
Irlanda	IE	23837	111,6	4608	66,2	19,3	6454	71,4
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	7811	112,3	32,9	6423	121,6
Finlandia	FI	23352	109,4	7681	110,4	32,9	6338	121,2
Belgio	BE	23061	108,0	7716	110,9	33,5	6268	123,1
Regno Unito	UK	23037	107,9	7195	103,4	31,2	6263	114,9
Francia	FR	22893	107,2	8286	119,1	36,2	6228	133,0
Unione Europea	EU	21351	100,0	6955	100,0	32,6	5860	118,7
Italia	IT	19228	90,1	5733	82,4	29,8	5353	107,1
Spagna	ES	14354	67,2	3505	50,4	24,4	4190	83,7
Grecia	GR	11198	52,4	3125	44,9	27,9	3436	90,9
Portogallo	PT	10844	50,8	3074	44,2	28,3	3352	91,7

Se si correlano le spese di Protezione Sociale e PIL pro capite, la linea di regressione risultante mette in evidenza il rapporto tra le due variabili. Si può così valutare se le spese per la Protezione Sociale corrispondono realmente al livello economico dei paesi e dedurre un indice di impegno ricavato dal rapporto tra spesa pro capite della Protezione Sociale e valore previsto per la stessa dalla curva di regressione (colonna C della Tabella 1).

Nel 1999 era la Svezia a fare il massimo sforzo con un indice di impegno di 150,7, ovvero superiore del 50% a quello che ci si poteva attendere dal suo PIL pro capite. Gli sforzi minori erano compiuti dai quattro paesi della coesione, l'Irlanda (71,4), la Spagna (83,7), la Grecia (90,9) e il Portogallo (91,7). Senza calcolo dell'indice di impegno i paragoni internazionali rischiano di essere ambigui, se non falsi. Per esempio, sempre nel 1999, Lussemburgo e Grecia presentavano percentuali simili di spesa per la Protezione Sociale rispetto al PIL pro capite, rispettivamente 25,7% e 27,9%, ma, in valore assoluto, il Lussemburgo spendeva 3,5 volte più della Grecia, facendo solo il 10% in più di sforzo.

A titolo di informazione, nella Tabella 1.1a dell'appendice viene riportato l'indice di sforzo per le differenti funzioni della Protezione Sociale.

1.3. Intensità della Protezione Sociale nelle funzioni di Sanità, Vecchiaia, Educazione, Famiglia, Disoccupazione

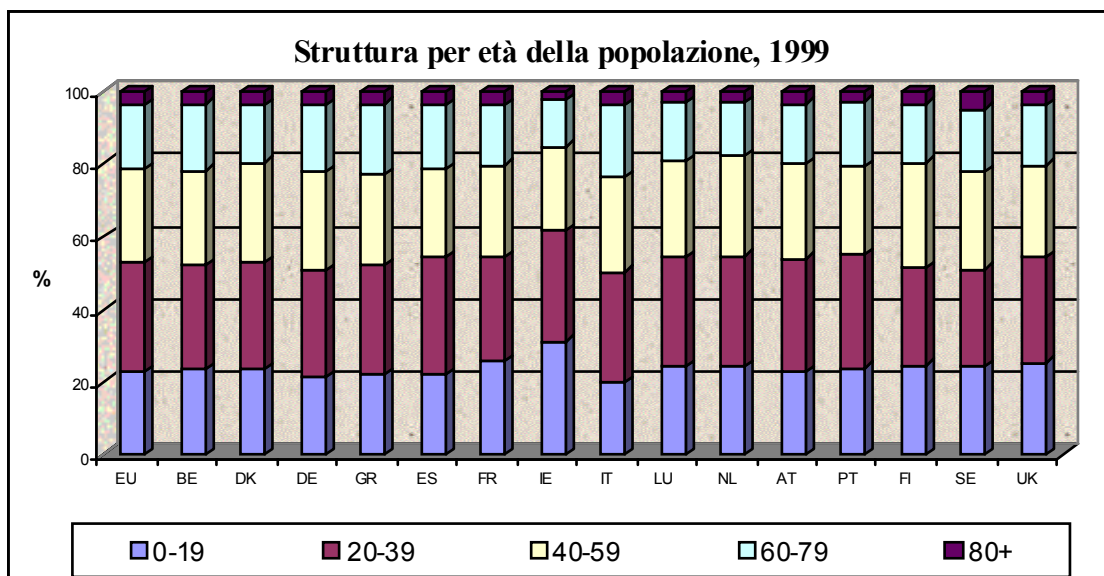
Le differenze fin qui constatate nella Protezione Sociale dei diversi paesi derivano dal costo delle prestazioni. Tuttavia, da un punto di vista concettuale, la disuguaglianza nel livello di prestazioni dovrà essere misurata da indicatori che mettano in relazione il costo con i beneficiari possibili della prestazione¹³, ovvero con la popolazione suddivisa per età (Grafico 1.6).

A tale proposito le spese sono state rielaborate in unità di PPA per cinque grandi funzioni (Grafico 1.7).

- ❖ Le spese della funzione “Sanità” per abitante (Grafico 1.7a, sinistra) sono state distribuite trasformando la popolazione reale di ciascun paese in popolazione “normalizzata” (Grafico 1.7a, destra). In effetti gli studi mettono in rilievo che le persone anziane consumano *n* volte più servizi di sanità che il resto della popolazione. Così secondo le stime e le indicazioni della OECD, ogni persona con più di 60 anni di età è stata trasformata in quattro persone più giovani (quindi con una quota minore di ripartizione per abitante).

¹³ Cf Barea, J. (1991)

Grafico 1.6



- ❖ Le spese della funzione “Vecchiaia” per abitante (Grafico 1.7b) sono state ricalcolate distribuendole sulle persone con 60 anni o più, quelle di “Educazione” (Grafico 1.7c) e “Famiglia” (Grafico 1.7d) sulle persone di 19 anni o meno e quelle di “Disoccupazione” (Grafico 1.7e) sulle persone iscritte alle liste di disoccupazione.

Sebbene queste scelte non corrispondano in maniera uniforme alla realtà dei diversi paesi – si pensi alle differenze nell’età di pensionamento, nel diritto di famiglia e nelle prestazioni per la disoccupazione - tuttavia sono in grado di dare un’idea approssimativa delle diversità di prestazione per i beneficiari delle stesse.

Grafico 1.7a

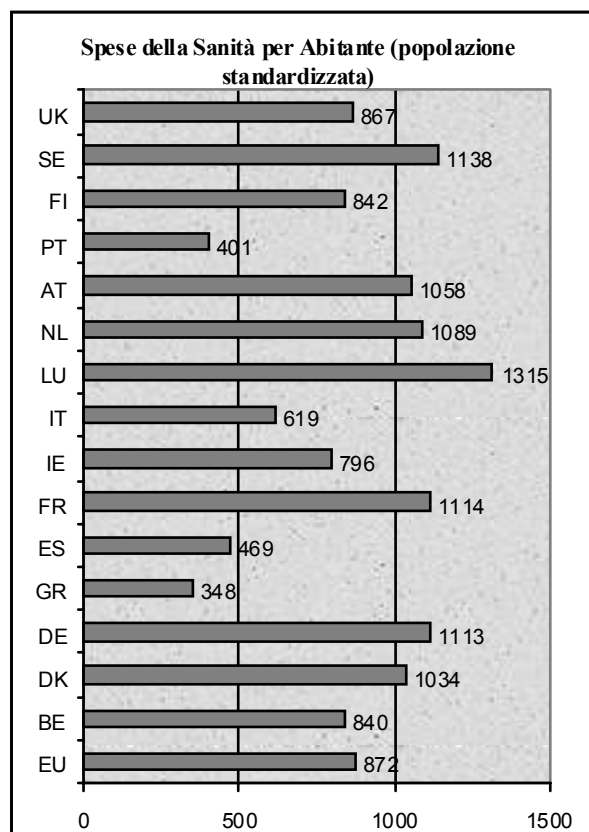
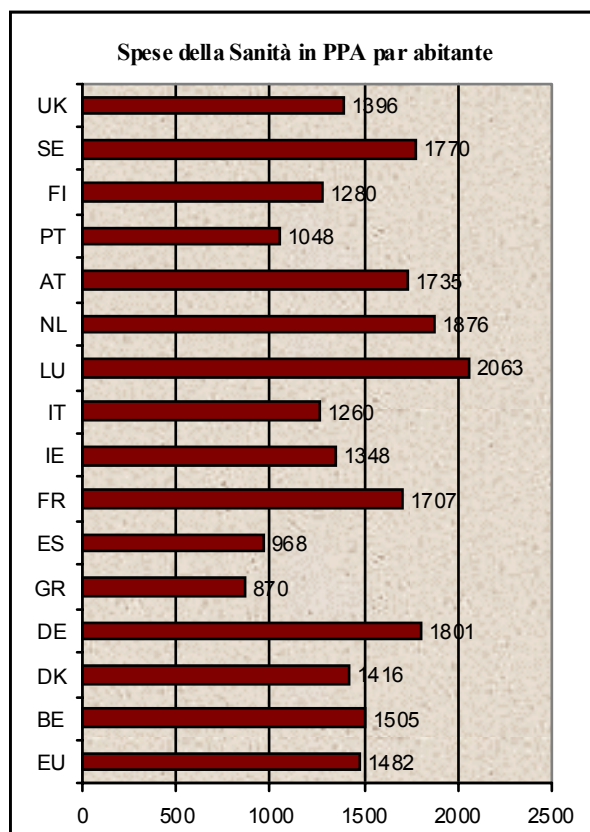


Grafico 1.7b

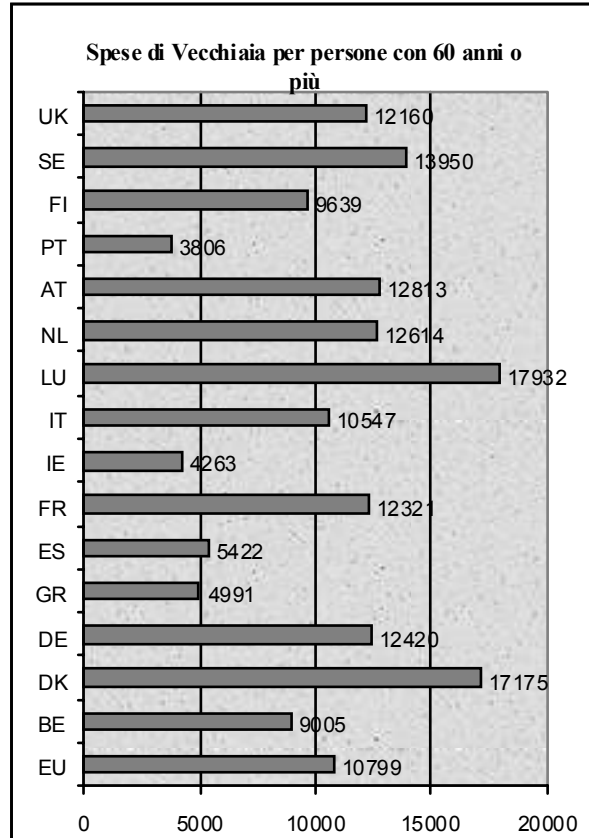
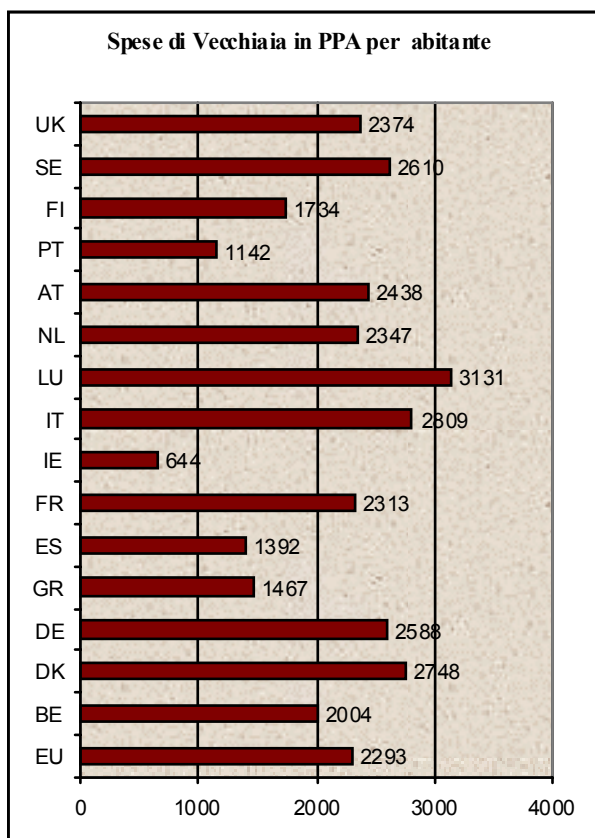


Grafico 1.7 c

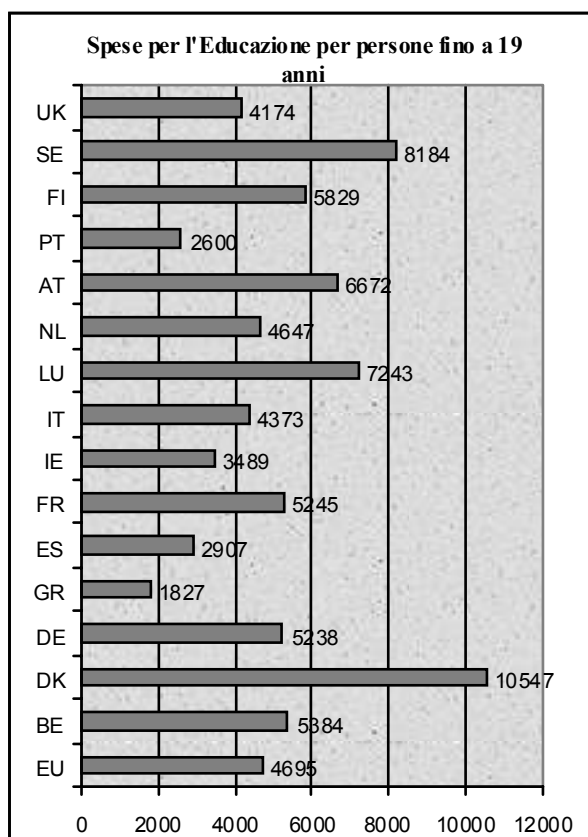
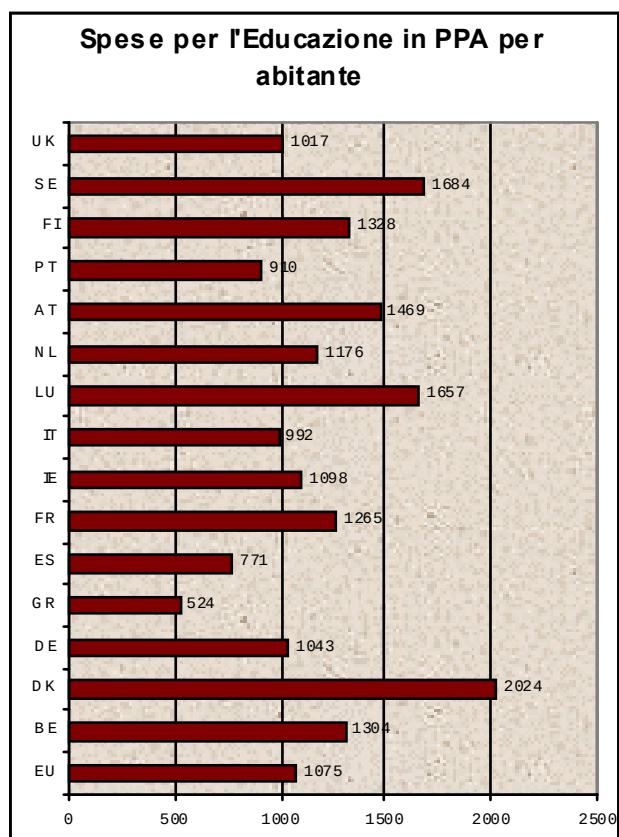


Grafico 1.7d

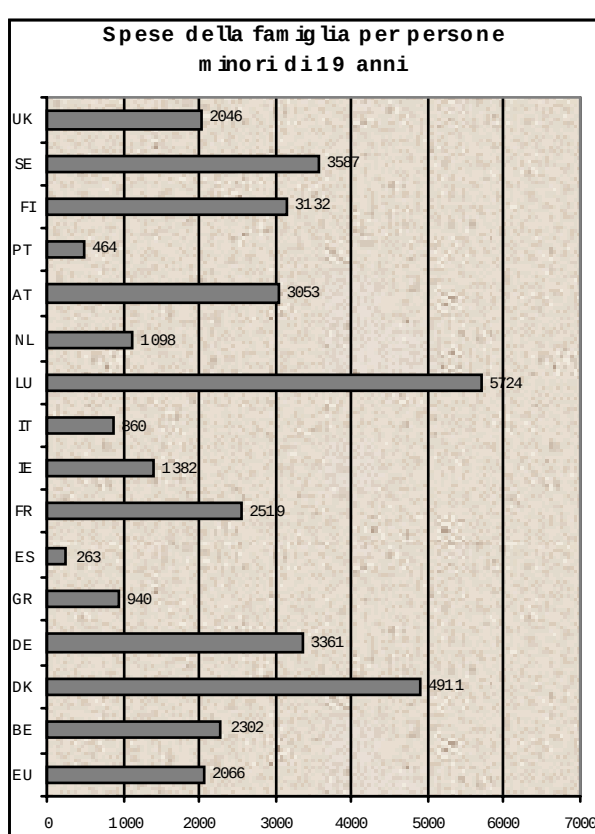
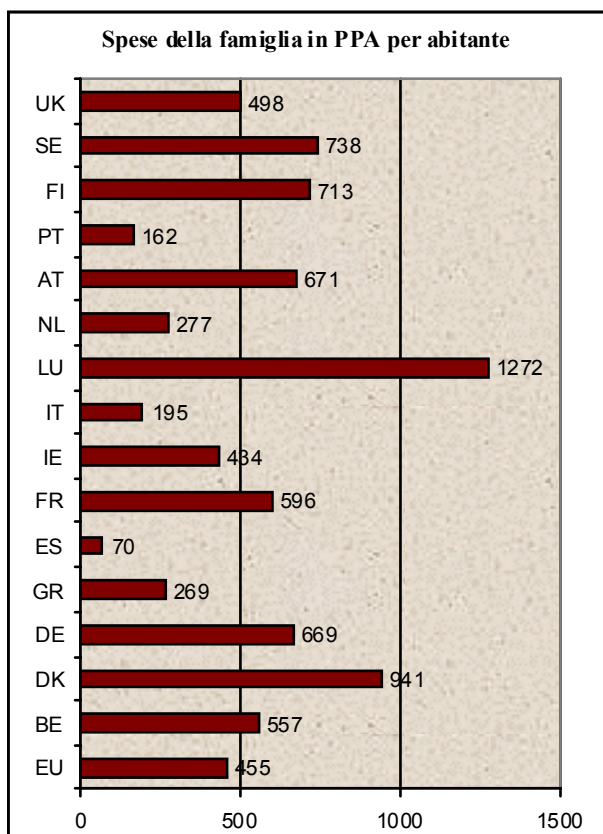
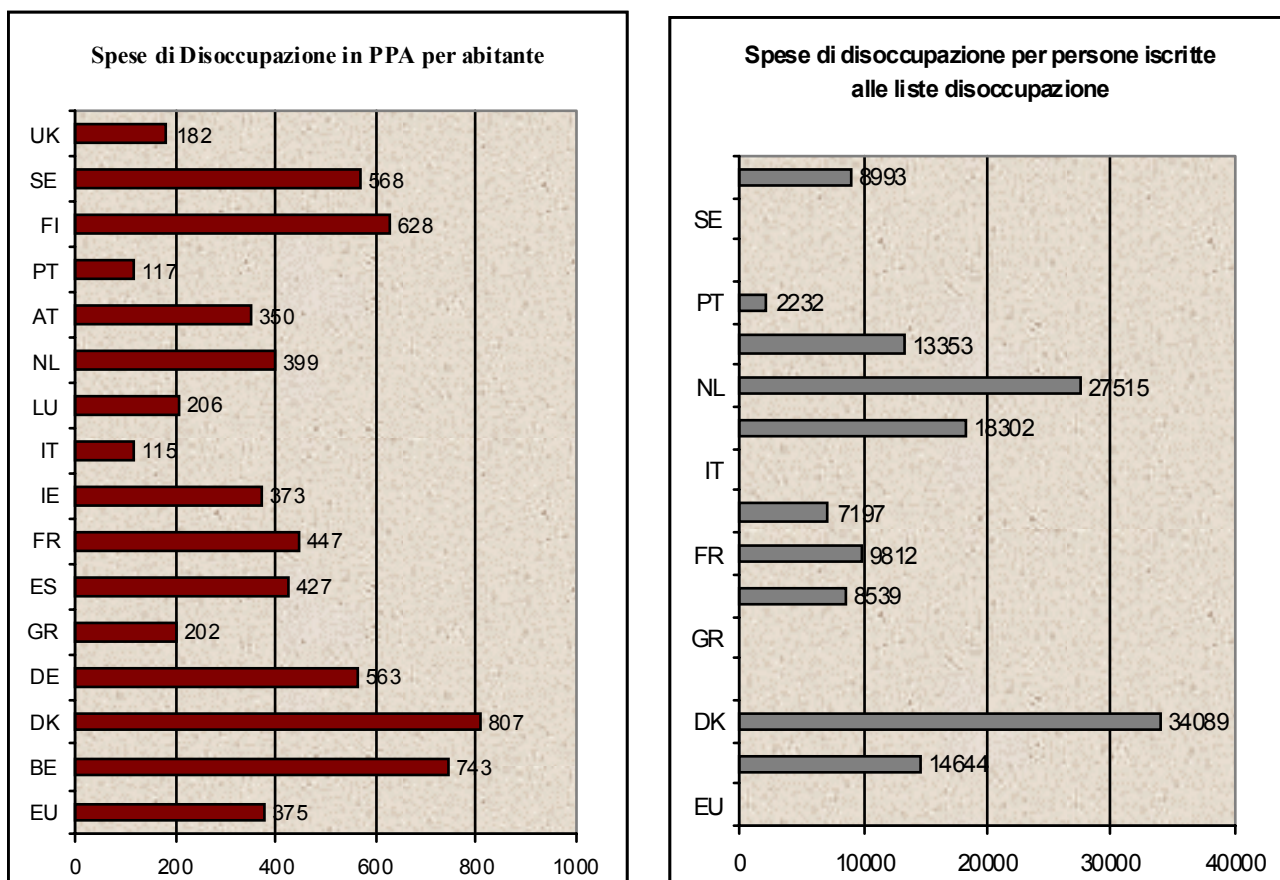


Grafico 1.7e



1.4. Le priorità nelle decisioni governative sulle prestazioni di Protezione Sociale

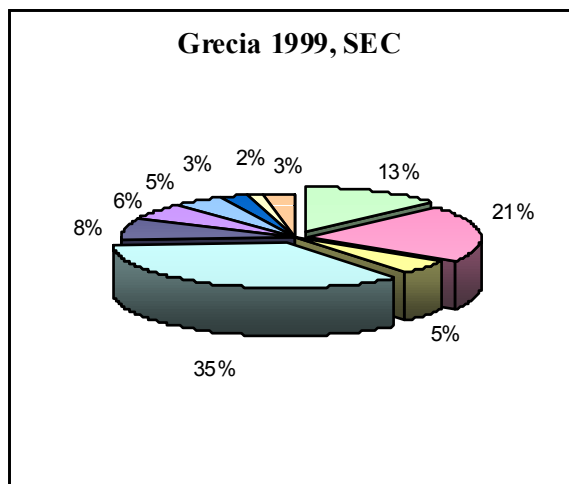
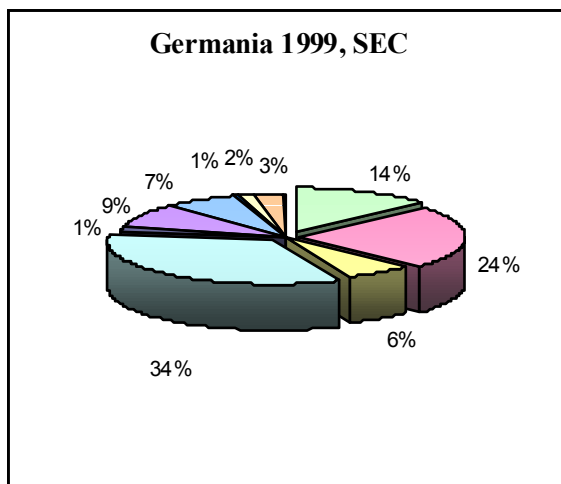
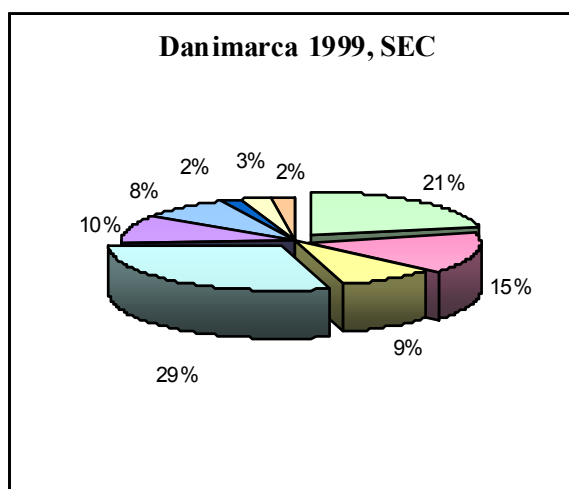
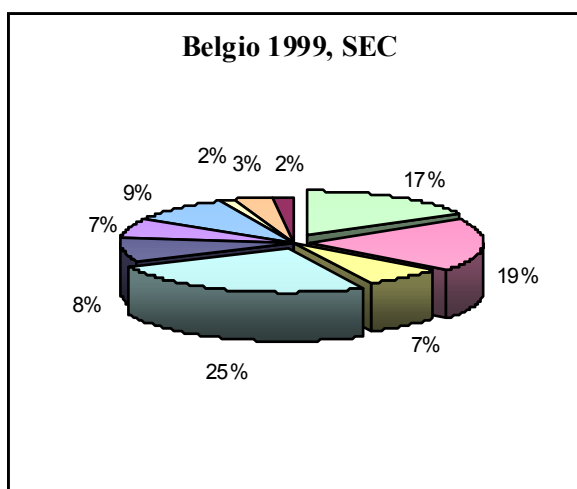
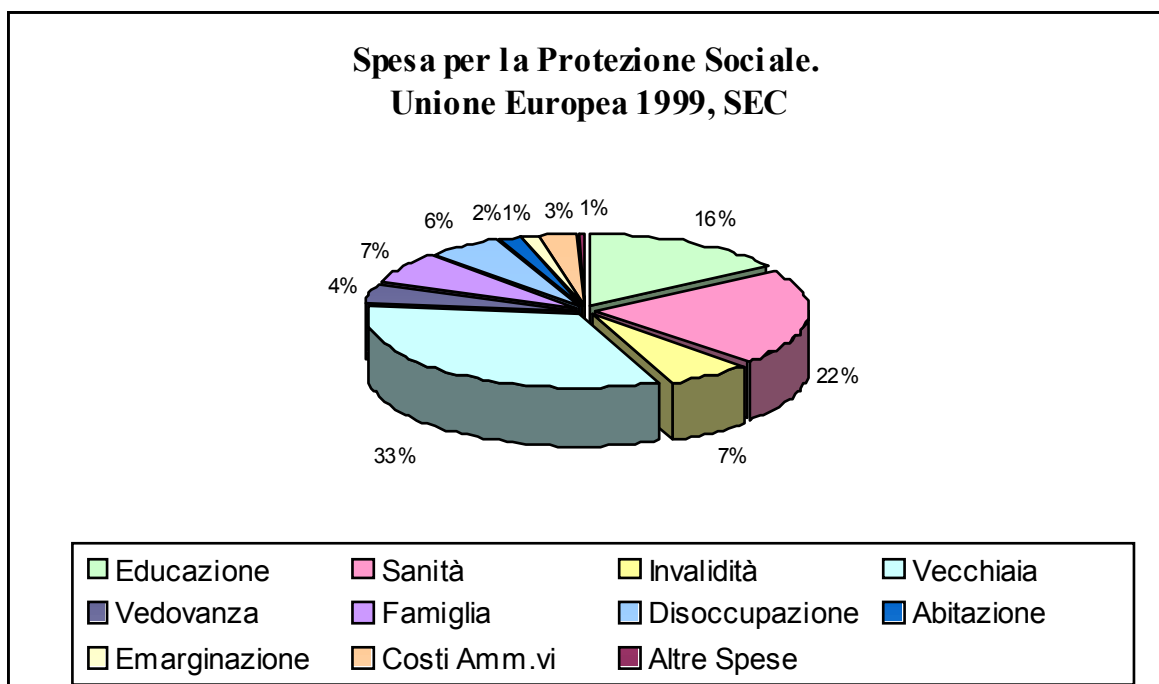
Di seguito viene considerata la distribuzione delle spese per le diverse funzioni di Protezione Sociale nei paesi europei.

I rapporti di spesa tra le funzioni hanno dimostrato una grande stabilità durante gli anni novanta – fatto salvo l’aumento della funzione Vecchiaia a detrimento della funzione Disoccupazione (il che riflette la diminuzione della disoccupazione nei paesi dove era più elevata, come Spagna e Irlanda).

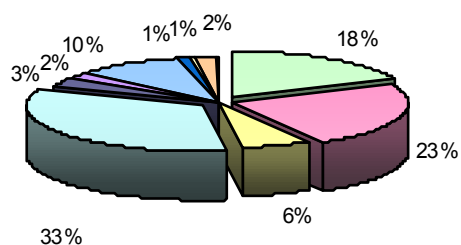
Vengono forniti i dati relativi all’ultimo anno disponibile al momento dell’edizione del Rapporto, il 1999.

Per mettere in evidenza le scelte e le priorità dei governi vengono esposti due tipi di grafico: il primo che mette in luce il peso di ciascuna funzione in percentuale della spesa totale per la Protezione Sociale nei diversi paesi (Grafico 1.8); il secondo che mostra l’evoluzione di ciascuna funzione in relazione alla crescita del PIL nei diversi paesi durante gli anni novanta (Grafico 1.9).

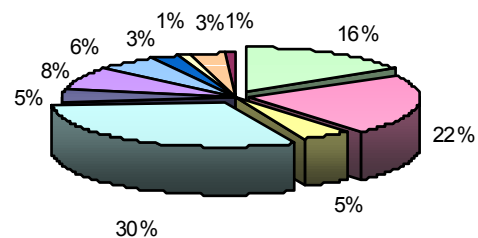
Grafico 1.8



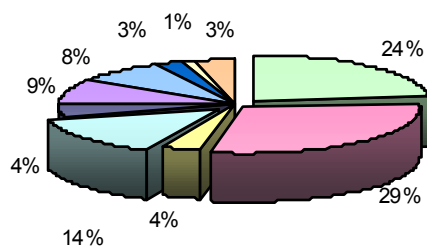
Spagna 1999, SEC



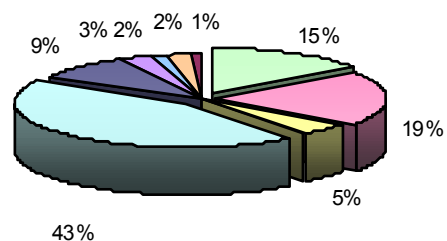
Francia 1999, SEC



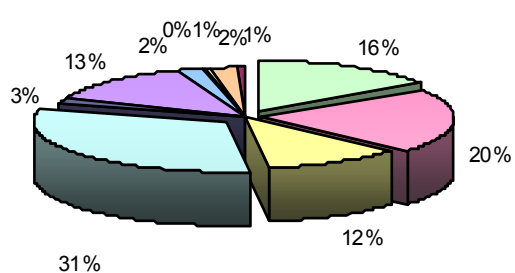
Irlanda 1999, SEC



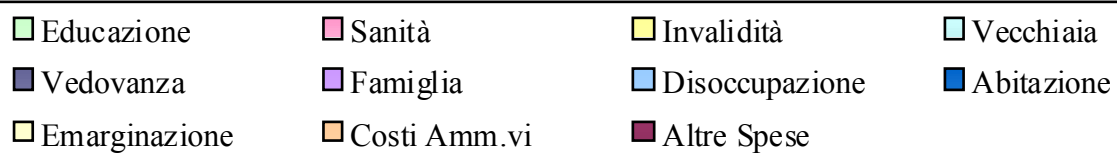
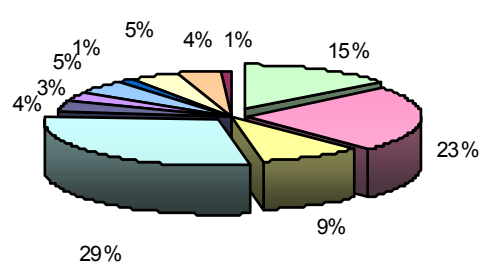
Italia 1999, SEC



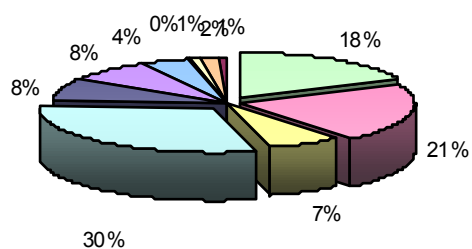
Lussemburgo 1999, SEC



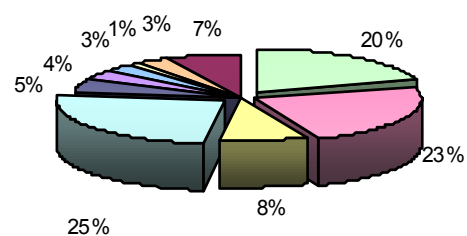
Paesi Bassi 1999, SEC



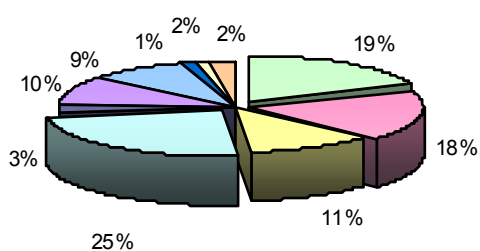
Austria 1999, SEC



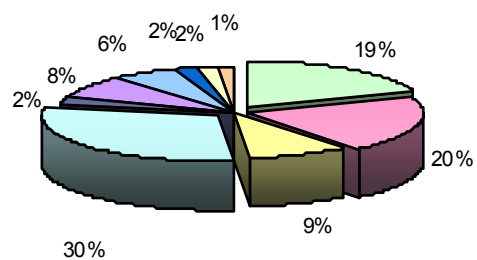
Portogallo 1999, SEC



Finlandia 1999, SEC



Svezia 1999, SEC



Regno Unito 1999, SEC

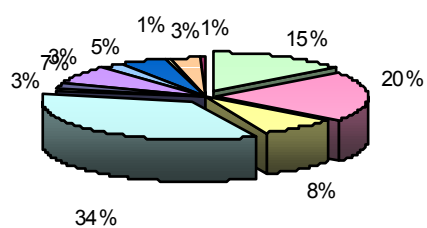
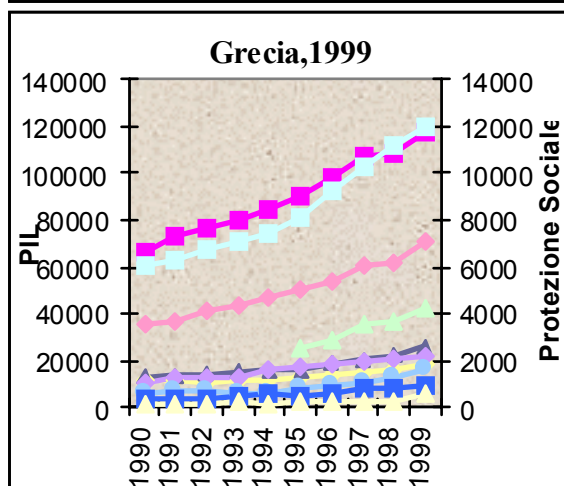
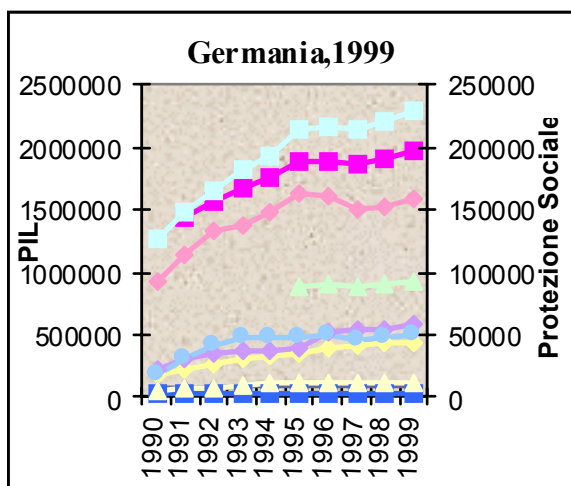
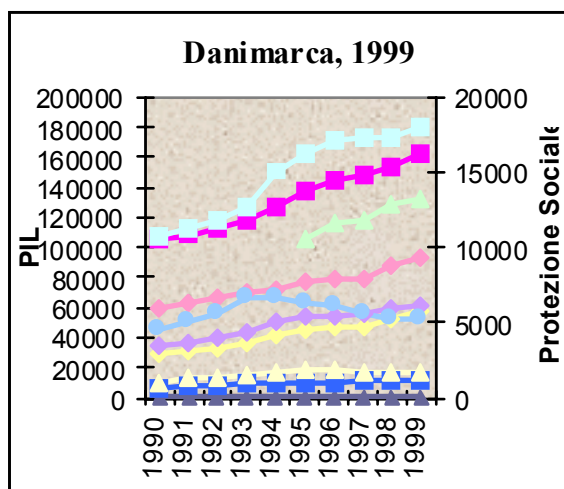
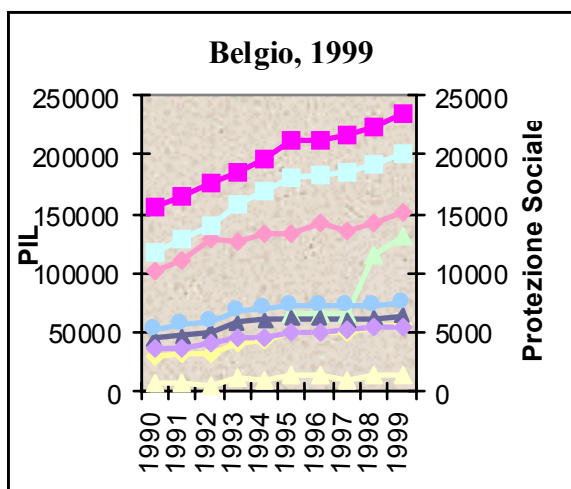
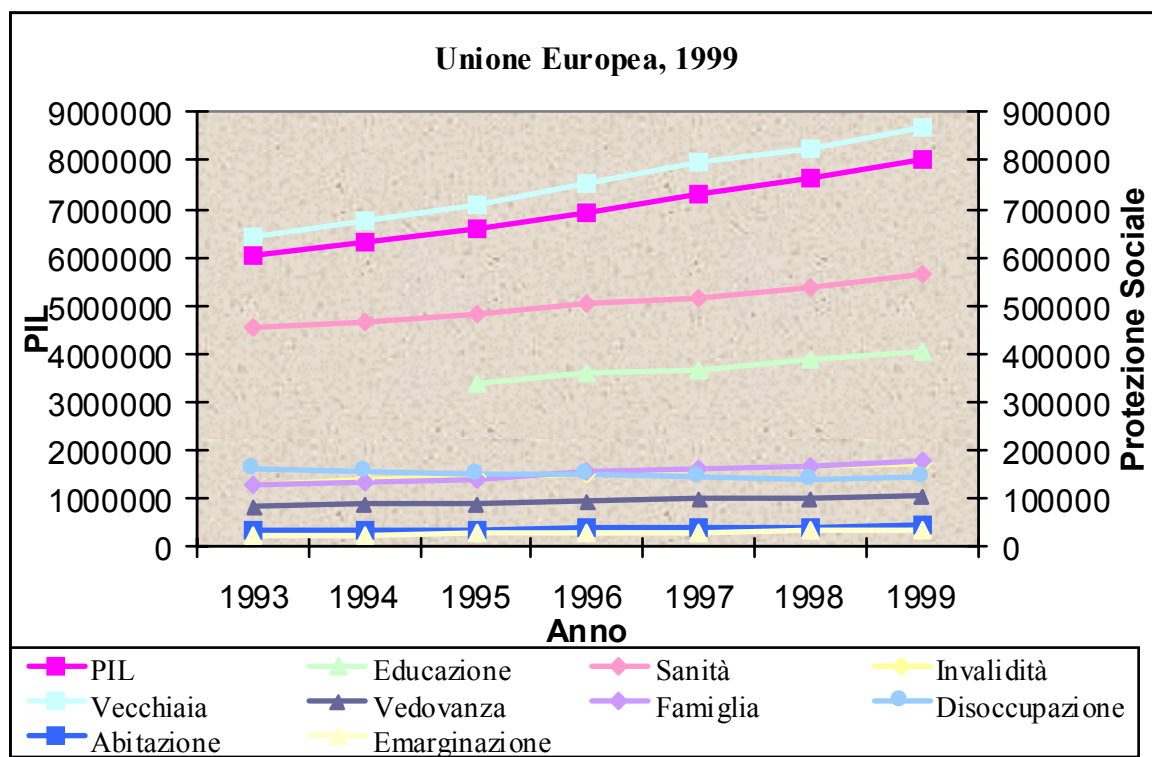
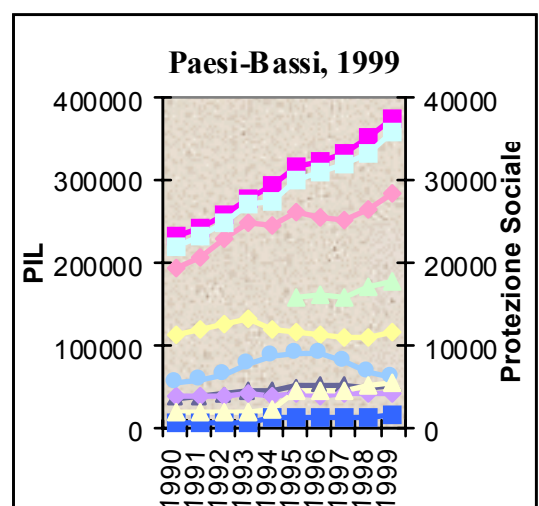
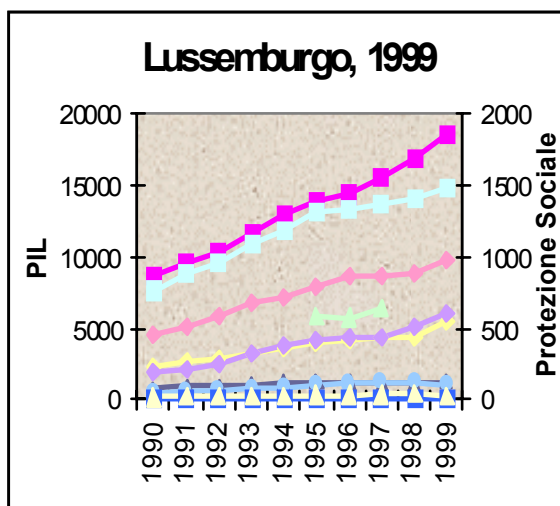
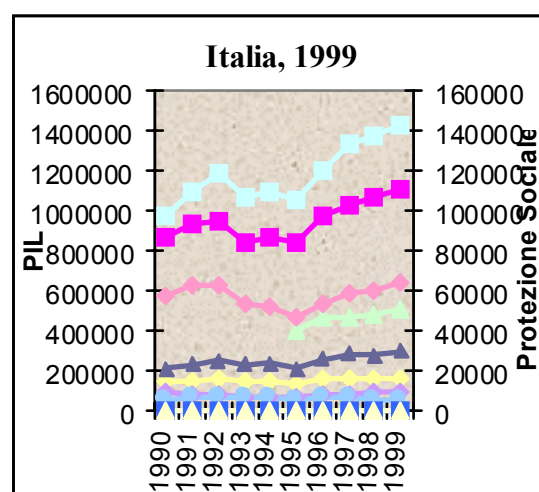
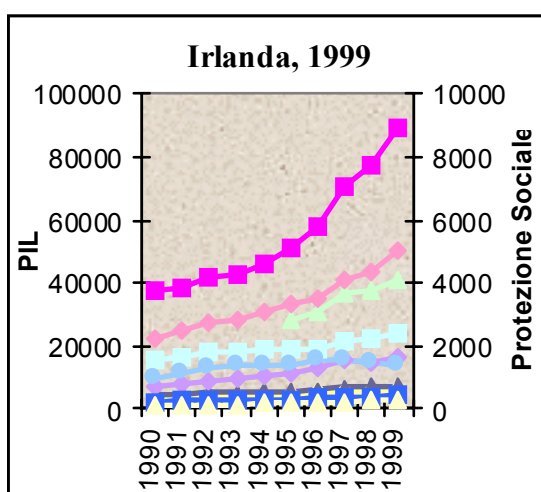
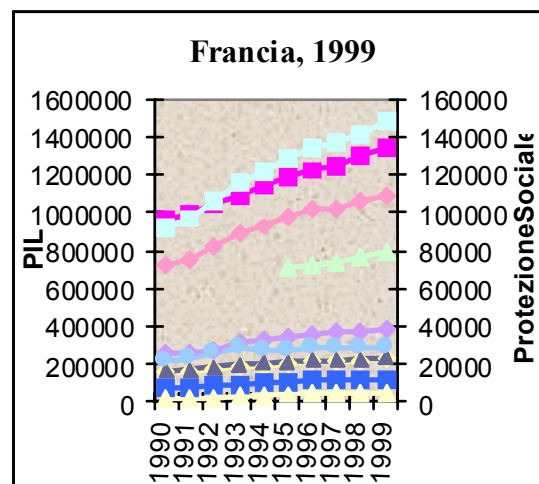
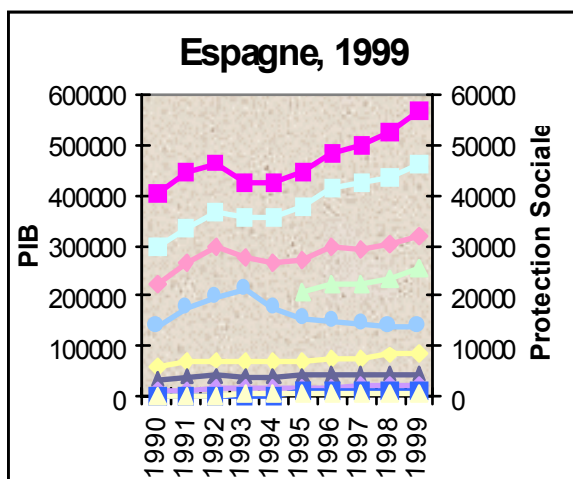
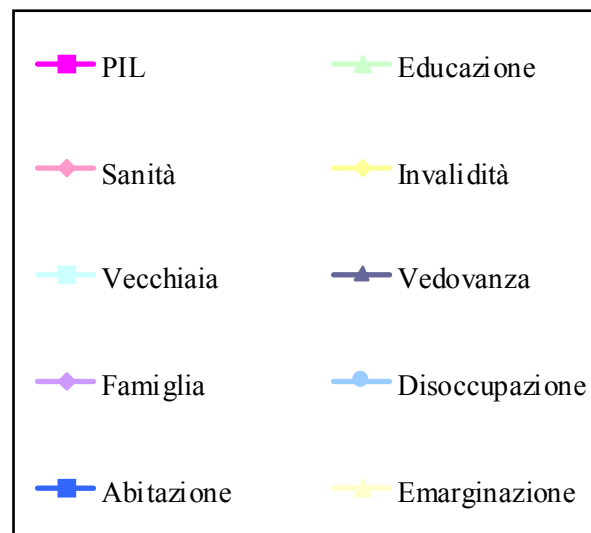
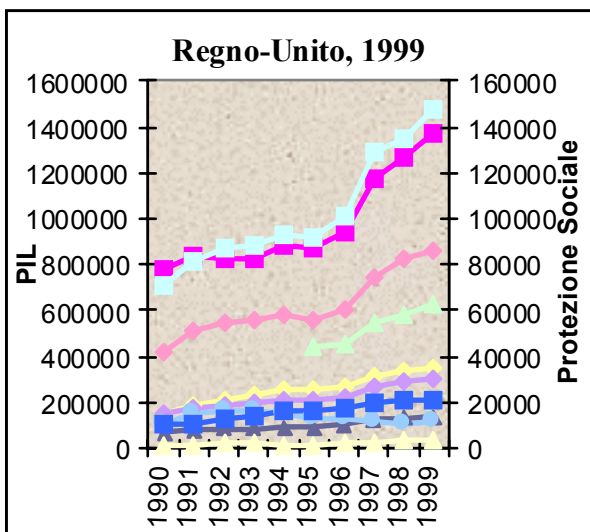
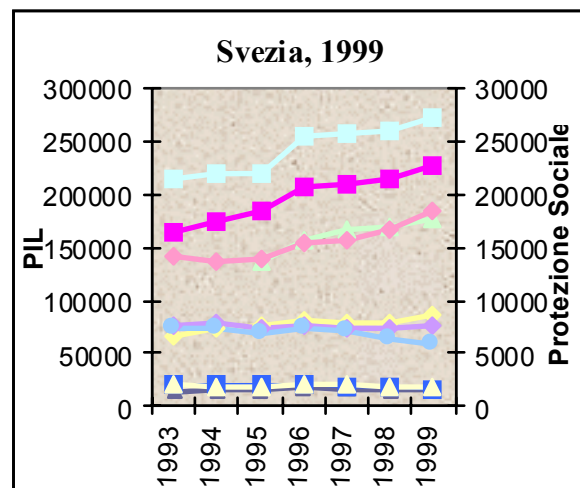
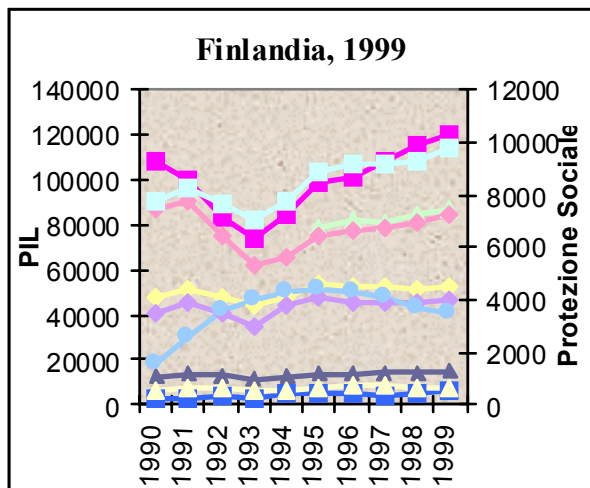
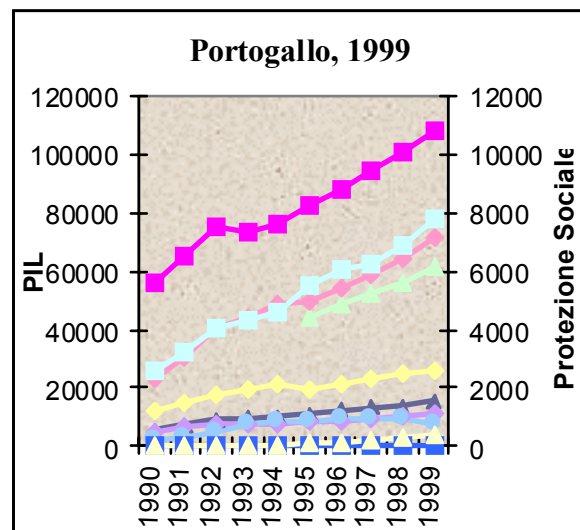
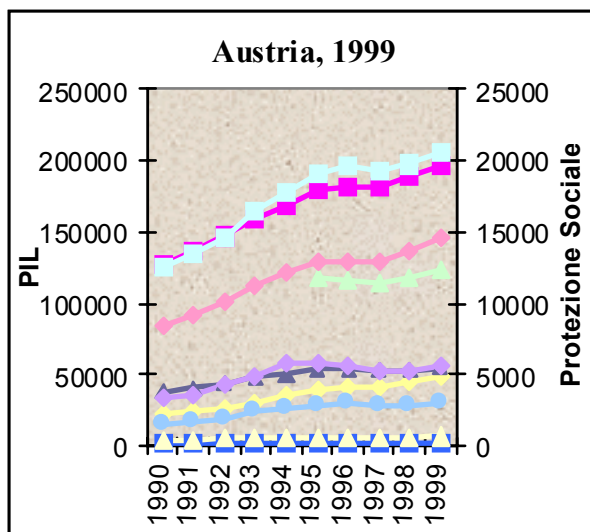


