

Luiss Lab on European Economics

LLEE Working Document no.1

I sistemi di welfare state nei paesi dell'Unione Europea

Mariangela Zoli

January 2004

Outputs from LLEE research in progress, as well contributions from external scholars and draft reports based on LLEE conferences and lectures, are published under this series. Comments are welcome. Unless otherwise indicated, the views expressed are attributable only to the author(s), not to LLEE nor to any institutions of affiliation.

I sistemi di welfare state nei paesi dell'Unione Europea

Mariangela Zoli*

LLEE Working Document No.1

January 2004

Abstract

I sistemi europei di protezione sociale presentano specificità e peculiarità nella definizione delle proprie politiche sociali, riflesso delle diverse esperienze storiche, politiche ed economiche. Sulla base della ormai affermata ripartizione tra i quattro modelli di stato sociale, il lavoro sintetizza i tratti caratteristici di ciascun sistema e offre una descrizione dei principali programmi di spesa. In particolare, vengono presi in esame gli interventi di riforma più rilevanti intrapresi negli ultimi anni per permettere ai sistemi di welfare state europei di far fronte alle nuove sfide poste dai mutamenti demografici ed economici. L'ultima parte del lavoro si concentra sull'analisi dei principali comparti di spesa del sistema di sicurezza sociale italiano.

European social protection systems differ in their social policy choices, reflecting differences in their historical, political and economic experiences. According to the well-known classification of European welfare states into four social policy models this paper summarises relevant features of each system. The analysis focuses on main social policy reforms carried out in Europe in order to cope with major demographic and economic changes of the recent years. An examination of the main policy items of social spending in Italy is also provided.

(*) Università di Roma, Tor Vergata

Una prima versione del lavoro, dal titolo "Le riforme del welfare in Europa", è comparsa tra i vademecum informativi preparati nell'ambito dell'iniziativa "Seminari per l'Europa", organizzati dalla Luiss-Guido Carli e dall'Istituto Luigi Sturzo

1. Introduzione

A partire dalle loro origini, più di un secolo fa, gli istituti del *welfare state*¹ hanno dato un importante contributo alla modernizzazione della società europea, stabilizzando l'economia di mercato e consolidando le istituzioni democratiche. Sebbene anche in precedenza fossero presenti forme di intervento pubblico con le stesse finalità, esiste una stretta correlazione tra lo sviluppo dei programmi di protezione sociale e l'avvento della rivoluzione industriale: la tutela dei bisogni coperti dai sistemi di *welfare* è sorta, in genere, in risposta alle sfide dell'era industriale, per iniziativa dei lavoratori e delle loro organizzazioni. Inizialmente, le tutele erano principalmente di tipo categoriale, garantite solamente ai lavoratori dipendenti; tuttavia, nella prima metà del Novecento, nelle socialdemocrazie scandinave, le forme di assicurazione sociale sono state estese a tutta la popolazione, dando origine ad un sistema di prestazioni a carattere universale. Nel secondo dopoguerra, in tutti i paesi europei si è verificata un'intensa espansione delle spese sociali; in Italia questo processo è avvenuto con un lieve ritardo, solo verso la metà degli anni '60, in corrispondenza di una fase di accelerato sviluppo economico².

I sistemi europei di protezione sociale presentano caratteristiche diverse, che riflettono i legami esistenti tra le modalità di sviluppo degli istituti e le esperienze storiche, politiche ed economiche dei singoli paesi. I vari sistemi differiscono tra loro principalmente rispetto alla dimensione e alla composizione della spesa pubblica, agli aspetti istituzionali, ai tipi di prestazioni erogate e ai meccanismi di finanziamento previsti; conseguentemente, le politiche sociali possono essere classificate sulla base degli strumenti utilizzati (trasferimenti in denaro o erogazione di servizi), delle regole di accesso (con accertamento, o meno, delle condizioni di bisogno), delle modalità di finanziamento adottate (attraverso la fiscalità generale o tramite contributi sociali) e degli assetti organizzativo-gestionali. In base a queste categorizzazioni è possibile identificare alcune linee comuni di evoluzione dei sistemi di sicurezza sociale e individuare alcune macro-aree relativamente omogenee.

La letteratura di *social policy* distingue quattro modelli di stato sociale³: il modello socialdemocratico (o scandinavo), il modello liberale (o anglosassone), il modello corporativo (o continentale) e il modello mediterraneo.