Grafico 1.9







Si segnalano qui i tratti più salienti rilevabili dai grafici (un commento più dettagliato per funzione verrà fornita al capitolo 2).

- ❖ In tutti i paesi – con l’eccezione dell’Irlanda e del Portogallo – si può constatare una forte correlazione tra la crescita del PIL e quella delle pensioni di vecchiaia. L’impegno posto nel sistema pensionistico è dovuto al più volte citato invecchiamento della popolazione europea. Tutte le previsioni demografiche di centri studi e organizzazioni internazionali fanno ritenere che l’impegno e le difficoltà cresceranno notevolmente nei prossimi decenni. In media i paesi della UE consacrano un terzo della loro spesa per la protezione sociale alle pensioni di vecchiaia. La domanda circa la sostenibilità dell’impegno è giustificata e ancor più giustificata è la domanda circa la possibilità di finanziare altre prestazioni, mantenendo un simile impegno.
- ❖ In tutti i paesi il secondo posto nel budget della protezione sociale è occupato dalla spesa sanitaria, che rappresenta in media il 22% del totale.
- ❖ I quattro “paesi della coesione” dedicano la quota maggiore di risorse alla Educazione. Una simile scelta di priorità è determinata dalla consapevolezza dell’importanza assoluta dell’educazione e della ricerca al fine di realizzare la desiderata convergenza con gli altri paesi della UE.

1.5. L’influenza dell’invecchiamento della popolazione sulla sostenibilità dello modello europeo di protezione sociale

E’ già stato più volte notato che un grave rischio demografico pesa ormai sui sistemi di protezione sociale in Europa: la caduta della natalità e l’invecchiamento della popolazione, non compensati dall’immigrazione.

La speranza di vita nell’Unione Europea è una delle più lunghe e continua a crescere. Dal 1970 la speranza di vita alla nascita è aumentata di 5,5 anni per le femmine e 5 anni per gli uomini. Nel 2000 tale speranza era di 74,7 anni per gli uomini e di 81,1 per le donne. Nel 2050 secondo *Eurostat* raggiungerà rispettivamente 79,7 e 85,1 anni.

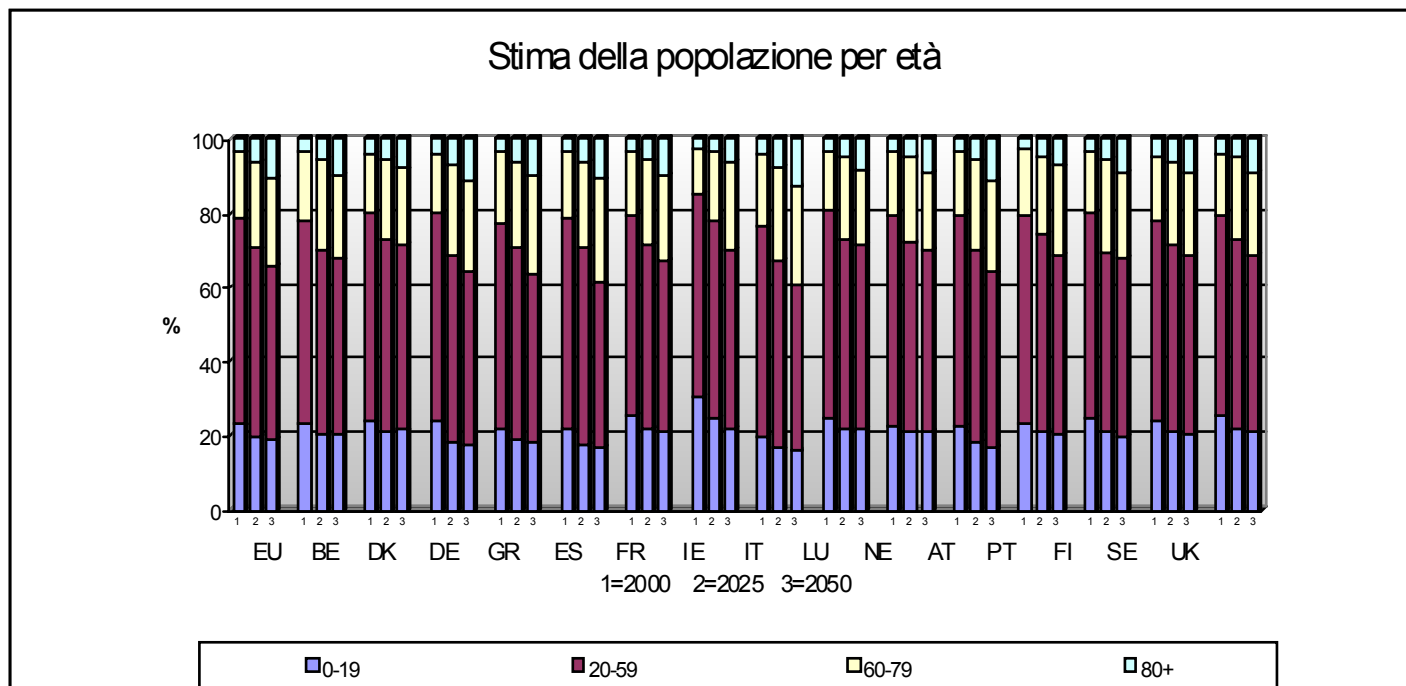
I tassi attuali di fertilità non possono garantire il rimpiazzo naturale della popolazione né stabilizzare la struttura di età della stessa: nel 2000 la fertilità oscillava tra 1,2 bambini per donna, in Spagna e in Italia, e 1,8-1,9 in Danimarca e Irlanda. Nel 2050 si prevede una convergenza verso l’1,7. Tutto quindi fa supporre un aumento sempre più consistente della popolazione anziana.

Il Grafico 1.10 mostra la struttura stimata della popolazione (ipotesi media di *Eurostat*) per gli anni 2000, 2025 e 2050.

Si può notare chiaramente la diminuzione della percentuale di popolazione tra 0 e 19 anni e tra 20 e 59 anni (quella in età lavorativa), a vantaggio delle persone anziane al sopra dei 60 anni. In particolare le persone veramente anziane (80+) moltiplicheranno il loro numero per 3, passando da 14 milioni nel 2000 a 38 milioni nel 2050.

L’invecchiamento della popolazione è generalizzato, ma sono soprattutto l’Italia e la Spagna a subirne gli effetti: nel 2050 il 40% della loro popolazione sarà al di sopra dei 60 anni.

Grafico 1.10

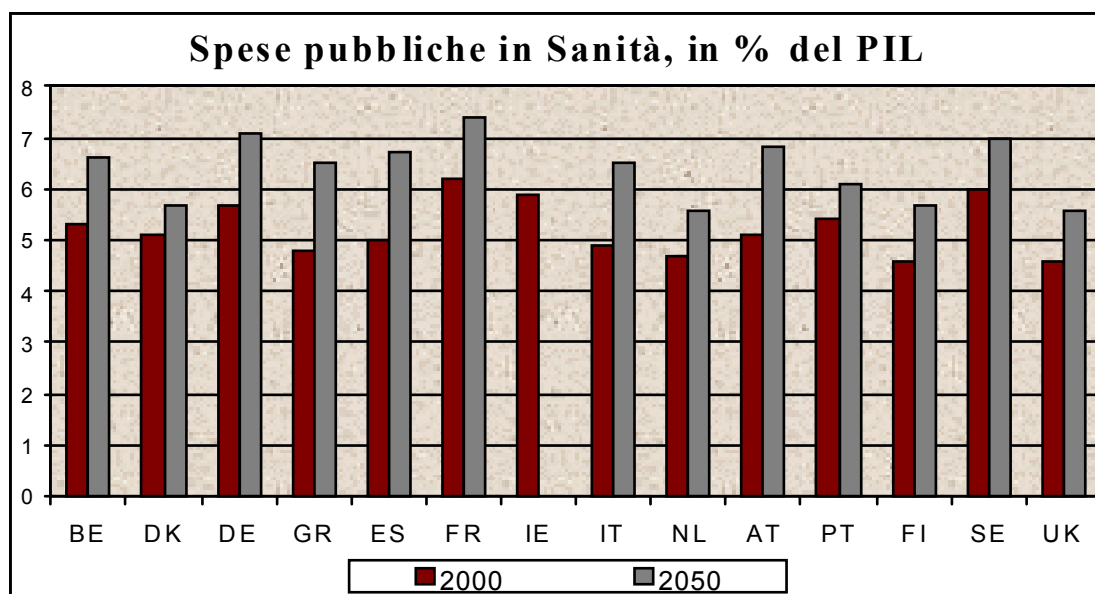


Le stime dell'OECD prevedono, come è già stato accennato, un consumo di assistenza sanitaria 4 volte più grande negli ultra sessantenni, rispetto al resto della popolazione¹⁴. Il Comitato di Politica Economica della Commissione Europea nel 2001 stimava¹⁵ che il semplice effetto dell'invecchiamento sulla spesa pubblica per la sanità porterà a un aumento tra lo 0,7 e il 2,3% del PIL per il periodo 2000-2050 (Grafico 1.11).

¹⁴ Questa cifra può essere anche superata: gli studi sulla Spagna valutano un multiplo di 5,05

¹⁵ Economic Policy Committee (2001) et Commission des Communautés Européennes (2001b).

Grafico 1.11



Ciò comporterà un aumento del 25%-30% della spesa pubblica per la sanità. L'invecchiamento si arresterà un po' verso il 2040 in tutti gli Stati membri. Per il gruppo di età di 0-64 anni si avrà una diminuzione della spesa pubblica tra il 2000 e il 2050, compensato dall'aumento per gli ultra ottantenni. Per esempio, in Italia e Germania la spesa per gli ultra ottantenni crescerà del 200%.

D'altra parte, l'incidenza delle modificazioni demografiche sulla spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine condurrà a una crescita di quest'ultima secondo una percentuale compresa tra lo 0,2 e il 2,5% del PIL tra il 2000 e il 2050 (corrispondente a una crescita media della spesa del 70%). Tale spesa non si stabilizzerà verso il 2040 (quando come si è visto dovrebbe stabilizzarsi la popolazione), ma continuerà a crescere a causa dell'aumento degli ultra-ottantenni. Questo fenomeno costituisce il fattore più importante dell'aumento della spesa sanitaria in tutti i paesi europei. Per esempio, in Italia, Olanda, Finlandia e Austria, più del 90% dell'aumento previsto della spesa sarà determinato dalle esigenze della fascia più anziana della popolazione. In Italia e Austria la spesa per gli ultra ottantenni nel 2050 sarà il triplo di quella del 2000.

Le spese per l'assistenza a lungo termine cresceranno in media del 70% contro un 30% complessivo per la sanità.

All'invecchiamento della popolazione si aggiunge la diminuzione della popolazione attiva (Grafico 1.12). La questione decisiva – dal punto di vista delle pensioni di vecchiaia – è il rapporto “inquietante” tra persone attive e inattive.

In effetti, i tassi di dipendenza forniti dall'OECD sono preoccupanti: tanto il rapporto tra anziani inattivi (anni 65+) e persone potenzialmente in età lavorativa (anni 20-64), quanto il rapporto tra persone dipendenti (giovani 0-19 e vecchi 65+) e persone potenzialmente in età lavorativa. I tassi di dipendenza indicano chi deve sopportare il carico prodotto dall'aumento della spesa per la protezione sociale.

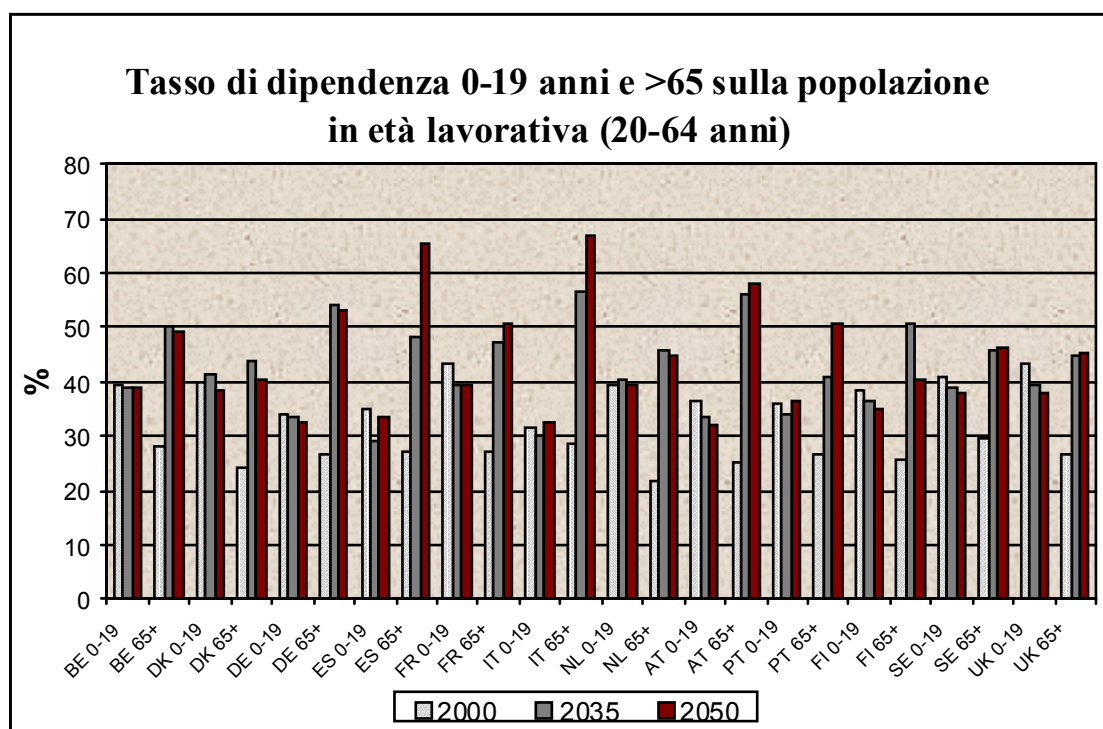
Di più, non vi è proporzione tra ciò che il cittadino apporta come contribuzione e ciò che riceve.

I tassi di rendimento (della contribuzione) sono molto elevati, così come i tassi di sostituzione. Si fa fatica ad accettare che lo scopo di un sistema pensionistico, per quanto obbligatorio e contributivo, debba essere limitato a ridistribuire le risorse personali lungo tutto il ciclo vitale di chi contribuisce.

Si dovrà necessariamente arrivare a che gli Stati membri riformino i loro sistemi – come alcuni hanno già cominciato a fare – in modo tale che le pensioni individuali contributive diventino equivalenti a quelle che si ricevessero con un sistema di capitalizzazione. Solo in questo modo si potrà, non senza difficoltà, ritrovare un equilibrio.

La mancanza di equità e proporzionalità ha un'incidenza assai rilevante sulla spesa per le pensioni di vecchiaia, poiché il sistema è stato utilizzato come strumento di redistribuzione intergenerazionale delle risorse e non per ciò che è in realtà: uno strumento di redistribuzione delle risorse personali tra i consumi e i risparmi di tutta una vita.

Grafico 1.12



L'invecchiamento della popolazione potrà dar luogo a una crescita delle pensioni pubbliche corrispondente al 3-5% del PIL in numerosi paesi della UE (grafico 1.13). A tale crescita si deve aggiungere quella della spesa sanitaria che, includendo l'assistenza a lungo termine, è stimabile tra il 1,7 e il 3,9% del PIL tra il 2000 e il 2050. Il grafico 1.14 della Commissione sintetizza l'insieme delle spese prese in esame in precedenza.

Nello stesso tempo, gli effetti dell'invecchiamento della popolazione si faranno sentire sulle altre prestazioni sociali, come educazione e famiglia, nel senso di una riduzione di queste. I paesi che hanno fatto stime di tale riduzione, la valutano mediamente del -1% del PIL. L'aumento delle spese dovuto esclusivamente

Grafico 1.13

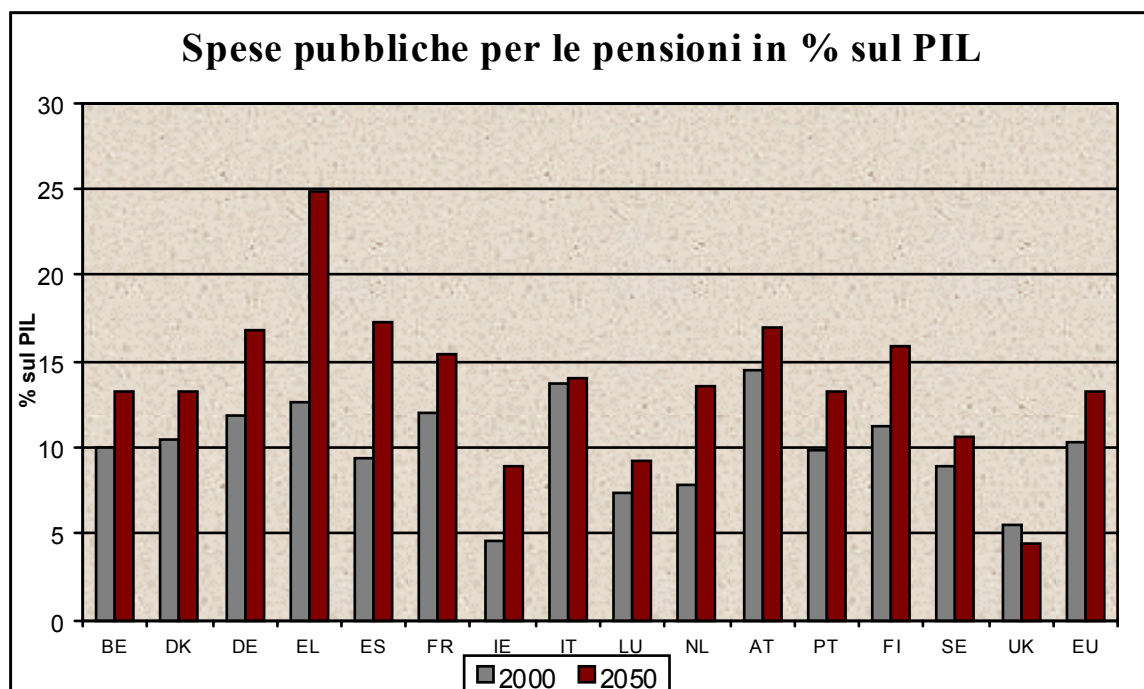
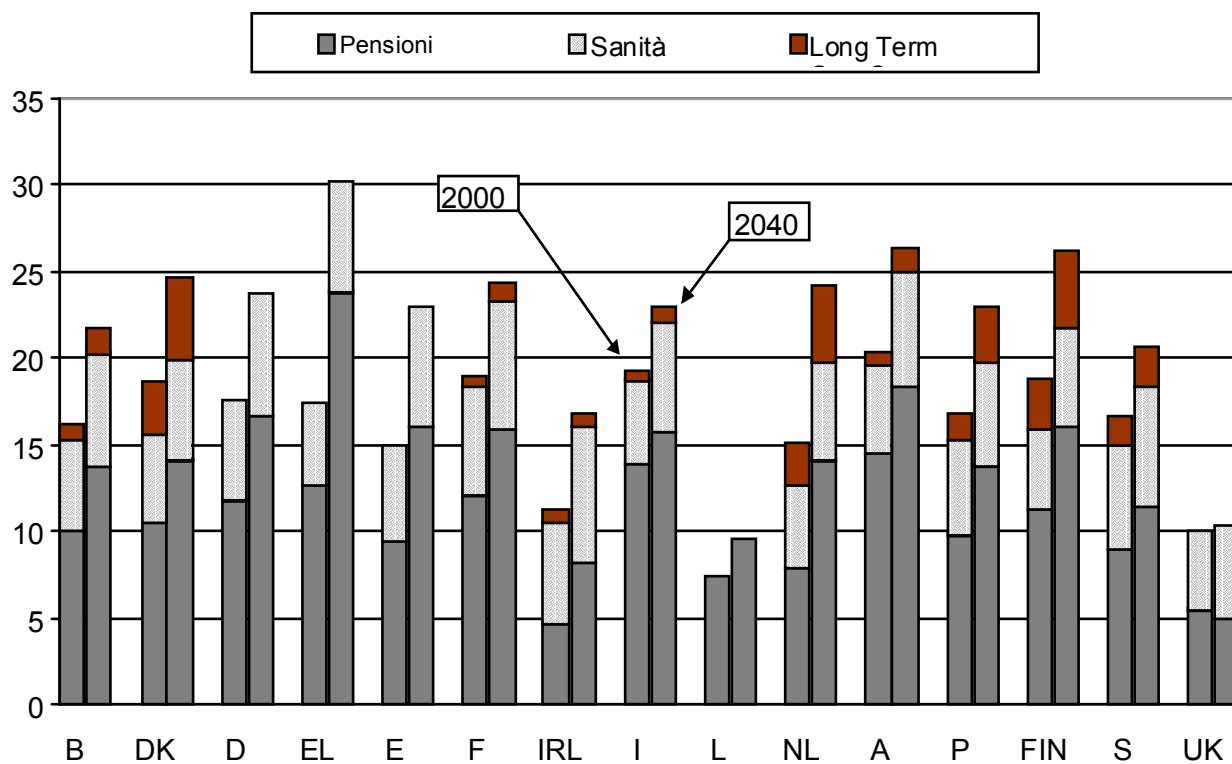


Grafico 1.14

Previsioni di incremento della spesa legata alla Vecchiaia



all'invecchiamento della popolazione si situerà pertanto tra il 4 e l'8% del PIL, arrivando a rappresentare fino a 15-16 punti di crescita percentuale sulle spese per la pubblica amministrazione. Il che sarà certamente insostenibile. Quanto alle previsioni dell'OCSE, esse sono riportate in dettaglio nella Tabella 1.2 (a fine capitolo).

1.6. Risorse della Protezione Sociale

Riprendendo quanto già menzionato nel paragrafo 1, il Grafico 1.15 mostra la differente origine storica dei modelli di protezione sociale in Europa. Il sistema di Bismarck si costituisce sull'assicurazione obbligatoria dei lavoratori. I diritti sociali trovano la loro giustificazione nell'esercizio di una attività professionale; la protezione sociale è la contropartita di tale attività e si finanzia fundamentalmente attraverso il versamento di contributi definiti in proporzione dei salari. Succede così che alla fine del XIX secolo, lo Stato diviene responsabile dello sviluppo, per conto di una assetto di tipo democratico-sociale. Il sistema di Beveridge – degli anni quaranta – si appoggia sulla solidarietà tra i cittadini ed è finanziato attraverso le imposte. Questo è un sistema universale, in quanto è la cittadinanza che dà diritto alla protezione sociale, la quale è definita in rapporto ai bisogni indipendentemente dalle risorse.

Il modello Beveridge è prevalentemente seguito da Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Svezia, Finlandia, dove pertanto domina il finanziamento attraverso le imposte. Il modello Bismarck, dove la base finanziaria è costituita dai contributi, è adottato dagli altri paesi della UE.

Il Grafico 1.15 mette in evidenza che nel caso del Belgio, Francia e Spagna, sono molto rilevanti i contributi pagati dai datori di lavoro.

Poiché l'educazione si finanzia ovunque quasi esclusivamente attraverso le imposte, l'equivalente delle spese è stato incluso nel finanziamento da parte della pubblica amministrazione, comprendendo un 10% di finanziamento non pubblico dell'istruzione universitaria.

La proporzione dei differenti sistemi di raccolta delle risorse si dimostra assai stabile nel tempo. Nel 1999, a livello europeo, circa il 45% delle risorse proveniva dai contributi sociali e circa il 50% dalla tassazione generale (SEC).

Grafico 1.15

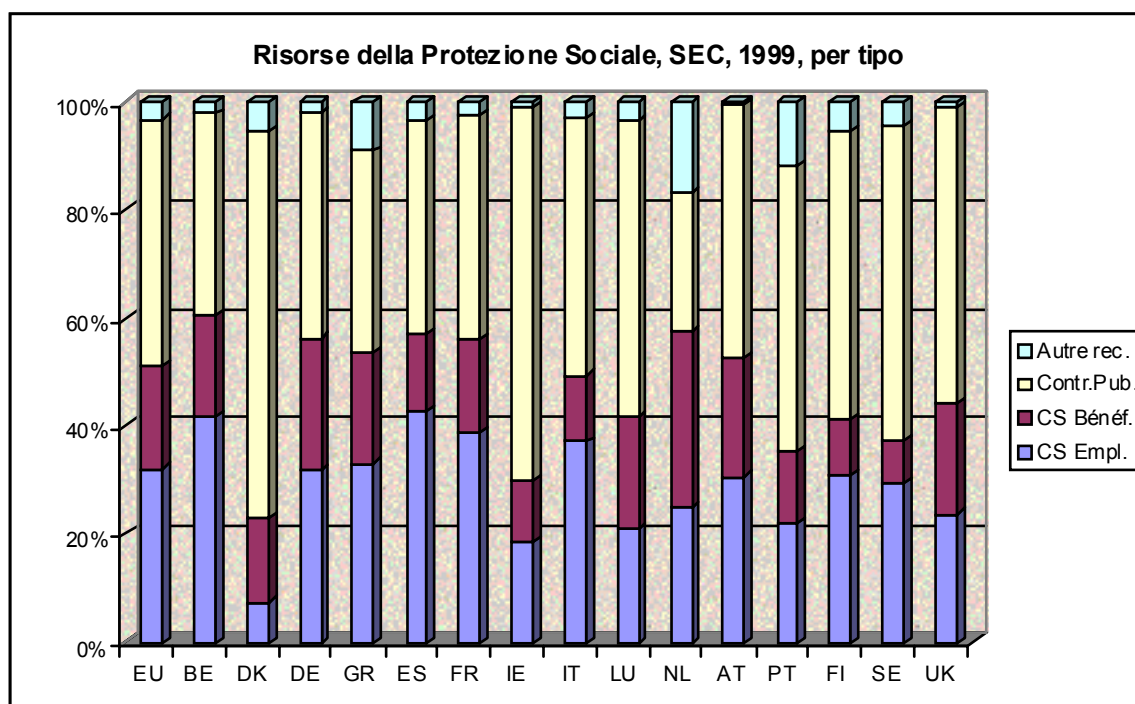


Tabella 1.2 – Previsioni di incremento della spesa per le principali funzioni della Protezione sociale

	Totale delle spese relative all' invecchiamento in % del PIL			Pensioni			Sanità			Famiglia ed educazione		
	Livello 2000	Var. massima *	Var. 2000-2050	Livello 2000	Var. Massima **	Var. 2000-2050	Livello 2000	Var. Massima #	Var. 2000-2050	Livello 2000	Var. massima ##	Var. 2000-2050
Belgio	22,1	5,4	5,2	9,9	3,8	3,4	6,2	3	3	6	0	-1,3
Danimarca[°]	29,3	7,3	5,7	10,1	4,4	2,9	6,6	2,7	2,7	6,3	0,3	0
Germania	..	..	..	11,8	5	5	..	..	..	..	..	..
Spagna	..	..	..	9,4	8	8	..	..	..	..	..	..
Francia^{°°}	..	..	..	12,1	4	3,9	..	..	..	..	..	..
Italia	..	..	..	14,2	1,7	-0,3	..	..	..	..	..	..
Olanda	19,1	10,1	9,9	6,4	5,7	5,2	7,2	4,8	4,8	5,4	0,1	0
Austria	..	..	..	9,5	4,3	2,2	..	..	..	..	..	..
Portogallo	15,6	6,6	4,3	10,5	4,9	4,1	..	..	..	..	..	..
Finlandia	19,4	8,5	8,5	11,2	4,7	4,7	8,1	3,8	3,8	..	..	..
Svezia	29	3,4	3,2	11,1	2	1,2	8,1	3,2	3,2	9,8	0	-1,2
Regno Unito	15,6	0,8	0,2	4,3	0	-0,7	5,6	1,8	1,7	5,7	0	-0,9

Note:

*: L'importo massimo della spesa è atteso nel 2020 ad eccezione della Danimarca (2030), Svezia e Regno Unito (2035), Olanda (2040)

**: L'importo massimo della spesa per le pensioni è atteso nel 2050 ad eccezione di Regno Unito e Italia (2030), Svezia, Austria, Danimarca e Francia (2035), Olanda e Belgio (2040)

#: L'importo massimo della spesa relativa a queste prestazioni è atteso nel 2050 ad eccezione della Danimarca (2035), Regno Unito (2040).

##: 0 indica che l'importo massimo della spesa è nel 2000. Questo importo è atteso nel 2035 per la Danimarca e nel 2040 per l'Olanda

°: Il totale comprende le altre prestazioni non classificabili relativamente alla vecchiaia. Esse rappresentano il 6,3 % del PIL nel 2000 e aumenterà dello 0,2% nel 2050

°°: Per la Francia, L'ultimo anno disponibile è il 2040

Fonte: OCDE, Document de travail ECO/WKP (98) 15 et Perspectives Economiques de l'OCDE n° 69, juin 200

Capitolo 2

Aspetti principali delle diverse funzioni della Protezione Sociale

Le diverse funzioni della protezione sociale, introdotte nel capitolo precedente, verranno di seguito singolarmente considerate, valutando gli aspetti principali della loro evoluzione recente. Verranno anche riportate brevi annotazioni sulla situazione degli Stati membri, per quel che concerne i confronti, le insufficienze e i tentativi di cambiamento. Il quadro descritto sarà volutamente sintetico.

2.1. Sanità

La spesa totale per la sanità è distinta solitamente in pubblica e privata: la prima riguarda le risorse messe a disposizione dallo stato per il benessere dei cittadini; la seconda riguarda i costi direttamente sostenuti dai cittadini per usare liberamente di servizi non offerti o non accreditati dallo stato. Anche i costi che i cittadini debbono obbligatoriamente sostenere per utilizzare i servizi pubblici (esempio *ticket* sui farmaci o le prestazioni ambulatoriali) sono computati entro la spesa privata. La quota di spesa sanitaria pubblica negli Stati membri della UE è riportata nel Grafico 2.1 ed espressa come percentuale del PIL dei singoli paesi.

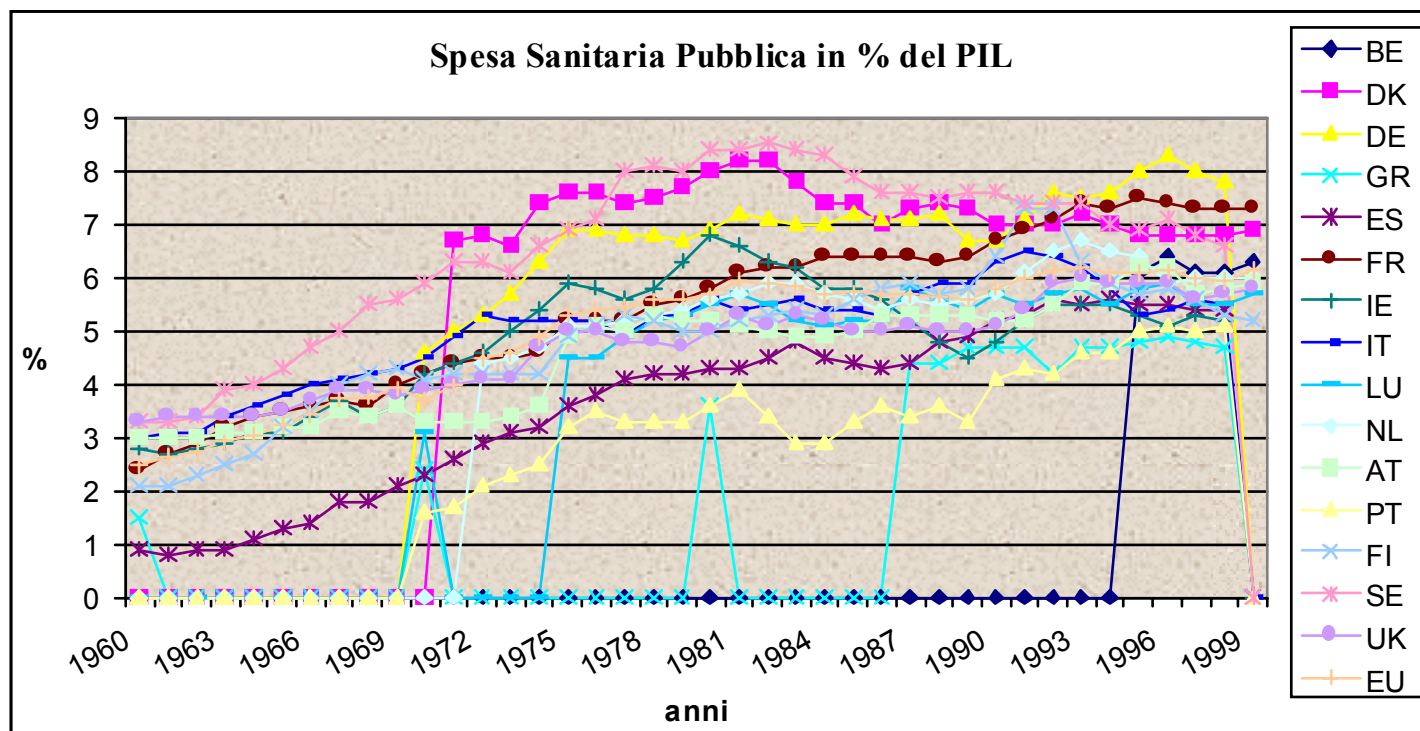
Le spese per la sanità nella UE rappresentavano nel 1999 il 22% del totale delle spese per la Protezione Sociale (SEC).

Si deve ritenere che la maggioranza degli Stati membri ancora oggi si situi intorno a tale media con serie difficoltà a tenere insieme l'accesso universale e praticamente illimitato all'assistenza sanitaria con la necessità di restrizioni budgetarie.

L'invecchiamento della popolazione, l'impiego crescente di risorse, l'aumento continuo dei consumi di assistenza in trattamenti di complessità sempre maggiore sono i principali elementi che rendono ragione della pressione sanitaria percepita in tutti gli Stati della UE. La generosità dei rimborsi – e frequentemente la libertà di scelta e la qualità dei servizi – hanno permesso ai pazienti di consumare senza limite e ai medici di prescrivere senza restrizioni. Ciò ha prodotto una allocazione non ottimale delle risorse. Anche là dove esiste un *ticket* moderatore, che viene continuamente alzato – come in Francia – la sua efficacia è ridotta dall'intervento delle mutue e assicurazioni complementari.

Nella maggioranza dei paesi, seppure per ragioni diverse, è il settore ospedaliero che deve fare fronte ai problemi più importanti. Le amministrazioni ospedaliere cercano di introdurre metodi di gestione e incentivazione adeguati. I tentativi di riforma vanno generalmente nel senso di un rafforzamento della concorrenza tra produzione pubblica e privata, di un più largo ricorso a meccanismi di mercato e di una più completa integrazione tra gli ospedali e gli altri centri sanitari, soprattutto territoriali e di base.

Grafico 2.1



Fonte: OECD Health Data 2002

2.1.1. La spesa sanitaria

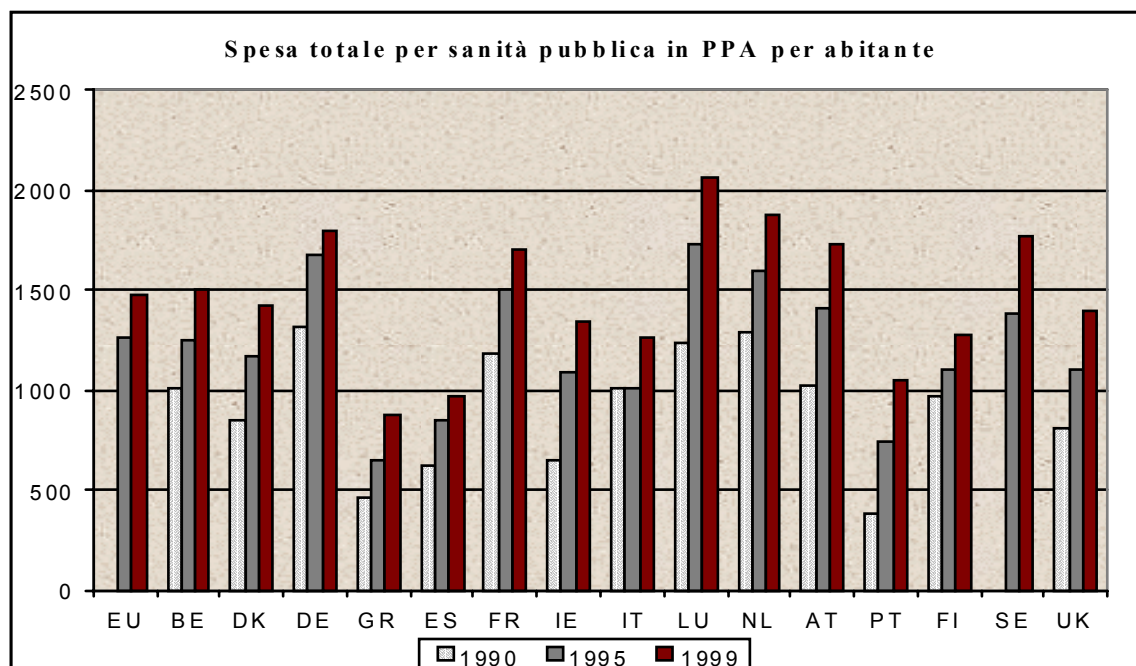
Tutti i paesi dell'Unione Europea mettono in evidenza un lento e costante aumento della spesa sanitaria pubblica, con, negli ultimi anni, la Germania al primo posto e il Portogallo all'ultimo. Dalla metà degli anni ottanta la curva della spesa ha dimostrato un andamento ondulante. Per esempio, la Finlandia ebbe un picco considerevole nel 1991-92, con quasi 2 punti di percentuale più che nel 1989, rientrati nel triennio successivo. In effetti a metà degli anni novanta la Finlandia dovette affrontare una forte crisi economica che la obbligò al contenimento delle spese.

Caratteristiche opposte dimostra la spesa dell'Irlanda che nel 1989 era la stessa del 1973, a seguito di un programma di progressiva riduzione delle risorse conferite alla sanità. Negli anni seguenti la spesa irlandese è cresciuta senza tuttavia mai raggiungere i livelli degli anni ottanta, quando aveva raggiunto il 6,8% del PIL contro il 5,2% del 1999 (si deve tenere presente che nell'ultimo decennio del secolo il PIL irlandese ha subito una forte espansione evidentemente senza una corrispettiva crescita della spesa sanitaria).

Se si guarda al Grafico 2.1, la spesa sanitaria di Svezia, Danimarca, Germania e Francia risulta al di sopra della media europea, con un aumento più consistente per le due ultime nazioni nel corso degli anni novanta. La Danimarca e la Svezia hanno cercato di ridurre la spesa, anche trasferendo servizi originalmente sanitari all'assistenza sociale. Le tendenze dell'Olanda sono molto interessanti in quanto coincidenti con la media europea, eccetto che per un aumento della spesa nei primi anni ottanta. Dall'altra parte, alcuni paesi della UE sono costantemente al di sotto della media (Portogallo e Spagna).

Il Grafico 2.2 riporta le spesa sanitaria pubblica durante gli anni novanta espressa in PPA. La fonte è *Eurostat* e mette in evidenza le stesse tendenze alla crescita del Grafico 2.1. Vi sono tuttavia alcune differenze: il Lussemburgo è sempre in testa nella spesa pro-capite, ma non in modo così marcato. La spesa del Portogallo supera nel 1999 quella della Spagna.

Grafico 2.2



Se i confronti temporali nella spesa sanitaria pubblica si limitano agli anni 1991, 1995 e 1998 (Grafico 2.2), tutti i paesi della UE registrano una crescita evidente dal primo all'ultimo anno considerato. Finlandia, Spagna e Italia mostrano l'incremento più ridotto; la Finlandia nel 1995, come già accennato, addirittura una riduzione. Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione europea sulle spese per la sanità sono state affrontate nel capitolo precedente.

I paesi scandinavi sembrerebbero subire una crescita delle spese per l'assistenza a lungo termine (*Long Term Care*, LTC) maggiore che negli altri paesi della UE. La nota è ancora più rilevante se si tiene conto che tali paesi già spendono in LTC una quota di PIL più alta che nel resto di Europa. Stupisce che i paesi, dove il numero di over 80 anni è atteso crescere significativamente, non abbiano in previsione alcun piano per far fronte al bisogno sanitario connesso, con un finanziamento attuale alquanto contenuto. Per esempio, l'Italia e la Francia, la cui popolazione over 80 crescerà del 5% entro il 2010, pensano di aumentare i loro servizi di cura a lungo termine rispettivamente dello 0,5 e dello 0,4% del PIL.

Infine, come si può notare dalla tabella 2.1, in tutti i paesi della UE vi è una quota più o meno consistente di spesa sanitaria privata. Tale spesa appare abbastanza costante negli anni senza mettere in evidenza mutamenti significativi. Sebbene durante gli anni novanta in alcuni paesi si sia registrato un aumento di quasi un punto percentuale di PIL, questo è avvenuto lentamente e non certo con le caratteristiche di un cambiamento

improvviso. Così risulta chiaro che gli aumenti nella spesa sanitaria totale dipendono quasi interamente dalle decisioni assunte nel settore pubblico dai Governi.

Tabella 2.1 – Quota di spesa sanitaria privata in percentuale del PIL

	1980	1990	1995	1998	1999	2000
BE	-	-	2	2	2	2
DK	1.01	1.05	1.04	1.05	1.05	1.05
DE	1.09	2.01	2.05	2.07	2.07	2.06
GR	-	-	3.08	3.07	3.07	3.04
ES	1	1.04	2.02	2.02	2.02	2.03
FR	-	2	2.03	2.02	2.02	2.03
IT	0.09	1.03	1.09	2	2	1.09
LU	-	-	-	-	-	-
NL	1.09	2.02	1	2.03	2.03	2.02
AT	2.04	1.09	2.02	1.09	2	2.01
PT	2	2.01	3	2.05	2.04	2.03
FI	1.03	1.05	1.08	1.06	1.07	1.07
SE	-	1.06	1.03	-	-	-
UK	0.06	0.09	1.01	1.02	1.02	1.02

Fonte: OECD 2002

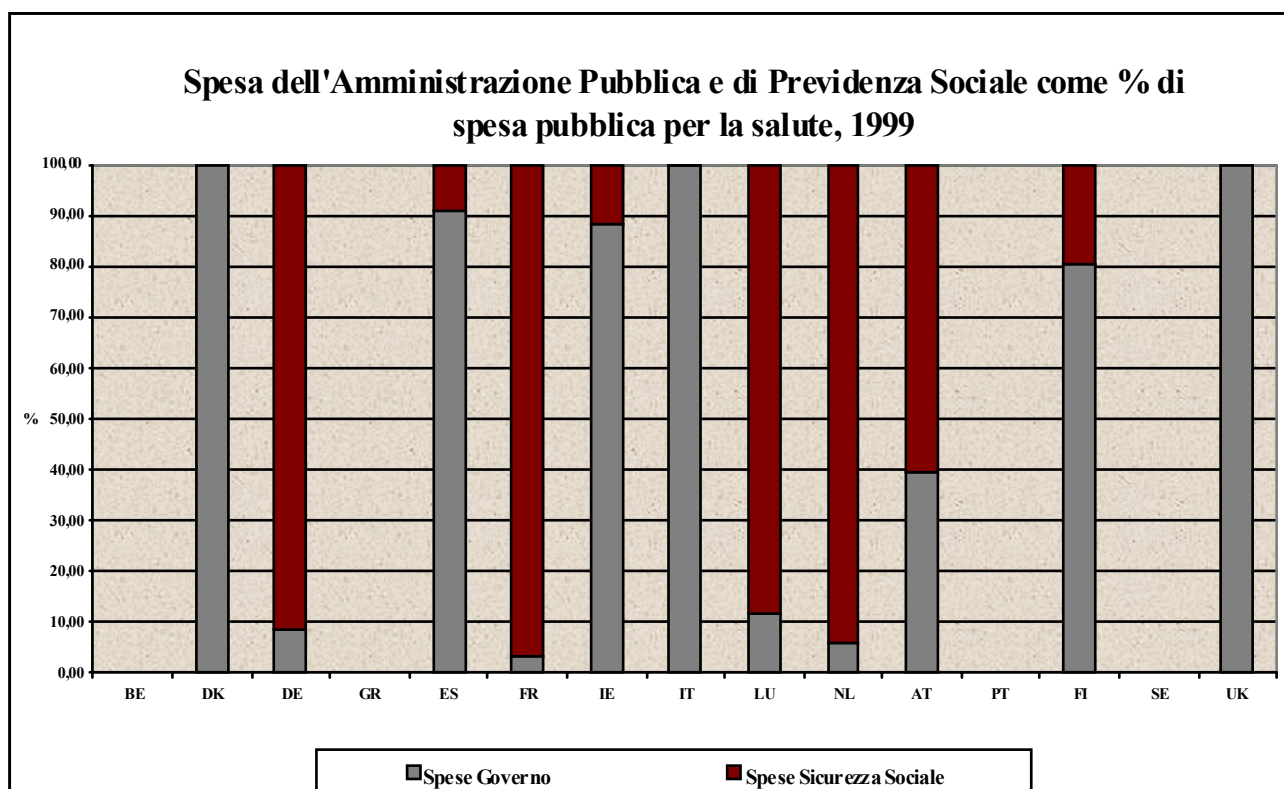
2.1.2. La spesa sanitaria pubblica nei sistemi nazionali e in quelli assicurativi

La spesa sanitaria pubblica può provenire ed essere sostenuta da due fonti diverse: direttamente dall'azione di governo (la tassazione che finanzia i sistemi sanitari nazionali) o dalle assicurazioni sociali obbligatorie. Come dimostrato dal Grafico 2.3, i paesi della UE, con l'eccezione dell'Austria in cui vige un sistema misto, sembrano dirigersi preferenzialmente verso uno dei due sistemi. Spagna, Irlanda, Italia e Finlandia hanno sistemi prevalentemente nazionali a tassazione, che costituiscono invece la quasi totalità dei sistemi danese e britannico. Germania, Francia, Lussemburgo e Olanda hanno sistemi basati sulle assicurazioni, con intervento più o meno ridotto ma sempre presente dello stato.

Nei sistemi universalistici (a tassazione) ogni individuo è beneficiario dell'assistenza sanitaria, nei sistemi assicurativi la copertura è in genere estesa ai familiari di chi paga il premio, con limiti variabili di età e reddito a seconda dei paesi.

Quasi in tutta Europa i cittadini hanno la libertà di scegliere il medico di medicina generale. Tale libertà è tuttavia generalmente ristretta ai medici che lavorano nell'area di residenza e che hanno sottoscritto una convenzione con il sistema nazionale o le assicurazioni. In Grecia pare che la libertà di scelta non ci sia e in Finlandia questa è limitata ai medici che operano nel centro di cure primarie cui il cittadino è tenuto a riferirsi. La scelta degli specialisti è generalmente più ridotta, in quanto limitata ai medici che lavorano nell'ospedale di riferimento o addirittura determinata dal medico di medicina generale. Così è limitata la scelta degli ospedali che, inoltre, debbono essere pubblici o accreditati eccetto che in Lussemburgo dove si può andare nell'ospedale che si vuole.

Grafico 2.3



Fonte: OECD Health Data 2002

2.1.3. Problemi non solo etici della organizzazione sanitaria nei Paesi europei

Le trasformazioni sociali che hanno spostato la medicina da un contesto elitario a quello democratico attuale sono in gran parte fondate sulla promessa di un accesso universale alle cure. Tutti i paesi sviluppati hanno realizzato una parte più o meno grande del loro sistema sanitario completamente finanziata dallo stato. I governi hanno assunto notevoli impegni sulla salute in quanto sono consapevoli che la loro popolarità è molto giudicata in base ai provvedimenti in questo settore. Ciò ha grandemente aumentato il controllo sociale della pratica medica, così come le preoccupazioni culturali, manageriali ed economiche che ne caratterizzano lo svolgimento, con l'obiettivo dichiarato che essa deve mantenere la sua lealtà al servizio del paziente e non agli affari o alla politica. Sebbene la situazione possa essere assai diversa nei diversi paesi vi sono una serie di problemi comuni, che si possono individuare come di seguito esposto:

- a) la *diversione dei fondi*, che quando sono destinati alla sanità sono intesi per un bene pubblico quale è la protezione della salute. Se una porzione di questi fondi se ne va in dividendi per gli imprenditori di aziende sanitarie, in pubblicità, in eccessivi guadagni per i manager o per i medici, evidentemente le risorse per la prevenzione e la cura delle malattie vengono ridotte. Va notato che gli eccessivi guadagni del personale soprattutto direttivo, sanitario e non, riguardano non solo le iniziative private esplicitamente costruite per il profitto, ma anche le cosiddette imprese non-profit. Infatti se è vero che queste sono impegnate a reinvestire gli utili nel potenziamento delle proprie attività, è altrettanto vero che tale

potenziamento può essere ridotto a un aumento incongruo degli stipendi. E' inevitabile un controllo che, comunque, tenga conto che il guadagno è un incentivo ineliminabile dell'iniziativa personale, sia essa scientifica o assistenziale.

- b) la “*prezzatura*”, che non può seguire le regole del normale mercato dei beni di consumo. In questo, infatti, si assume che esista una quota di popolazione meno affluente, la quale non potendosi permettere certi acquisti, non compra. Nel mercato della salute un simile assunto non vale, in quanto il bisogno è per definizione essenziale e universale. Di qui le tendenze a stabilire una soglia di prestazioni necessarie di cui tutti possano usufruire, magari gratuitamente in caso di impossibilità materiale. Normalmente vengono stabilite delle fasce di reddito, al di sotto delle quali l'assistenza è garantita dallo stato. Con il progresso della tecnologia medica, le prestazioni ritenute essenziali diventano più sofisticate con costi più elevati. Inoltre, con il crescere del benessere, la stessa soglia di carità tende a innalzarsi. Senza un'accurata programmazione può avvenire che, volendo mantenere la quantità, la qualità dei servizi essenziali resi alla popolazione scada notevolmente, se non in senso assoluto, in senso relativo rispetto alle possibilità. Il caso più frequente riguarda i servizi sanitari gestiti direttamente dallo stato.
- c) la *tendenza a evitare i rischi*, che riguarda soprattutto le strutture sanitarie private. Senza considerare gli eccessi di certe compagnie assicuratrici, che rifiutano di assistere persone anziane o malate, è pur vero che le imprese sanitarie *for profit*, per quanto accreditate, tendono a rivolgersi preferenzialmente ad attività a basso rischio e alto reddito. Ciò ovviamente sposta sulle strutture pubbliche un peso assistenziale ed economico che ne aggrava fortemente il funzionamento. Così un'indagine statunitense ha giustamente osservato che la crescita di efficienza, constatata rilevando una progressiva diminuzione dei livelli medi di degenza e di mortalità nel confronto tra ospedali pubblici, non-profit e *for profit*, era dovuta alla tendenza di questi ultimi a ricoverare casistica a bassa letalità e con un'ospedalizzazione di breve durata ad alto investimento tecnologico.
- d) la *degenerazione dell'assistenza*. I giornali sono pieni delle cronache di “malasanità”: ricoveri ritardati, dimissioni troppo precoci, assistenza incongrua, prestata in un ambiente ostile, mancata o eccessiva esecuzione di esami senza esito affidabile. I pazienti inoltre possono avere l'impressione che i farmaci loro prescritti, lo siano non per le loro proprietà terapeutiche, ma per la pressione propagandistica e commerciale delle case produttrici. Il tempo loro dedicato è poco, l'attenzione frettolosa, non solo per ragioni economiche, ma anche per la monotonia di una attività, che non si confronta solitamente con bisogni veri. Se, infatti, una impostazione rigidamente commerciale della medicina tende a ridurre al minimo i tempi di prestazione, una impostazione rigidamente gratuita facilita un eccesso di domanda infondata, che riduce i tempi di prestazione e per lo scarso guadagno connesso e per la consapevole inutilità del fare. Questi problemi, dal punto di vista della “moralità quotidiana” sono assai diffusi. Certamente i pazienti si aspettano che medici e infermieri si occupino di loro e non del sistema sanitario, assicurativo o aziendale cui appartengono. In medicina la libertà di coscienza e la lealtà al rapporto personale non hanno ancora trovato un sostituto.

- e) la *trasformazione dei medici in manager e imprenditori*. Le pressioni budgetarie cui è sottoposta la sanità favoriscono l'”uso” dei medici per controllare altri medici, per dirigere l'economia dei reparti, per frenare le richieste dei pazienti (quest'ultima funzione è nota come *gate keeping*). Inoltre per quanto in difficoltà nel pubblico la sanità continua a rendere bene nel privato. Sta di fatto che il passaggio, apparentemente in crescita, dei medici nel campo dell'imprenditoria, di loro stessi o di altri, contribuisce non poco alla percezione di una inquietante pressione commerciale su una professione, tradizionalmente caratterizzata dalla dedizione al prossimo.
- f) la *negligenza della responsabilità civile*, dell'insegnamento e della ricerca, che per molto tempo hanno contraddistinto la fisionomia dei grandi ospedali in seno alla comunità locali e nazionali. Gli ospedali sono sorti come centri di ospitalità per i sofferenti, che venivano assistiti indipendentemente dal censo e dalla gravità del bisogno. E' ovvio che questa dimensione di ospitalità gratuita tende ad essere bandita dai moderni ospedali, assillati come sono dal problema di far quadrare i conti. Si deve tenere conto che oggi i poveri non sono solo quelli che non hanno soldi (e che in sistemi come quelli europei sono comunque assistiti), ma soprattutto quelli che non hanno diritti civili perché clandestinamente immigrati, quelli che sono anziani, soli e necessitanti di lunghe cure. Per le stesse ragioni economiche gli ospedali sono sempre più restii ad accogliere al proprio interno attività di ricerca e di insegnamento. Queste, per quanto portino prestigio, costano in termini intollerabili per i sistemi di pagamento della sanità pubblica. Un ospedale che sia sovvenzionato con le modalità correnti dei DRG (tariffe di pagamento prefissate per ogni malattia), si trova ovviamente in grave svantaggio se a parità di tariffe rispetto ad altri deve sostenere oltre ai costi della assistenza, quelli della formazione di nuovi medici e dell'avanzamento delle conoscenze. Di qui la tendenza a ridurre i tempi e spesso anche la qualità dell'insegnamento, soprattutto degli aspetti pratico-applicativi della professione, e a favorire ricerche in grado di ottenere fondi, che provenendo spesso dall'industria sono diretti ai contenuti o ai problemi più redditizi, i quali non sempre sono anche i più necessari o importanti.
- g) il *monopolio e la fine della libera scelta*, che nella medicina futura si sta configurando come un lusso insopportabile. Il controllo dei costi tende a tradursi nella definizione di standard di prestazione, per cui procedure diagnostiche e trattamento di una certa malattia sono prefissate a prescindere dalla volontà del paziente e del medico. Anche la libera scelta di quest'ultimo è assai aleatoria. Per la maggioranza della popolazione, affrontare una malattia significa entrare in un sistema di prestazione di servizi, in cui modalità e prestatori non sono affatto noti e tanto meno selezionati dall'utente. L'unica libera scelta consentita, e comunque relativa, è quella del cosiddetto medico di famiglia, il quale tuttavia sarà sempre più condizionato nei criteri e nelle procedure tanto di approccio al malato che di prescrizione degli esami diagnostici e dei farmaci. Ciò vale sia per i sistemi sanitari privatistici, sia per quelli statali. Il problema del contenimento dei costi infatti li rende omogenei a causa della prevalenza del criterio economico, inteso come preoccupazione di controllare le risorse anche attraverso valutazioni di ordine commerciale.

Nelle società occidentali la parola efficienza viene facilmente cortocircuitata nell'obiettivo di risparmiare soldi. E' inutile scandalizzarsi di questo. Il problema del controllo delle risorse e dei costi della sanità esiste, è acuto e va affrontato anche attraverso tecniche di mercato. Bisogna tuttavia tener conto che il mercato della sanità, per quanto di consistente entità, è qualitativamente debole in quanto rivolto a un bene, il mantenimento della salute, che non è percepito come opzionale, ma come diritto. Il mercato della sanità deve innanzitutto garantire tale diritto, contribuendo a evitarne le pretese eccessive e gli sperperi che si traducono in un danno per tutta la collettività. Probabilmente, almeno così appare dimostrato dalla esperienza di vari paesi, né un regime totalmente statale, né uno totalmente privato sono in grado di rispondere alle moderne esigenze di tutela della salute. Probabilmente il regime più adeguato è quello misto, che impegni i governi a garantire ciò che deve essere garantito e la libera iniziativa a inventare, modificare ed eventualmente tagliare al fine di ottenere il modo migliore di agire. Nulla può essere escluso come possibile contributo al miglioramento dell'assistenza sanitaria: dagli incentivi economici alla dettatura di linee guida precise. Bisogna essere inoltre consapevoli che la libertà dei pazienti sta certamente nella scelta del medico, ma soprattutto nella possibilità di guarire o migliorare, magari per l'intervento di un medico non scelto.

2.2. Pensioni di vecchiaia

I sistemi pensionistici dei paesi membri della UE sono assai eterogenei. In particolare non vi sono direttive comunitarie per ciò che riguarda la raccolta e l'analisi statistica dei dati. Le informazioni disponibili sono alquanto incomplete e la comparabilità scarsa. I sistemi pensionistici pubblici, chiamati anche di pensioni di sicurezza sociale o "*first pillar pensions*" (primo pilastro pensionistico) debbono essere distinti dai sistemi legati alla occupazione e da quelli privati, i cosiddetti "*second and third pillar pensions*".

I grafici riportati riguardano le pensioni pubbliche di sicurezza sociale.

Dal 1990 al 1999 la spesa per le pensioni di sicurezza sociale è cresciuta regolarmente e continuamente (Grafici 2.4-2.7). In risposta a questa pressione crescente sulla finanza pubblica e al mutamento dei bisogni della società e degli individui, gli stati membri dell'Unione stanno intraprendendo riforme generalmente tendenti a produrre un miglior equilibrio tra componenti pubbliche e private dei sistemi pensionistici.

In Irlanda, l'invecchiamento della popolazione è leggermente inferiore a quello della popolazione europea, con uno scarto di almeno dieci anni. Per quel che riguarda il Portogallo – altro paese della coesione – il sistema di protezione sociale è assai giovane rispetto a quello degli altri Stati membri. Soprattutto il sistema pensionistico, finanziato a ripartizione, è molto disequilibrato e necessita di una profonda riforma, anche se, data la sua recente istituzione, la spesa non ha ancora raggiunto livelli intollerabili.

2.2.1. Esempi di situazioni problematiche di alcuni paesi

L'Italia dedica il 43% SEC (50% SESPROS) della spesa pubblica totale alla funzione vecchiaia, così che la famiglia riceve il 2%, la disoccupazione pure il 2%, l'abitazione e l'esclusione sociale, praticamente zero. Come gli studi economici dell'OCSE sull'Italia hanno frequentemente sottolineato, il suo sistema pensionistico è stato estremamente generoso con un rapporto pensione/stipendio fra i più elevati d'Europa. Fino alle ultime riforme, dopo il 1995, i lavoratori del settore privato

vedevano calcolata la loro pensione sul salario medio degli ultimi cinque anni, i lavoratori del settore pubblico, addirittura su quello dell'ultimo mese (di più, era insorta l'abitudine di concedere una promozione nel periodo precedente la pensione).

Grafico 2.4

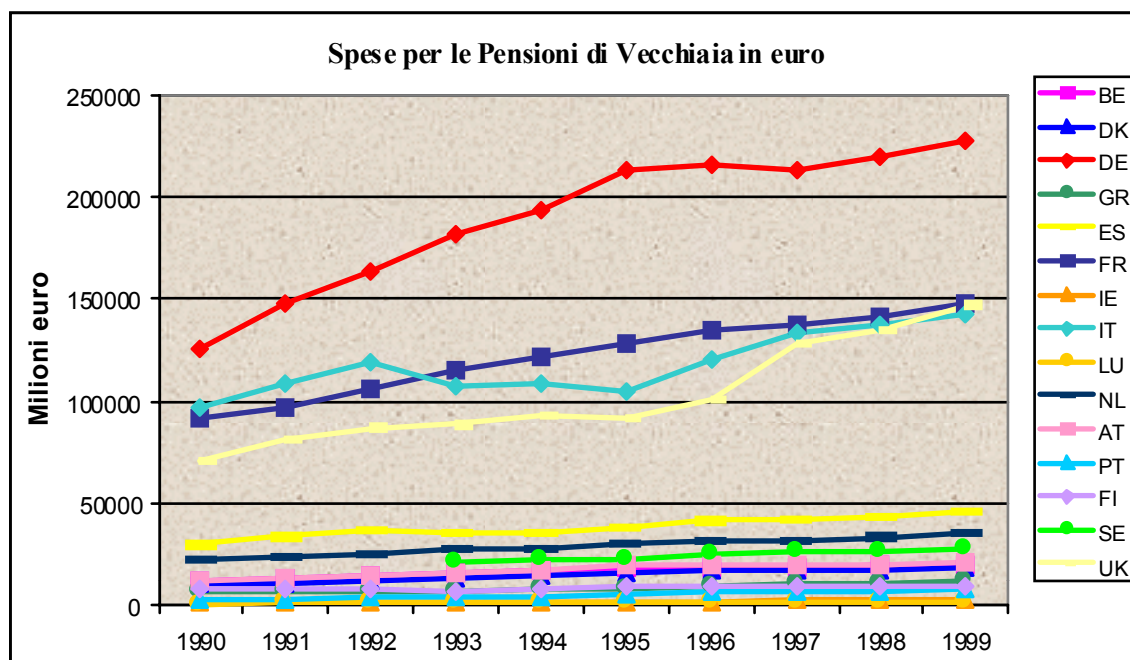


Grafico 2.5

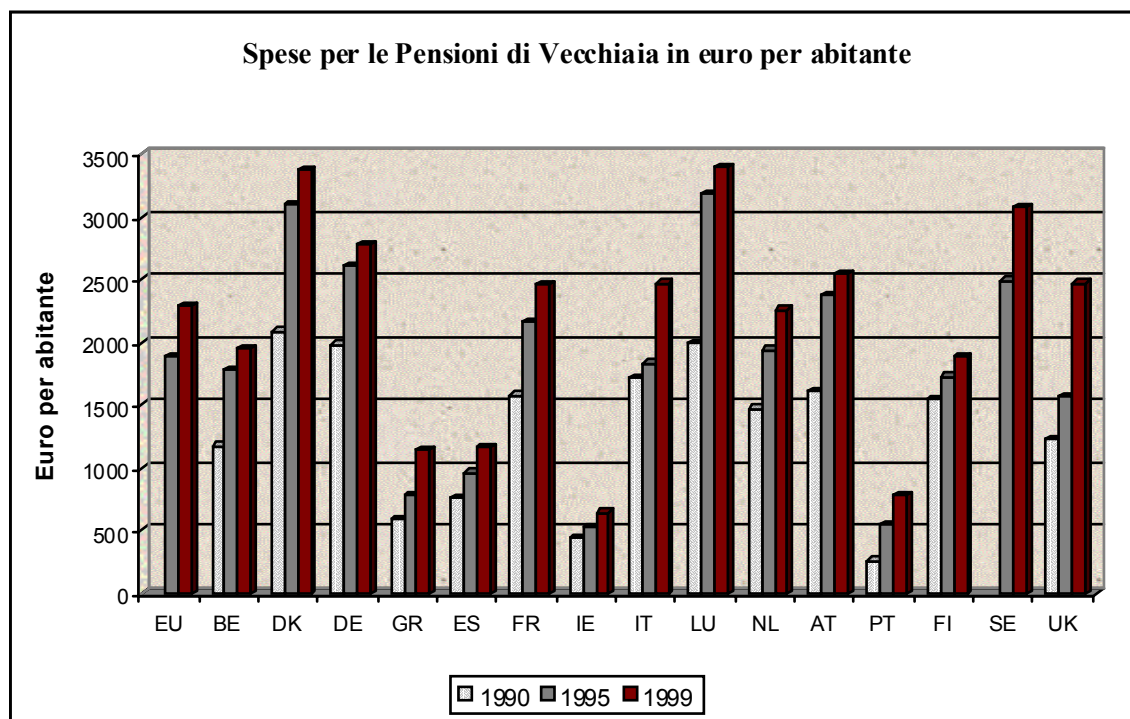


Grafico 2.6

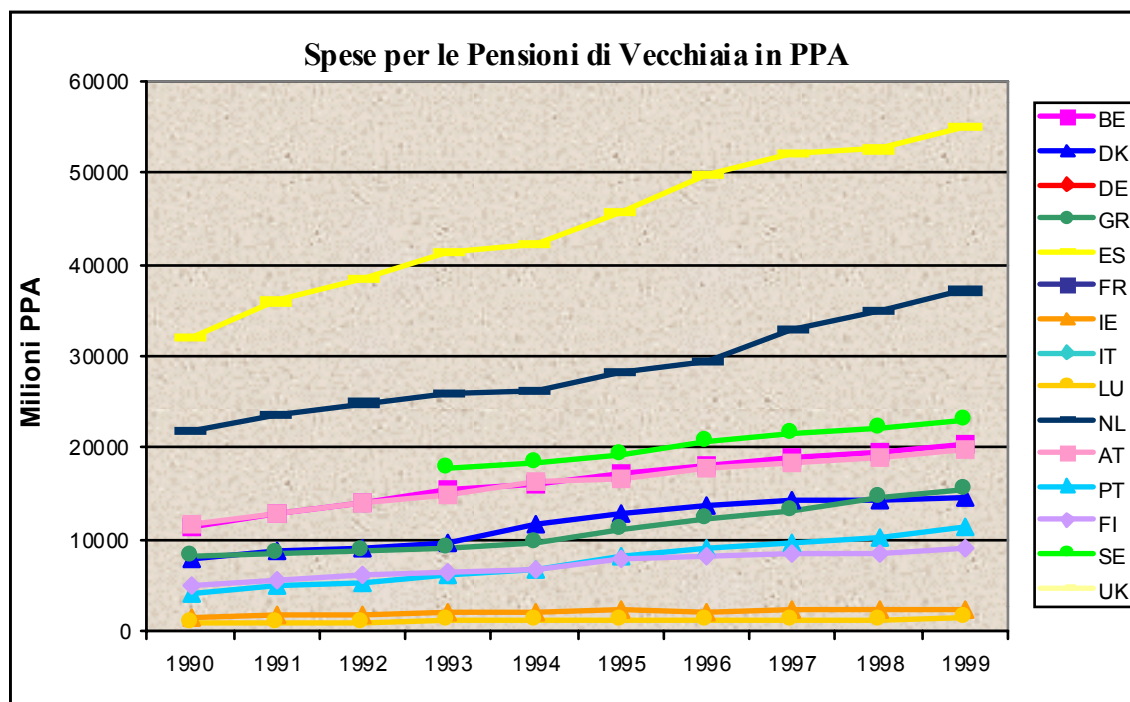
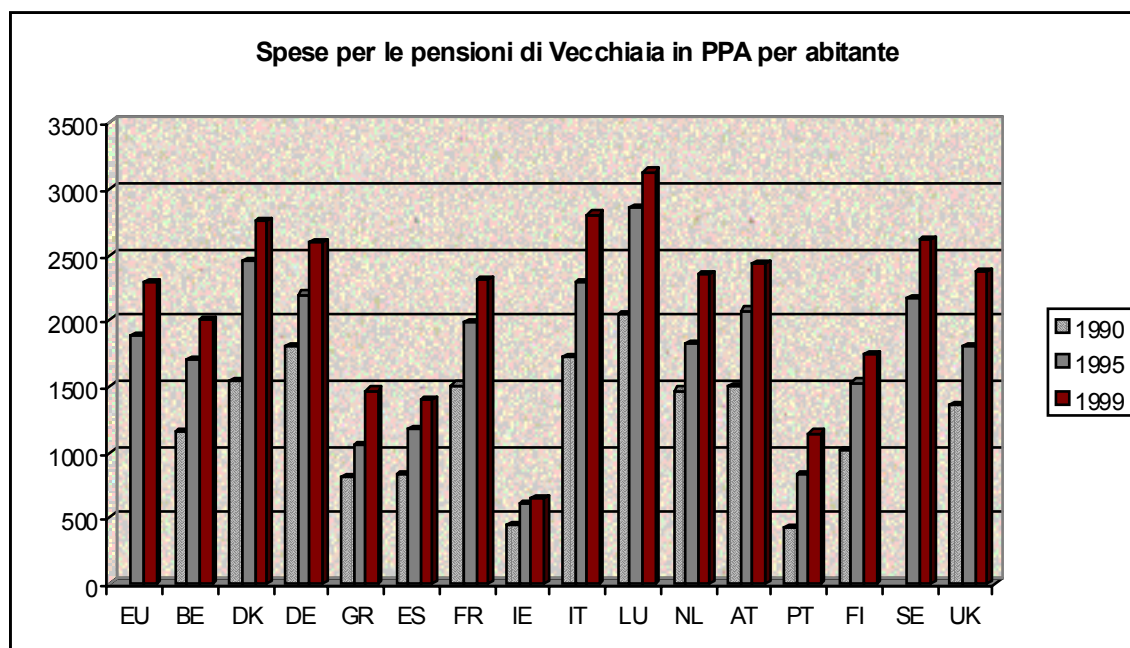


Grafico 2.7



Nel settore privato e per i lavoratori autonomi erano sufficienti 35 anni di contribuzione per decidere di andare in pensione; nel settore pubblico, 20 anni. Sebbene fossero stati fissati per legge limiti di età prima dei quali non si poteva andare in pensione, vi era una forte tendenza al pensionamento anticipato in caso di disoccupazione (senza tenere conto quindi della necessità di un “aggiustamento attuariale” di pensioni che dovevano essere pagate per un periodo più lungo in relazione all’allungamento della vita media) e di riconoscimento di invalidità, la cui pensione veniva così combinata con quella di vecchiaia. Il ministero italiano del tesoro ha stimato che se le cose fossero procedute così, nel 2030 la spesa pensionistica avrebbe raggiunto il 25% del PIL! Con alcuni ultimi provvedimenti di riforma (si citano i più importanti: calcolo della pensione sui salari di tutta la vita lavorativa e sull’ammontare di contributi versati; in caso di prepensionamento, riaggiustamento attuariale), le stime prevedono, sempre per il 2030, una riduzione della spesa pensionistica di 10 punti sul PIL, quindi situata sul 15-16% dello stesso.

Qualcosa di simile si è prodotto in Lussemburgo, sebbene senza riflessi rilevanti sul peso finale delle pensioni di vecchiaia nelle spese della pubblica amministrazione. Numerosi lavoratori anziani hanno deciso di ritirarsi prima del tempo in quanto hanno potuto beneficiare sia di una pensione di invalidità (concessa a chiunque non potesse più occupare un posto di lavoro corrispondente alle proprie competenze), calcolata a partire dal periodo massimo di contribuzione, sia di una pensione di prepensionamento, calcolata al medesimo tasso che se si fossero ritirati nel tempo dovuto.

2.2.2. Mutamenti nelle fonti di finanziamento dei sistemi pensionistici

Vi sono due metodi principalmente usati per finanziare il sistema pensionistico, il sistema a ripartizione e i fondi di investimento. I sistemi a ripartizione, cosiddetti “*pay as you go*”, si basano sul principio della solidarietà intergenerazionale, per cui i contributi dei lavoratori attivi pagano la rendita di quelli in pensione. Ormai in tutti gli stati membri dell’Unione si è fatta largo la persuasione che tali sistemi debbano essere complementari e non esclusivi dei sistemi basati sui fondi di investimento (che caratterizzano maggiormente gli schemi assicurativi privati o connessi con l’occupazione). Anzi si ritiene generalmente che questi ultimi debbano essere estesi.

Attualmente i sistemi di finanziamento delle pensioni sono fortemente a rischio, con difficoltà peculiari per ciascuno di essi. Le pensioni basate sul finanziamento statale (a ripartizione) sono a rischio a causa dei mutamenti demografici che prevedono una notevole elevazione dei tassi di dipendenza con il ritiro dal lavoro della generazione, relativamente assai numerosa, nata immediatamente dopo la guerra. Le pensioni basate sui fondi di investimento sono a rischio a causa della volatilità dei mercati azionistici e delle possibili crisi dello sviluppo economico. Nei paesi come Italia, Spagna e Portogallo, dove gli aggregati familiari sono più numerosi, il rischio può anche venire dalle riduzioni di reddito familiare conseguenti all’aumento dei divorzi e alla bassa fertilità.

La necessità di riforme è riconosciuta da tutti e fa generalmente riferimento ai criteri di seguito esposti:

- non esiste nessun provvedimento che possa essere considerato una panacea, né per i diversi sistemi di finanziamento, né per le proporzioni del loro mescolamento;

- è fondamentale il riequilibrio degli anni che ciascun individuo passa come lavoratore attivo e come pensionato. Si deve disincentivare il ritiro precoce e incentivare la permanenza nella condizione di occupato, indipendentemente dall'età;
- il dialogo tra le parti sociali – governo, sindacati e imprenditori – è indispensabile. I problemi possono essere notevoli, in quanto le organizzazioni sindacali con una forte percentuale di iscritti pensionati (come per esempio in Italia) sono ovviamente resistenti a riforme che riducano i benefici;
- vi è la tendenza a sostituire i sistemi che definiscono in anticipo l'entità della pensione che verrà concessa (DB, *Defined Benefit Scheme*) con i sistemi che definiscono solo i contributi versati dai lavoratori (senza definire in anticipo la pensione, DC, *Defined Contribution Scheme*). L'esperienza dimostra che i sistemi del secondo tipo hanno costi amministrativi inferiori e realizzano una connessione più stretta tra entità della contribuzione e entità della pensione, obiettivo a cui tutti i sistemi dovrebbero tendere, con riduzione della tendenza al ritiro precoce dal lavoro;
- alcuni gruppi di popolazione sono maggiormente a rischio di reddito inadeguato dopo il pensionamento, con particolare riguardo al finanziamento basato sui DC. I gruppi più vulnerabili sono: i disoccupati da lungo tempo; gli occupati con contribuzione interrotta (per esempio le donne che decidono di prendersi cura dei figli); gli occupati che lavorano all'estero con migrazione giornaliera; gli occupati che si spostano frequentemente da attività professionale ad attività dipendente e viceversa; donne sole e anziane con deboli connessioni con il mercato del lavoro; vedove con basse pensioni derivate dal lavoro dei mariti;
- il calcolo dei benefici deve essere effettuato sui contributi di tutta la vita lavorativa e non solo sui livelli salariali raggiunti a fine carriera;
- la percentuale di pensioni legate all'occupazione (generalmente a fondi di investimento) è importante solo in Olanda (91%) e in Svezia (90%). In Italia, per esempio è solo il 5%. La riduzione dei sistemi pensionistici statali a favore dei finanziamenti con fondi di investimento collegati al lavoro deve comunque affrontare una serie di difficoltà. Le carriere lunghe, connesse con competenze specifiche di occupazioni “stabili” sono destinate a diminuire a favore della flessibilità attualmente richiesta dal mercato del lavoro, soprattutto nei servizi. La composizione della forza lavoro sta cambiando in quanto le donne e il lavoro interinale rappresentano una quota crescente di occupati caratterizzati da elevato turnover. Il mutamento frequente di occupazione va quasi certamente a scapito dei benefici pensionistici.

2.3. Sussidi di disoccupazione

Gli organismi internazionali non smettono di sottolineare i problemi posti da questo tipo di sussidi, che spesso si traducono in una non ricerca del lavoro: si vedano in proposito rapporti dell'OECD sulle prospettive di impiego nei diversi paesi. Nel rapporto del 2002 è ripetutamente segnalato il “rischio morale” determinato dai sistemi di assicurazione contro la disoccupazione. Spesso, la durata delle prestazioni di questi regimi, negli Stati membri della UE, supera notevolmente quella del periodo di

contribuzione (Tabella 2.3) essendo tali allocazioni di risorse considerate come un diritto, così da costituire un incentivo a rimanere disoccupati.

E' ben noto il processo di uscita/rientro ("effetto carosello") nella disoccupazione determinato dai programmi ad essa rivolti da parte del mercato del lavoro. Nei paesi nordici, da lungo tempo, le persone, che sono alla fine dei loro diritti di indennizzo alla disoccupazione, partecipando a programmi attivi di reinserimento al lavoro, riaprono un nuovo periodo di godimento di tali diritti. Proprio recentemente, Danimarca e Svezia hanno eliminato una simile possibilità. La generosità degli ammortizzatori sociali della disoccupazione e la relativa facilità di accesso a essi permettono di comprendere le ragioni delle disoccupazioni di lungo periodo, che dovranno condurre i governi a rivedere e riposizionare gran parte dell'aiuto fin qui accordato.

Tabella 2.3 – Principali aspetti delle prestazioni contro la disoccupazione

	Durata minima dei contributi	Durata del diritto a prestazioni per la durata minima di contribuzione ¹⁶	Rapporto prestazioni /contribuzione
Belgio	468 giorni (78 settimane)	Illimitata	-
Danimarca	6 mesi o 1 anno ¹⁷	4 anni	4 o 8
Germania	12 mesi	6 mesi	0,5
Grecia	125 giorni (25 settimane)	5 mesi	0,9
Spagna	360 giorni (12 mesi)	120 giorni (4 mesi)	0,3
Francia	4 mesi	4 mesi	1
Irlanda	13 settimane	390 giorni (65 settimane)	8,5
Italia	78 giorni (3 mesi)	180 giorni (6 mesi)	1
Olanda	26 settimane	18 mesi	1
Austria	28 settimane	20 settimane	0,7
Portogallo	540 giorni (18 mesi)	18 mesi	1
Finlandia	10 mesi	500 giorni (100 settimane)	2,3
Svezia	6 mesi	300 giorni (60 settimane)	2,3
Regno Unito	circa 10 settimane ¹⁸	182 giorni (6 mesi)	2,6

Fonte: OECD (2002): *Perspectives de l'emploi*.

L'ampio uso degli indennizzi di disoccupazione, invalidità e prepensionamento rischia di indurre il cittadino europeo a trascurare le ragioni del lavoro, il senso dell'utilità di ciò che si fa e la percezione della responsabilità nei confronti dell'impresa intesa come opera comune per il bene della società. Anzi la responsabilità è tendenzialmente scaricata sullo stato in una concezione per cui tutti in fondo sono degli assistiti.

¹⁶ La durata minima della contribuzione si applica per degli episodi ripetuti di disoccupazione.

¹⁷ 12 mesi per le persone ancora nel periodo di diritto al fondo di disoccupazione di 4 anni, al fine di iniziare un nuovo periodo; 6 mesi per quelle alla fine del diritto.

¹⁸ La durata minima dei contributi dipende dal salario e è raggiunto dopo 25 settimane per un lavoro a tempo parziale scarsamente retribuito.

2.3.1. Esempi di situazioni problematiche di alcuni paesi

La Spagna, la Danimarca, l'Irlanda, il Belgio e la Finlandia presentano percentuali, sul totale delle spese della protezione sociale, della spesa destinata a combattere la disoccupazione superiori alla media europea (8-10% contro il 6%) (Grafici 1.8, 2.8-2.11). La Spagna, durante gli anni novanta ha avuto il tasso di disoccupazione più elevato della UE (nel decennio il tasso si è situato mediamente intorno al 19-20% della popolazione attiva). Sebbene nel 2001 il tasso sia risultato essere del 10,6%, esso è ancora il più elevato della UE insieme a quello della Grecia. Molto simile è stata l'evoluzione positiva della disoccupazione in Finlandia e Irlanda. Quest'ultimo paese, dopo il 1997, ha avuto una forte riduzione del tasso di disoccupazione, legata indubbiamente alla notevole crescita del PIL, intorno al 10% annuo.

Grafico 2.8

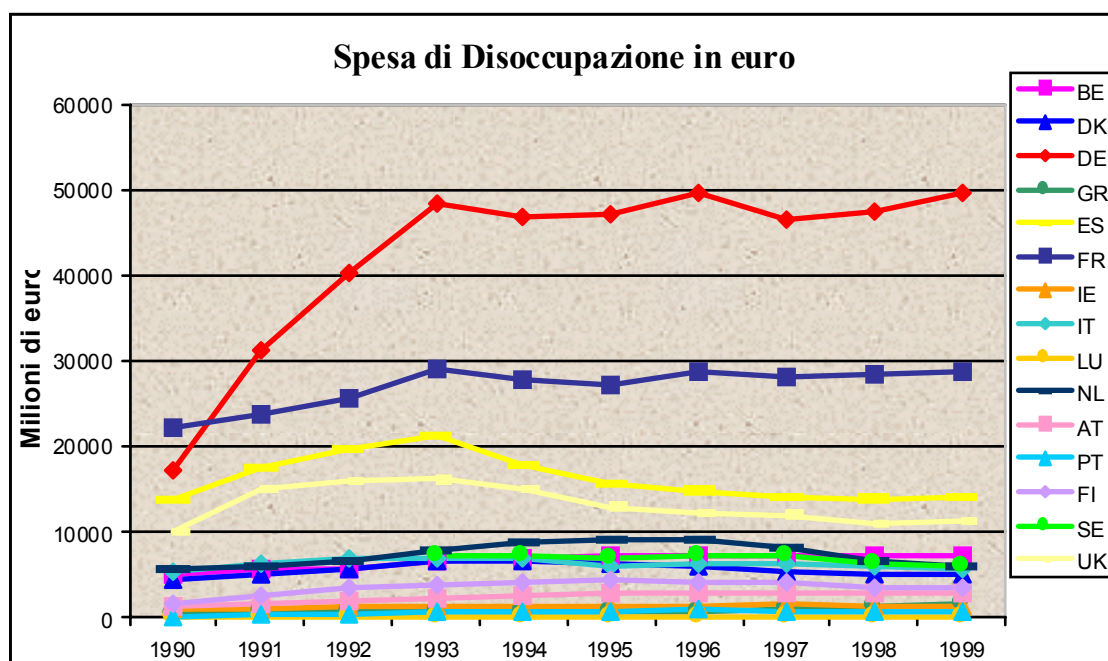


Grafico 2.9

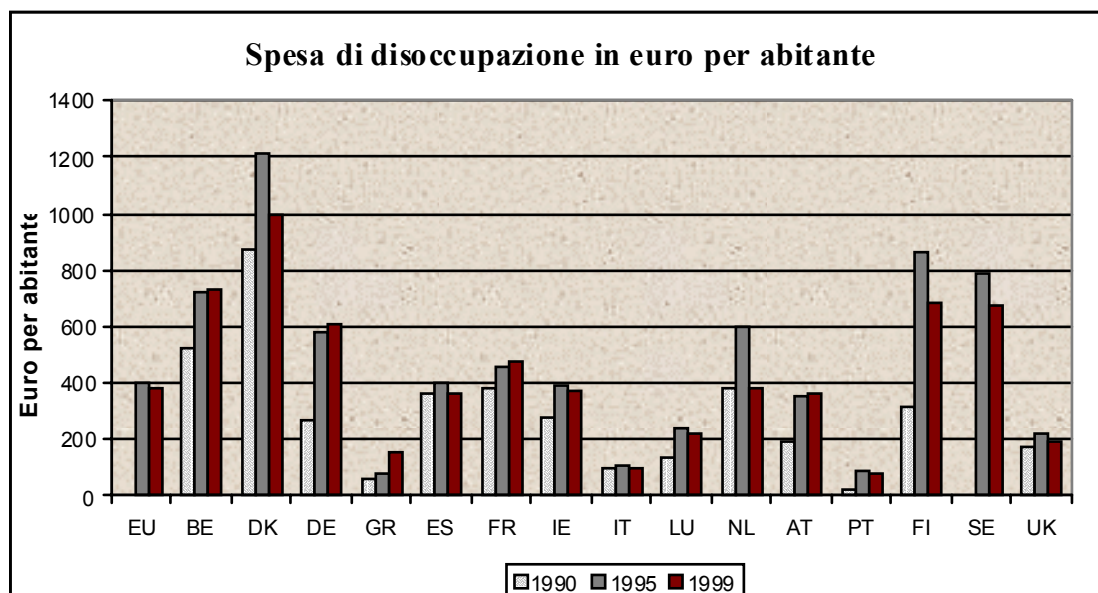


Grafico 2.10

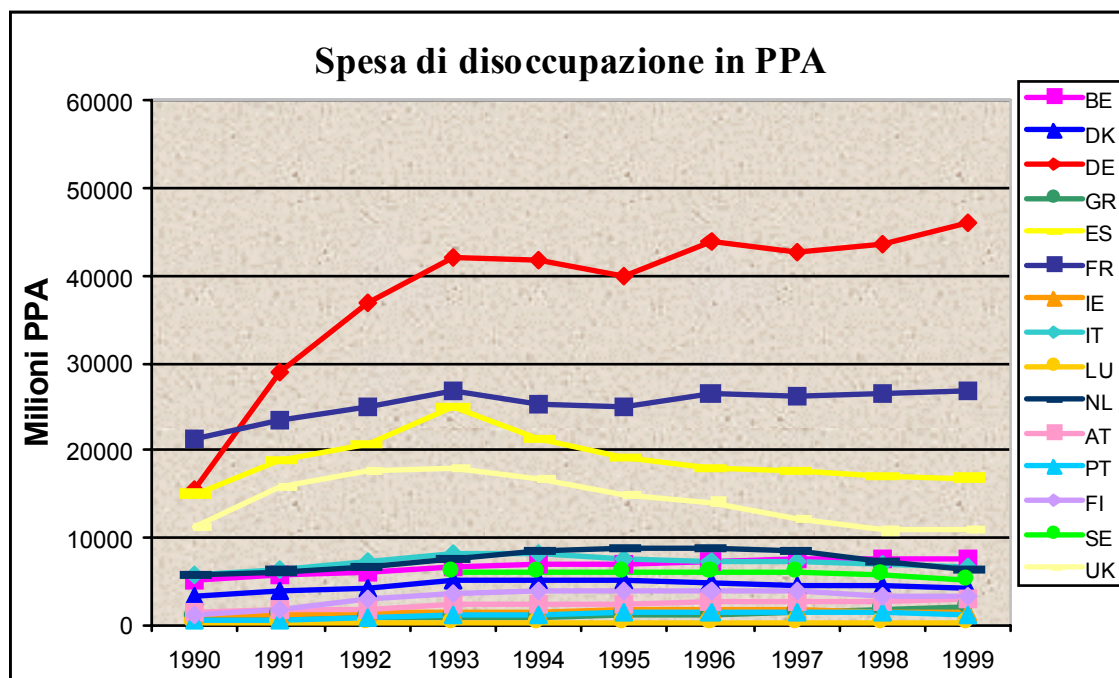
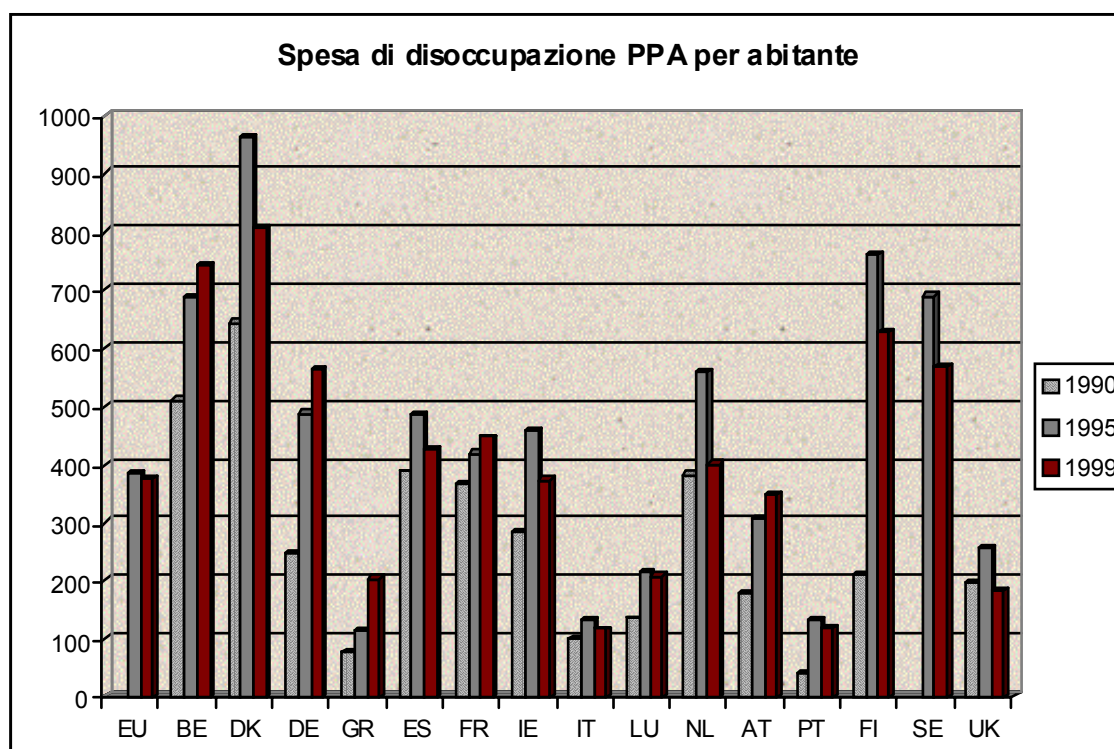


Grafico 2.11



In alcuni paesi, sebbene la disoccupazione non sia stata particolarmente alta, le misure adottate in relazione al mercato del lavoro hanno inciso fortemente sulla spesa pubblica.

In Danimarca, dopo il 1994, sono state introdotte riforme del mercato del lavoro al fine di rendere più severi i criteri di ammissione all'indennità di disoccupazione. E' stato introdotto l'obbligo di partecipare a corsi di formazione a tempo pieno per un periodo di dodici mesi dal licenziamento (6 mesi per i giovani). Queste misure "attive" si sono dimostrate, dal punto di vista della spesa, assai onerose per la pubblica amministrazione. La disoccupazione strutturale è stata ridotta, per quanto il regime fiscale, con tassi di imposizione molto alti, abbia scoraggiato il disoccupato dal cercare lavoro invece che godere dell'indennità di disoccupazione (lavorare significa pagare più tasse, essere disoccupato non pagarne). Curiosamente l'offerta di lavoro è aumentata negli anni novanta, ma la popolazione attiva è diminuita a favore dei beneficiari di una molteplicità di provvedimenti incentivanti il ritiro volontario dal lavoro, come le pensioni di invalidità, le indennità di prepensionamento, l'assenteismo dovuto all'allungamento dei periodi di malattia e così via. Una recente riforma delle pensioni di invalidità ha cercato di porre un argine al fenomeno, che da solo costituisce ben il 2% del PIL.

Nel caso della Finlandia, come afferma l'OCSE nel suo rapporto del 2002, *"si deve affrontare la grande sfida, che consiste nel riportare e nello stabilizzare la gente al lavoro"*. In effetti, il carico fiscale marginale sul lavoro è uno dei più elevati della UE e, soprattutto per i lavoratori poco remunerati, l'interazione del sistema fiscale con i trasferimenti sociali (risorse concesse per l'abitazione e la cura dei bambini) agisce come un potente disincentivo alla ricerca di un posto di lavoro. D'altra parte il tasso di sostituzione dei lavoratori è il più alto della UE e le indennità concesse a chi si licenzia o è licenziato sono conservate fino a 500 giorni. Nello stesso senso, i lavoratori di 60 anni si vedono incentivati, tanto per ragioni fiscali che di indennizzo, a un ritiro precoce (sebbene si preveda che la popolazione anziana aumenti del 50% da qui all'anno 2025) (Grafico 1.10).

Una situazione simile è rinvenibile anche in Belgio, che subisce il carico fiscale più elevato dell'Unione e ha un sistema di protezione sociale assai generoso. D'altra parte, dall'anno 2000, il Governo si è impegnato in un programma pluriennale di riduzione dei contributi delle imprese all'assicurazione sociale, al fine di promuovere l'impiego. Di più, un gran numero di persone attive durante gli anni settanta ha potuto partecipare a programmi di prepensionamento, lasciando il lavoro (negli anni novanta l'età legale per beneficiare di ciò è stata abbassata fino ad arrivare in alcuni casi ai 50 anni) in condizioni finanziariamente assai interessanti. L'OCSE considera che – come avviene per l'invalidità in altri paesi – il sistema belga di prepensionamento sia una componente della politica nazionale "a favore" dell'impiego.

La disincentivazione al lavoro è ugualmente significativa in Svezia, paradigma della protezione sociale universale, indipendentemente da redditi e patrimonio. Uno dei tradizionali pilastri del sistema svedese è l'obbligo di lavorare, in quanto per accedere ai diversi programmi di prestazione sociale è condizione necessaria l'aver esercitato in precedenza una attività. Nello stesso tempo, si è tuttavia prodotta una forte dipendenza dalla prestazione sociale da parte della popolazione attiva (nel corso degli anni novanta più di un terzo di tale popolazione ha beneficiato di un trasferimento sociale). Il livello elevato di tassazione del reddito (se i tassi marginali effettivi variano tra il 30-40%, per il decile di reddito più alto possono raggiungere il 60%), i contributi alla sicurezza sociale

e le possibilità di certe prestazioni sociali solo in caso di scarse risorse hanno agito in funzione di una disincentivazione alla ricerca di posti di lavoro remunerati. Secondo lo studio dell'OCSE del 1999 sulla Svezia, il reddito medio di un lavoratore disoccupato poteva essere stimato in circa l'85% del reddito di un lavoro a tempo pieno; il 4% dei disoccupati non constatava nessun miglioramento economico dopo aver trovato un lavoro e solo un terzo dei disoccupati riassunti beneficiavano di un aumento del reddito tra l'1 e il 10%. Di più, le pensioni di invalidità e gli indennizzi di disoccupazione godevano di un tasso di sostituzione molto elevato. L'influenza negativa di questi fattori sull'impiego è stata controbilanciata per lungo tempo dalla crescita di posti di lavoro nella pubblica amministrazione, ma durante gli anni novanta si sono manifestati un aumento della disoccupazione e la sottoutilizzazione della manodopera. I costi, in termini di disincentivazione al lavoro e all'acquisizione di qualificazioni più elevate, sono risultati molto importanti.

Il fenomeno dell'abuso delle pensioni di invalidità ha acquisito dimensioni preoccupanti all'inizio degli anni novanta nei Paesi Bassi, dove il numero delle invalidità riconosciute superava di gran lunga quello dei paesi vicini (ciò non è adeguatamente riflesso dal Grafico 1.8, poiché le cifre riportate si riferiscono all'anno 1999, dopo che il governo olandese aveva adottato misure severe di contenimento dell'abuso). Praticamente una persona su sette non lavorava più per ragioni di invalidità. L'accesso a un simile pensionamento era facile: un anno di presa in carico da parte dell'assicurazione di malattia e una percentuale di invalidità del 15% davano diritto a una pensione di invalidità completa fino ai 65 anni di età, dopo di che questa "sboccava" nella pensione di anzianità. Tali pensioni di invalidità erano fissate in rapporto all'ultimo salario lordo ed erano indipendenti dalla durata e dall'ammontare della contribuzione). Il sistema aveva dimostrato un'estrema generosità, più interessante per i beneficiari che non le prestazioni a sostegno della disoccupazione e della vecchiaia. Anzi l'invalidità era frequentemente utilizzata come alternativa alla disoccupazione. Succedeva così che, con il passare del tempo, l'età degli "invalidi" diminuiva, dando luogo a prestazioni che erogate per un periodo sempre più lungo anticipavano di fatto la pensione di anzianità.

Gli esempi qui riportati sono rappresentativi di quello che è anche un cambiamento diffuso nella società europea a riguardo del senso del lavoro, che se non è perso è tuttavia messo fortemente in discussione.

2.4. L'Educazione¹⁹

L'Unione Europea ha più volte affermato il valore del principio di sussidiarietà nella educazione, al fine di rispettare le tradizioni e il patrimonio culturale di ciascun paese²⁰.

¹⁹ Le cifre delle spese includono tutti i tipi di spesa della pubblica amministrazione per l'educazione. Il commento che segue riguarda la scuola dell'obbligo.

²⁰ La cooperazione nel settore dell'educazione deve tenere conto delle tradizioni di ciascun paese come della diversità delle politiche e dei sistemi esistenti in tale settore. L'armonizzazione di dette politiche e sistemi non può essere considerata come un obiettivo in sé (GUCE C98 del 20/8/1974, Risoluzione dei Ministri dell'Istruzione riuniti ai sensi del Consiglio del 6/6/1974, relativo alla cooperazione nel settore dell'istruzione). D'altra parte il Consiglio dei Ministri dell'istruzione, riunito il 6/10/1989, riaffermava il rispetto verso la diversità linguistica e culturale, il carattere sussidiario delle azioni comunitarie e il rispetto verso la competenza fondamentale degli Stati membri in materia di politiche dell'Istruzione (GUCE C277, 31/10/1989). Il Libro Verde del 1993 sulla dimensione europea dell'educazione affermava

2.4.1. Evoluzione della spesa pubblica per l'Istruzione

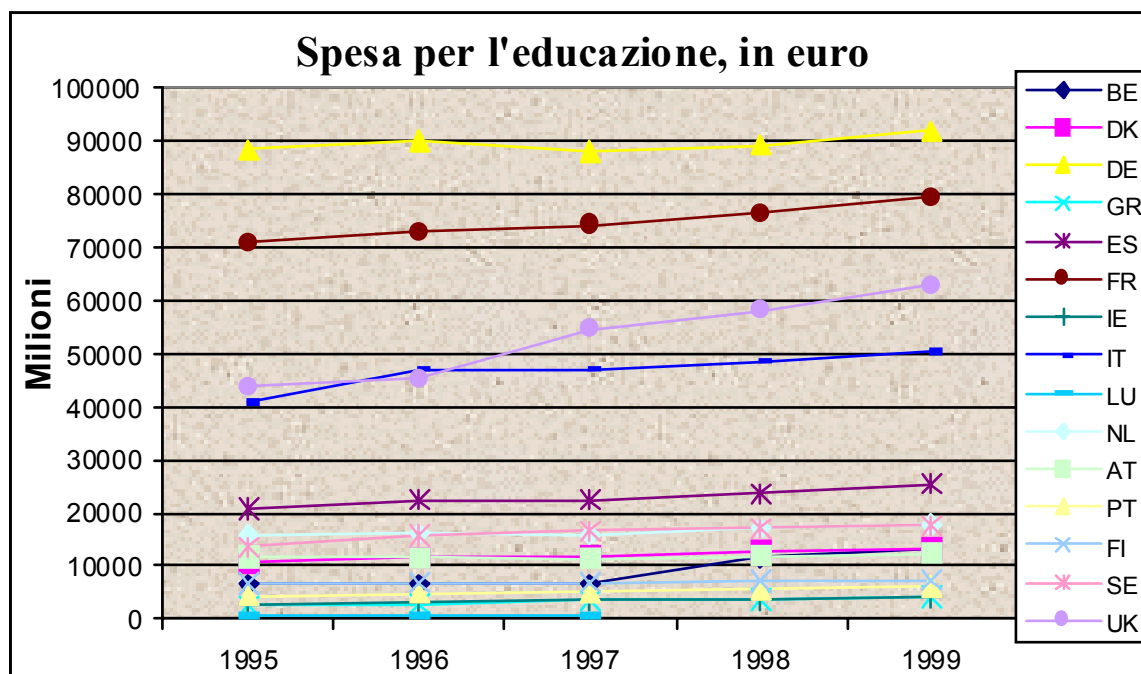
Come si può osservare nei Grafici 2.12-2.15, dal 1995 (primo anno in cui sono stati forniti dati da *Eurostat*) la spesa pubblica per l'istruzione si è mantenuta assai costante in valore assoluto. Le spese più rilevanti da questo punto di vista sono effettuate dai quattro grandi paesi dell'Unione, Germania, Francia, Regno Unito e Italia, seguiti dal quinto paese per dimensioni, la Spagna. Quando invece si considerino le spese in PPA per abitante, la graduatoria cambia: in testa si situano i paesi nordici (Danimarca, Svezia e Finlandia) e l'Austria; in coda tre dei quattro paesi della coesione, Grecia, Spagna e Portogallo. Tuttavia, come è stato rilevato in precedenza, tali paesi insieme all'Irlanda (il quarto paese della coesione), in termini percentuali della spesa per la Protezione Sociale, destinano la quota maggiore di risorse all'educazione.

2.4.2. L'Istruzione obbligatoria

La scolarità per l'insegnamento dell'istruzione obbligatoria è gratuita e universale in tutti gli stati membri. Tuttavia alcuni costi sono sopportati dalle famiglie con un carico che può essere relativamente pesante: i costi dei libri, dei trasporti e della refezione.

Nel caso dell'insegnamento privato sovvenzionato può avvenire che siano riconosciuti alcuni diritti di scolarità così da coprire carichi di budget per il quali la scuola non riscuote nessun contributo pubblico. D'altra parte le scuole generalmente operano una distinzione tra gli studenti sulla base dei redditi dei genitori.

Grafico 2.12²¹



che l'obiettivo è contribuire al riconoscimento della complementarità o nuova realizzazione di azioni che, negli Stati membri, possano fornire valore aggiunto all'offerta di una istruzione di qualità (COM 93/457)

²¹ I dati per il Lussemburgo sono stimate riferite al 1999 (in tutti i quattro grafici)

Grafico 2.13

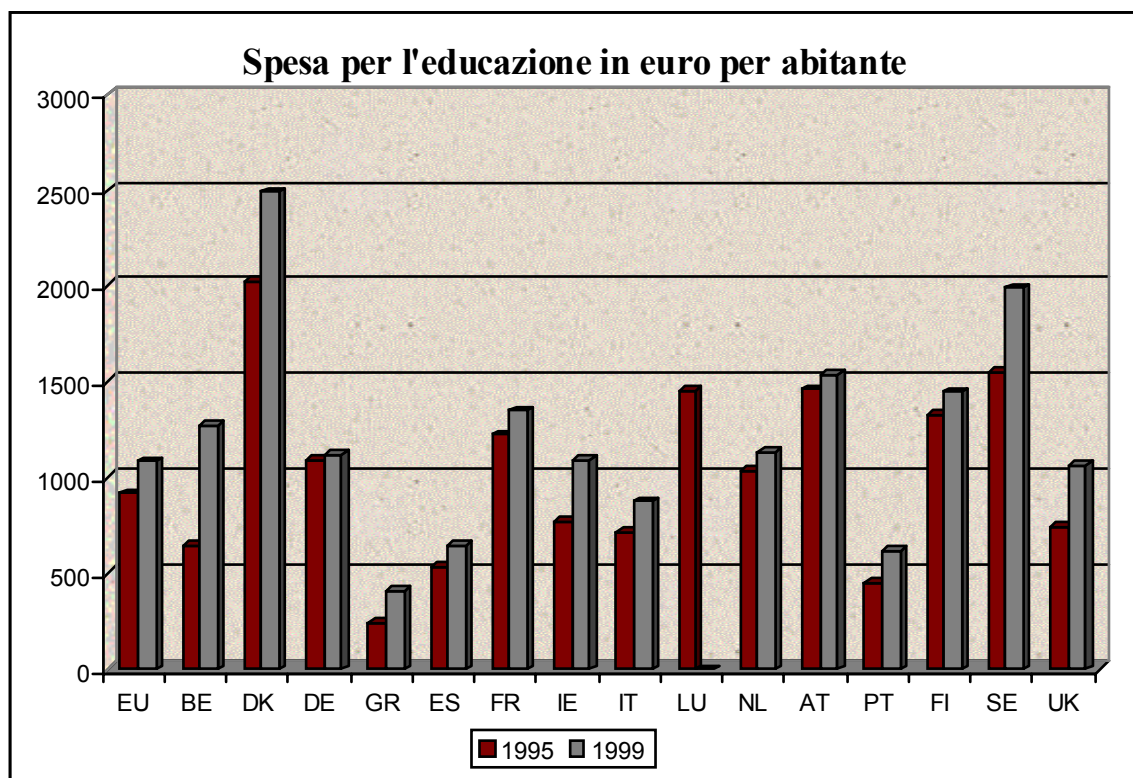


Grafico 2.14

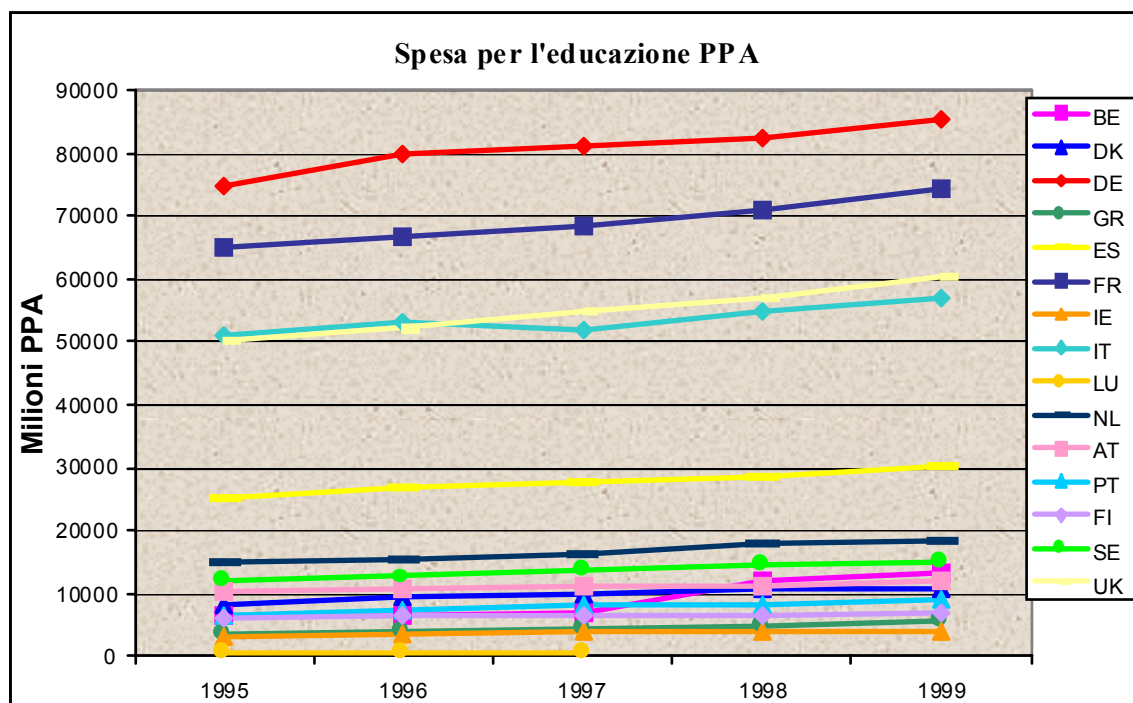
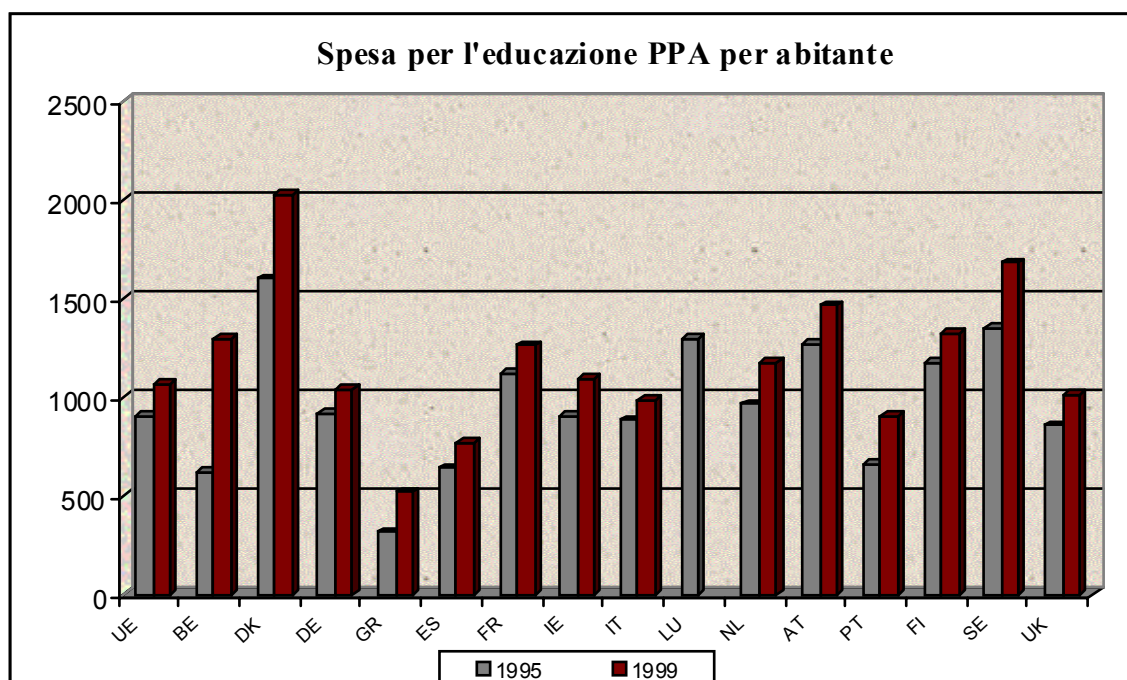


Grafico 2.15



La durata dell'istruzione obbligatoria è attualmente di almeno otto anni ed è stata sensibilmente aumentata nella maggior parte degli Stati membri a partire dal 1970.

2.4.3. Scelta della scuola

Una delle più grandi e primarie questioni, non solo in Europa, è la libera scelta della scuola (la problematica soggiacente in ultima istanza è quella del diritto all'educazione e alla libertà di insegnamento, diritto sempre largamente riconosciuto nei documenti internazionali – si veda il box 2.1 – ma in pratica spesso negato). In effetti secondo un certo schematismo Hegeliano, che pervade la mentalità dominante, si pensa che la persona non sia altro che il prodotto dell'educazione dello Stato. I giovani sono pure "risorse umane", per cui lo Stato sarà l'unico a decidere i contenuti e le modalità dell'istruzione necessaria.

La scuola invece dovrebbe essere in primo luogo lo spazio di una presenza pluralistica, concedendo alla famiglia il diritto e la responsabilità di attuare l'ipotesi educativa ritenuta più adatta per i figli. In questo senso è importante considerare quanto, nei diversi paesi, vengano eliminati gli ostacoli finanziari alla libera scelta e alla frequentazione di una scuola, sia essa pubblica o privata. Una simile possibilità di scelta è una questione decisiva per l'esistenza e pertanto un'espressione del livello di libertà civile nei singoli paesi.

Per quel che concerne la possibilità di scelta della scuola, in alcuni casi è il potere pubblico che provvede a ripartire gli studenti, in altri casi i genitori esercitano essi stessi il diritto di scelta. Nella maggior parte dei paesi la soluzione è mista. In tutti casi non è sufficiente tener conto solo delle disposizioni legali riguardanti la scelta della scuola da parte dei genitori. Si debbono tenere in conto altri elementi assai concreti come i costi della scuola, la sua distanza da casa, la presenza di servizi di trasporto, etc.

Box 2.1

Alcuni testi giuridici internazionali concernenti la libertà di educazione

<i>Testi internazionali con valore di dichiarazione di principio</i>	
- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (10/12/1948), art. 26.3: "I genitori hanno, per priorità, il diritto di scegliere il tipo di educazione da dare ai loro figli" - Dichiarazione dei diritti del bambino (20/11/1959), principio 7.2: "L'interesse superiore del bambino deve essere la guida di coloro che hanno la responsabilità della sua educazione e del suo orientamento. Questa responsabilità è incombenza primaria dei genitori" - Accordo internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (16/12/1966), art. 13: "Gli Stati sottoscrittori del presente accordo si impegnano a rispettare la libertà dei genitori e, quando manchino, dei tutori legali, a scegliere per i figli istituzioni diverse da quelle dei poteri pubblici, ma conformi alle norme minime prescritte o approvate in materia di educazione, e ad assicurare l'educazione religiosa e morale dei figli conformemente alle proprie convinzioni".	
<i>Testi giuridici europei con valore obbligatorio</i>	
- Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. Protocollo del 20/3/52, art. 2: "A nessuno può essere rifiutato il diritto all'istruzione. Lo Stato nell'esercizio delle funzioni che assumerà nel campo dell'educazione e dell'insegnamento rispetterà i diritti dei genitori di assicurare tale educazione e insegnamento conformemente alle loro convinzioni religiose e filosofiche".	

La possibilità per i genitori di scegliere la scuola per i propri figli dà luogo a una serie di effetti positivi. In primo luogo rafforza la capacità di iniziativa dei genitori e il loro diritto, riconosciuto dai documenti internazionali citati nel Box 2.1, a scegliere l'educazione più adeguata per i figli. In secondo luogo aumenta l'efficacia del sistema educativo, ovvero l'utilizzo ottimale delle risorse destinate all'educazione anche attraverso la concorrenza tra istituzioni scolastiche, siano esse pubbliche o private. Coloro che si oppongono alla libera scelta della scuola di fatto favoriscono l'approfondirsi delle divisioni tra i gruppi sociali così come i sovracosti provocati dalla scarsa mobilità della popolazione scolare tra le diverse istituzioni.

2.4.4. La produzione del servizio di istruzione pubblica

Legalmente, tutti i cittadini europei hanno il diritto di creare, organizzare e gestire una scuola, essendo questo il modo più importante di garantire la libertà di insegnamento. Ma quello che interessa di più considerare in questa sede è la possibilità di produzione privata di servizi educativi finanziati pubblicamente (quelli che in alcuni paesi chiamano "*settori privati sovvenzionati*" o "*scuole pubbliche a produzione privata*"). Con una simile possibilità si rispetterebbero maggiormente le condizioni di equità e la capacità di iniziativa dei cittadini europei e certamente si salvaguarderebbe la

libertà di scelta dei genitori a riguardo dell'educazione dei figli. Infatti, la Convenzione sui diritti dell'infanzia promulgata il 20 novembre 1989, sottolinea l'importanza per le persone fisiche e morali della libertà di costituire e dirigere istituzioni educative.

Il livello di finanziamento pubblico delle scuole private sovvenzionate è variabile. In alcuni paesi esso coincide con quello delle scuole pubbliche, in altri è parziale essendo le scuole private chiamate a finanziare una quota dei costi di capitale. Storicamente si distinguono tre gruppi per la modalità di integrazione tra i due sistemi di educazione (Box 2.2).

Box 2.2

Modelli di integrazione dei sistemi privati e pubblici di istruzione negli Stati membri della U.E.		
Le scuole private giocano un ruolo nell'offerta educativa allo stesso titolo di quelle pubbliche	Il finanziamento dello insegnamento privato è stato per lungo tempo oggetto di discussione e scontro tra i partigiani della scuola pubblica ed i difensori della scuola privata sovvenzionata	Per lungo tempo l'istruzione è stata concepita come competenza pubblica, con tuttavia la libertà di organizzare un insegnamento privato, che si è assai poco sviluppato in assenza di una legislazione favorevole.
DK, DE, ES, AT, PT, UK (E/W,NI)	NL, BE, FR, IT	GR, LU, FI, SE

Nel secondo gruppo del Box 2.2, il Belgio e i Paesi Bassi hanno conosciuto delle vere e proprie guerre scolastiche tra i differenti partiti, gruppi culturali e religiosi (protestanti, cattolici, socialisti e liberali nei Paesi Bassi; socialisti, democristiani e liberali in Belgio). I protestanti, i cattolici e i democristiani sostenevano da una parte che pagavano il doppio in materia di educazione (attraverso la fiscalità generale e attraverso le tasse di iscrizione pagate alle scuole private) e dall'altra parte che lo Stato può giocare solo un ruolo di supplenza in assenza della iniziativa privata.

In diversi paesi del terzo gruppo, si è assistito negli ultimi anni a una serie di riforme legislative tendenti ad accordare alle scuole private uno statuto che permetta loro di accedere al finanziamento pubblico. Questo è il caso, per esempio, della Finlandia, della Svezia e della Norvegia (dove comunque il numero di scuole private sovvenzionate resta assai basso).

Secondo l'OCSE, mediamente due terzi degli alunni delle scuole primarie e secondarie del Belgio e dell'Olanda frequentavano, nel 1999, scuole private sovvenzionate e un terzo nel caso della Spagna.

Le riforme educative degli ultimi anni vanno nella linea di una armonizzazione crescente del sistema di finanziamento dell'educazione privata sovvenzionata con quello in vigore nella scuola pubblica, nonché di una complessiva integrazione dei sistemi nazionali di istruzione. Ciò per differenti ragioni: 1) da una parte a livello di tutta l'Europa ci si sta rendendo conto di come sia meglio fornire i servizi di protezione sociale nei termini più prossimi ai cittadini (quello che nel gergo comunitario è chiamato "sussidiarietà verticale"), con una decentralizzazione all'interno della stessa Amministrazione Pubblica; 2) d'altra parte la società europea sembra sentire un'esigenza

sempre più acuta di educare essa stessa i propri membri e i propri figli – i servizi educativi tendono ad essere sempre più forniti da fondazioni, associazioni senza scopo di lucro o dalle imprese – allo stesso titolo dello Stato (quello che viene chiamato “*sussidiarietà orizzontale*”).

Per quel che concerne il finanziamento, l'introduzione della concorrenza tra scuole pubbliche e private sovvenzionate può avere conseguenze importanti sulle prime. In alcuni paesi, dove il livello di sovvenzionamento è elevato – il Belgio, l'Olanda, la Finlandia, il Regno Unito (eccezione fatta per la Scozia) – l'iscrizione o il trasferimento di una studente dalla scuola pubblica alla scuola privata può produrre una diminuzione di risorse per la prima. Ciò obbliga tutte le istituzioni educative a essere gestite e a fornire prestazioni con la più alta qualità possibile. In altri casi il finanziamento della scuola pubblica è totalmente indipendente da quello della scuola privata sovvenzionata, così che il passaggio di uno studente dalla prima alla seconda non ha alcuna incidenza su di esso.

La possibilità di un settore privato sovvenzionato negli Stati Membri dipende tanto dal peso delle scuole private sovvenzionate quanto dall'esistenza e dalla entità della tassa di iscrizione a queste. Là dove la sovvenzione concessa dallo Stato non è sufficiente a coprire la tassa di iscrizione alle scuole private, si può produrre una discriminazione delle famiglie meno abbienti. Inoltre se i Governi esigono, previamente alla concessione del finanziamento alle scuole private, il raggiungimento di standard uguali a quelli delle scuole pubbliche in termini di gestione e soprattutto di personale, ciò riduce notevolmente i margini di manovra, la competitività e quindi il tasso di insorgenza e di innovazione delle prime.

2.5. Abitazione e famiglia

2.5.1. Le spese per la famiglia e l'infanzia

La famiglia è sempre stata considerata il luogo per eccellenza di generazione non solo della persona, ma della società. Oggi si fa fatica a riconoscere che la famiglia è la prima risorsa per la società, un bene pubblico e comune per il fatto stesso di esistere, indipendentemente dalle sue risorse. L'evoluzione della famiglia ha ripercussioni multiple e notevoli sulla società (non sono certo minori quelle già esistenti della bassa natalità e dell'invecchiamento della popolazione). Frequentemente si presta attenzione alla famiglia solo come luogo di bisogno (reddito scarso, gravi problemi di assistenza o di povertà, ecc.), e non come luogo di investimento (non si pensa per esempio che i bambini siano un “investimento” per la società e non semplicemente un peso per i meno abbienti).

Le politiche della famiglia si propongono in genere i seguenti obiettivi:

- l'assistenza alla nascita, all'infanzia e il rinnovo generazionale;
- l'aiuto all'abitazione;
- la riduzione delle ineguaglianze nelle risorse a disposizione

Nel corso degli anni questi obiettivi stanno perdendo importanza a favore delle necessità di conciliare esigenze della vita professionale e familiare.

E' stato osservato in precedenza (Grafico 1.8) che in media – nella UE – le spese dedicate alla famiglia rappresentano il 7% delle spese per la protezione sociale (SEC). In valore assoluto, come si può apprezzare dai grafici 2.16-2.17 che seguono, vi sono tre paesi che si distinguono chiaramente: la Germania, la Francia e il Regno Unito. Se si

considerano le spese espresse in PPA per abitante, sono la Danimarca e il Lussemburgo ad occupare le posizioni di testa (Grafici 2.18-2.19).

Grafico 2.16

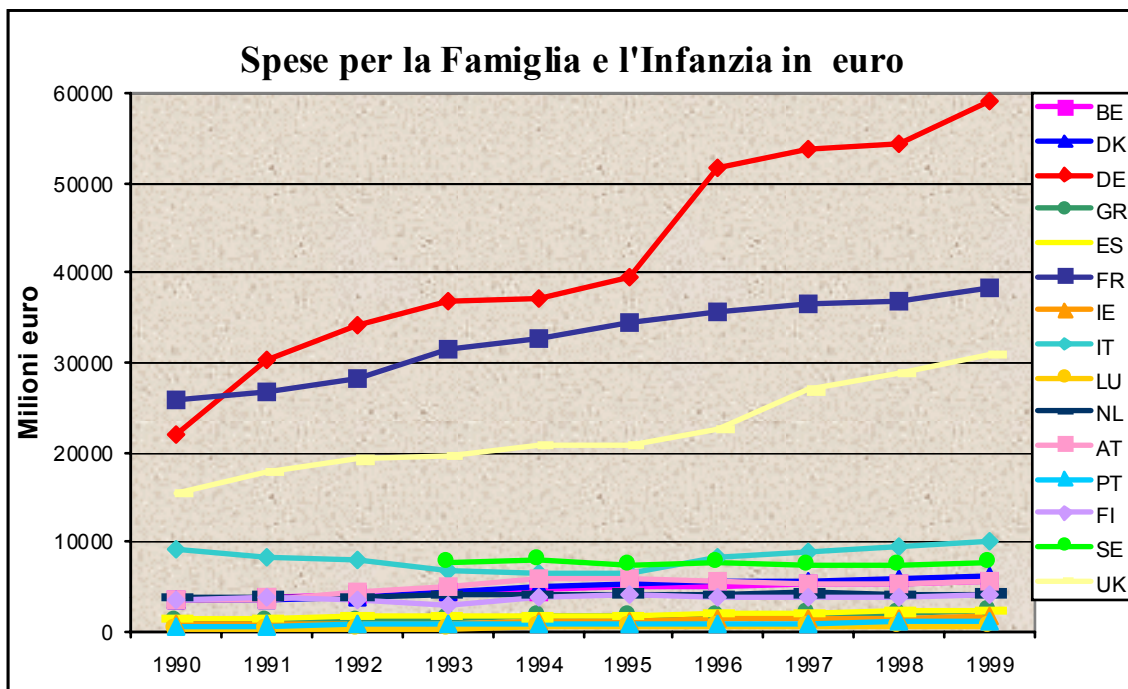


Grafico 2.17

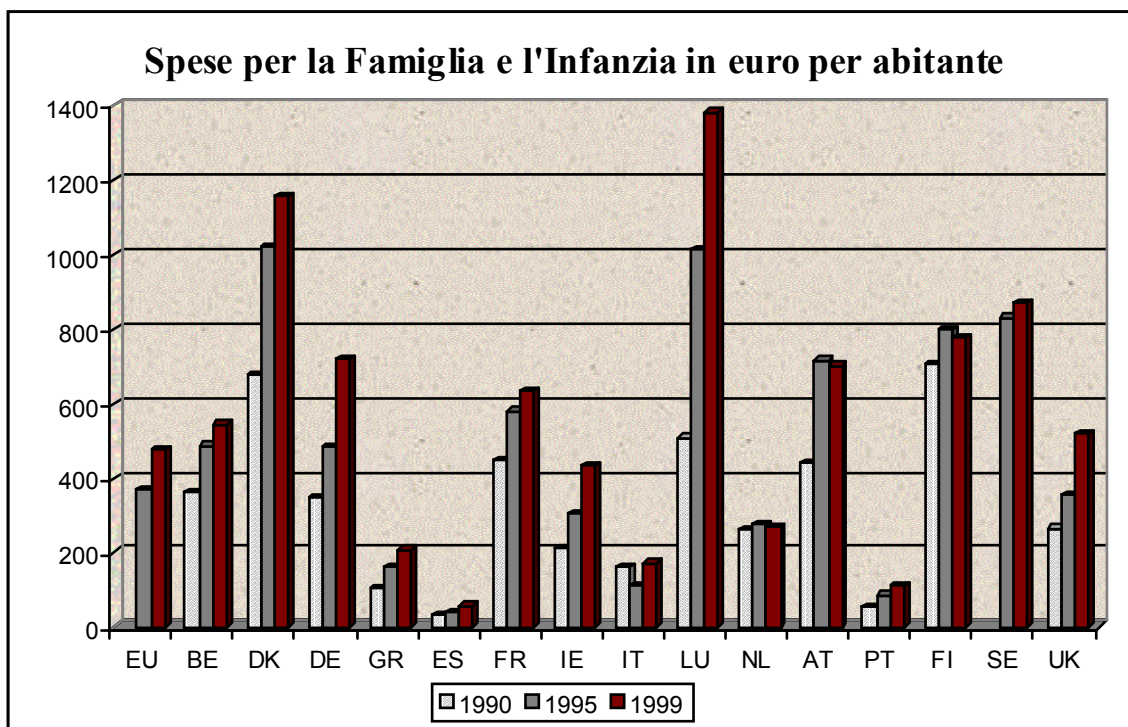


Grafico 2.18

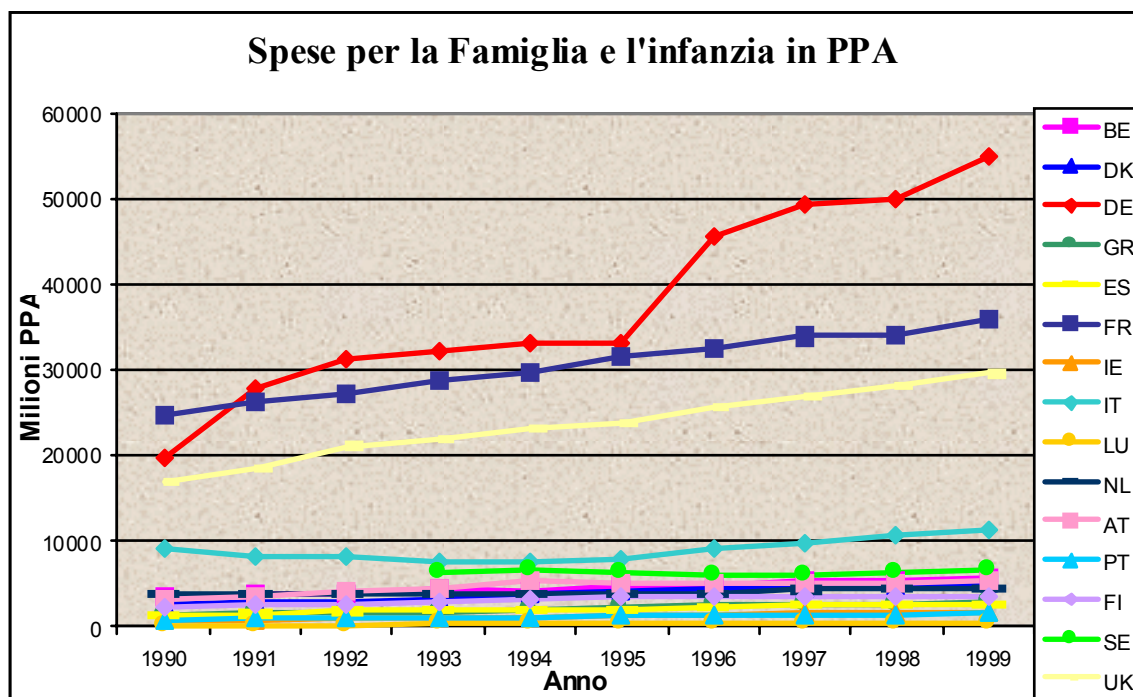
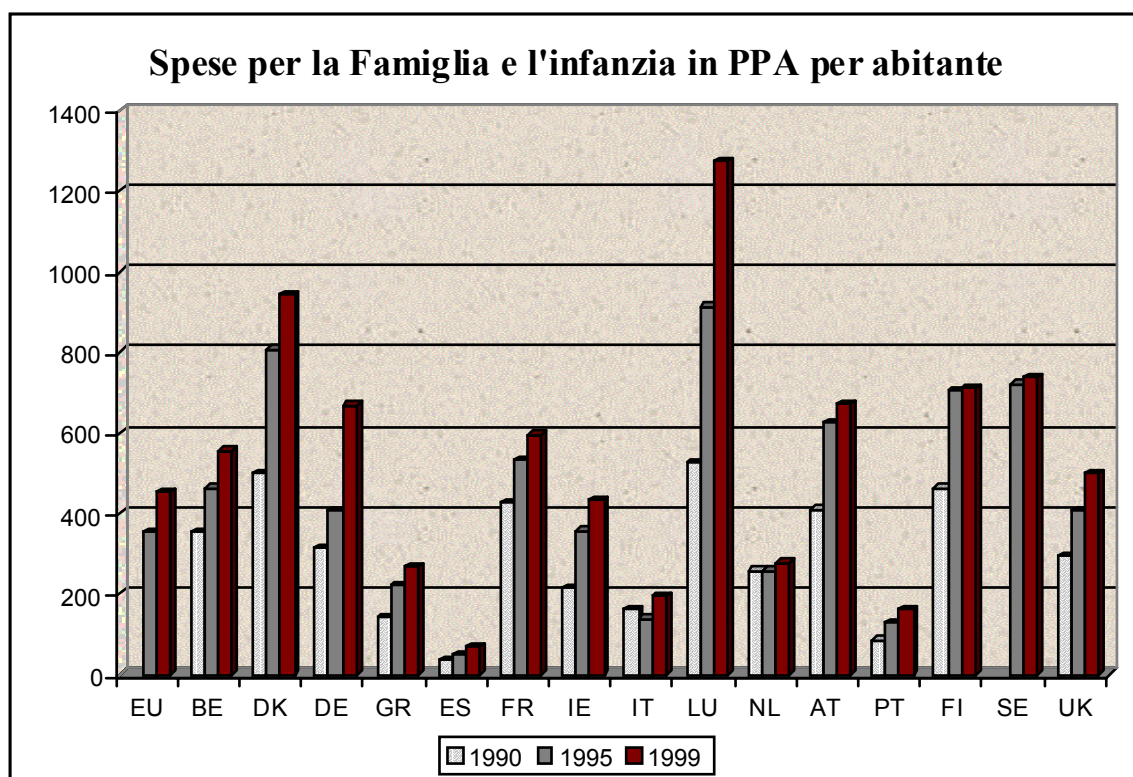


Grafico 2.19



Gli ultimi due paesi citati consacrano il 11-12% della spesa per la protezione sociale alle allocazioni famiglia/infanzia, seguite da vicina da Svezia, Finlandia, Austria,

Germania e Francia. In coda sono i paesi della coesione e soprattutto la Spagna che dedica una porzione assolutamente trascurabile di risorse a questo tipo di prestazioni.

Si possono notare le diversità delle politiche familiari negli Stati membri della UE. I paesi nordici insistono a oltranza su una logica egualitaria e pertanto accentuano le politiche orientate all'eguaglianza dei due genitori, all'autonomia economica, alla prevalenza dell'individualità (i diritti sono della persona, la famiglia non è concepita come istituzione che necessita della protezione del potere pubblico)²².

In Francia e in Belgio, le politiche familiari hanno cercato di favorire l'attività professionale delle donne, comunque proteggendo la maternità e la famiglia come istituzione base della società.

L'importanza delle prestazioni sociali alla famiglia e alla maternità è una caratteristica della politica sociale francese e costituisce una tradizione in quanto sin dal 1939 è stato deliberato un "codice" della famiglia al fine di incoraggiare la natalità. Altre prestazioni sono significative, come quelle fiscali, in particolare il quoziente familiare per il calcolo dell'imposta sul reddito o certe disposizioni come la bonifica degli interessi su alcuni prestiti immobiliari. Negli ultimi decenni si sono intensificate le preoccupazioni a favore della natalità e il loro frutto è l'aiuto economico all'abitazione (*L'Aide Personnalisée au Logement* è stata istituita nel 1977) e la concessione di facilitazioni per la maternità. Così queste politiche familiari hanno costituito un elemento importante al fine di mantenere il tasso di fecondità francese a un livello più elevato che nella maggior parte dei paesi europei. Ancora lo stato francese ha cercato di contribuire allo sviluppo di asili nido, giardini di infanzia, congedi parentali etc.

Il Regno Unito e l'Irlanda non evidenziano politiche familiari veramente esplicite, in nome del principio di non intervento nella vita privata.

In Germania, Austria, Olanda e Lussemburgo, la responsabilità educativa dei bambini è assunta dalle donne, a cui è riconosciuto il lavoro domestico insieme all'accesso a diritti sociali come il pensionamento nel caso di separazione dei genitori. La Germania e il Lussemburgo godono della possibilità di un congedo parentale, una specie di salario materno destinato a ricompensare quello che viene ritenuto un servizio reso.

Nell'Europa del sud il peso maggiore della famiglia è sulle donne. Le politiche familiari non sono molto sviluppate e, in assenza di aiuto ai genitori per la crescita dei figli, la relazione impiego/famiglia va a svantaggio della natalità.

2.5.2. Spese per l'abitazione

Per quanto riguarda le risorse dedicate all'abitazione, Francia e Regno Unito occupano i primi posti della spesa pubblica espressa in PPA. Il resto dei paesi costituisce un plotone abbastanza distante dai primi (Grafici 2.20-2.23).

Il fatto più rilevante messo in evidenza dal Grafico 1.8 è la percentuale di risorse dedicate in Gran Bretagna, 5% SEC, la più elevata dell'UE dove la media è il 2%. Questo tipo di prestazioni hanno conosciuto un aumento spettacolare nel corso degli ultimi due decenni, e, infatti, anch'esse sono divenute un'alternativa molto interessante al lavoro (chi lavora ha minori benefici per l'abitazione). Nella misura in cui le quotazioni immobiliari crescevano sul mercato crescevano anche i contributi per la casa; il contrario avveniva in rapporto al reddito. Sebbene le autorità britanniche abbiano

²² Cf. Linda Hantrais, Marie Thérèse Letablier (1996)

adottato qualche misura destinata a controbilanciare questi incentivi negativi al lavoro, l'entità delle allocazioni per l'abitazione permane rilevante.

Grafico 2.20

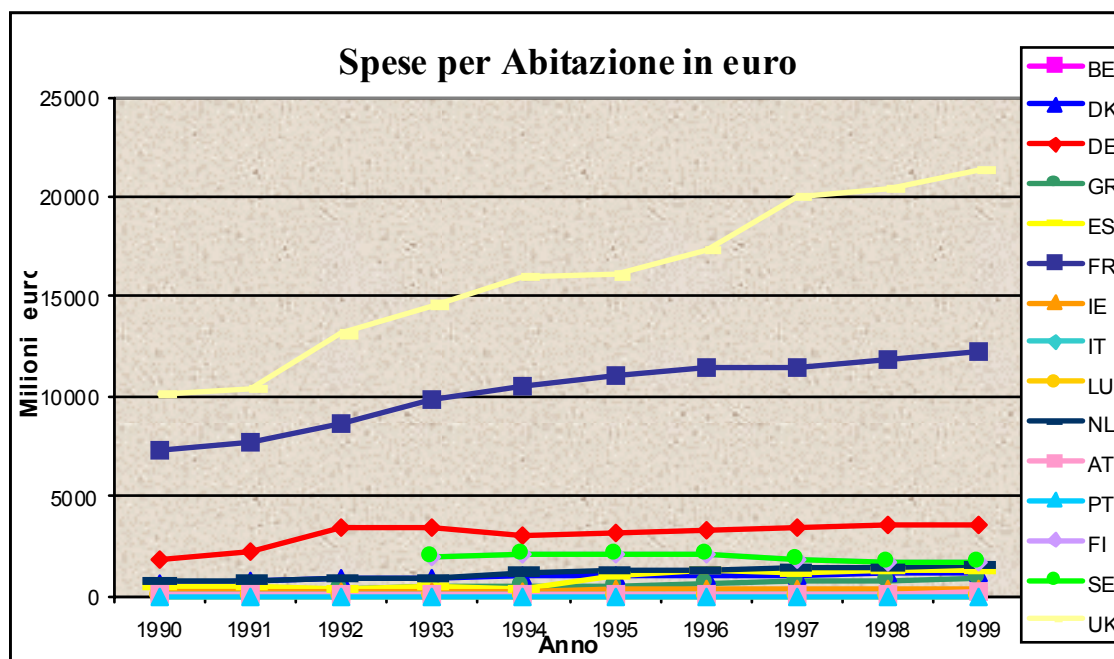


Grafico 2.21

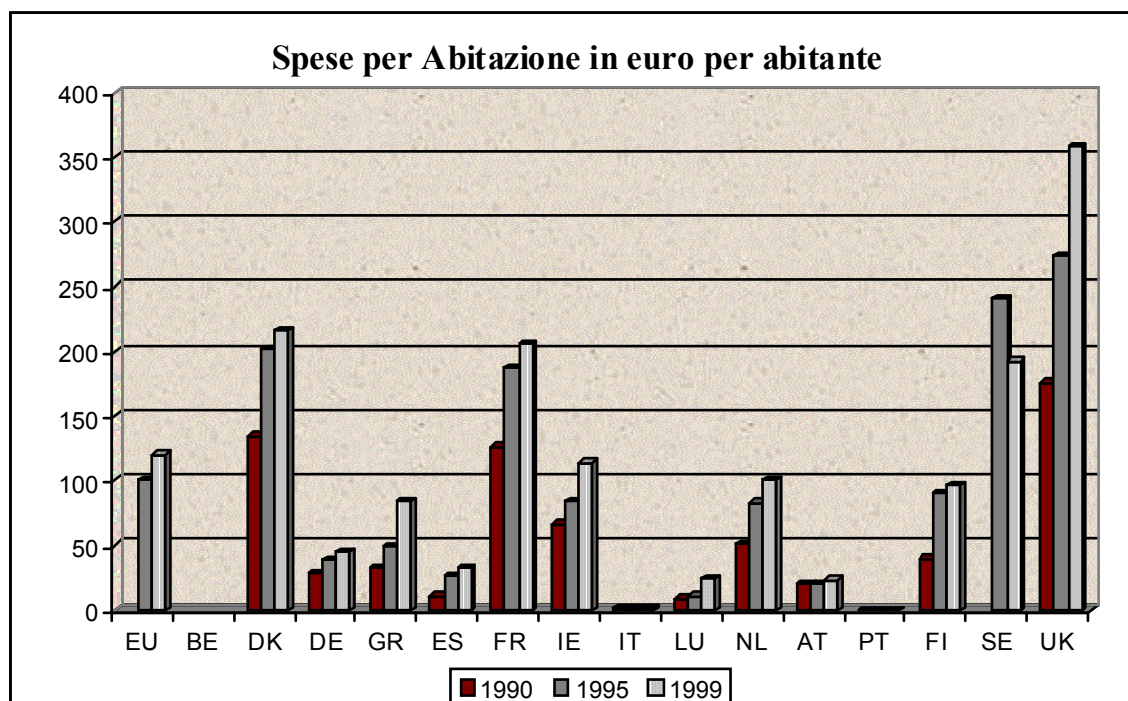


Grafico 2.22

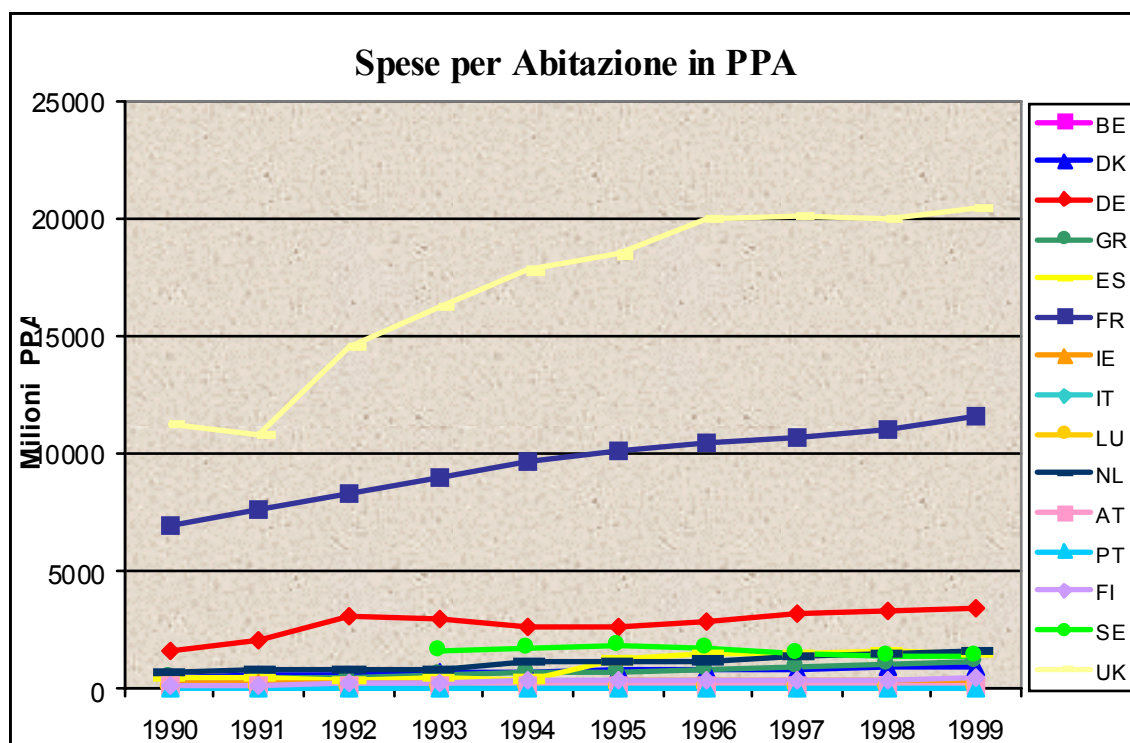
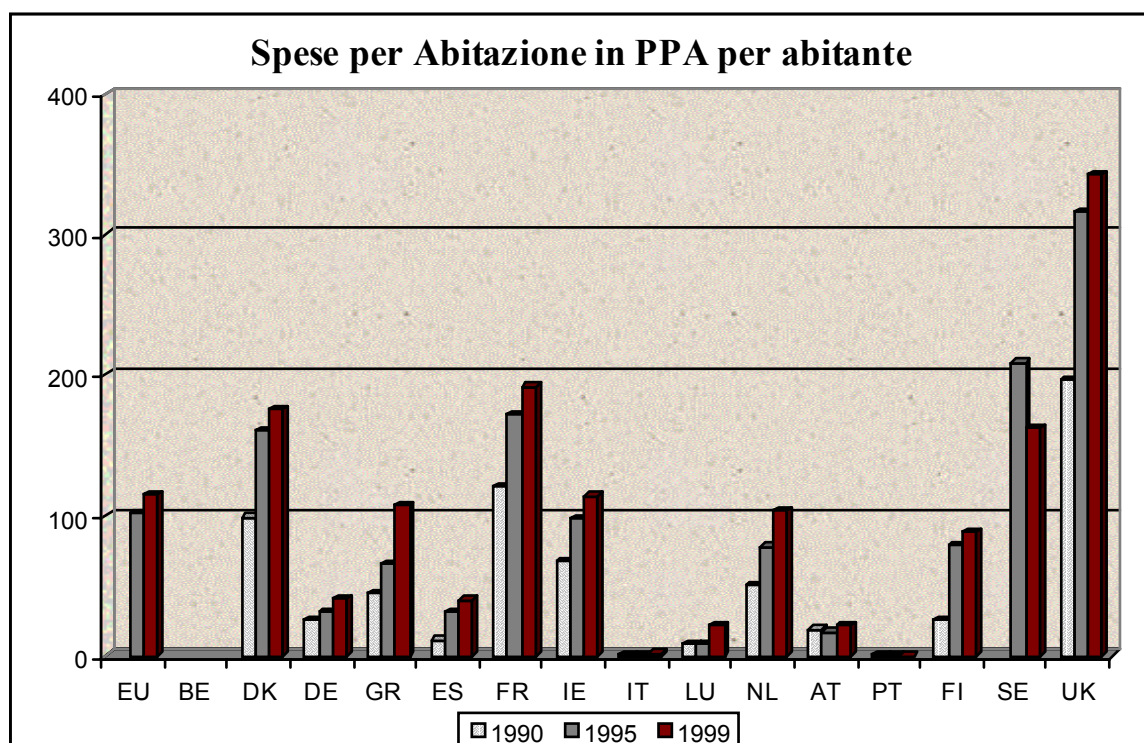


Grafico 2.23



Capitolo 3

Riforme nelle prestazioni di servizio sociale

Nei capitoli precedenti si sono viste le difficoltà finanziarie e le prospettive oscure che si prospettano per gli Stati membri dell'Unione Europea circa la sostenibilità dei loro sistemi di protezione sociale. Di qui le raccomandazioni dell'OECD, che da più di un decennio esorta a operare nel senso tanto di riforme strutturali quanto del rinnovamento dei metodi di gestione al fine di aumentare il grado di efficienza della pubblica amministrazione. In questo capitolo verranno presi in considerazione i tipi di riforma fin qui realizzati in Europa e quindi tre esempi particolarmente significativi dei tentativi di soluzione in corso. L'esperienza della revisione delle cure primarie nell'*Östergötland* mostra come all'interno della ben organizzata amministrazione svedese ci si ponga comunque il problema della responsabilizzazione degli operatori. L'Ospedale di Alzira e il buono scuola della Lombardia sono due casi di partenariato pubblico-privato nella sanità e nella pubblica istruzione, con esiti importanti anche per la libertà di scelta dei cittadini.

3.1 Qualità, efficienza ed equità nelle prestazioni di servizio sociale. Riforme in corso e previste

In tutti i paesi le modalità di gestione del settore pubblico sono largamente determinate dalla storia. Di conseguenza le riforme tendenti ad aumentare l'efficienza della spesa pubblica si fanno generalmente in termini progressivi e valutati sulla base dell'esperienza precedente, tenendo in grande conto le determinanti culturali e economiche della società.

Come è stato introdotto nel capitolo 1, sebbene vi sia un largo consenso sul mantenimento del sistema di protezione sociale europeo, vi sono numerosi problemi derivanti dalla pressione fiscale elevata, in particolare in alcuni paesi, e dalla dipendenza che conseguentemente si genera nei confronti del settore pubblico con disincentivazione del lavoro, accentuazione della richiesta di assistenza, difficoltà marcate nella finanza pubblica. La diminuzione della durata del lavoro (se non una maggior disoccupazione) producono inoltre una riduzione degli introiti fiscali (a ciò contribuisce anche la bassa natalità), con una serie di importanti riflessioni da parte degli esperti di finanza pubblica²³.

3.1.1. La protezione sociale: beni privati finanziati pubblicamente

Gli economisti distinguono un primo genere di beni, i beni pubblici, il cui consumo non è né concorrenziale, né reciprocamente escludente (per esempio, la difesa dello stato e della società). Tale consumo non può essere individuale ed è indipendente dal costo e pertanto è finanziato dallo Stato che dei beni pubblici è anche il produttore. Altri beni, al contrario, sono offerti in termini concorrenziali ed escludenti. Per esempio se io mangio un pezzo di torta, nessun altro potrà mangiarlo. La domanda di questi beni è individuale a fronte di un prezzo: si tratta di beni privati, forniti e finanziati da privati.

²³ Stiglitz, J. (1989)

Vi è un terzo tipo di beni, quelli della protezione sociale, o “beni privilegiati”: questi sono beni privati – il letto d’ospedale mentre è utilizzato da uno non può essere utilizzato da un altro – con un prezzo, rivolti a una domanda sempre individuale, ma attualmente forniti nella totalità o prevalentemente dalle amministrazioni pubbliche. Le dottrine che giustificano tale fornitura pubblica si fondano in genere sul fatto che essa si rivolge a un bisogno essenziale, che necessita di redistribuzione delle risorse, essendo il mercato insufficiente a garantire la risposta adeguata.

Per molto tempo gli economisti hanno elaborato teorie sulla insufficienza del mercato a garantire i beni della protezione sociale. Recentemente hanno cominciato a parlare anche della insufficienza del settore pubblico in questo senso. Infatti il trasferimento della produzione di beni privati alla sfera pubblica rischia di perdere una serie di vantaggi tipici del mercato, soprattutto l’incitamento al miglioramento della qualità e dell’efficienza delle prestazioni. Le idee correnti circa la prospettiva più promettente riguardano l’utilizzo del mercato entro la gestione dei programmi sociali da parte della amministrazione pubblica. Ciò potrebbe permettere di fissare una netta separazione tra produzione dei beni della protezione sociale e loro finanziamento. Da parte degli esperti attualmente si insiste molto sul decentramento e sulla introduzione della concorrenza all’interno della stessa amministrazione pubblica, tra questa e altri agenti economici. Il finanziamento pubblico di un servizio come per esempio la sanità e la scuola non implica una produzione altrettanto pubblica. Possono operare imprese o altri attori dell’economia sociale con esiti migliori.

3.1.2. La “Governance”

Nel nuovo contesto della globalizzazione, sembra che i governi e le organizzazioni internazionali avvertano di dover trovare una più efficace linea di azione nella ricerca di nuove collaborazioni, comunemente note come “partenariato”. *“I governi sono soci (partner) delle imprese, dei lavoratori e della società civile per quel che concerne il funzionamento delle economie nazionali e della economia internazionale”* afferma l’OCSE²⁴. Pascal Lamy, membro della Commissione Europea e responsabile del Commercio, con altre parole identifica due principi essenziali a fondamento del nuovo management internazionale: la trasparenza nella gestione delle informazioni e la *“sussidiarietà, ovvero la preferenza per l’affronto dei problemi nella modalità più vicina alle persone coinvolte; idea assai vecchia nella filosofia occidentale, secondo la quale si devono trasferire ai corpi politici maggiori solo le competenze che gli individui, le famiglie, le imprese e le regioni non possono assolvere”*²⁵.

Le tendenze che si cominciano a riscontrare nella amministrazione pubblica sono il privilegio dell’impegno a ottenere risultati (di cui si deve rendere conto), la condivisione delle responsabilità con i differenti livelli dell’amministrazione stessa e l’associazione di altri agenti sociali come partner. L’amministrazione pubblica comprende, ancora ottusamente, di dover adottare un sistema di gestione orientato verso l’efficienza e una direzione strategica per obiettivi secondo gli stessi principi di gestione imprenditoriale.

Si sente l’esigenza di chiarire la distinzione tra la funzione di regolazione che da luogo con un atto giuridico formale alla nascita di diritti e doveri – funzione tipica della amministrazione pubblica – e la funzione di produzione, consistente nel trasformare un

²⁴ OECD (2000a), DIAL/ECSS (2000)5, 26.5.2000

²⁵ Lamy, Pascal (2001)

input in output, ovvero consistente in un processo puramente tecnico ed economico, che non deve subire restrizione indebita da parte della prima.

Se non si comprende come sia estremamente importante che l'amministrazione sia efficiente nella gestione delle risorse, questa si limiterà alla approvazione delle spese, senza preoccuparsi di raggiungere gli obiettivi fissati nei margini di costo stabiliti. Saranno allora i criteri amministrativi e legali a prendere il sopravvento su quelli di efficacia operativa.

Le amministrazioni pubbliche soffrono generalmente dei difetti seguenti: 1) centralizzazione di tutte le decisioni – anche le più piccole – inerenti la gestione e l'esecuzione; 2) concezione molto legalista dei propri diritti e dei propri doveri, senza il senso di responsabilità a riguardo dell'ottenimento dei risultati; 3) struttura gerarchizzata e chiusa, con frequenti duplicazioni di competenze e servizi. Il modello *weberiano* della burocrazia si traduce nel fatto che l'accento non è posto sull'ottenimento e il controllo dei risultati dell'attività amministrativa, ma sulla legalità dell'azione.

Al fine di introdurre efficacia nella gestione della amministrazione pubblica si debbono pertanto fissare degli obiettivi, definire le modalità per raggiungerli, analizzare le cause esplicative delle differenze tra le previsioni e le realizzazioni e decidere i meccanismi di correzione degli errori²⁶. Il solo modo che l'amministrazione pubblica ha di convincere la collettività è far vedere che le risorse coattivamente sottratte sono state utilizzate nella maniera più efficace.

Nel caso di servizi prodotti parallelamente dalla pubblica amministrazione e dalle imprese, utilizzando le seconde tecniche manageriali e le prime procedure puramente amministrative, si può facilmente osservare che per situazioni analoghe, i costi unitari di produzione sono maggiori nelle prime che non nelle seconde.

Per esempio, la funzione di produrre direttamente i servizi di istruzione primaria o l'assistenza sanitaria, propriamente parlando, non costituiscono affatto un compito della pubblica amministrazione. L'amministrazione pubblica dovrebbe limitare le sue funzioni alla verifica che gli agenti produttori soddisfino le condizioni di integrazione sociale, di qualità e di eguaglianza nell'accesso. In particolare per quel che concerne le istituzioni statali, l'amministrazione dovrebbe vegliare sull'utilizzo efficace delle risorse messe a disposizione, attraverso una procedura manageriale, come quella dei proprietari delle istituzioni private. A tale scopo, le riforme degli ultimi anni tendono a introdurre un sistema di mercato concorrenziale all'interno degli stessi agenti pubblici e/o cercano di creare dei mercati misti concorrenziali pubblici/privati o altri sistemi di partenariato, conservando comunque il finanziamento pubblico.

3.1.3. Le riforme nella pubblica amministrazione

Quando è la stessa amministrazione pubblica a produrre i servizi di protezione sociale è necessario che le unità produttive siano indipendenti da quelle legislative. Ciascuna di queste dovrebbe lavorare come un vero centro di responsabilità, con un responsabile a cui appunto competono i livelli di decisione che gli permettano di ricercare le strategie più efficaci per raggiungere gli obiettivi fissati in rapporto alle risorse disponibili.

Negli ultimi anni, seguendo gli indirizzi sopra esposti, in numerosi Stati membri si stanno predisponendo “*contrats de performance*” (o contratti per obiettivo) al fine di

²⁶ Barea, J. e Gómez, A. (1994).

migliorare l'efficacia e l'efficienza della pubblica amministrazione, riducendo i costi complessivi. I contratti di performance servono a definire gli obiettivi, a potenziare il controllo di gestione e a delimitare le responsabilità, conferendo ai manager quelle decisioni operative correnti che caratterizzano la gestione decentrata²⁷. Vi sono diversi tipi di contratti di performance:

- gli accordi-quadro tra ministro e direttore esecutivo su grandi strategie o priorità;
- i contratti relativi al budget o gli accordi in materia di risorse, negoziati tra i servizi centrali di budget e il direttore esecutivo di un ministero/agenzia. La maggioranza dei paesi UE, negli ultimi anni, ha cercato di migliorare i processi di budget, il controllo delle spese e l'efficienza allocativa e tecnica (si veda il caso, più avanti esposto, delle definizioni di budget nell'*Östergötland* svedese);
- gli accordi relativi alla performance organizzativa o dei direttori esecutivi (in vista di una più grande autonomia operativa nella realizzazione degli obiettivi);
- gli accordi cliente/fornitore al fine di delimitare la responsabilità di ciascuno;
- i contratti inerenti gli obiettivi intergovernamentali e gli accordi di partenariato, frequentemente legati al trasferimento della responsabilità di programmi o di fondi da una amministrazione nazionale a una infranazionale, impegnata a offrire servizi di livello e qualità predeterminati. Questi contratti riguardano in genere l'educazione, la sanità e il mercato del lavoro, quando l'amministrazione centrale decide di mantenere la responsabilità ufficiale di offrire servizi, conferendo tuttavia la messa in opera ad autorità locali al fine di guadagnare efficacia. E' il caso della riforma sanitaria portoghese del 1993.

In Danimarca nel corso degli anni novanta, è stata introdotta la contabilità di impresa negli organismi pubblici, cominciando a definire contratti che legano prestazione e remunerazione dei manager e contemporaneamente riducendo i posti a tempo indeterminato di questi.

L'Austria, per produrre concorrenza nel settore ospedaliero, con le ultime riforme, ha introdotto un sistema di rimborso in funzione dei risultati e un sistema di gara d'offerta. Sta considerando inoltre la possibilità di introdurre sistemi competitivi tra le casse di assicurazione sociale.

La Spagna, ricercando un sistema di incentivi adeguati e nuovi metodi di gestione, ha previsto con la legge finanziaria del 1999 la trasformazione di molti ospedali pubblici in "fondazioni pubbliche di sanità" al fine di favorire l'autonomia gestionale. Di più, nel contesto di una devoluzione alle autonomie locali della politica sanitaria, alcuni ospedali pubblici sono stati affidati a sistemi di gestione privata (si veda il caso dell'Ospedale d'Alzira, di seguito esposto).

Per quanto riguarda la riforma della istruzione, probabilmente la Svezia ha fatto i passi più lunghi, tentando di trasformare un sistema basato su regole legislative in un sistema orientato a obiettivi e risultati.

3.1.4. L'introduzione dei partenariati²⁸

Negli ultimi anni gli Stati membri della UE hanno aperto l'offerta di servizi finanziati pubblicamente alla concorrenza tra fornitori pubblici e privati. Salvaguardando completamente il finanziamento pubblico le amministrazioni stanno cominciando a realizzare un cambiamento dei sistemi di gestione che renda possibile la produzione di

²⁷ OECD (1999b), p. 7

²⁸ L'OCSE sta cominciando a usare l'espressione PPP (Public Private Partnership)

servizi pubblici da parte di agenti diversi dalle amministrazioni stesse, con miglioramento delle prestazioni e riduzione di costi²⁹.

Innanzitutto la competizione è stata introdotta conferendo la produzione dei servizi pubblici attraverso procedure di licitazione, concessioni amministrative o subappalti. Un'altra possibilità di introdurre la concorrenza nei servizi finanziati pubblicamente è quella di concedere ai beneficiari la libertà di scelta tra i produttori pubblici e privati, attraverso il sistema dei buoni, dei rimborsi, del credito di imposta e così via. In questi casi, pur non disponendo ancora di molti studi empirici, si può tuttavia rilevare con particolare riguardo alla istruzione primaria e secondaria: 1) la libertà di scelta tra pubblico e privato rappresenta un importante fattore di miglioramento della qualità delle istituzioni; 2) i genitori dovendo scegliere la scuola sono obbligati a interessarsi del processo di apprendimento dei figli; 3) le scuole poste in concorrenza e in particolare quelle private introducono sistemi di apprendimento più intensivo conservando nello stesso tempo una maggior disciplina³⁰. D'altra parte, essendo stato constatato che la concessione della libertà di scelta tra i produttori di servizi – che generalmente dispiegano un marketing più aggressivo – può condurre ad accrescere sensibilmente i costi, il sistema dei buoni può servire a calmierare il budget, fissando un tetto di spesa per abitante e allo stesso tempo introducendo sistemi di co-pagamento per chi volesse consumare di più.

Un partenariato *ante litteram* nel campo della sanità è stato attuato in Belgio, dopo la legge del 1963 che ha realizzato una assicurazione contro le malattie pubblica e obbligatoria, ma associata a un sistema privato di assistenza basato sulla libera scelta del medico, dell'ospedale e sul pagamento della prestazione con successivo rimborso. La gestione e l'amministrazione della assicurazione è stata prevalentemente affidata a organizzazioni non governative (cinque mutualità, una cassa per i ferrovieri e una cassa pubblica)³¹. La concorrenza tra le mutualità è forte in quanto l'entità delle risorse necessarie al finanziamento della loro amministrazione dipende dal numero di affiliati acquisiti. La riforma del 1993 ha quindi responsabilizzato tutti gli attori in gioco al fine di diminuire la notevole crescita della spesa sanitaria (sono stati introdotti i ticket, una percentuale significativa del deficit è stata attribuita alle mutualità che l'hanno prodotto, è stato realizzato un controllo più stretto del numero dei letti ospedalieri, dei medici e dei dentisti).

In Danimarca – il secondo paese della UE quanto a spese per la protezione sociale in percentuale del PIL – negli ultimi anni si è determinato un ricorso più largo a meccanismi di mercato e a sistemi di competizione tra i servizi al fine di renderli più efficaci. In questo senso il Ministero delle Finanze ha elaborato una circolare che stabilisce l'obbligatorietà di procedere a gare di appalto per tutti i servizi. Essa è ancora poco seguita, essendo per ora realizzato l'aggiudicamento di solo il 5% dei servizi di protezione sociale. Ma dove ciò è avvenuto i risparmi sono risultati tra il 15 e il 25%. D'altra parte vi è un vivace dibattito nella pubblica amministrazione danese concernente la domanda sempre più individualizzata di servizi e di una maggior libertà di scelta tra gli stessi. In questo senso si è cominciato a proporre ai consumatori un buono-servizio per quanto riguarda in particolare l'assistenza agli anziani e alcune altre necessità sanitarie.

²⁹ Si veda l'eccellente documento di lavoro di Lundsgaard, Jens (2002)

³⁰ Ibid. Box 2, pp. 10-12

³¹ OECD (1999): *Country Studies. Belgium-Luxembourg*

In Gran Bretagna, all'inizio degli anni novanta, è stata lanciata un'iniziativa di finanziamento privato – *Public Finance Initiative*, PFI –, che introduce meccanismi attraverso i quali il governo acquista i servizi delle infrastrutture pubbliche (ma non le infrastrutture) da un fornitore privato. Ciò si è tramutato in una riduzione di costi, quando i tassi d'interesse dei finanziamenti privati si sono mantenuti sufficientemente bassi e la realizzazione delle gare di appalto non ha richiesto spese eccessive. La caratteristica unica dei PFI è che essi sono rivolti a coprire le esigenze strutturali di servizi pubblici come le scuole, gli ospedali e le prigioni (anche se i due terzi dei contratti riguardano i trasporti). Nel campo della sanità e della istruzione, i PFI prevedono normalmente la costruzione, la manutenzione e degli edifici e di servizi come pulizie, ristorazione etc. Sono così i partner privati che procedono a grossi investimenti nell'edilizia e nelle altre infrastrutture fisiche. I PFI permettono ai soggetti detentori degli appalti di ricercare soluzioni innovative per ridurre i costi, concedendo tempi di pianificazione relativamente lunghi. I contratti PFI definiscono usualmente un certo numero di esigenze concernenti la qualità e lasciano agli appaltati la libertà sul come soddisfare tali esigenze. Il singolo PFI deve tradursi necessariamente in un guadagno di efficienza operativa per produrre beneficio al partner privato, che è incentivato all'efficienza soprattutto quando ha la possibilità di innovare. Grazie alla formula dei PFI, i partenariati possono egregiamente adattarsi ai bisogni, le competenze esistenti nel privato vengono messe a disposizione del pubblico, i vantaggi derivati dai guadagni di efficienza possono essere condivisi con gli allocatari degli appalti. Questi ultimi sopportano il rischio finanziario in caso di fallimento. Al momento tuttavia nel Regno Unito non è ancora possibile ricorrere a prestatori privati per servizi all'interno della attività sanitaria e dell'istruzione. Nel resto dell'Europa questo tipo di partenariato è stato utilizzato per le infrastrutture dei trasporti.

In Portogallo, mentre si ritiene di dover mantenere un insieme comune e completo di servizi sanitari a caratteristica universale, si obbligano gli utilizzatori a scegliere un sotto-insieme di servizi tra il SSN e altro regime, al fine di mettere il primo in concorrenza con fornitori privati migliorandone l'efficienza³².

Per quanto riguarda l'istruzione, sebbene si sia frequentemente obiettato che in tale campo è impossibile applicare i metodi della gestione d'impresa, numerose amministrazioni centrali o regionali stanno cercando di concedere maggiori poteri ai capi d'istituto, agli insegnanti e ai genitori. Inoltre stanno cercando di realizzare una parte dei servizi attraverso contratto piuttosto che direttamente³³. Verrà presentato più avanti il caso lombardo.

In Finlandia, dove esiste un gran numero di servizi collettivi, il problema della maggior efficienza del settore pubblico si è posto all'inizio degli anni novanta. Mentre fino al 1993 i servizi sociali ed educativi erano forniti esclusivamente dalle municipalità, una nuova legge permette oggi di rivolgersi a produttori privati anche per i servizi obbligatori. In parallelo, dal 1995, è stato applicato alle amministrazioni pubbliche un sistema di gestione che privilegia la produzione e i risultati.

Per quanto riguarda la gestione dei servizi di aiuto alla occupazione, alcuni stati membri della UE hanno recentemente permesso la possibilità di una gestione privata, sebbene finanziata pubblicamente. Inoltre nel quadro del Programma LEED (*Local Economic and Employment Development*) dell'OCSE per lo sviluppo locale negli anni ottanta, è stata introdotta la concorrenza tra attori pubblici e privati. Si possono rinvenire

³² OECD (1998): *Country Studies. Portugal*

³³ Cf OECD (2001c)

esperienze interessanti in tal senso in Irlanda, Spagna, Portogallo, Finlandia, Danimarca e Belgio. L'Unione Europea ha assunto un ruolo di protagonista favorendo appunto il concetto di sviluppo locale con la riforma dei fondi strutturali del 1992. Vi sono poi i programmi di lotta alla disoccupazione come ERGO, LEDA, etc.

I programmi citati suggeriscono un vero partenariato, implicando numerosi attori: gli uffici governativi centrali, le autorità regionali e locali, gli imprenditori, le organizzazioni non governative, le cooperative, le università, etc. Ciò al fine di stimolare le capacità locali a prendere iniziative adeguate agli avvenimenti e ai bisogni³⁴. Le persone per cui sono stati concepiti i servizi di aiuto all'occupazione sono così trattate come partner. E' interessante citare che la Commissione Europea nel 1996, valutando molto positivamente le iniziative LEDA, ne abbia parlato come di iniziative *"al cuore di un nuovo movimento europeo"*³⁵.

I partenariati permettono di migliorare i modi attraverso cui la società risolve i propri problemi e soddisfa i propri bisogni collettivi. Tuttavia, come ricorda l'OCSE, il potenziale di miglioramento della *governance* per mezzo dei partenariati non è affatto sfruttato in tutte le sue possibilità. Non è per nulla sufficiente creare una catena di partenariati perché i risultati migliorino automaticamente. *"Applicare una simile strategia deve permettere di coordinare meglio le politiche governative e di adattarle meglio alle condizioni locali, di ottenere una miglior utilizzazione dei programmi pubblici, essendo questi più calibrati, di tenere in grande conto, attraverso una maggiore democrazia partecipativa, le preoccupazioni della società civile nel lavoro di pianificazione degli interventi, di incitare le imprese a partecipare ai progetti locali e di accrescere la soddisfazione del pubblico nei confronti dello stato (...). Una simile strategia è impregnata dell'idea secondo la quale sono i partner stessi ad essere il luogo migliore per apprendere cosa fare al fine di accrescere l'efficacia delle proprie azioni"*³⁶.

Concludendo, le esperienze riportate mettono in evidenza oltre che le soluzioni, un problema molto importante, che ancora non ha una risposta adeguata: la valutazione della qualità dei servizi forniti, ovvero la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza insieme. Pochissimi studi sono stati elaborati al proposito nel campo della protezione sociale e, nei paesi in cui si è tentato concretamente di introdurre procedure di valutazione, il rischio è stato quello di ricreare un modello *taylorista*, dovendo ciascuna unità di servizio ricorrere a processi già noti, meccanicamente ripetuti al fine di conformarsi a norme di garanzia. Vi è invece la necessità di favorire la creatività dei gestori nel ripensare la loro missione³⁷ ed eventualmente nuove modalità di risposta ai bisogno. Ma questo è appunto un altro problema.

³⁴ Vi sono numerosi documenti al proposito. Citiamo a titolo di esempio OECD (1999a) e (2001b)

³⁵ Commission Européenne (1996)

³⁶ OECD (2001b) pp. 143-145

³⁷ OECD (2001c) p. 27

3.2. Tre tentativi di novità

Si descrivono di seguito tre tentativi attraverso cui le amministrazioni hanno cercato di utilizzare la legislazione vigente per introdurre novità di gestione di alcuni servizi essenziali della protezione sociale.

3.2.1. La sanità dell'Östergötland³⁸



Östergötland è una delle 21 Contee (assimilabili alle regioni) svedesi. Si trova a sud di Stoccolma (la capitale svedese), su di una superficie di 10562 km², con 411345 abitanti nel 2000. La città principale è Linköping.

Breve descrizione dell'evoluzione storica del sistema sanitario

La Svezia è suddivisa in 21 aree geografiche, dette Contee, anche se, per precisione, si tratta di 18 Contee, due regioni ed una città con gli stessi poteri di una Contea. Ogni Contea è responsabile per il servizio sanitario offerto alla popolazione di riferimento. Il servizio sanitario è amministrato a quattro livelli: livello statale, livello regionale (si tratta dell'associazione tra Contee), livello di Contea e livello comunale o di città. Il potere a livello statale è prettamente a carattere generale; lo Stato legifera leggi con carattere di linee guida relativamente alla sanità ed ha una funzione di supervisione sullo svolgimento delle attività stesse. La Contea è responsabile per i servizi secondari e parte dei servizi primari (*vårdcentral*), mentre dei servizi territoriali è responsabile il Comune.

Fin dal 1860, periodo in cui vennero fondate le Contee (*county councils*), il governo a capo della Contea vide aumentare le sue responsabilità relative al servizio sanitario locale. Negli anni Cinquanta e Sessanta il servizio sanitario fu caratterizzato da forte espansione e numerose riforme, risultato della prospera economia. In quegli anni il governo centrale si ritrasse da molte “attività di servizio sanitario” e “consegnò l'organizzazione medica distrettuale ed i grandi ospedali psichiatrici al governo locale (si legga governo di Contea)”, al punto che, oggi, le Contee sono pressoché monopoliste dell'offerta di assistenza sanitaria³⁹. La responsabilità dei servizi secondari era stata trasferita alle Contee già nel 1928. Nel 1970 vi fu la riforma detta ‘Seven Crown’, che rese i medici ospedalieri dipendenti salariati a tempo pieno e determinò un ticket per l'accesso ai servizi sanitari. Negli anni Ottanta l'enfasi venne posta sull'importanza di una leadership medica qualificata. Inoltre, il governo centrale adottò una politica di ‘wait and see’, concedendo ampia autonomia alle Contee per quanto concerneva le politiche sanitarie. Nel 1982, il governo centrale emanò ‘the Swedish Health Care Act’ sulla base del quale vennero affidate ai consigli di Contea le “responsabilità per l'organizzazione e [...] erogazione dell'assistenza sanitaria”⁴⁰. Nel 1992 infine il governo centrale delegò con la *ÄDEL Reform* la cura sanitaria per gli

³⁸ Le presenti informazioni sono tratte da Iris M. Bosa (2002).

³⁹ Garpenby (1992)

⁴⁰ Onetti (1997)

anziani e in un momento successivo anche la cura per le persone disabili al governo municipale.

Il finanziamento

Il sistema sanitario svedese è finanziato in prevalenza attraverso le imposte pagate dal cittadino. La raccolta fiscale avviene su tre distinti livelli: a livello comunale, di Contea e nazionale. Oltre l'80% della raccolta tributaria a livello di contea viene investita nella fornitura del servizio sanitario della stessa, il 4% è destinato al servizio odontoiatrico, il 3% alle attività educative e culturali, il 4% ai servizi di trasporto ed il rimanente 5% ad altri servizi⁴¹.

Il contributo a carico del cittadino è determinato da un'aliquota da applicarsi sull'ammontare del salario o stipendio che il cittadino ha riscosso durante il periodo di riferimento. Il governo centrale suggerisce l'aliquota che dovrebbe essere applicata da parte del consiglio di Contea e del consiglio comunale, lasciando, però, un certo margine di libertà nella determinazione dell'aliquota effettivamente applicata. Il governo centrale adotta quindi un modello di "equalizzazione" delle entrate delle Contee (calcolate sui redditi dei residenti) e dei costi.

L'organizzazione sanitaria

La cura degli anziani e dei disabili, come già indicato, è di competenza della municipalità. Le *vårdcentral*, cioè centri di servizio sanitario primario, sono di competenza delle Contee ed in esse operano i medici di medicina generale. L'orario di apertura copre solitamente tutta la giornata, fino alle cinque del pomeriggio. Vi è sempre la reperibilità di un medico in caso di urgenze. Il medico è coadiuvato nella sua attività da infermieri professionali. Il centro ha una *reception* dove un'infermiera o una segretaria organizza gli appuntamenti e l'attività d'ufficio. Nella *vårdcentral* operano anche altre figure professionali, quali fisioterapisti, psicologi e pediatri. In alcune *vårdcentral* vi è la presenza di un laboratorio, che dipende dall'ospedale di riferimento e che procede all'analisi di sangue ed elementi organici direttamente in loco. L'organico varia a seconda del bacino d'utenza e dell'entità del servizio offerto. Le *vårdcentral* operano come centro di prima assistenza e non hanno, a tutt'oggi, alcuna funzione di *gate-keeper*, cioè di "controllore dell'accesso" agli altri servizi sanitari, in particolare specialistici.

Le *vårdcentral*, e quindi tutta l'attività che vi si svolge come pure le persone impiegate, sono sotto la responsabilità della Contea. I medici di famiglia, inoltre, sono stipendiati e non convenzionati come accade sovente in altre realtà nazionali. Esistono, comunque anche *vårdcentral* private cui la Contea deve trasferire i fondi per i servizi da offrirsi alla comunità di riferimento. La differenza tra *vårdcentral* pubbliche e private sta nel fatto che le *vårdcentral* pubbliche devono sottostare alle decisioni della Contea, mentre quelle private hanno vincoli verso il consiglio di Contea limitatamente agli accordi presi per la prestazione da fornire alla popolazione.

In Svezia gli ospedali sono in maggioranza pubblici. Vi sono alcuni ospedali che solo recentemente sono diventati privati nelle grandi città, come ad esempio Stoccolma, sotto la spinta ad un sistema di mercato avutasi nella seconda metà degli anni Novanta. In tutte le Contee vi sono in media due o tre ospedali. Gli ospedali multispecialistici, che quindi si possono raggruppare nella categoria dei servizi sanitari terziari, sono

⁴¹ Landstingsförbundet (2000)

solitamente universitari. Questi ospedali sono anche definiti regionali, in quanto il loro bacino di utenza non è limitato ad una sola Contea, ma si rivolge a più Contee limitrofe. In Svezia vi sono sette ospedali universitari.

La contea di Östergötland (a sud di Stoccolma, con Linköping quale città principale) è suddivisa in tre distretti (ovest, centro ed est), ognuno dei quali ha un proprio ospedale e varie *vårdcentral*. Ogni *vårdcentral* ha il proprio manager e la sua gestione è indipendente rispetto alle altre. Tuttavia nel loro insieme le *vårdcentral* formano un'unica organizzazione, che riceve le direttive dalla Contea e sono coordinate da un unico responsabile. Nella Contea in esame si possono distinguere tre livelli di cura:

- a) *Primärvård* – la cura primaria
- b) *Läanssjukvård-länsdelljukvård* – ospedale locale
- c) *Regionsjukvård* – l'ospedale regionale, dove vengono prestate cure altamente specializzate a tutta la regione in cui la Contea di Östergötland si trova. L'ospedale di Linköping, la città principale della Contea, è di tipo universitario.

Aspetti interessanti dell'esperienza dell'Östergötland

Gli anni Novanta sono stati caratterizzati per la Svezia da una forte difficoltà economica, dopo una costante crescita iniziata nei primi anni Ottanta (anche se un rallentamento dell'economia si era già registrato dall'85). Tutti i paesi occidentali erano caratterizzati in quel periodo da una situazione di crisi (si ricorda tra l'altro l'aumento del prezzo del greggio in seguito alla prima guerra contro l'Iraq). Il livello di *welfare* sociale che caratterizzava la Svezia non era più sostenibile e nel 1993 il paese si trovò, per la prima volta nel corso del secolo, con un indice di disoccupazione a due cifre. La sanità era la componente che maggiormente incideva sulla spesa pubblica e venne identificata tra i servizi che dovevano essere ridotti.

Così all'inizio degli anni Novanta l'Östergötland venne sottoposto a forti pressioni verso il contenimento dei costi, attraverso la ricerca di nuove soluzioni organizzative. Vennero introdotti vari cambiamenti nel sistema sanitario e in particolare si sentì la necessità di attribuire maggior importanza ai servizi primari rispetto a quelli secondari, che storicamente avevano dominato nella cultura sanitaria svedese. Nel 1992 le *vårdcentral* divennero indipendenti e con un proprio budget. La nuova immagine era vista come un modo per rinforzare la responsabilità (*accountability*) dei professionisti, facilitando nel contempo la gestione complessiva delle risorse disponibili. Presso la contea venne istituita la commissione incaricata di gestire il budget dei servizi primari, operante in maniera distinta e autonoma dalla commissione dei servizi secondari (fino ad allora i servizi primari rientravano sotto la responsabilità gestionale dei servizi secondari). Inizialmente i manager delle *vårdcentral* erano medici, mentre successivamente l'attenzione si spostò sulle capacità di leadership, facendo sì che anche le infermiere venissero scelte per tale funzione. L'importanza riconosciuta nelle qualità di leadership introdusse modifiche organizzative nell'ospedale universitario, caratterizzato da difficoltà gestionali e finanziarie. La posizione del direttore generale venne rimossa e vennero introdotti nove centri (*centrum*) organizzativi con a capo un medico o un infermiera in qualità di manager. La persona a capo del centro era ed è responsabile del contratto siglato tra centro e contea al fine di rendere molto più facile per la contea l'identificazione del responsabile a cui rivolgersi qualora ve ne sia la necessità.

Strumenti tipici del mercato sono stati introdotti con successo nel sistema e all'interno di una professione cui non era stata mai richiesto di preoccuparsi della dimensione finanziaria e gestionale. L'esperienza dell'Östergötland sta dimostrando che è possibile utilizzare sistemi privatistici all'interno del settore pubblico. La maggior parte dei medici e delle infermiere utilizzano con facilità i concetti ed il linguaggio economico e gestionale. Questi sono considerati come componenti della attività sanitaria, le cui risorse non sono infinite e debbono pertanto essere gestite senza sprechi.

La *vårdcentral* è responsabile della gestione delle attività

In Östergötland vi sono ben 42 *vårdcentral*, di cui 36 pubbliche e 6 private. Tutte le *vårdcentral* siglano dei contratti con il responsabile della Contea. Il contratto indica i servizi che devono essere garantiti e gli obiettivi da raggiungere. Al fine di adempiere alle funzioni prescritte, le *vårdcentral* ricevono un budget che dovrebbe coprire tutte le spese cui faranno fronte. Alla gestione del budget è in carico il responsabile della *vårdcentral*, che solitamente è un medico. Nel 1999, vi era solamente una realtà, con a capo un'infermiera, mentre nel 2001 vi erano addirittura 4 *vårdcentral* ed un *centrum* della clinica universitaria di Linköping gestiti da infermiere.

I medici non hanno sempre accolto favorevolmente la scelta di una infermiere quale leader dei centri. L'esperienza si è dimostrata comunque positiva, in quanto i centri gestiti da infermiere stanno mantenendo una situazione finanziaria in equilibrio. Questo risultato sta facilitando l'accettazione della strategia seguita da parte della categoria medica.

La differenza fondamentale tra le realtà pubbliche e private sta nella disponibilità del risultato d'esercizio. Nelle *vårdcentral* private un eventuale avanzo o disavanzo sarà sotto la responsabilità dell'ente stesso, mentre nel caso di avanzo in una realtà pubblica, una parte dello stesso resterà a carico dell'organizzazione che potrà deciderne liberamente il modo di utilizzo, mentre il restante verrà restituito al responsabile di tutte le *vårdcentral*, che provvederà ad utilizzarlo secondo il fabbisogno che è emerso all'interno dell'organizzazione complessiva.

In Östergötland nei primi anni Novanta è stata introdotta la distinzione tra acquirente e produttore del servizio (*purchaser-provider split*), che, a dire il vero, è alquanto ibrido, poiché l'acquirente (la Contea) detiene ancora una notevole influenza nell'organizzazione del servizio del produttore (*vårdcentral*/ospedale).

In alcune *vårdcentral* vi sono maggiori problemi nel reclutare il personale, in particolare i medici di medicina generale. La contea può prendere in considerazione la possibilità di delegare la gestione di tali "*vårdcentral* critiche" ad organizzazioni private, che possono anche risparmiare ricorrendo a personale a tempo determinato (la contea finanzia la spesa conseguente al reclutamento di tale personale). La carenza dei medici di medicina generale è un problema che diverrà sempre più grave nel prossimo futuro, quando un numero consistente di medici andrà in pensione.

L'organizzazione ospedaliera si modifica a fronte della necessità di identificare il responsabile del budget

Come accennato, la clinica universitaria, già da alcuni anni, non ha più una struttura organizzativa piramidale, con a capo un responsabile di tutta la struttura. La figura del direttore della clinica è stata rimossa. I vari reparti sono raggruppati in nove *centrum*, ognuno con propria autonomia gestionale ed organizzativa. La Contea assegna ad ogni *centrum* un budget autonomo e con il responsabile procede alla stesura del

contratto per il periodo di riferimento (un criterio molto simile a quanto avviene per le *vårdcentral*, dove si stipula un contratto con ogni unità). Il contenuto generale del contratto è uguale per tutte le *vårdcentral* e *centrum* ospedalieri, mentre poi vengono prese in considerazione le peculiarità a cui dare rilevanza nella formulazione dell'accordo. Con la nuova struttura i singoli *centrum* sono più indipendenti gli uni dagli altri. L'innovazione non è stata introdotta con l'intento di disintegrare le comunicazioni tra i vari servizi, tutt'altro. La nuova esperienza porta infatti i responsabili dei *centrum* a cercare la collaborazione con i colleghi, in quanto i pazienti, inevitabilmente, spesso transitano attraverso più reparti e *centrum*. Questi legami trovano ragione nel miglioramento del servizio complessivamente offerto, ma anche in valutazioni di tipo economico.

Per l'amministrazione della Contea il sistema introdotto facilita l'identificazione della figura responsabile per il budget attribuito; inoltre un'organizzazione più piccola è anche più flessibile verso i cambiamenti. E' stato istituito uno staff con a capo un medico avente il compito di affrontare problemi di carattere professionale in cui potrebbero incorrere i dipendenti della struttura ospedaliera, come pure di supportare la comunicazione tra i diversi *centrum*.

L'esperienza della clinica universitaria in Linköping è risultata essere talmente positiva che nell'ospedale di Norköping è stato introdotto lo stesso principio: è stata rimossa la figura del direttore ospedaliero, sono stati istituiti quattro *centrum* ed i budget sono stati assegnati direttamente ai singoli *centrum*. Questo cambiamento è pianificato anche per l'ospedale di Motala. Tale è la politica della Contea, che implementa inizialmente un progetto in uno dei distretti ed in base al successo che raggiunge decide di estendere l'esperienza alle altre due realtà, lasciando spazio ad un adattamento che rispetti le peculiarità dei diversi ambienti in cui andrà ad innestarsi.

La responsabilità estesa

L'istituzione (1992) di due commissioni, una per i servizi primari e l'altra per i servizi secondari/terziari, al fine di gestire le decisioni relative ai specifici livelli sanitari e il rispettivo budget, ha avuto un apparente arretramento nel 2000, quando è stata nuovamente istituita una commissione unica. Tuttavia le *vårdcentral* restano autonome e gestite indipendentemente, per quanto possibile e sensato, dall'ospedale. L'unificazione delle due commissioni è stata effettuata al fine di facilitare la gestione amministrativa dei servizi prestati. La commissione unica è sembrata la soluzione migliore per garantire che il flusso delle risorse finanziarie seguisse i servizi forniti, in quanto, negli anni precedenti gli operatori dei servizi primari si lamentavano che al trasferimento di servizi dal livello secondario al livello primario, non era corrisposto un parallelo flusso finanziario.

Mentre l'identificazione degli obiettivi di prestazione avviene a livello politico, nel corso degli ultimi anni si è avviata una maggior cooperazione tra le diverse parti coinvolte nella prestazione del servizio. Medici ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri, politici e pazienti sono stati coinvolti, in momenti differenti e con diversa intensità, nella valutazione del modo con cui l'assistenza sanitaria è prestata per alcune specifiche malattie. Ciò al fine di mettere in evidenza le diverse prospettive di approccio alla malattia, di individuare possibili spazi di miglioramento del servizio fornito e di utilizzare a livello ottimale le risorse.

3.2.2. L'Ospedale d'Alzira



Política sanitaria in Spagna

A grandi tratti, il sistema sanitario spagnolo è basato sulla produzione pubblica di servizi finanziati pubblicamente, con risorse provenienti dalla sicurezza sociale e dallo stato centrale. Gli esperti sono concordi nell'affermare la dissociazione esistente tra la pretesa efficacia del sistema sanitario nazionale e il livello di soddisfazione dei beneficiari, a causa soprattutto dell'eccessiva tutela esercitata dall'autorità sanitaria (attribuzione di centri di riferimento, di quote-parte, regolamentazione amministrativa dei salari e delle politiche del personale, etc). Nel 1979 è cominciato il trasferimento alle Regioni ("Comunidades Autónomas") delle competenze in materia di promozione della salute e prevenzione, e nel 1981 la gestione della sanità è stata affidata completamente alla Catalogna, e poi al Paese Basco, la Galizia, l'Andalusia, la Comunità di Valencia, la Navarra e le Canarie. Alla data del primo gennaio 2002 il trasferimento è stato completato per l'intero territorio nazionale e le 17 Autonomie.

Fondamenti giuridici del sistema di gestione dell'ospedale d'Alzira⁴²

La legge Generale in materia sanitaria, n. 14 del 25 aprile 1986, all'articolo 65, fissa che ciascuna *Area de Salud* deve disporre o almeno essere in rapporto con un Ospedale Generale in grado di svolgere l'assistenza clinica e specialistica richiesta dal territorio di utenza.

L'*Area de Salud* n. 10 del servizio sanitario di Valencia nel 1997 si componeva di 27 municipalità, tra cui Alzira, con una popolazione di circa 230.000 abitanti, e non disponeva di un proprio centro ospedaliero. Poiché i cittadini per recarsi all'ospedale dovevano spostarsi a Valencia con un percorso di almeno 45 Km, era stato da tempo

⁴² *Pliego de Cláusulas de Explotación para el concurso público por procedimiento abierto de la gestión de la atención sanitaria especializada del área 10 del servicio valenciano de salud.* Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, Direcció General de Règim Econòmic, 28.1.1997.

deliberato l'impegno di costruire una nuova infrastruttura sanitaria. Nel 1997, appunto, la *Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalitat de Valencia*, a cui nel 1982 erano stati trasferiti i compiti di politica sanitaria, convocò una gara d'appalto pubblica al fine di aggiudicare la realizzazione di un progetto e di un piano d'opera per un nuovo ospedale (225 camere a un letto, più il letto per l'accompagnatore), costruito su terreni ceduti dalla municipalità di Alzira.

Mentre si stavano elaborando i progetti dell'ospedale venne promulgata una legge nazionale (RDL n. 10/96 del 17 giugno), che prevedeva la possibilità di adottare nuove forme di gestione nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, ampliando *“le forme di organizzazione gestionale previste dalla Legge Generale in materia di sanità”*. La forma scelta può recepire altre possibilità che comprendono non solo la gestione diretta, ma anche quella indiretta attraverso società pubbliche, assoggettate al diritto privato. Vi è così la possibilità di gestire e amministrare attraverso non importa quale genere di entità, creata da persone fisiche o giuridiche private, per mezzo di accordi o convenzioni. Durante gli anni novanta, in effetti, le amministrazioni pubbliche hanno messo alla prova differenti figure giuridiche di collaborazione tra pubblico e privato, fondazioni, consorzi e concessioni, che potessero migliorare l'efficienza delle istituzioni sanitarie.

Lo stesso decreto 10/96 fonda il principio che afferma *“il bisogno di forme organizzative più flessibili, assolutamente necessarie per far fronte alle esigenze di efficienza e risultati nell'uso delle risorse pubbliche in sanità”*. Anzi, stabilisce un principio più largo, con forme giuridiche che più adeguatamente favoriscano il senso di responsabilizzazione nell'ambito complesso dell'organizzazione sanitaria e contribuiscano a rendere effettiva la separazione progressiva delle competenze di finanziamento e acquisto dei servizi sanitari da quelle di gestione e produzione degli stessi. L'introduzione e la diffusione dei mutamenti organizzativi deve giustamente cominciare nei centri sanitari che non hanno ancora cominciato a funzionare.

Il RDL 10/96 sostiene la possibilità di realizzare nell'Area 10 sistemi gestionali nuovi, da poco esistenti e assai poco applicati in sanità. Il sistema più adeguato sembrò la gestione indiretta per mezzo di concessione amministrativa, largamente utilizzato in altri settori di gestione dei servizi pubblici. Uno degli aspetti della concessione amministrativa prevede che il gestore indiretto dei servizi debba costruire e realizzare, come proprio progetto, le infrastrutture e le installazioni tecniche necessarie alla fornitura dei servizi. Una volta concluso il periodo di concessione le infrastrutture e le installazioni torneranno al potere pubblico.

Una tale formula giuridica non può assolutamente essere assimilata alla *“privatizzazione”* di un servizio pubblico, in quanto questa ha luogo solo quando l'amministrazione declassa un'attività economica precedentemente dichiarata servizio essenziale e riservato. Questo non è il caso presente.

Nella gestione indiretta attraverso una concessione ordinaria:

- il servizio pubblico – nel caso di Alzira, l'assistenza sanitaria specialistica – resta un servizio pubblico essenziale, la cui titolarità è dell'amministrazione concessionaria, che mantiene i poteri di controllo, ispezione, modifica legislativa, sanzione etc;
- il gestore privato, designato secondo le condizioni previste dall'appalto, quando firmi il contratto diventa giuridicamente un collaboratore dell'amministrazione per una gestione nell'interesse pubblico;

- la procedura di remunerazione dell'aggiudicatario – forfettaria o per quota capitarla, come questo preferisce a suo rischio – è una formula largamente utilizzata dalle amministrazioni per l'allocazione di risorse pubbliche, in genere magre, che possano tuttavia permettere l'installazione e la gestione di un servizio, che una volta “scaduto” dovrà essere reso in buono stato di conservazione e funzionamento.

La gara d'appalto della *Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana* comprendeva i seguenti obiettivi:

- la prestazione di servizi sanitari specialistici, tanto in regime di ricovero che ambulatoriale – secondo il catalogo dei servizi fissato dalla legge – ai residenti nell'*Area de Salud 10*, i quali si potevano comunque avvalere anche dei servizi dell'ospedale di Valencia;
- allo scopo di tali prestazioni, l'aggiudicatario doveva procedere alla costruzione e all'equipaggiamento dell'ospedale della Ribera (d'Alzira), come bene pubblico integrato nella rete ospedaliera della comunità di Valencia. Tutte le imprese del settore assicurativo potevano concorrere all'appalto purché consociate a una impresa edilizia, secondo la forma giuridica delle unioni temporali d'impresa (UTI) dimostrando solvibilità tecnica, economica e finanziaria. L'UTI *Ribera-Salud*, attuale gestore dell'ospedale si compone della società di assicurazione sanitaria *ADESLAS* – tra le prime di Spagna nel settore – di due imprese edilizie – *Dragados y Construcciones e Lubasa* – e di due entità finanziarie – *la Caja de Ahorros del Mediterráneo e Bancaja*;
- l'aggiudicatario contraeva anche l'obbligo di gestire i servizi di assistenza specialistica territoriale – i centri specialistici di Sueca e Alzira – in modo tale da favorire l'integrazione di questi con le attività dell'ospedale che si stava per aprire.

Condizioni economiche

Come è precisato nel bando di concorso⁴³, il pagamento avviene per persona e per anno. Esso comprende i costi di costruzione – 63 milioni di euro – e il finanziamento degli investimenti indicati nel contratto, nonché la manutenzione degli edifici. Il pagamento massimo venne fissato a 34.000 pesetas per persona avente diritto all'assistenza sanitaria (230.000 abitanti nel 1999, la quota è sottoposta annualmente a revisione in funzione dell'indice interannuale dei prezzi)⁴⁴. Attualmente la quota pagata pro capite è di 224 € per persona, per anno.

Secondo i dati dell'*INSALUD* (il sistema sanitario nazionale), laddove non è stata trasferita alle autonomie la politica sanitaria nel 1999 – quindi con una gestione diretta da parte della amministrazione pubblica – il costo medio pro-capite era cresciuto in quell'anno a 110.727 pesetas (circa 600 €). Ora non solo 224 € a persona costituiscono un costo assai minore, ma debbono anche servire all'ammortamento delle spese finanziarie (che il settore pubblico non tiene in conto), che ammontano a 6 milioni di euro all'anno.

⁴³ *Pliego de Cláusulas de Explotación, ibid.*

⁴⁴ La quota, assai ridotta, venne stimata sufficiente in quanto inizialmente prevista per un periodo di concessione più lungo (15-20 anni). Da allora, in seguito alla approvazione della concessione amministrativa l'opposizione ha insistito per una durata più breve, a fronte di un suo possibile insuccesso. Il fatto è che il pagamento è rimasto tale e quale nonostante la riduzione temporale della concessione (il che esige una maggior efficienza per recuperare tutto l'ammontare dell'investimento realizzato)

“I servizi forniti dal Servizio Sanitario di Valencia alla popolazione proveniente dall’Area 10 sono fatturati all’impresa aggiudicataria, tenuto conto dei costi medi del servizio prodotto nell’anno precedente negli ospedali appartenenti al Servizio Sanitario di Valencia. Inversamente, nella fatturazione da parte dell’aggiudicatario al Servizio Sanitario di Valencia per quel che concerne i servizi forniti a malati non compresi tra i beneficiari della Area 10, vengono applicate le stesse tariffe (pubbliche, ndr) corrette per un coefficiente (correzione di efficienza) che non può superare lo 0,8”.

Questo testo è di un’enorme importanza: rileva infatti che l’amministrazione pubblica riconosce nella produzione privata dei guadagni di efficienza che permettono di pagare i servizi pubblici dell’ospedale d’Alzira all’80% del costo dei propri, coprendo anche l’ammortamento degli investimenti (d’altra parte questo ospedale per le prestazioni che non riesce a soddisfare nel proprio territorio paga il 100%).

Meccanismi di controllo della qualità

Il Servizio Sanitario di Valencia ha la responsabilità di controllare e garantire l’adeguatezza e la qualità delle prestazioni. E’ stata creata una commissione mista, composta oltre che dai rappresentanti di detto servizio, dai rappresentanti della gestione economica dello stesso e dai rappresentanti dell’ospedale, che si riuniscono una volta al mese. I compiti della Commissione sono:

- decidere a proposito dei reclami depositati dagli utenti presso l’ospedale o gli uffici della pubblica amministrazione;
- verificare l’esecuzione del contratto;
- proporre miglioramenti del sistema di gestione e controllo;
- decidere a riguardo dei conflitti insorti tra il personale e delle eventuali sanzioni;
- ordinare inchieste e sondaggi di opinione – realizzati dall’ente concessionario - presso gli utenti e analizzare i risultati;
- ordinare gli audit dell’attività.

Di più, il Servizio Sanitario di Valencia ha distaccato permanentemente un proprio funzionario presso l’ospedale di Alzira, con un proprio ufficio ove realizzare i compiti seguenti:

- proporre modalità alternative di assistenza;
- controllare, accettare e negare l’accesso all’ospedale di ammalati non provenienti dall’area 10;
- sorvegliare la realizzazione dei sondaggi e inchieste proposti dalla Commissione di cui sopra;
- ricevere le proposte e i reclami degli utenti, informando degli stessi l’ospedale;
- chiedere e ricevere tutte le statistiche di prestazione ritenute necessarie.

Ancora, il Servizio Sanitario di Valencia designa un ispettore tecnico che sorvegli la conservazione delle infrastrutture, della strumentazione delle altre installazioni dell’ospedale, riferendo alla Commissione mista. Infine ogni anno l’aggiudicatario si sottopone a un audit integrale, svolto dalla Commissione dei Conti della *Generalitat Valenciana*.

Restituzione alla amministrazione

Quando la concessione arriva a scadenza (10 anni prorogabili di altri 5), tutto viene riconsegnato alla pubblica amministrazione, la quale attraverso la *Conselleria de Sanitat* potrebbe o gestire direttamente o convocare una nuova gara d’appalto.

Risultati ottenuti dall'ospedale di Alzira

L'ospedale di Alzira nasce a gennaio 1999. Oggi ottiene, a titolo d'esempio, i seguenti risultati: i prodotti farmaceutici (tutti generici) costano il 30% in meno; il 51% degli interventi chirurgici è svolto ambulatorialmente (con una conseguente riduzione delle degenze); le perdite che nel 1999 erano 1 milione di euro, sono state 900.000 € nel 2000 e 500.000 € nel 2001, ammortizzando ogni anno 6 milioni di euro. L'insieme costituisce un successo significativo.

Il nuovo ospedale ha dovuto assorbire il personale impiegato a tempo indeterminato (i vecchi funzionari) presso i centri sanitari territoriale di Alzira e Sueca. Questo personale costituisce circa il 20% (198 persone) del personale attuale, essendo l'80% (891 persone) costituito da personale a contratto, generalmente giovane e assai dinamico. La coabitazione non è facile perché il primo personale, per quanto diretto dai responsabili dell'ospedale, è dipendente dalla pubblica amministrazione, mentre il secondo tipo di personale ha rappresentanze sindacali proprie diverse da quelle del primo.

L'ospedale ha un sistema di incentivazione dei dipendenti, caratterizzato da una quota fissa e di un'altra variabile in dipendenza della quantità e qualità delle prestazioni. Gli stipendi superano in genere del 25% quelli degli altri ospedali pubblici della *Generalitat Valenciana*. Essendo l'ospedale dotato di un capillare sistema informatico, tutte le prestazioni effettuate possono essere controllate, contate e valorizzate monetariamente in percentuale dell'attività totale. Ciascun medico è valutato trimestralmente in base a obiettivi previamente assegnati: se li raggiunge tutti, oltre allo stipendio, riceve il 100% degli incentivi attribuiti per ciascun obiettivo. Per quel che concerne le infermiere, l'ospedale è diviso in *zone*, agenti ciascuna come un'impresa, cui è stato assegnato un budget. I risparmi ottenuti su questo vengono suddivisi 1/3 all'ospedale, 1/3 alla zona (per acquisti vari), 1/3 alle infermiere. Il costo complessivo del personale, grazie anche alla informatizzazione totale che ne riduce il numero e aumenta la facilità di accesso e analisi dei dati clinici e amministrativi, corrisponde al 75% del costo della produzione dell'assistenza.

Il motto del nuovo ospedale è "*Ospedale pubblico a gestione privata con lo scopo di risolvere, con efficienza e umanità, i problemi di salute dei cittadini*". I tratti distintivi dell'istituzione sono i seguenti:

- libera scelta dell'ospedale;
- libera scelta dei professionisti;
- liste di attesa chirurgica non superiori ai 90 giorni (in media sono di 45-55 giorni). Niente è stato legalmente stabilito per le prestazioni ambulatoriale, ma la regola interna stabilisce un'attesa massima di 30 giorni, situandosi la media a 22;
- camere individuali con un letto per l'accompagnatore;
- orari di consultazione, 8-22, dal lunedì al venerdì;
- orari delle sale chirurgiche, 8-22, dal lunedì al sabato;
- sistema di incentivazione per obiettivi;
- storia clinica del singolo paziente ricostituita fino a tre anni prima dell'apertura dell'ospedale;
- sistema di radiologia digitale;
- piano strategico di ricerca per il periodo 2000-2005;
- politica di qualità totale secondo il modello *EFQM*

Le inchieste sulla soddisfazione degli utenti, condotte nel 2000, hanno messo in evidenza su un campione di 502 persone, il 91% di soddisfatti, il 95% di fidelizzati.

L'80% non conosceva per nulla il modello di gestione. L'ospedale ha meritato per due anni consecutivi il premio *Prix Top 20* (2001 e 2002), come migliore tra i grandi ospedali spagnoli (pubblici e privati). Ciò ha condotto a lanciare due nuove gare di appalto: la prima per la gestione di tutta l'assistenza primaria e specialistica territoriale nel territorio de La Ribera; la seconda per la realizzazione di un ospedale analogo a Torrevieja (Alicante) con in più l'integrazione dell'assistenza primaria e specialistica.

3.2.3. Il buono scuola della Lombardia



Nei casi precedenti si sono discusse modalità di risposta dell'amministrazione sanitaria alla necessità di accrescere l'efficienza economica e la responsabilità degli attori coinvolti. Nel caso qui presentato, il buono scuola della Regione Lombardia, viene affrontato un nuovo problema: la libertà dei genitori di decidere a riguardo della educazione dei figli. *“Il buono scuola si propone di favorire la libertà di insegnamento e di educazione, attraverso il sostegno alla libertà di scelta della famiglia, cui va riconosciuto il compito inalienabile di definire le linee fondamentali della educazione dei figli. In questo senso il buono scuola è uno strumento concreto a favore delle famiglie residenti nella regione teso a consentire la libera scelta dei genitori grazie al contributo economico alle spese sostenute per ciascun figlio frequentante le scuole site in Lombardia o nelle regioni limitrofe con riguardo al pendolarismo”*⁴⁵. Nello stesso tempo il buono scuola intende creare una concorrenza positiva tra le scuole, allargando gli spazi individuali e collettivi di libertà e aumentando il pluralismo culturale, l'efficienza e la qualità del sistema scolastico regionale.

Politica educativa in Italia e suoi fondamenti giuridici

In Italia, dopo il 1859 (Legge Casati) l'istruzione è stata direttamente gestita dalla pubblica amministrazione. Secondo l'articolo 3, *“Il Ministro governa l'insegnamento pubblico in tutte le sue branche...da lui dipende tutto l'insegnamento pubblico e tutti gli istituti pubblici d'istruzione e di formazione così come la loro istituzione”*. Le ordinanze del 1923, 1926 e 1935 rinforzano ulteriormente il ruolo del Ministero della Pubblica Istruzione, per cui spetta allo stato di assumere il ruolo di educatore e di insegnante. Nel corso degli anni settanta numerose disposizioni cominciano ad attribuire alle regioni e alle province i compiti di costruzione degli edifici

⁴⁵ *Manuale Guida per l'esame delle domande di Buono Scuola, anno 2002*

e della formazione professionale. Comincia a emergere una partecipazione sociale alla gestione della scuola.

Durante i primi anni novanta compaiono diversi progetti a riguardo dell'autonomia scolastica, ma è con la legge “*Bassanini uno*” (n. 59/97) che inizia veramente il trasferimento delle funzioni e dei ruoli amministrativi alle regioni, province e Comuni (DPR 112/98). Vengono trasferiti alle regioni e amministrazioni locali i compiti seguenti: la formazione di una rete funzionale allo sviluppo delle scuole, la gestione amministrativa e la fornitura dei servizi strumentali orientati all'insegnamento propriamente detto.

Mentre le scuole di stato sono sostanzialmente gratuite, i genitori che optano per la scuola privata debbono pagare due volte l'istruzione: attraverso le imposte e attraverso il pagamento della tassa di iscrizione alla scuola privata. Dopo il 2000 alcune regioni hanno deliberato un contributo – il buono scuola – al fine di alleggerire quest'ultimo onere.

Il governo dell'Ulivo (sinistra) ha introdotto nel 2000 (legge 62/2000) la normativa concernente la parità scolastica. Per la prima volta è stato riconosciuto ufficialmente che le scuole private forniscono un servizio pubblico e che quindi hanno una utilità che dovrebbe far loro meritare un trattamento pari alla scuola di stato. Il legislatore ha pertanto riconosciuto che l'esistenza di scuole private accanto a quelle di stato non è solo l'espressione di un diritto di iniziativa privata legato a interessi a particolari, ma è l'esercizio di un diritto fondamentale di libertà a causa del pluralismo culturale che caratterizza la società moderna. Implicitamente si ammette così che l'educazione è la comunicazione dell'esperienza personale di un gruppo di insegnanti prescelto dalle famiglie e della loro visione della realtà.

La parità è riconosciuta alle scuole private che lo chiedono e che offrono adeguate garanzie di qualità. Tuttavia lo stato, pur avendo stabilito questo principio giuridico, non fornisce le risorse economiche al fine di mettere le famiglie degli studenti frequentanti la scuola privata nelle condizioni di una parità effettiva (sono stati stanziati solo 800 miliardi per tre anni).

Il 18 ottobre 2001 la Costituzione italiana è stata modificata (Modifica del titolo V della seconda parte della Costituzione), ridefinendo i due soggetti istituzionali che compongono la Repubblica⁴⁶. Il nuovo articolo 117 ridefinisce infatti i due livelli istituzionali che possono esercitare il potere legislativo: “*Il potere legislativo è esercitato dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione*”. Lo Stato dovrebbe avere ora la competenza solo per quel che riguarda “*le norme generali sull'educazione*”, essendo questa materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni⁴⁷. La formazione professionale è esclusa dalle competenze concorrenti essendo tutta di competenza della Regione.

⁴⁶ Nelle materie rilevanti della attività legislativa, lo stato può solamente definire i principi fondamentali, su cui poi le regioni hanno poteri legislativi di regolamentazione. Per quel che concerne le funzioni amministrative (che comprendono la gestione della istruzione e della formazione professionale) esse sono ridistribuite ai differenti soggetti della Repubblica (Comuni, Province, Regioni e Stato) nel rispetto del principio di sussidiarietà. In funzione di questo principio, dunque, si reperirà il livello istituzionale ottimale per l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti l'educazione e la formazione professionale.

⁴⁷ La legge regionale n. 1/2000 “*Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia*” è una applicazione del DL 112/98 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della Legge 15.03.1997, n.59), che attribuisce alle regioni le competenze concernenti i contributi alle scuole private.

I fondamenti giuridici della competenza educativa della Regione Lombardia.

Per quel che riguarda la Lombardia, il Governo del Presidente Formigoni, al potere dal 1995, si propose come uno dei suoi obiettivi primari, a partire dal nuovo contesto legislativo, di introdurre un buono scuola che contribuisse effettivamente a realizzare la libera scelta dell'educazione da parte dei genitori (nel caso della formazione professionale la parità è già acquisita al 100%). Il primo problema che dovette affrontare fu quello che in materia di parità scolastica le regioni non avevano alcuna competenza. Dovette pertanto creare la base giuridica di quest'ultima.

Ciò avvenne attraverso l'inserzione dell'articolo 4, comma 121, nella legge Regionale 1/2000, definendo il diritto allo studio come competenza della Regione. Il diritto allo studio non coincide esattamente con la parità scolastica. La parità scolastica è infatti un principio di definizione del modo di organizzare il sistema educativo ed è quindi competenza dello stato. Il diritto allo studio è lo strumento che favorisce lo sviluppo di un tale sistema ed è quindi competenza della Regione. Ma entrambi i diritti sono legati in quanto se viene garantito il diritto allo studio viene nello stesso tempo garantita la possibilità di scegliere la scuola.

Vi sono diverse possibilità di realizzare la parità scolastica:

- il finanziamento alle scuole, con contratti o sostenendo parzialmente i costi, in generale quelli degli insegnanti. Ciò limita generalmente l'autonomia nella scelta degli insegnanti da parte delle scuole;
- il finanziamento diretto alle famiglie, sia attraverso credito di imposta, sia attraverso buono scuola. La Lombardia e altre regioni che l'hanno seguita hanno optato per il buono scuola. Senza dubbio il credito di imposta sarebbe lo strumento più equo, in quanto sarebbe applicato come una detassazione alle famiglie che inviano i figli alla scuola privata.

“La regione esercita le funzioni amministrative relative alla concessione di contributi alle scuole non pubbliche, nel contesto della legislazione nazionale, attraverso l'attribuzione – entro i limiti delle risorse disponibili – del buono scuola alle famiglie degli studenti frequentanti le scuole pubbliche e private legalmente riconosciute e parificate, al fine di coprire totalmente o parzialmente gli oneri economici sostenuti. Il buono scuola sarà attribuito tenendo conto del reddito, della precarietà delle condizioni economiche, del numero dei componenti il nucleo familiare e dell'entità delle spese scolastiche sostenute globalmente dallo stesso nucleo. Le modalità di applicazione degli interventi saranno definite dal Governo Regionale sulla base degli orientamenti espressi dal Consiglio Regionale” (LR 1/2000, art 4, comma 121).

Criteri per l'assegnazione del buono scuola

Con atto politico provocatorio la Regione Lombardia, per l'anno scolastico 2000/2001, decise che il buono scuola poteva essere attribuito a tutte le famiglie il cui reddito non superava la somma di lire 60 milioni pro capite (quindi per una famiglia di cinque persone un reddito complessivo di 300 milioni). In tal modo la quasi totalità delle famiglie lombarde poteva godere della assegnazione del buono scuola, che non risultava più un contributo a sostegno dei meno abbienti, ma praticamente un diritto di tutti.

Il meccanismo di attribuzione fu il seguente: la quota attribuita per ciascun figlio non poteva essere inferiore al 25% delle spese sostenute né superiore a 1050 € (la quota massima di rimborso raggiungeva 1400 € per le famiglie aventi diritto al buono scuola e con figli handicappati per cui avevano sborsato ulteriore denaro a favore degli insegnanti

di sostegno). Erano (e sono) ammissibili al rimborso le spese effettivamente sostenute dalle famiglie per le tasse e altri contributi versati per le attività di istruzione obbligatoria e la gestione ordinaria della scuola. Erano (e sono) esclusi pertanto dal rimborso le spese sostenute per le attività del tempo libero, viaggi e uscite per quanto formativi, la refezione e i trasporti.

Nell'anno scolastico seguente 2001/2002 vi erano: 354.362 allievi nelle scuole elementari statali (90,9%) contro 35.587 (9,1%) nelle private, 217.845 (91,6%) contro 19.952 (8,4%) nelle medie e 298.379 (90,6%) contro 30.905 (9,4%) nelle superiori. Si prevede di elevare la percentuale al 50% per le famiglie con un reddito inferiore o uguale a lire 16.165.414⁴⁸. Per le famiglie il cui reddito era tra questa cifra e 90.225.564 di lire, il rimborso era del 25%. Per i redditi superiori non era previsto alcun rimborso. In tal senso il buono scuola venne ricondotto ad un sostegno, per quanto significativo, del diritto allo studio degli studenti di famiglie con reddito medio o inferiore. In ogni caso la spesa minima che dava diritto al rimborso non poteva essere inferiore a 208 €.

I rimborsi relativi ai due anni scolastici citati sono stati pagati direttamente alle famiglie: i beneficiari sono iscritti in una lista in ordine crescente in rapporto al reddito. La distinzione dell'ammontare dei rimborsi in rapporto al reddito obbedisce al fatto che il buono scuola è, come detto, inserito nel quadro giuridico del diritto allo studio (e non in quello della parità), il che esige la considerazione delle differenti condizioni economiche.

Le domande di rimborso sono presentate da uno dei genitori o da altri soggetti che possono legalmente rappresentare lo studente, individualmente. Il buono scuola è versato direttamente sul conto corrente indicato, con possibilità di segnalazione via internet.

Nell'anno 2000/2001, i fondi destinati a finanziare il buono scuola furono 30,7 milioni di €. Nell'anno successivo le domande ammesse furono 48.489, per 57.933 studenti, delle quali il 17,1% ha avuto un rimborso del 50% e l'82,9% del 25%. Si tratta dunque in prevalenza di famiglie a reddito medio che sono state sostenute nella loro scelta educativa, con uno stanziamento complessivo di 36 milioni di €.

E' poco probabile che le percentuali del 50 e del 25% aumentino ulteriormente perché la Regione non dispone delle risorse sufficienti. Sono in corso negoziati con il governo nazionale al fine di ottenere maggiori risorse o comunque facilitazioni dell'iniziativa. L'importanza culturale di questa è evidente in quanto il buono scuola ha attirato l'attenzione di governo e forze politiche sul diffuso desiderio di una maggior libertà delle famiglie nella scelta della scuola. Soprattutto sta stabilendo un fatto acquisito da cui sarà difficile tornare indietro. La regione Lombardia si è fatta protagonista di un interesse per la scuola, che stimola il trasferimento di competenze dallo stato e che detta una immagine concretamente nuova di organizzazione del sistema di istruzione.

Seguendo la Regione Lombardia, altre regioni italiane sono in procinto di introdurre il buono scuola (Veneto, Piemonte, Sicilia e Lazio)

L'effetto del buono scuola è stato anche quello di introdurre su vasta scala la valutazione della qualità dell'insegnamento. Tutte le scuole private, di ogni ordine e grado, debbono assolvere a una serie di condizioni legali prima di iniziare la loro attività.

⁴⁸ Il reddito viene calcolato dividendo il reddito familiare per dei coefficienti che prendono in considerazione la composizione del nucleo familiare e di particolari situazioni di privazione, al fine di favorire i meno abbienti secondo le disposizioni de l'ISEE (Indicatore della situazione economica prevalente).

Al momento attuale è in atto un progetto di valutazione della qualità – legato alla concessione del buono scuola – che si applica a un campione e che in seguito sarà utilizzato per tutte le scuole, sia pubbliche che private.

L'obiettivo di una tale valutazione è di garantire la soddisfazione di livelli standard di funzionamento e, nello stesso tempo, per la prima volta in Italia, di verificare l'apprendimento attraverso la valutazione del rapporto normale esistente tra insegnante e allievo (il che valorizza fortemente il rapporto educativo). Fino ad ora, infatti, la valutazione è avvenuta per tutte le scuole e in tutto il paese, sulla base di un test ministeriale, che non riesce a tenere conto adeguatamente del rapporto educativo. Si conferma così come l'introduzione del partenariato sociale favorisca una competitività positiva, non solo tra pubblico e privato, ma anche all'interno del pubblico.

4. Conclusioni

In questo rapporto si è cercato di riassumere in termini sintetici i dati e le prospettive della *welfare society* nei 15 stati membri dell'Unione Europea.

Nonostante l'Unione non abbia prodotto e non sia nemmeno intenzionata a produrre direttive comuni in materia e nonostante quindi le diverse organizzazioni nazionali, la situazione appare alquanto omogenea, sia dal punto di vista culturale, sia dal punto di vista dei problemi che si pongono per il futuro. Tutti i paesi della UE hanno fatto della Protezione Sociale una bandiera di progresso, che vuole fortemente caratterizzare l'impostazione della società europea, rispetto all'altra concorrente in termini di sviluppo, quella americana.

Gli stati e con essi i governi, di destra e di sinistra, anche dei paesi ultimi entrati e a reddito minore, come Portogallo, Spagna e Grecia, si sono fortemente impegnati in un sistema di garanzie sociali che tendono a coprire le difficoltà maggiori della vita personale e sociale. Ormai la pubblica amministrazione è pressoché totalmente assorbita in tale impegno, che dai cittadini è sentito come assolutamente normale e dovuto.

Certamente i cittadini europei possono andare orgogliosi del benessere raggiunto e della sua distribuzione capillare: vivere in Europa vuol dire essere assicurati, contro l'ignoranza, la malattia, la vecchiaia e la disoccupazione. Se si guarda al resto del mondo, non è poco.

Ma quanto può durare?

I maggiori paesi sono sotto osservazione per il loro debito, la fertilità è bassa, la popolazione attiva diminuisce e l'invecchiamento della popolazione sembra rendere esplosiva la spesa della assistenza sociale e sanitaria. Il rapporto qui presentato mette chiaramente in evidenza che il sistema di Protezione Sociale europeo non può reggere i ritmi attuali. Non può reggerli sia come costi, sia come prospettiva di sviluppo umano. Soprattutto sanità e pensioni chiedono riforme, che incentivino rispettivamente la partecipazione alle spese e il prolungamento dell'attività lavorativa. E' necessario poi un maggior dinamismo sociale, che percepisca la responsabilità non come una difficoltà, ma come esigenza di contribuire personalmente alla convivenza civile. E' impressionante quanto il sistema di Protezione Sociale europeo si trovi ad affrontare problemi di parassitismo e deresponsabilizzazione da esso stesso indotti.

Vi è poi la questione dell'efficienza della pubblica amministrazione. L'assunzione in carico da parte di questa dei servizi di Protezione Sociale ha indubbiamente contribuito alla loro efficacia, nel senso della maggior copertura possibile dei cittadini, indipendentemente dal censo, ma a prezzi che appaiono esagerati e insostenibili. Il privato si dimostra assai meno oneroso, seppur gravato da tendenze a favorire il profitto piuttosto che la responsabilità civile. Vi è oggi nei governanti europei una ricerca sempre più diffusa delle possibilità di mescolamento tra pubblico e privato, assegnando al primo funzioni di controllo e al secondo di gestione. Tutte le pubbliche amministrazioni si stanno modificando verso l'assunzione di una logica di impresa, in cui la regolamentazione sia chiaramente distinta dalle logiche della produzione. Il processo è iniziale, pieno di diffidenze, esitazioni e obiezioni, che provengono dalle categorie sociali che sono più abituate a godere dei benefici della Protezione Sociale. E' ancora fortemente maggioritaria la percezione che in fondo ciò che è pubblico sia più morale di ciò che è privato.

Il rapporto ha messo in evidenza quanto una simile percezione possa essere errata, sia da un punto di vista teorico che da un punto di vista pratico. Ha messo in evidenza anche l'importanza del principio della sussidiarietà, ovvero l'importanza del principio per

cui lo stato possa e debba fare solo laddove i cittadini stessi non assumano essi stessi l'iniziativa. Una tale iniziativa va anzi incentivata come risorsa per tutta la società, che deve in certo qual modo imparare di nuovo a proteggersi da sola come faceva in passato. La preoccupazione del *welfare* infatti è cominciata assai prima della nascita dello stato, come impresa di singoli e di gruppi variamente associati. E della ricchezza di questa imprenditoria, spesso di lunghissima tradizione, i cittadini europei godono tuttora, nella scuola, nella sanità, nelle università nei vari sistemi assicurativi.

Non vi sono ricette meccanicamente risoltrici del malessere del *welfare* europeo. Le organizzazioni statuali, sia che siano basate sulle tasse che sulla contribuzione ad organismi intermedi sempre di natura pubblica (le cosiddette assicurazioni sociali), producono sostanzialmente gli stessi effetti e le stesse difficoltà. Il privato e il mercato da soli appaiono inaffidabili. L'interesse maggiore, sia dei cittadini che delle amministrazioni, si sta rivolgendo al partenariato sociale, espressione di una fusione delle caratteristiche di garanzia del pubblico e di efficienza del privato. Gli esempi stanno diventando numerosi, sebbene in percentuale ancora piccola rispetto alla vastità del *welfare*. I conti sembrano migliorare, così come la soddisfazione degli utenti. Migliora anche il senso di responsabilità e la creatività dei cittadini.

C'è pertanto una strada, probabilmente lunga, che non promette paradisi dietro l'angolo, ma che appare verificabile e sicura.

Bibliografía

- Barea Tejeiro, José (1991): “Gastos de protección social. Política de convergencia y competitividad”, en *Papeles de Economía Española* n° 48, pp. 79-98, Madrid.
- Barea Tejeiro, José y Gómez Ciria, Antonio (1994): *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Madrid.
- Barea Tejeiro, José (1999): *Los efectos económicos del envejecimiento*. Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid.
- Barrada, Alfonso (1997): *La protección social en la Unión Europea, de 1981 a 1994, con especial atención a la cobertura de la inactividad laboral*. Fundación BBV, Madrid.
- Blöndal, Sveinbjörn & Scarpetta, Stefano (1999): *The Retirement Decision in OECD countries*. OECD Economics Department Working Papers n° 202, ECO/WKP (98) 15, Paris.
- Bosa, Iris M. (2002): *Le riforme sanitarie: impatto sull'accountability e sull'identità professionale del medico*, Università Ca' Foscari, Dipartimento di Economia Aziendale, tesi di dottorato.
- Cesana, Giancarlo (2000): *Il “Ministero” della salute*. Studio Editoriale Fiorentino, Firenze.
- Commission Européenne (1992): “Le principe de subsidiarité”, dans *Bulletin des Communautés Européennes* n. 10/1992
- Commission Européenne (1996): *First Report on Local Development and Employment Initiatives*. Working Paper SEC (96) 2061
- Commission Européenne (1999): *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale*. COM (1999) 347
- Commission Européenne (2000): *L'évolution à venir de la protection sociale dans une perspective à long terme: des pensions sûres et viables*. COM (2000) 622 final
- Commission Européenne (2001): *Livre Blanc de la Gouvernance en Europe*, COM (2001) 428, 25.7.2001
- Commission Européenne (2001b): *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social et au Comité des Régions. Bruxelles, COM (2001) 723 final, 5.12.2001
- Commission Européenne (2002): *Recommandation concernant les grandes orientations des politiques économiques des Etats membres et de la Communauté pour 2002, élaborée conformément à l'article 99, paragraphe 2 du Traité instituant la Communauté européenne*. ECFIN/210/02
- Commission Européenne (2002b): *La protection sociale en Europe 2001*. Voir aussi les éditions antérieures.
- Conseil de l'Union Européenne (2002): *Recommandation du 21 juin 2002 concernant les grandes orientations des politiques économiques des Etats membres et de la Communauté*. 10093/02
- Delors, Jacques (1991): *Subsidiarité: défi du changement*. Actes du Colloque Jacques Delors sur “La subsidiarité. Principe directeur des futures responsabilités en matière de politiques communautaires?”. Institut Européen d'Administration Publique (EIPA), Maastricht, 21-22.3.1991

- Delors, Jacques (1994): *L'unité d'un homme. Entretiens avec Dominique Walton*. Ed. Odile Jacob, Paris.
- Economic Policy Committee of European Commission (2001): *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. EPC/ECFIN/655/01-En final.
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/reportsandstudies0401_en.htm
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002): *Public Sector Reform under EMU*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Eurydice (2000): *Questions clés de l'éducation en Europe*. Volume 2: Le financement et la gestion des ressources dans l'enseignement obligatoire. Evolution des politiques nationales. Commission Européenne.
- Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2001): *La qualité dans les services publics sociaux*. Dublin.
- Garpenby, Peter (1992): "The transformation of the Swedish health care system, or the hasty refection of the rational planning model", in *Journal of European Social Policy* 2(1).
- Hantrais, Linda & Letablier, Marie Thérèse (1996): *Familles, travail et politiques familiales en Europe*. Cahiers du Centre d'Etudes de l'emploi n. 35, Presses Universitaires de France, Paris.
- Hogan, Seamus and Sarah (2002): *How will the Ageing of the Population Affect Health Care Needs and Costs in the Foreseeable Future?*, Discussion Paper n. 25, Commission on the Future of Health Care, Canada
- Lamy, Pascal (2001): *La bonne gouvernance publique et privée dans le contexte de mondialisation*. Séminaire OSCE Bruxelles, 30.1.2001.
http://europa.eu.int/comm/trade/speeches_articles/spla49_fr.htm
- Landstingsförbundet (2000): *FACTS About the County Councils and Regions*, Landstings Förbundet, Stockholm.
- Lindvall, Paul (2001): *How could primary care be conceived and governed?*, Paper, 24th Annual Congress European Accounting Associations, Athens, 18-20 April 2001
- Lundsgaard, Jens (2002): *Competition and Efficiency in Publicly Funded Services*. OECD, Economics Department Working Papers n° 331, ECO/WKP (2002) 17, 6.6.2002
- Majnoni d'Intignano, Béatrice (1997): *La Protection Sociale*. Le Livre de Poche, Paris.
- Ó Cinnéide, Micheál (2000): *Local Employment Partnerships in Finland*.
http://europa.eu.int/comm/regional_policy/innovation/innovating/pacts/pdf/leed_en.pdf
- OECD: *Etudes économiques par pays* (tous les Etats membres de l'UE, plusieurs années)
- OECD (1999): *Best Practices in Local Development*.

http://europa.eu.int/comm/regional_policy/innovation/innovating/pacts/pdf/leed_en.pdf

- OECD (1999b): *Les contrats de performance. Leçons se dégageant des études de cas sur les contrats de performance*. Comité de la gestion publique, PUMA/PAC (99)2
- OECD (2000a): *Principaux éléments des travaux de l'OCDE sur les questions de gouvernance*. DIAL/ECSS (2000)5, 26.5.2000, Paris.
- OECD (2000b): *Reforms for an Ageing Society*. Paris.
- OECD (2001a): *Ageing and Income. Financial Resources and Retirement in 9 OECD countries*. Paris.
- OECD (2001b): *Des partenariats locaux pour une meilleure gouvernance*. Paris
- OECD (2001c): *Gestion des établissements. De nouvelles approches*. Paris
- OECD (2002): *Financement des équipements éducatifs et décentralisation*. Paris
- Onetti, Alberto (1997): *Il processo di riforma della sanità in Svezia*, Centro di Economia Sanitaria, Pavia.
- Papeles y Memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas (2000): *Número monográfico sobre I Centenario de la Seguridad Social*. Madrid
- Regione Lombardia (2002): *Manuale Guida per l'Esame delle domande di Buono Scuola*, anno 2002. Milano
- Stiglitz, Joseph E. (1989): *The Economic Role of the State*, Ed. Arnold Heertje, Basil Blackwell.
- Than Dang, Thai & Antolín, Pablo & Oxley, Howard (2001): *Fiscal Implications of Ageing*. OECD Economics Department Working Papers n° 305, ECO/WKP (2001) 31, Paris.
- Twaddle, Andrew C.(1999): *Health Care Reform in Sweden 1980-1994*. Auburn House
- Vittadini, Giorgio (1998): *Sussidiarietà. La riforma possibile*. Etaslibri, Milano
- Vittadini, Giorgio & Barea, Maite (1999): *La economía del non profit. Libre expresión de la sociedad civil*. Ediciones Encuentro, Madrid.

Basi dei dati

- Eurostat's Reference Database NEW CRONOS 2002: SESPROS (Social Protection), Theme 3 Population and Social Conditions.
- MISSOC (2002): *Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les Etats membres de l'UE et de l'EEE*. Mise à jour: 1.1.2002.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_en.html
- OECD (2002), *OECD Health Data 2002: a comparative analysis of 30 countries*, CREDES

Appendice

A) Grafici secondo SESPROS

Grafico 1.1a

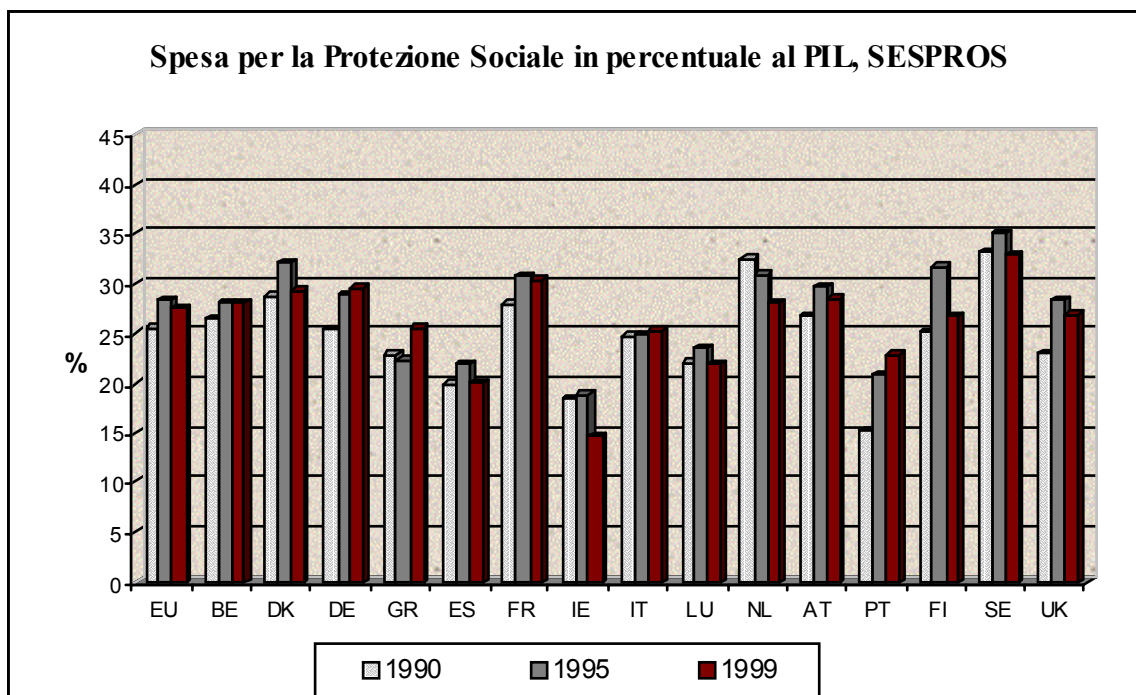


Grafico 1.3a

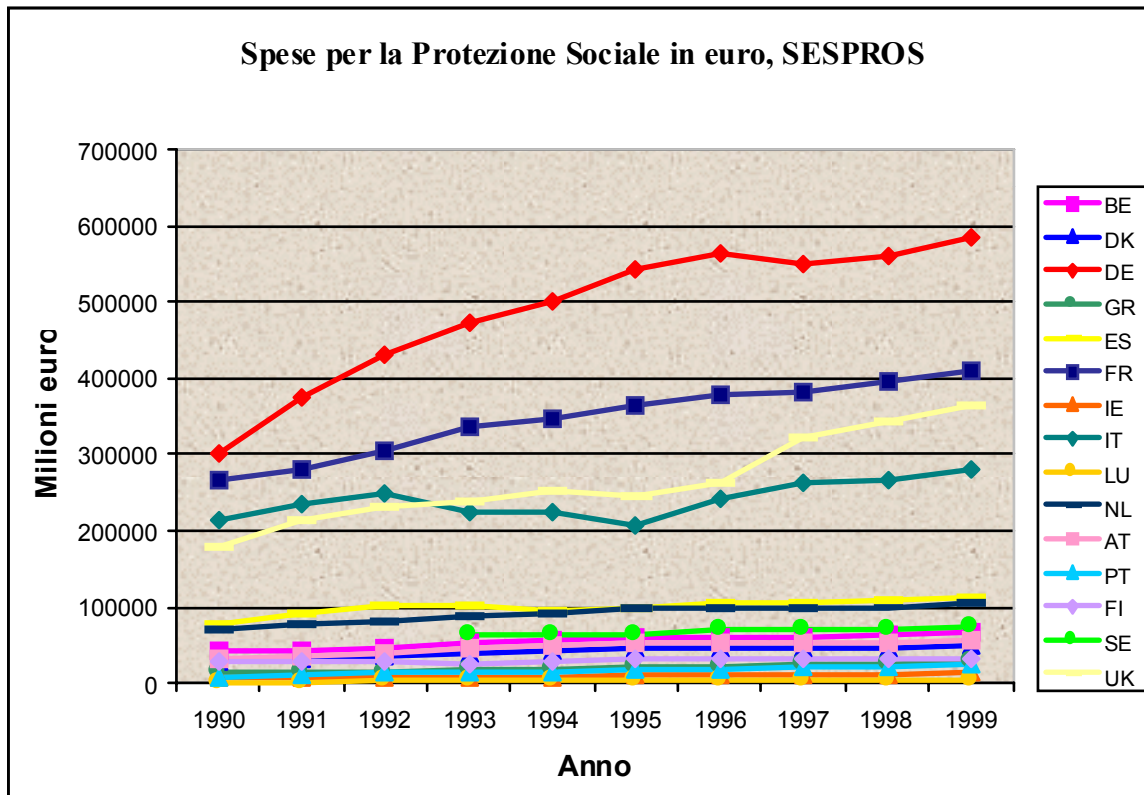


Grafico 1.4a

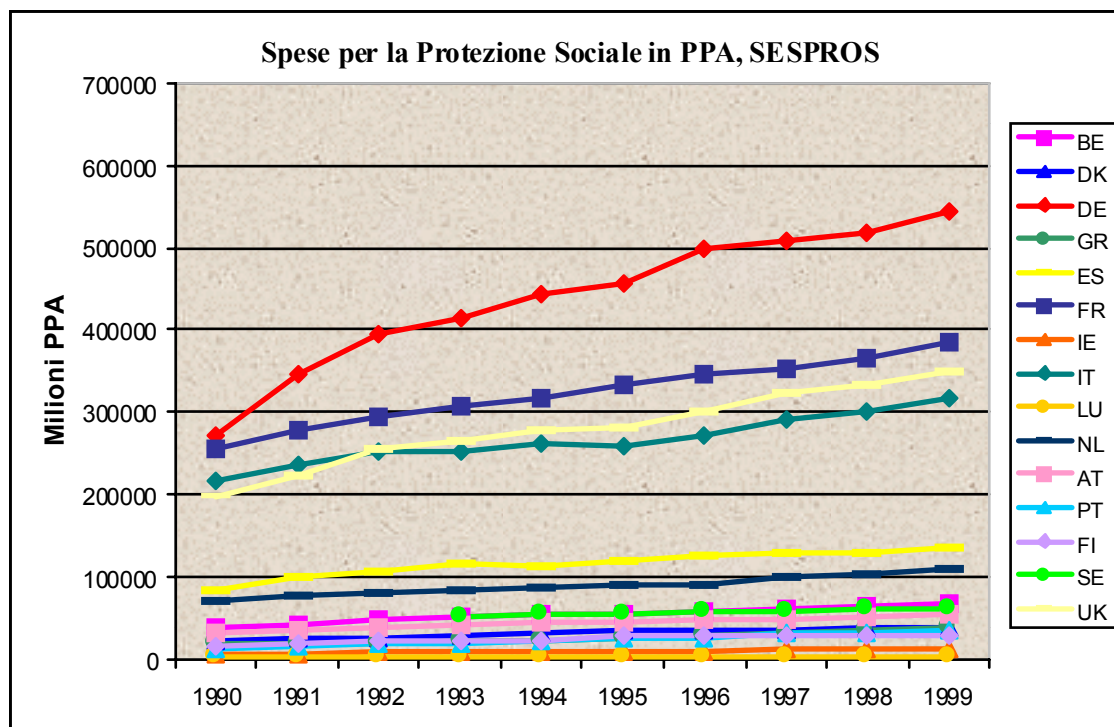


Grafico 1.5a

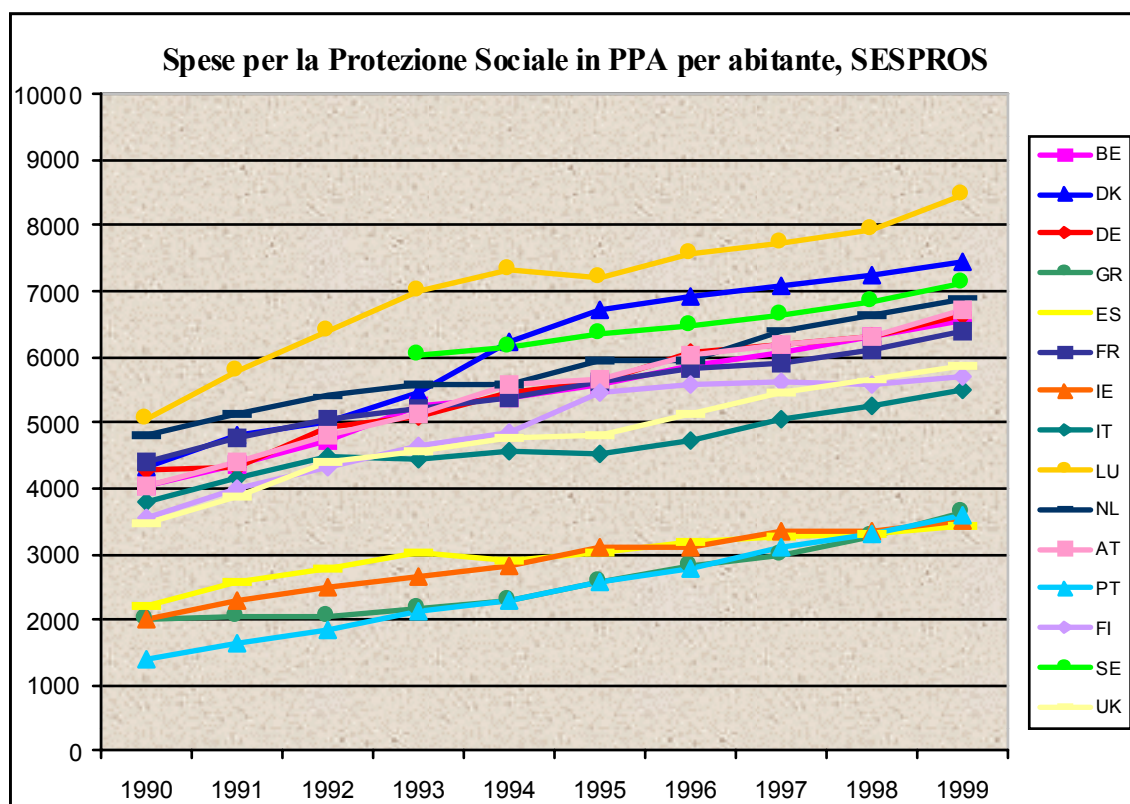
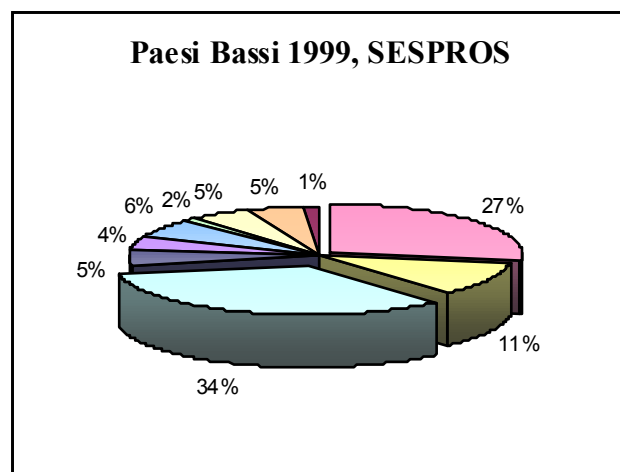
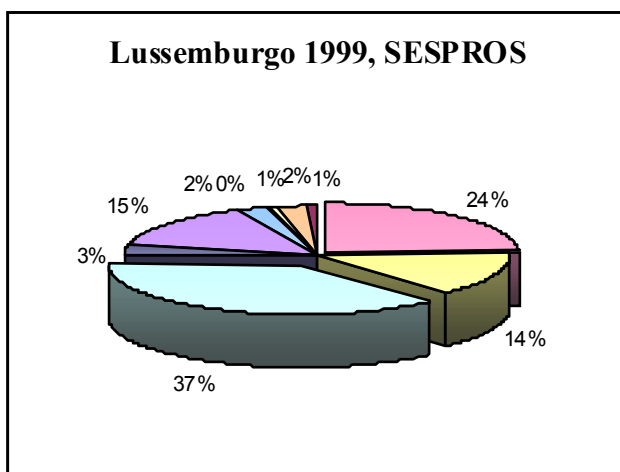
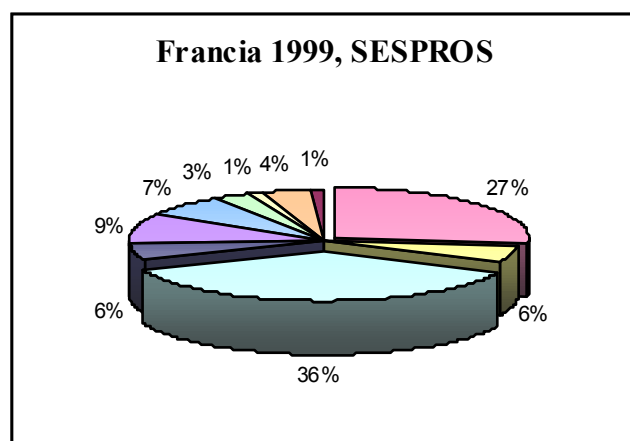
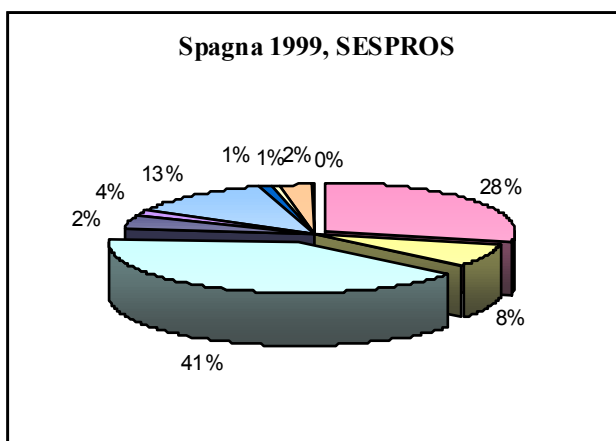
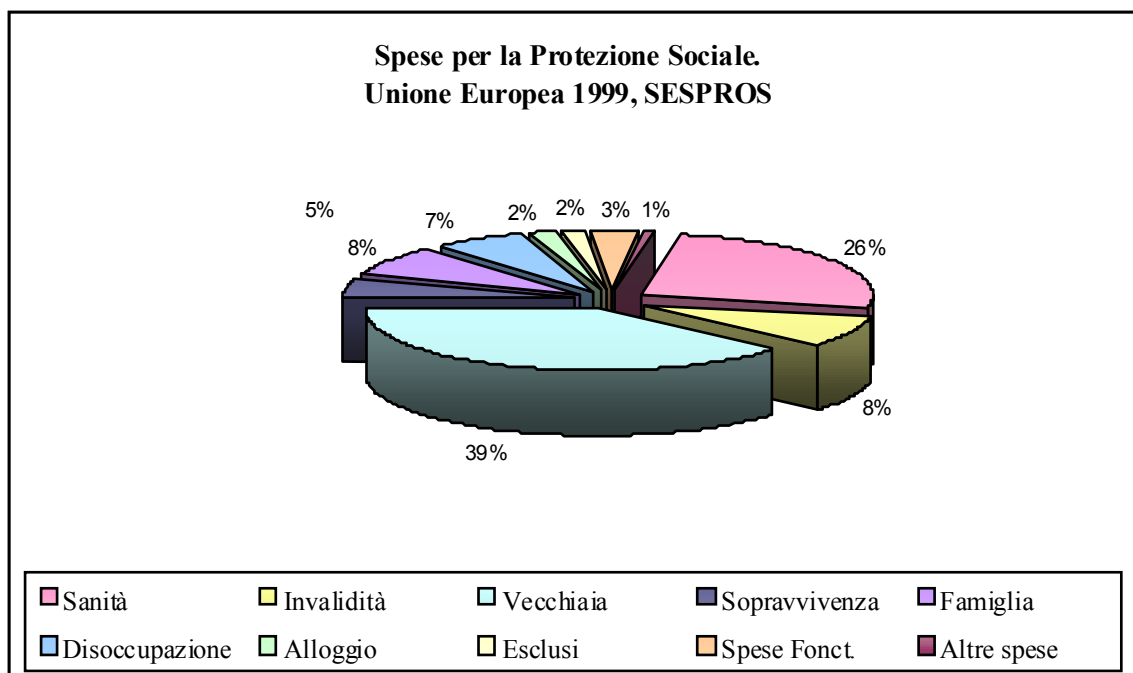
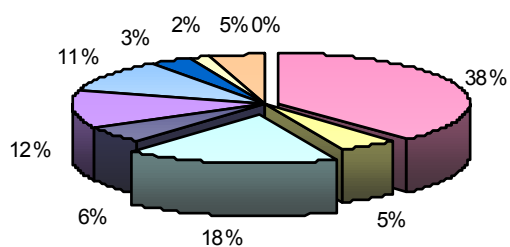


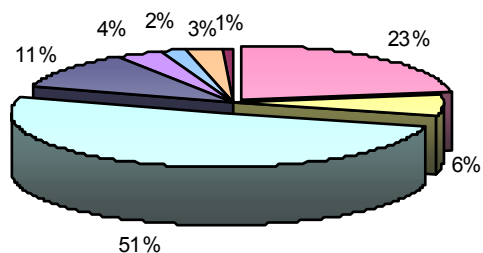
Grafico 1.8a



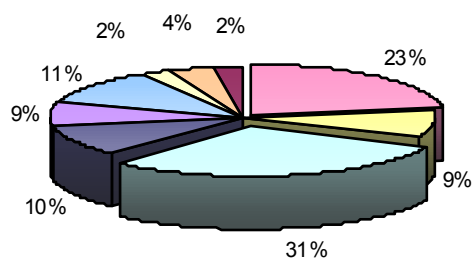
Irlanda 1999, SESPROS



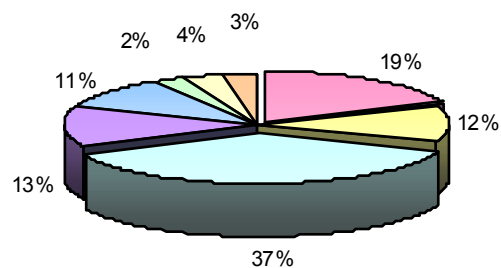
Italia 1999, SESPROS



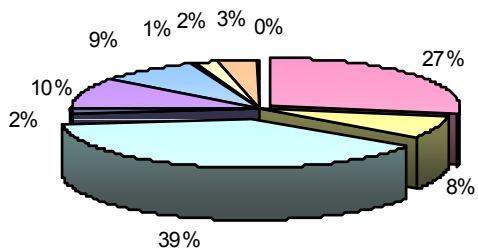
Belgio 1999, SESPROS



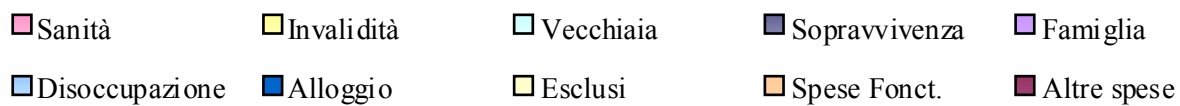
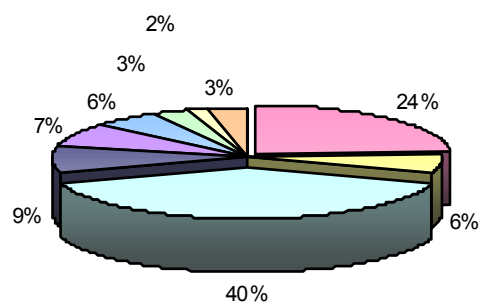
Danimarca 1999, SESPROS



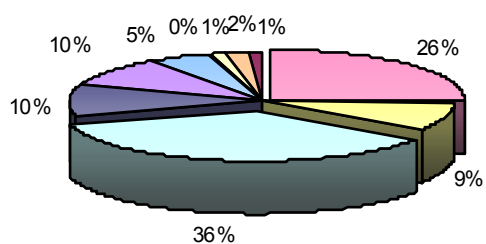
Germania 1999, SESPROS



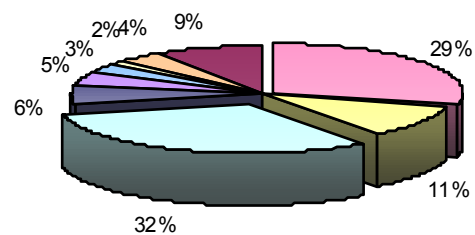
Grecia 1999, SESPROS



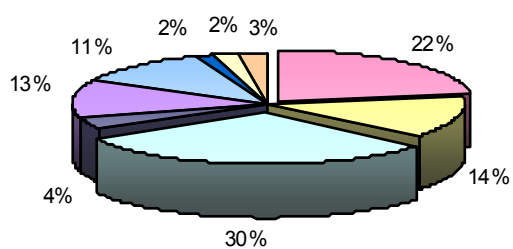
Austria 1999, SESPROS



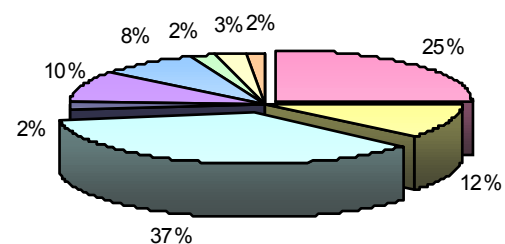
Portogallo 1999, SESPROS



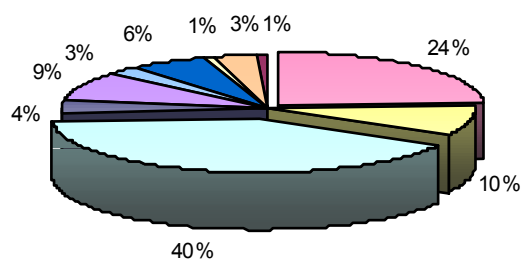
Finlandia 1999, SESPROS



Svezia 1999, SESPROS



Regno-Unito 1999, SESPROS



B) Tabella 1.1 a: Spesa per la Protezione Sociale, in relazione con il PIL per abitante, per funzione

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per l'Educazione				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione * (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	1760	162,3	4,1	2194	80,2
Danimarca	DK	30716	143,9	2489	229,5	8,1	1568	158,7
Svezia	SE	25706	120,4	1989	183,4	7,7	1312	151,5
Austria	AT	24330	114,0	1535	141,5	6,3	1242	123,6
Germania	DE	24065	112,7	1121	103,4	4,7	1228	91,3
Irlanda	IE	23837	111,6	1096	101,0	4,6	1217	90,0
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	1134	104,6	4,8	1210	93,7
Finlandia	FI	23352	109,4	1445	133,3	6,2	1192	121,3
Belgio	BE	23061	108,0	1276	117,7	5,5	1177	108,4
Regno Unito	UK	23037	107,9	1060	97,8	4,6	1176	90,1
Francia	FR	22893	107,2	1348	124,3	5,9	1169	115,3
Unione Europea	EU	21351	100,0	1084	100,0	5,1	1090	99,5
Italia	IT	19228	90,1	875	80,6	4,5	982	89,1
Spagna	ES	14354	67,2	645	59,5	4,5	733	88,1
Grecia	GR	11198	52,4	407	37,6	3,6	572	71,3
Portogallo	PT	10844	50,8	621	57,3	5,7	554	112,3

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Sanità				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione * (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	2240	149,6	5,2	2660	84,2
Danimarca	DK	30716	143,9	1742	116,4	5,7	1995	87,3
Svezia	SE	25706	120,4	2090	139,6	8,1	1724	121,2
Austria	AT	24330	114,0	1813	121,1	7,5	1649	109,9
Germania	DE	24065	112,7	1936	129,3	8,0	1635	118,4
Irlanda	IE	23837	111,6	1345	89,8	5,6	1622	82,9
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	1808	120,8	7,6	1616	111,9
Finlandia	FI	23352	109,4	1393	93,1	6,0	1596	87,3
Belgio	BE	23061	108,0	1472	98,3	6,4	1580	93,1
Regno Unito	UK	23037	107,9	1455	97,2	6,3	1579	92,1
Francia	FR	22893	107,2	1819	121,5	7,9	1571	115,8
Unione Europea	EU	21351	100,0	1497	100,0	7,0	1488	100,6
Italia	IT	19228	90,1	1111	74,2	5,8	1373	80,9
Spagna	ES	14354	67,2	810	54,1	5,6	1109	73,1
Grecia	GR	11198	52,4	677	45,2	6,0	938	72,2
Portogallo	PT	10844	50,8	716	47,8	6,6	919	77,9

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per Invalidità				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione* (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	1277	148,3	3,0	938	136,1
Danimarca	DK	30716	143,9	1077	125,1	3,5	670	160,7
Svezia	SE	25706	120,4	965	112,1	3,8	561	172,0
Austria	AT	24330	114,0	594	69,0	2,4	531	111,9
Germania	DE	24065	112,7	538	62,5	2,2	525	102,4
Irlanda	IE	23837	111,6	168	19,5	0,7	520	32,3
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	736	85,5	3,1	517	142,2
Finlandia	FI	23352	109,4	861	100,0	3,7	510	169,0
Belgio	BE	23061	108,0	549	63,8	2,4	503	109,1
Regno Unito	UK	23037	107,9	588	68,3	2,6	503	117,0
Francia	FR	22893	107,2	378	43,9	1,7	500	75,7
Unione Europea	EU	21351	100,0	461	53,5	2,2	466	98,9
Italia	IT	19228	90,1	293	34,0	1,5	420	69,8
Spagna	ES	14354	67,2	218	25,3	1,5	313	69,6
Grecia	GR	11198	52,4	174	20,2	1,6	244	71,2
Portogallo	PT	10844	50,8	258	30,0	2,4	237	109,0

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Vecchiaia				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione* (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	3399	147,7	7,9	4622	73,5
Danimarca	DK	30716	143,9	3380	146,8	11,0	3303	102,3
Svezia	SE	25706	120,4	3082	133,9	12,0	2764	111,5
Austria	AT	24330	114,0	2547	110,6	10,5	2616	97,4
Germania	DE	24065	112,7	2781	120,8	11,6	2588	107,5
Irlanda	IE	23837	111,6	642	27,9	2,7	2563	25,0
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	2263	98,3	9,5	2549	88,8
Finlandia	FI	23352	109,4	1887	82,0	8,1	2511	75,2
Belgio	BE	23061	108,0	1961	85,2	8,5	2480	79,1
Regno Unito	UK	23037	107,9	2476	107,6	10,7	2477	100,0
Francia	FR	22893	107,2	2464	107,0	10,8	2462	100,1
Unione Europea	EU	21351	100,0	2302	100	10,8	2296	100,3
Italia	IT	19228	90,1	2477	107,6	12,9	2067	119,8
Spagna	ES	14354	67,2	1165	50,6	8,1	1543	75,5
Grecia	GR	11198	52,4	1142	49,6	10,2	1204	94,8
Portogallo	PT	10844	50,8	780	34	7,2	1166	66,9

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Vedovanza				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione* (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				
Lussemburgo	LU	42985	201,3	289	102,8	0,7	583	49,5
Danimarca	DK	30716	143,9	4	1,4	0,0	417	1,0
Svezia	SE	25706	120,4	186	66,2	0,7	349	53,3
Austria	AT	24330	114,0	675	240,2	2,8	330	204,4
Germania	DE	24065	112,7	112	39,9	0,5	327	34,3
Irlanda	IE	23837	111,6	199	70,8	0,8	324	61,5
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	332	118,1	1,4	322	103,2
Finlandia	FI	23352	109,4	242	86,1	1,0	317	76,4
Belgio	BE	23061	108,0	624	222,1	2,7	313	199,4
Regno Unito	UK	23037	107,9	227	80,8	1,0	313	72,6
Francia	FR	22893	107,2	387	137,7	1,7	311	124,5
Unione Europea	EU	21351	100,0	281	100,0	1,3	290	97,0
Italia	IT	19228	90,1	522	185,8	2,7	261	200,0
Spagna	ES	14354	67,2	119	42,3	0,8	195	61,1
Grecia	GR	11198	52,4	250	89,0	2,2	152	164,5
Portogallo	PT	10844	50,8	154	54,8	1,4	147	104,6

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Famiglia e l'Infanzia				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL (B/A)	Prévisione* (euro) (C)	Indice di Sforzo (B/C)
		(A)		(B)				
Lussemburgo	LU	42985	201,3	1382	290,9	3,2	1092	126,5
Danimarca	DK	30716	143,9	1158	243,8	3,8	746	155,2
Svezia	SE	25706	120,4	871	183,4	3,4	605	144,0
Austria	AT	24330	114,0	701	147,6	2,9	566	123,8
Germania	DE	24065	112,7	719	151,4	3,0	559	128,7
Irlanda	IE	23837	111,6	433	91,2	1,8	552	78,4
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	267	56,2	1,1	549	48,7
Finlandia	FI	23352	109,4	776	163,4	3,3	539	144,1
Belgio	BE	23061	108,0	545	114,7	2,4	530	102,8
Regno Unito	UK	23037	107,9	519	109,3	2,3	530	98,0
Francia	FR	22893	107,2	635	133,7	2,8	526	120,8
Unione Europea	EU	21351	100,0	475	100,0	2,2	482	98,5
Italia	IT	19228	90,1	172	36,2	0,9	422	40,7
Spagna	ES	14354	67,2	58	12,2	0,4	285	20,4
Grecia	GR	11198	52,4	209	44,0	1,9	196	106,7
Portogallo	PT	10844	50,8	111	23,4	1,0	186	59,7

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per la Disoccupazione				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL	Prévisione* (euro)	Indice di Sforzo
		(A)		(B)		(B/A)	(C)	(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	223	58,1	0,5	139	160,2
Danimarca	DK	30716	143,9	992	258,3	3,2	272	364,9
Svezia	SE	25706	120,4	671	174,7	2,6	326	205,8
Austria	AT	24330	114,0	365	95,1	1,5	341	107,0
Germania	DE	24065	112,7	605	157,6	2,5	344	176,0
Irlanda	IE	23837	111,6	372	96,9	1,6	346	107,4
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	385	100,3	1,6	348	110,7
Finlandia	FI	23352	109,4	683	177,9	2,9	352	194,3
Belgio	BE	23061	108,0	727	189,3	3,2	355	205,0
Regno Unito	UK	23037	107,9	190	49,5	0,8	355	53,5
Francia	FR	22893	107,2	477	124,2	2,1	357	133,8
Unione Europea	EU	21351	100,0	384	100,0	1,8	373	102,9
Italia	IT	19228	90,1	102	26,6	0,5	396	25,7
Spagna	ES	14354	67,2	358	93,2	2,5	449	79,8
Grecia	GR	11198	52,4	157	40,9	1,4	483	32,5
Portogallo	PT	10844	50,8	80	20,8	0,7	487	16,4

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per l'Abitazione				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL	Prévisione* (euro)	Indice di Sforzo
		(A)		(B)		(B/A)	(C)	(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	24	20,0	0,1	244	9,9
Danimarca	DK	30716	143,9	216	180,0	0,7	174	124,1
Svezia	SE	25706	120,4	192	160,0	0,7	146	131,8
Austria	AT	24330	114,0	23	19,2	0,1	138	16,7
Germania	DE	24065	112,7	44	36,7	0,2	136	32,3
Irlanda	IE	23837	111,6	114	95,0	0,5	135	84,4
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	100	83,3	0,4	134	74,4
Finlandia	FI	23352	109,4	96	80,0	0,4	132	72,5
Belgio	BE	23061	108,0				131	
Regno Unito	UK	23037	107,9	358	298,3	1,6	131	274,2
Francia	FR	22893	107,2	205	170,8	0,9	130	158,0
Unione Europea	EU	21351	100,0	120	100,0	0,6	121	99,2
Italia	IT	19228	90,1	2	1,7	0,0	109	1,8
Spagna	ES	14354	67,2	33	27,5	0,2	81	40,6
Grecia	GR	11198	52,4	84	70,0	0,8	63	132,3
Portogallo	PT	10844	50,8					

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese per l'Esclusione Sociale				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL	Prévisione * (euro)	Indice di Sforzo
		(A)		(B)		(B/A)	(C)	(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	77	84,6	0,2	244	31,6
Danimarca	DK	30716	143,9	136	149,5	0,4	174	78,1
Svezia	SE	25706	120,4	212	233,0	0,8	146	145,5
Austria	AT	24330	114,0	85	93,4	0,3	138	61,6
Germania	DE	24065	112,7	93	102,2	0,4	136	68,2
Irlanda	IE	23837	111,6	68	74,7	0,3	135	50,3
Paesi Bassi	NL	23709	111,0	361	396,7	1,5	134	268,6
Finlandia	FI	23352	109,4	126	138,5	0,5	132	95,2
Belgio	BE	23061	108,0	135	148,4	0,6	131	103,3
Regno Unito	UK	23037	107,9	55	60,4	0,2	131	42,1
Francia	FR	22893	107,2	93	102,2	0,4	130	71,7
Unione Europea	EU	21351	100,0	91	100,0	0,4	121	75,2
Italia	IT	19228	90,1	6	6,6	0,0	109	5,5
Spagna	ES	14354	67,2	19	20,9	0,1	81	23,4
Grecia	GR	11198	52,4	53	58,2	0,5	63	83,5
Portogallo	PT	10844	50,8	37	40,7	0,3	61	60,2

STATO		PIL per abitante		Totale delle Spese di funzionamento				
		Euro	% della Media EU	Euro	% della Media EU	% del PIL	Prévisione * (euro)	Indice di Sforzo
		(A)		(B)		(B/A)	(C)	(B/C)
Lussemburgo	LU	42985	201,3	222	115,0	0,5	322	68,9
Danimarca	DK	30716	143,9	256	132,6	0,8	248	103,3
Svezia	SE	23709	111,0	307	159,1	1,3	206	149,4
Austria	AT	23061	108,0	265	137,3	1,1	202	131,5
Germania	DE	24330	114,0	134	69,4	0,6	209	64,0
Irlanda	IE	24065	112,7	239	123,8	1,0	208	115,1
Paesi Bassi	NL	23837	111,6	157	81,3	0,7	206	76,1
Finlandia	FI	19228	90,1	128	66,3	0,7	178	71,8
Belgio	BE	23037	107,9	204	105,7	0,9	201	101,3
Regno Unito	UK	25706	120,4	135	69,9	0,5	218	62,0
Francia	FR	23352	109,4	164	85,0	0,7	203	80,6
Unione Europea	EU	21351	100,0	193	100,0	0,9	191	100,9
Italia	IT	22893	107,2	272	140,9	1,2	201	135,6
Spagna	ES	14354	67,2	67	34,7	0,5	149	45,0
Grecia	GR	11198	52,4	92	47,7	0,8	130	70,9
Portogallo	PT	10844	50,8	91	47,2	0,8	128	71,3

*Previsione ottenuta a partire dall'equazione della regressione lineare che correla il PIL per abitante e le Spese in carico alla protezione Sociale

C) Base Dati

(Grafico 1.1) *Spesa per la Protezione Sociale in percentuale del PIL, SEC*

STA TO		ANNO				
		1995	1996	1997	1998	1999
Unione Europea	EU	33,5	33,7	33,1	32,7	32,7
Belgio	BE	31,3	31,8	31,2	33,4	33,7
Danimarca	DK	39,9	39,5	38,3	38,2	37,5
Germania	DE	33,6	34,8	34,2	34,0	34,3
Grecia	GR	25,1	25,9	26,6	27,7	29,1
Spagna	ES	26,7	26,5	25,6	25,1	24,5
Francia	FR	36,7	36,9	36,8	36,4	36,2
Irlanda	IE	24,4	23,1	21,9	20,4	19,3
Italia	IT	29,7	29,7	30,1	29,6	29,8
Lussemburgo	LU	27,8	28,0	27,0	22,4°	21,9°
Olanda	NL	35,9	35,1	34,2	33,4	32,9
Austria	AT	36,2	36,0	35,1	34,6	34,9
Portogallo	PT	26,2	26,8	27,2	28,0	28,6
Finlandia	FI	38,7	38,6	35,8	33,5	32,9
Svezia	SE	42,6	42,1	41,5	41,2	40,6
Regno Unito	UK	33,4	33,1	32,4	31,8	31,5

(Grafico 1.1a) *Spesa per la Protezione Sociale in percentuale del PIL, SESPROS*

STA TO		ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Unione Europea	EU	25,5	26,5	27,7	28,8	28,4	28,3	28,5	28,0	27,6	27,6
Belgio	BE	26,4	27,0	27,3	29,5	29,0	28,2	28,7	28,1	28,2	28,2
Danimarca	DK	28,7	29,7	30,3	31,9	32,9	32,2	31,4	30,4	29,9	29,4
Germania	DE	25,4	26,2	27,6	28,4	28,3	28,9	30,0	29,5	29,3	29,6
Grecia	GR	22,9	21,5	21,2	22,0	22,0	22,3	22,9	23,3	24,3	25,5
Spagna	ES	19,9	21,2	22,4	24,0	22,8	22,0	21,8	21,1	20,6	20,0
Francia	FR	27,9	28,4	29,3	30,7	30,5	30,7	31,0	30,8	30,5	30,3
Irlanda	IE	18,4	19,6	20,3	20,2	19,7	18,9	17,8	16,7	15,5	14,7
Italia	IT	24,7	25,2	26,2	26,4	26,0	24,8	24,8	25,5	25,0	25,3
Lussemburgo	LU	22,1	23,1	23,3	23,9	23,6	23,5	24,0	22,9	22,4°	21,9°
Olanda	NL	32,5	32,6	33,2	33,6	31,0	30,9	30,1	29,4	28,5	28,1
Austria	AT	26,7	27,0	27,6	28,9	29,8	29,7	29,6	28,8	28,3	28,6
Portogallo	PT	15,2	16,5	18,2	20,7	20,8	20,8	21,3	21,6	22,4	22,9
Finlandia	FI	25,1	29,8	33,6	34,6	33,8	31,8	31,6	29,3	27,3	26,7
Svezia	SE	33,1	34,3	37,1	38,6	37,2	35,1	34,5	33,6	33,2	32,9
Regno Unito	UK	23,0	25,8	28,1	29,1	28,8	28,4	28,3	27,7	27,2	26,9

°Stime

(Grafico 1.2) *Spesa per la Protezione Sociale in percentuale della Spesa della Pubblica amministrazione, 1999*

STATO		Spesa della Pubblica Amministrazione° (AP)	SESPROS		SEC	
			Protezione Sociale°	% AP	Protezione Sociale°	% AP
Unione Europea*	EU	3843999	2204290	57,3	2611459	67,9
Belgio	BE	118405	65773	55,5	78806	66,6
Danimarca	DK	91392	48679	53,3	61905	67,7
Germania	DE	965749	584914	60,6	676880	70,1
Grecia	GR	66687	28589	42,9	32876	49,3
Spagna	ES	230661	112666	48,8	138089	59,9
Francia	FR	722640	409205	56,6	488699	67,6
Irlanda	IE	31011	13117	42,3	17209	55,5
Italia	IT	541446	279928	51,7	330313	61,0
Lussemburgo	LU	7729	3981	51,5	4736	61,3
Olanda	NL	176058	105229	59,8	123100	69,9
Austria	AT	105812	56766	53,6	69170	65,4
Portogallo	PT	48633	24473	50,3	30675	63,1
Finlandia	FI	62843	32173	51,2	39631	63,1
Svezia	SE	137233	74441	54,2	92050	67,1
Regno Unito	UK	537669	364356	67,8	427318	79,5

° Milioni di euro

(Grafico 1.3) *Spesa per la Protezione Sociale in euro, SEC*

STATO		ANNO				
		1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	66073	67483	67218	74644	78807
Danimarca	DK	54979	56991	57181	59400	61905
Germania	DE	631552	652891	638241	651095	676881
Grecia	GR	22511	25326	28511	30035	34187
Spagna	ES	119223	127247	126880	131568	138089
Francia	FR	435304	452225	456297	471749	488699
Irlanda	IE	12427	13357	15401	15775	17208
Italia	IT	248930	288400	309575	315461	330313
Lussemburgo*	LU	3866	4013	4154		
Olanda	NL	113923	113658	113676	117152	123100
Austria	AT	64264	64831	63803	65593	69170
Portogallo	PT	21593	23779	25532	27958	30675
Finlandia	FI	38239	38789	38624	38609	39632
Svezia	SE	78229	86785	87378	87983	92050
Regno Unito	UK	288382	308181	376917	400246	427318

(Grafico 1.3a) *Spesa per la Protezione Sociale in euro, SESPROS*

STATO		ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	40975	44224	47775	54098	56954	59471	60832	60570	63002	65773
Danimarca	DK	30192	32251	34464	37824	42075	44412	45334	45337	46579	48679
Germania	DE	299986	374826	431335	474151	499394	542922	562702	550060	561770	584915
Grecia	GR	15156	15749	16327	17570	18588	20018	22416	24946	26379	29899
Spagna	ES	79436	93265	102597	100808	95653	98384	104761	104391	107958	112666
Francia	FR	267224	280811	304529	334742	348003	364384	379397	382204	395342	409205
Irlanda	IE	6872	7558	8403	8609	9101	9632	10283	11759	11995	13116
Italia	IT	214415	236426	249029	224004	224360	208085	241248	262527	266823	279928
Lussemburgo*	LU	1867	2136	2336	2702	2970	3277	3440	3521	3666	3981
Olanda	NL	72288	76376	8222	89480	91016	98011	97567	97758	100041	105229
Austria	AT	33534	36349	39940	45116	49214	52514	53138	52357	53743	56766
Portogallo	PT	8571	10787	13768	15212	15896	17159	18884	20271	22316	24473
Finlandia	FI	27059	29773	28173	25459	28527	31457	31792	31631	31414	32173
Svezia	SE				63371	64797	64525	71072	70753	70933	74441
Regno Unito	UK	178906	215269	231301	238597	251106	244681	262860	322286	342014	364356

(Grafico 1.4) *Spese per la Protezione Sociale in PPA, SEC*

STATO		ANNO				
		1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	62901	66192	68471	76415	80544
Danimarca	DK	43433	45820	47160	48936	50329
Germania	DE	532696	577238	588063	599819	629850
Grecia	GR	30473	33414	35740	39316	43936
Spagna	ES	144438	152589	156251	158729	165048
Francia	FR	398933	414340	422698	437706	458705
Irlanda	IE	14488	14620	16058	16225	17255
Italia	IT	310340	325505	342218	356609	374616
Lussemburgo*	LU	3479	3671	3845		
Olanda	NL	107010	107427	116383	122328	127679
Austria	AT	55971	59107	61087	62396	66221
Portogallo	PT	32266	34829	39067	41313	44922
Finlandia	FI	33790	34873	35400	35429	36406
Svezia	SE	68089	69752	72724	75017	77946
Regno Unito	UK	331639	354550	377672	391296	409770

* Le Spese per l'Educazione non sono disponibili per gli anni 1998-99

(Grafico 1.4a) *Spese per la Protezione Sociale in PPA, SESPROS*

STATO		ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	40133	43854	4761	52965	54210	56617	59668	61696	64497	67223
Danimarca	DK	22219	24884	25946	28395	32396	35085	36448	3739	38374	39576
Germania	DE	271679	347196	396074	413578	443959	457939	497499	50681	517529	544274
Grecia	GR	20409	20962	21166	22579	23919	27098	29576	3127	34536	38426
Spagna	ES	85788	100097	10773	117746	114146	119192	125626	12855	13024	134661
Francia	FR	254735	277757	29572	308345	316842	333939	34761	35406	36681	384090
Irlanda	IE	7019	8076	888	9433	10164	11229	1125	1226	1233	13152
Italia	IT	215874	236926	254057	253570	261930	259418	272286	29021	301627	317473
Lussemburgo	LU	1923	2235	2504	2793	2959	2949	3147	3256	3377	3667
Olanda	NL	71826	77346	8203	85432	86148	92064	92218	10008	104466	109143
Austria	AT	31239	34509	38066	40966	44691	45738	48447	50126	51124	54346
Portogallo	PT	13967	16272	1828	20911	22865	25640	27659	3101	32977	35840
Finlandia	FI	17679	19975	2187	23604	24628	27797	2858	2899	2882	29555
Svezia	SE				52502	53851	56161	57123	5888	60479	63035
Regno Unito	UK	199425	224529	25572	265991	278620	281383	302410	32293	334366	349393

(Grafico 1.5) *Spesa per la Protezione Sociale per in PPA per abitante, SEC*

STATO		ANNO				
		1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	6205	6517	6725	7489	7875
Danimarca	DK	8308	8708	8924	9231	9461
Germania	DE	6523	7049	7167	7312	7676
Grecia	GR	2915	3189	3405	3738	4171
Spagna	ES	3684	3886	3973	4031	4187
Francia	FR	6725	6960	7076	7302	7625
Irlanda	IE	4023	4032	4386	4379	4608
Italia	IT	5416	5671	5950	6193	6498
Lussemburgo	LU	8490	8835	9133		
Olanda	NL	6922	6917	7455	7787	8074
Austria	AT	6956	7334	7568	7711	8184
Portogallo	PT	3254	3508	3929	4144	4497
Finlandia	FI	6615	6806	6887	6875	7048
Svezia	SE	7713	7889	8221	8475	8799
Regno Unito	UK	5669	6039	6401	6606	6887

(Grafico 1.5a) *Spesa per la Protezione Sociale per in PPA per abitante, SESPROS*

STATO		ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belgio	BE	4026	4383	4740	5252	5359	5585	5875	6060	6321	6573
Danimarca	DK	4323	4828	5018	5472	6224	6711	6927	7076	7239	7440
Germania	DE	4295	4341	4914	5095	5453	5608	6075	6177	6309	6633
Grecia	GR	2009	2046	2051	2175	2294	2592	2823	2979	3283	3648
Spagna	ES	2208	2572	2762	3012	2916	3040	3199	3269	3308	3416
Francia	FR	4390	4763	5045	5235	5360	5629	5839	5927	6119	6385
Irlanda	IE	2002	2289	2499	2639	2834	3118	3104	3349	3330	3512
Italia	IT	3806	4175	4468	4445	4579	4527	4744	5046	5238	5507
Lussemburgo	LU	5035	5774	6379	7017	7329	7197	7574	7741	7919	8479
Olanda	NL	4804	5133	5402	5587	5600	5955	5938	6411	6650	6902
Austria	AT	4042	4417	4810	5126	5566	5684	6011	6210	6318	6716
Portogallo	PT	1411	1649	1854	2117	2309	2586	2786	3119	3308	3588
Finlandia	FI	3545	3984	4338	4659	4840	5442	5578	5640	5594	5722
Svezia	SE				6022	6133	6362	6461	6657	6833	7116
Regno Unito	UK	3465	3884	4409	4571	4780	4810	5151	5473	5645	5872

(Grafico 1.6) *Struttura per età della popolazione, 1999 (Percentuale del totale)*

STATO		ETA ‘				
		0-19	20-39	40-59	60-79	80+
Unione Europea	EU	23,1	29,7	25,7	17,7	3,7
Belgio	BE	23,7	28,7	25,8	18,3	3,5
Danimarca	DK	23,6	29,2	27,5	15,7	3,9
Germania	DE	21,4	29,5	26,7	18,8	3,5
Grecia	GR	22,3	29,9	25,0	19,4	3,5
Spagna	ES	22,2	32,4	23,9	17,9	3,6
Francia	FR	25,7	28,5	25,4	16,8	3,6
Irlanda	IE	31,4	30,3	23,2	12,6	2,5
Italia	IT	20,0	30,5	26,0	19,6	3,9
Lussemburgo	LU	24,3	30,3	26,3	16,0	3,1
Olanda	NL	24,4	30,5	27,1	14,9	3,1
Austria	AT	23,0	31,0	26,2	16,4	3,4
Portogallo	PT	23,9	31,1	24,5	17,7	2,8
Finlandia	FI	24,8	26,8	28,8	16,2	3,3
Svezia	SE	24,3	26,8	26,8	17,2	4,9
Regno Unito	UK	25,4	29,1	25,1	16,5	3,9

*(Grafico 1.7) Intensità della Protezione Sociale nelle funzioni di Sanità, Vecchiaia, Famiglia, Educazione e disoccupazione**

STATO		Sanità		Vecchiaia		Famiglia		Educazione		Disoccupazione	
		Normaliz.	PPS	Normalizzata	PPS	Normalizzata	PPS	Normalizzata	PPS	Normalizzata	PPS
Unione Europea	EU	872	1482	10799	2293	2066	455	4695	1075		375
Belgio	BE	840	1505	9005	2004	2302	557	5384	1304	14644	743
Danimarca	DK	1034	1416	17175	2748	4911	941	10547	2024	34089	807
Germania	DE	1113	1801	12420	2588	3361	669	5238	1043		563
Grecia	GR	348	870	4991	1467	940	269	1827	524		202
Spagna	ES	469	968	5422	1392	263	70	2907	771	8539	427
Francia	FR	1114	1707	12321	2313	2519	596	5245	1265	9812	447
Irlanda	IE	796	1348	4263	644	1382	434	3489	1098	7197	373
Italia	IT	619	1260	10547	2809	860	195	4373	992		115
Lussemburgo	LU	1315	2063	17932	3131	5724	1272	7243	1657	18302	206
Olanda	NL	1089	1876	12614	2347	1098	277	4647	1176	27515	399
Austria	AT	1058	1735	12813	2438	3053	671	6672	1469	13353	350
Portogallo	PT	401	1048	3806	1142	464	162	2600	910	2232	117
Finlandia	FI	842	1280	9639	1734	3132	713	5829	1328		628
Svezia	SE	1138	1770	13950	2610	3587	738	8184	1684		568
Regno Unito	UK	867	1396	12160	2374	2046	498	4174	1017	8993	182

* Le spese sono distribuite per abitante, considerando la distribuzione della popolazione "normalizzata" (vedi testo):

le persone più vecchie (>60 anni), sono stimate usufruire maggiormente (x 4) dei servizi sanitari rispetto al resto della popolazione;

le spese per la vecchiaia sono distribuite tra persone che hanno più di 60 anni;

le spese per l'educazione e la famiglia sono distribuite per persone con 19 anni o meno;

le spese per la disoccupazione sono distribuite tra le persone iscritte alle liste di disoccupazione.

(Grafico 1.8) *Spese per la Protezione Sociale, SEC 1999*

STATO		Funzioni della Protezione Sociale										
		Educa- zione	Sanità	Invali- dità	Vecchi- aia	Vedo- vanza	Fami- glia	Disoccu- pazione	Allog- gio	Esclus. Soc.	Spese Funz.	Altre Spese
Unione Europea	EU	15,6	21,6	6,7	33,2	4,1	6,8	5,6	1,7	1,4	2,8	0,7
Belgio	BE	16,5	19,1	7,1	25,5	8,1	7,1	9,4		1,8	3,4	2,0
Danimarca	DK	21,4	14,9	9,3	29,0		10,0	8,5	1,9	2,8	2,2	
Germania	DE	13,6	23,5	6,5	33,7	1,4	8,7	7,3	0,5	1,6	2,9	0,2
Grecia	GR	13,0	20,7	5,3	35,0	7,7	6,4	4,8	2,6	1,7	2,8	0,0
Spagna	ES	18,4	23,1	6,2	33,3	3,4	1,6	10,2	1,0	0,6	2,0	0,3
Francia	FR	16,3	22,4	4,7	30,3	4,8	7,8	5,9	2,5	1,2	3,3	0,9
Irlanda	IE	23,8	29,3	3,7	13,9	4,3	9,5	8,1	2,5	1,4	3,4	0,1
Italia	IT	15,3	19,4	5,1	43,2	9,2	3,0	1,8		0,1	2,2	0,8
Lussemburgo	LU	15,9	20,4	11,7	31,0	2,6	12,6	2,0	0,3	0,7	2,0	0,7
Olanda	NL	14,5	23,3	9,5	29,1	4,3	3,4	5,0	1,3	4,6	3,9	1,2
Austria	AT	17,9	21,2	7,0	29,8	7,9	8,2	4,3	0,2	1,0	1,6	0,9
Portogallo	PT	20,2	23,3	8,4	25,4	5,0	3,6	2,6		1,2	3,0	7,3
Finlandia	FI	18,8	18,2	11,2	24,6	3,2	10,1	8,9	1,2	1,6	2,1	
Svezia	SE	19,1	20,1	9,3	29,7	1,8	8,4	6,5	1,9	2,0	1,3	
Regno Unito	UK	14,7	20,3	8,2	34,4	3,2	7,2	2,6	4,9	0,8	2,8	0,7

(Grafico 1.8a) *Spese per la Protezione Sociale, SESPROS 1999*

STATO		Funzioni della Protezione Sociale									
		Sanità	Invali- dità	Vecchi- aia	Vedo- vanza	Fami- glia	Disoccu- pazione	Allog- gio	Esclus. Soc.	Spese Funz.	Altre Spese
Unione Europea	EU	25,6	7,9	39,3	4,8	8,1	6,6	2,0	1,6	3,3	0,8
Belgio	BE	22,9	8,5	30,5	9,7	8,5	11,3		2,1	4,1	2,4
Danimarca	DK	19,0	11,8	36,9		12,7	10,8	2,4	3,6	2,8	
Germania	DE	27,2	7,5	39,0	1,6	10,1	8,5	0,6	1,9	3,4	0,2
Grecia	GR	23,8	6,1	40,2	8,8	7,4	5,5	3,0	1,9	3,2	
Spagna	ES	28,3	7,6	40,8	4,2	2,0	12,5	1,2	0,7	2,4	0,4
Francia	FR	26,7	5,6	36,2	5,7	9,3	7,0	3,0	1,4	4,0	1,1
Irlanda	IE	38,4	4,8	18,3	5,7	12,4	10,6	3,3	1,9	4,5	0,1
Italia	IT	22,9	6,0	51,0	10,8	3,5	2,1		0,1	2,6	0,9
Lussemburgo	LU	24,3	13,9	36,9	3,1	15,0	2,4	0,3	0,8	2,4	0,8
Olanda	NL	27,2	11,1	34,0	5,0	4,0	5,8	1,5	5,4	4,6	1,4
Austria	AT	25,8	8,5	36,3	9,6	10,0	5,2	0,3	1,2	1,9	1,1
Portogallo	PT	29,2	10,5	31,8	6,3	4,5	3,3		1,5	3,7	9,1
Finlandia	FI	22,4	13,8	30,3	3,9	12,5	11,0	1,5	2,0	2,6	
Svezia	SE	24,9	11,5	36,7	2,2	10,4	8,0	2,3	2,5	1,6	
Regno Unito	UK	23,8	9,6	40,4	3,7	8,5	3,1	5,8	0,9	3,3	0,8

Grafico 1.9: Relazione tra Spesa per la Protezione Sociale e PIL

STATO	FUNZIONE	ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Unione Europea	PIL		5780281	6026009	6043437	6335155	6588341	6919959	7288004	7630700	8016482
UE	Educazione*						340562	358230	369016	386957	406414
	Sanità				452909	467286	484341	503711	513468	537361	564398
	Invalidità				131842	138852	144047	153585	161618	166512	173695
	Vecchiaia				643556	675476	707881	753034	796996	824336	867673
	Vedovanza				84747	88576	88771	96173	100938	101162	105897
	Famiglia				128084	133700	138516	155888	164649	168814	179152
	Disoccupaz				160032	154645	149559	152818	146606	143138	144721
	Alloggio				33315	35851	37284	39411	42352	43503	45125
	Esclus soc.				23105	25101	30032	31615	31477	33543	34361
Belgio	PIL	156489	164435	175718	184590	197140	211708	212654	216405	224312	235538
BE	Educazione*						6601	6651	6648	11642	13033
	Sanità	10209	11187	12849	12704	13254	13300	14163	13586	14184	15055
	Invalidità	2881	3110	3160	4123	4294	4968	4998	5061	5369	5618
	Vecchiaia	11744	12864	14112	15883	16854	18043	18265	18528	19128	20050
	Vedovanza	4523	4788	5087	5814	6048	6195	6162	6050	6204	6381
	Famiglia	3595	3766	4032	4451	4536	4935	4977	5288	5400	5572
	Disoccupaz	5212	5662	5874	6810	7119	7319	7369	7372	7370	7435
	Alloggio										
	Esclus soc.	797	842	542	1076	1027	1523	1514	949	1336	1381
Danimarca	PIL	105048	108446	113694	118541	128024	137793	144155	149169	154069	163215
DK	Educazione*						10567	11657	11843	12821	13226
	Sanità	5895	6309	6607	7078	7201	7705	7827	7993	8744	9267
	Invalidità	2923	3115	3302	3697	4113	4578	4726	4781	5235	5730
	Vecchiaia	10746	11208	11815	12661	15123	16226	17123	17343	17339	17978
	Vedovanza	24	25	23	25	26	26	26	25	24	23
	Famiglia	3477	3671	3960	4341	5029	5340	5482	5568	5878	6158
	Disoccupaz	4504	5002	5626	6600	6686	6370	6098	5577	5284	5277
	Alloggio	689	772	857	957	998	1056	1060	1080	1120	1150
	Esclus soc.	1064	1276	1343	1481	1740	1882	1781	1758	1685	1736
Germania	PIL		1432638	1561741	1670845	1763760	1880187	1878200	1863493	1916381	1974200
DE	Educazione*						88630	90189	88181	89325	91966
	Sanità	91827	113994	132118	138256	147763	161949	160673	150764	152722	158849
	Invalidità	17967	22004	26032	29949	32155	35860	39189	41624	42925	44141
	Vecchiaia	125654	147437	164176	181740	193439	213114	215783	213113	219799	228233
	Vedovanza	6675	7194	7667	8563	9103	9685	9542	9372	9285	9209
	Famiglia	21844	30158	34148	36868	37240	39432	51567	53701	54379	59005
	Disoccupaz	17206	31286	40223	48433	46959	47223	49604	46489	47366	49636
	Alloggio	1802	2274	3433	3402	3035	3141	3285	3451	3620	3645
	Esclus soc.	5938	6511	7371	8714	10622	11913	12272	11985	11718	11167
Grecia	PIL	66168	73081	77024	79771	84353	89889	97972	107102	108978	117823
GR	Educazione*						2493	2910	3565	3656	4287
	Sanità	3528	3647	4091	4412	4718	5034	5423	6068	6175	7129
	Invalidità	1205	1150	1112	1147	1198	1263	1364	1473	1587	1830
	Vecchiaia	6056	6343	6698	7119	7438	8149	9264	10325	11132	12025
	Vedovanza	1314	1360	1404	1519	1574	1585	1883	2039	2233	2636
	Famiglia	1074	1225	1272	1330	1636	1709	1870	1974	2076	2206
	Disoccupaz	585	725	715	632	626	873	905	1095	1228	1657
	Alloggio	339	365	366	494	544	510	603	790	793	888
	Esclus soc.	142	168	185	263	162	221	269	282	270	557

STATO	FUNZIONE	ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Spagna	PIL	401686	443715	463263	425936	425089	446882	480536	495627	525437	565483
ES	Educazione*						20839	22485	22488	23610	25423
	Sanità	22317	26343	29531	27753	26646	27332	29514	28964	30417	31934
	Invalità	5983	6946	7311	6984	6961	7040	7804	7761	8401	8579
	Vecchiaia	29626	33530	36508	35448	35378	37831	41447	42321	43571	45923
	Vedovanza	3550	3956	4242	3912	4016	4143	4416	4391	4533	4682
	Famiglia	1316	1383	1760	1606	1577	1654	1956	2054	2189	2297
	Disoccupaz.	13897	17521	19648	21289	17838	15725	14929	14216	13980	14096
	Alloggio	445	459	372	444	370	1028	1280	1234	1324	1306
	Esclus.soc.	277	350	400	492	491	533	784	810	717	746
Francia	PIL	957587	987210	1040541	1089370	1139320	1188101	1224606	1241129	1297574	1350159
FR	Educazione*						70920	72828	74094	76407	79494
	Sanità	71838	80239	85871	90431	93184	97023	100582	102301	106616	109403
	Invalità	16224	17654	18075	18760	19550	20078	21156	21521	22167	22728
	Vecchiaia	91808	103101	110376	116855	122353	127989	133599	138011	142820	148238
	Vedovanza	16833	18514	19362	19984	20494	21289	22134	22423	23011	23282
	Famiglia	25923	28324	29352	31719	32672	34248	35207	36947	37090	38185
	Disoccupaz.	22185	25280	26923	29561	27996	26985	28470	28530	28639	28673
	Alloggio	7337	8243	8988	9909	10610	11046	11285	11607	11965	12313
	Esclus.soc.	2049	2480	2866	3297	3798	4222	4453	4709	5162	5593
Irlanda	PIL	37248	38648	41447	42570	46148	50890	57628	70608	77240	89029
IE	Educazione*						2795	3074	3642	3780	4092
	Sanità	2224	2448	2744	2858	3036	3341	3462	4119	4322	5035
	Invalità	296	325	352	361	388	444	496	556	572	630
	Vecchiaia	1549	1661	1781	1794	1874	1876	1918	2172	2240	2404
	Vedovanza	445	474	508	509	535	565	610	684	709	744
	Famiglia	743	813	907	922	1033	1102	1288	1511	1499	1621
	Disoccupaz.	968	1136	1332	1377	1382	1412	1524	1573	1452	1394
	Alloggio	231	241	252	254	285	304	334	389	405	426
	Esclus.soc.	106	121	148	149	167	176	202	237	243	255

Italia	PIL	867836	939613	951165	849037	863369	839041	971065	1029991	1068802	1107779
IT	Educazione*						40846	47153	47047	48638	50385
	Sanità	57169	62989	62812	54075	51764	46411	53999	58894	60768	64045
	Invalità	15105	15677	16231	15304	15626	14005	16568	16809	16116	16880
	Vecchiaia	97146	109263	118843	107488	109107	105338	120557	133184	137136	142800
	Vedovanza	21170	23406	25092	23299	24292	21655	26228	28672	27837	30115
	Famiglia	9049	8127	7972	6749	6572	6436	8186	8844	9419	9912
	Disoccupaz.	5507	6362	7114	7059	6866	6102	6486	6509	6157	5864
	Alloggio	65	67	71	65	67	64	79	72	62	118
	Esclus.soc.	223	242	239	257	230	171	221	244	251	332
Lussemburgo	PIL	8698	9493	10325	11603	12925	13833	14314	15554	16858	18449
LU	Educazione*						589	573	633		
	Sanità	459	513	583	671	707	787	863	863	888	969
	Invalità	230	270	284	322	357	400	420	439	439	552
	Vecchiaia	761	884	960	1084	1182	1304	1324	1368	1405	1470
	Vedovanza	78	95	98	105	117	122	120	115	119	125
	Famiglia	194	220	244	321	379	415	432	439	511	597
	Disoccupaz.	50	55	58	75	88	98	111	120	120	97
	Alloggio	3	4	4	5	5	4	4	9	9	10
	Esclus.soc.	19	22	23	27	30	34	35	38	39	33

STATO	FUNZIONE	ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Olanda	PIL	231859	244524	258503	277767	293923	317324	324479	332654	351648	373664
NL	Educazione*						15912	16091	15918	17112	17871
	Sanità	19452	20739	22945	25064	24761	26383	25454	25148	26427	28593
	Invalidità	11337	11984	12630	13304	12053	11666	11260	11076	11113	11636
	Vecchiaia	22057	23189	24931	27117	27636	30008	31060	32099	33464	35783
	Vedovanza	3691	3912	4237	4595	4671	5180	5367	5262	4981	5257
	Famiglia	3870	3926	3917	4160	4022	4241	4088	4253	4188	4222
	Disoccupaz.	5743	6043	6584	7874	8870	9193	9238	8234	6820	6089
	Alloggio	761	833	844	888	1241	1276	1310	1389	1497	1585
	Esdus.soc.	1918	2026	2075	2053	2188	4716	4486	4483	5367	5702
Austria	PIL	127315	136573	146955	158511	168108	179840	182364	181645	188646	196658
AT	Educazione*						11749	11692	11446	11850	12404
	Sanità	8462	9139	10125	11272	12074	12989	12937	12997	13652	14669
	Invalidità	2285	2472	2685	3042	3495	3929	4155	4225	4504	4808
	Vecchiaia	12501	13525	14607	16449	17799	19168	19579	19293	19753	20610
	Vedovanza	3781	4068	4376	4797	5027	5368	5413	5284	5344	5465
	Famiglia	3402	3642	4288	4947	5815	5764	5654	5331	5232	5675
	Disoccupaz.	1485	1783	1920	2458	2609	2823	2956	2798	2855	2955
	Alloggio	157	150	137	147	150	159	157	157	168	190
	Esdus.soc.	414	441	540	630	646	585	614	557	573	686

Portogallo	PIL	56253	65534	75479	73635	76303	82614	88576	94192	100714	108214
PT	Educazione*						4434	4895	5261	5641	6202
	Sanità	2297	3015	4103	4444	4877	4933	5473	5918	6468	7150
	Invalidità	1257	1501	1796	1925	2112	1942	2103	2289	2459	2578
	Vecchiaia	2581	3242	4041	4345	4587	5495	6089	6288	6908	7786
	Vedovanza	562	732	903	960	1015	1120	1247	1336	1400	1542
	Famiglia	526	672	771	794	781	854	887	947	1023	1107
	Disoccupaz.	252	341	497	718	829	876	972	899	909	796
	Alloggio	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3
	Esdus.soc.	26	45	62	67	68	80	103	160	297	371
Finlandia	PIL	107732	99829	83851	73565	84369	98898	100523	108072	115256	120485
FI	Educazione*						6782	6996	6993	7194	7458
	Sanità	7440	7725	6407	5282	5632	6399	6593	6750	6900	7196
	Invalidità	4056	4416	4138	3740	4133	4577	4538	4514	4396	4449
	Vecchiaia	7730	8291	7692	6996	7778	8831	9215	9199	9272	9748
	Vedovanza	1090	1170	1093	993	1085	1191	1197	1221	1209	1252
	Famiglia	3526	3852	3521	3000	3786	4083	3851	3878	3909	4008
	Disoccupaz.	1591	2544	3612	3975	4345	4397	4307	4107	3661	3529
	Alloggio	197	256	321	284	395	459	394	369	437	497
	Esdus.soc.	492	628	615	516	568	641	724	749	652	649
Svezia	PIL	187568	200131	197151	164188	174216	183597	206273	210815	213702	227607
SE	Educazione*						13705	15713	16625	17051	17609
	Sanità				14240	13733	14029	15462	15827	16757	18511
	Invalidità				6614	7262	7707	8128	7977	7993	8547
	Vecchiaia				21370	22011	22025	25579	25895	25959	27298
	Vedovanza				1406	1494	1498	1710	1619	1578	1648
	Famiglia				7560	7900	7314	7636	7325	7480	7718
	Disoccupaz.				7329	7385	6991	7293	7195	6483	5942
	Alloggio				1989	2165	2124	2166	1838	1722	1704
	Esdus.soc.				2024	1943	1925	2095	2114	1931	1877
Regno Unito	PIL	780695	836147	828108	823509	878110	867743	936613	1171547	1271085	1368181
UK	Educazione*						43701	45321	54631	58232	62962
	Sanità	41415	51649	54517	55379	58261	56212	60257	74094	82999	86593
	Invalidità	15264	19097	20465	22780	25223	25485	26463	31683	33376	34989
	Vecchiaia	70474	81585	87136	88511	93345	91808	100861	128965	135314	147328
	Vedovanza	6902	8132	8385	8488	9150	9036	9893	12625	12841	13536
	Famiglia	15306	17678	19149	19670	20838	20810	22445	26886	28775	30869
	Disoccupaz.	10079	15103	16004	16173	15145	13031	12264	12123	10995	11281
	Alloggio	10123	10386	13128	14586	16018	16050	17333	20054	20453	21290
	Esdus.soc.	1301	1696	1969	2098	1433	1386	2016	2440	3335	3278

* Stime

(Grafico 2.1) *Quota di Spesa Sanitaria pubblica in percentuale del PIL dei singoli paesi (Fonte: OECD Health Data)*

[La tabella è suddivisa in 4 decenni]

STATO		ANNO									
		1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Belgio	BE										
Danimarca	DK										
Germania	DE										
Grecia	GR	1,5									
Spagna	ES	0,9	0,8	0,9	0,9	1,1	1,3	1,4	1,8	1,8	2,1
Francia	FR	2,4	2,7	2,9	3,2	3,4	3,5	3,6	3,7	3,6	4,0
Irlanda	IE	2,8	2,7	2,8	2,9	3,1	3,1	3,4	3,7	3,4	3,6
Italia	IT	3,0	3,1	3,1	3,4	3,6	3,8	4,0	4,1	4,2	4,3
Lussemburgo	LU										
Olanda	NL										
Austria	AT	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1	3,2	3,2	3,5	3,4	3,6
Portogallo	PT										
Finlandia	FI	2,1	2,1	2,3	2,5	2,7	3,2	3,5	4,0	4,2	4,3
Svezia	SE	3,3	3,3	3,4	3,9	4,0	4,3	4,7	5,0	5,5	5,6
Regno Unito	UK	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,5	3,7	3,9	3,9	3,8
Unione europea	EU	2,48	2,64	2,73	2,91	3,05	3,24	3,44	3,71	3,75	3,91
STATO		ANNO									
		1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Belgio	BE										
Danimarca	DK		6,7	6,8	6,6	7,4	7,6	7,6	7,4	7,5	7,7
Germania	DE	4,6	5,0	5,3	5,7	6,3	6,9	6,9	6,8	6,8	6,7
Grecia	GR	2,4									
Spagna	ES	2,3	2,6	2,9	3,1	3,2	3,6	3,8	4,1	4,2	4,2
Francia	FR	4,2	4,4	4,5	4,5	4,6	5,2	5,2	5,2	5,5	5,6
Irlanda	IE	4,2	4,4	4,6	5,0	5,4	5,9	5,8	5,6	5,8	6,3
Italia	IT	4,5	4,9	5,3	5,2	5,2	5,2	5,2	4,9	5,3	5,3
Lussemburgo	LU	3,1					4,5	4,5	4,9	5,2	5,3
Olanda	NL			4,4	4,5	4,7	5,1	5,1	5,2	5,3	5,4
Austria	AT	3,3	3,3	3,3	3,4	3,6	4,9	5,1	5,0	5,3	5,2
Portogallo	PT	1,6	1,7	2,1	2,3	2,5	3,2	3,5	3,3	3,3	3,3
Finlandia	FI	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,9	5,1	5,3	5,2	5,0
Svezia	SE	5,9	6,3	6,3	6,1	6,6	6,9	7,1	8,0	8,1	8,0
Regno Unito	UK	3,9	4,0	4,1	4,1	4,7	5,0	5,0	4,8	4,8	4,7
Unione europea	EU	3,68	3,96	4,48	4,56	4,87	5,3	5,38	5,42	5,56	5,59

STATO		ANNO										
		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
Belgio	BE										7,3	
Danimarca	DK	8,0	8,2	8,2	7,8	7,4	7,4	7,0	7,3	7,4	6,7	
Germania	DE	6,9	7,2	7,1	7,0	7,0	7,2	7,1	7,1	7,2	4,7	
Grecia	GR	3,6							4,4	4,4	4,9	
Spagna	ES	4,3	4,3	4,5	4,8	4,5	4,4	4,3	4,4	4,8	6,4	
Francia	FR	5,8	6,1	6,2	6,2	6,4	6,4	6,4	6,4	6,3	4,5	
Irlanda	IE	6,8	6,6	6,3	6,2	5,8	5,8	5,6	5,2	4,8	5,9	
Italia	IT	5,6	5,4	5,5	5,6	5,4	5,4	5,3	5,7	5,9	5,4	
Lussemburgo	LU	5,5	5,7	5,5	5,2	5,1	5,2	5,2	5,8	5,6	5,6	
Olanda	NL	5,6	5,7	5,9	5,9	5,7	5,6	5,4	5,6	5,5	5,3	
Austria	AT	5,2	5,1	5,0	4,9	4,9	5,0	5,3	5,3	5,3	3,3	
Portogallo	PT	3,6	3,9	3,4	2,9	2,9	3,3	3,6	3,4	3,6	5,8	
Finlandia	FI	5,0	5,2	5,3	5,4	5,3	5,6	5,8	5,9	5,7	7,6	
Svezia	SE	8,4	8,4	8,5	8,4	8,3	7,9	7,6	7,6	7,5	5,0	
Regno Unito	UK	5,0	5,3	5,1	5,3	5,2	5,0	5,0	5,1	5,0	5,6	
Unione europea	UE	5,66	5,93	5,88	5,82	5,68	5,71	5,66	5,66	5,64		
STATO		ANNO										
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Belgio	BE						6,1	6,4	6,1	6,1	6,3	6,7
Danimarca	DK	7,0	7,0	7,0	7,2	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8	6,9	
Germania	DE	6,7	7,1	7,6	7,5	7,6	8,0	8,3	8,0	7,8		
Grecia	GR	4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7		
Spagna	ES	5,2	5,3	5,6	5,5	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4		
Francia	FR	6,7	6,9	7,1	7,4	7,3	7,5	7,4	7,3	7,3	7,3	
Irlanda	IE	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2		
Italia	IT	6,3	6,5	6,4	6,2	5,8	5,3	5,4	5,6	5,5		
Lussemburgo	LU	5,7	5,5	5,7	5,8	5,5	5,8	5,9	5,5	5,5	5,7	
Olanda	NL	5,7	6,1	6,5	6,7	6,5	6,4	5,9	6,0	6,0	6,0	
Austria	AT	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,2	6,2	5,7	5,8	5,9	
Portogallo	PT	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,0	5,1	5,0	5,1		
Finlandia	FI	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	
Svezia	SE	7,6	7,4	7,4	7,4	7,0	6,9	7,1	6,8	6,6		
Regno Unito	UK	5,1	5,4	5,9	6,0	5,9	5,9	5,9	5,6	5,7	5,8	
Unione europea	UE	5,8	5,99	6,14	6,19	6,06	6,08	6,11	5,97	5,92	6,14	

(Grafico 2.2) *Spesa totale per sanità pubblica in PPA per abitante*

STATO		ANNO									
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Unione Europea	EU				1193	1233	1268	1323	1353	1413	1482
Belgio	BE	1003	1109	1275	1233	1247	1249	1368	1359	1423	1505
Danimarca	DK	844	944	962	1024	1065	1164	1196	1248	1359	1416
Germania	DE	1315	1320	1505	1486	1613	1673	1735	1693	1715	1801
Grecia	GR	468	474	514	546	582	652	683	725	769	870
Spagna	ES	620	726	795	829	812	845	901	907	932	968
Francia	FR	1180	1280	1363	1399	1430	1507	1564	1574	1640	1707
Irlanda	IE	648	741	816	876	946	1082	1045	1173	1200	1348
Italia	IT	1015	1112	1127	1073	1056	1010	1062	1132	1193	1260
Lussemburgo	LU	1238	1380	1591	1741	1745	1730	1899	1898	1919	2063
Olanda	NL	1293	1394	1508	1565	1524	1603	1549	1649	1757	1876
Austria	AT	1020	1111	1219	1281	1365	1406	1463	1542	1605	1735
Portogallo	PT	378	461	552	619	709	743	807	911	959	1048
Finlandia	FI	975	1034	986	967	956	1107	1157	1204	1229	1280
Svezia	SE				1353	1300	1383	1406	1489	1614	1770
Regno Unito	UK	802	932	1039	1061	1109	1105	1181	1258	1370	1396

(Grafico 2.3) *Spesa dell'Amministrazione Pubblica e di Previdenza Sociale come % di spesa pubblica per la salute, 1999*

[Percentuale della Spesa Pubblica per la Sanità, per Tassazione generale (colonna A) e Schema di Sicurezza Sociale (colonna B) per anno.]

STATO		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Belgio	BE									0,00	0,0				
Danimarca	DK	100	0	100	0	100	0	100	0	100,0		100	0	100,0	0,0
Germania	DE	13,7	86,3	11,9	88,1	9,3	90,7	8,6	91,4	8,50	91,5	8,3	91,7		
Grecia	GR									0,0	0,00				
Spagna	ES	76,2	23,8	79,8	20,2	86,5	13,5	88,4	11,6	90,8	9,20				
Francia	FR	3,1	96,9	3,1	96,9	3,2	96,8	3,2	96,8	3,3	96,7	3,2	96,8		
Irlanda	IE	90,3	9,7	90,8	9,2	91,7	8,3	91	9	88,3	11,7	87,1	12,9		
Italia	IT	99,6	0,4	99,6	0,4	99,6	0,4	99,9	0,1	99,9	0,10	99,9	0,1	99,9	0,1
Lussemburgo	LU	16,6	83,4	15,7	84,3	14	86	17,3	82,7	11,5	88,5				
Olanda	NL	6,4	93,6	6,3	93,7	6,5	93,6	6,2	93,8	6,2	93,8	5,9	94,1		
Austria	AT	31,4	68,6	31,5	68,5	40,2	59,8	40,2	59,8	39,4	60,6	39	61		
Portogallo	PT									0,0	0,0				
Finlandia	FI	82,3	17,7	81,7	18,3	81,3	18,7	80,6	19,4	80,2	19,8	79,6	20,5		
Svezia	SE									0,00	0,0				
Regno Unito	UK	100		100		100		100		100,0		100			