Il primo modello, che caratterizza i paesi scandinavi (Finlandia, Danimarca e Svezia) e l'Olanda (il cui sistema di *welfare* ha però delle specificità assimilabili anche al modello continentale), presenta i livelli più alti di spesa per la protezione sociale (circa un terzo del PIL), considerata un diritto di cittadinanza; le prestazioni, che garantiscono una copertura universale, consistono in benefici in somma fissa, erogati automaticamente al verificarsi dei vari rischi. In aggiunta a questa

¹ Il *welfare state* viene generalmente identificato con l'insieme delle spese destinate alla previdenza, alla sanità, agli ammortizzatori sociali, all'assistenza, all'istruzione e alle politiche per la casa. Si tratta della parte più consistente della spesa pubblica, volta a soddisfare un'ampia gamma di bisogni fondamentali.

² Sistemi assicurativi pubblici sono stati sviluppati anche in contesti extraeuropei (come in Nord America, Giappone, Australia e Nuova Zelanda), in cui, però, tali sistemi, meno radicati nel tessuto sociale e culturale, offrono livelli di copertura inferiori, come è attestato dalla minore generosità dei programmi.

³ Cfr. Esping-Andersen [1990], Ferrera [1998], Ferrera *et al.* [2000] e Esping-Andersen *et al.* [2002].

base di tutela universalistica, i lavoratori occupati ricevono prestazioni integrative, tramite schemi professionali obbligatori altamente inclusivi. Le prestazioni assicurative contro la disoccupazione e le politiche attive sul mercato del lavoro rivestono un ruolo essenziale. La principale forma di finanziamento della sicurezza sociale è rappresentata dal gettito fiscale, sebbene siano stati compiuti, a partire dalla metà degli anni '90, alcuni passi per estendere il ruolo dei contributi sociali obbligatori.

Il modello liberale (proprio di Irlanda e Regno Unito), legato alla tradizione beveridgiana, ha come obiettivo prioritario la riduzione della diffusione delle povertà estreme e dei fenomeni di emarginazione sociale; pertanto, il sistema è caratterizzato dalla presenza di rilevanti programmi di assistenza sociale e di sussidi, la cui erogazione è tuttavia subordinata alla verifica delle condizioni di bisogno (*means testing*). Un ruolo importante è svolto dalle politiche attive del lavoro e da schemi che condizionano l'accesso ai benefici al possesso di un'occupazione regolare. Le modalità di finanziamento sono miste, in quanto, mentre la sanità è interamente fiscalizzata, le prestazioni in denaro sono generalmente finanziate tramite i contributi sociali.

Il terzo raggruppamento comprende i paesi dell'Europa continentale (Austria, Belgio, Francia, Germania e Lussemburgo): questo modello risente ancora dell'originaria ispirazione bismarckiana, che prevede uno stretto collegamento tra le prestazioni sociali e la posizione lavorativa degli individui, ed è centrato sulla protezione dei lavoratori e delle loro famiglie dai rischi di invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia. In questi paesi, che dedicano alle spese sociali circa il 27-30% del PIL, tendono a prevalere programmi molto frammentati e diversificati per categorie, spesso più generosi verso i dipendenti pubblici, finanziati, prevalentemente, tramite contributi sociali, distinti per i vari istituti di spesa.

Infine, i paesi dell'Europa meridionale, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, presentano sistemi sociali di introduzione relativamente recente, caratterizzati da livelli più bassi di spesa (circa un quarto del PIL). Il modello mediterraneo di stato sociale può essere considerato come una variante di quello continentale-corporativo, presentando sistemi di garanzia del reddito di impronta bismarckiana, altamente frammentati per categorie occupazionali, in cui è ancora più accentuato il ruolo di ammortizzatore sociale assegnato alla famiglia. A differenza dei sistemi dell'Europa continentale, tuttavia, nei paesi mediterranei manca un'articolata rete di protezione minima di base, sebbene, di recente, alcuni paesi abbiano cercato di porre rimedio a questa anomalia, attraverso l'introduzione di schemi di reddito garantito (in Spagna, Portogallo e, a livello sperimentale, in Italia). Continuano ad essere poco sviluppati anche i programmi di assistenza sociale e le politiche attive del mercato del lavoro.

I vari paesi europei presentano, quindi, peculiarità e specificità nella definizione e organizzazione delle rispettive politiche sociali, che riflettono i valori culturali e solidaristici dominanti in ciascun sistema. La mancanza di omogeneità tra i vari stati sociali è stata riconosciuta anche dalla Commissione europea, che ha evitato di imporre processi forzati di armonizzazione,

introducendo un “metodo di coordinamento aperto”⁴, delineato attraverso i successivi Consigli di Lisbona, Feira e Nizza, al fine di rafforzare l’integrazione e la coesione europea. In particolare, nel marzo del 2000, il Consiglio europeo di Lisbona⁵ ha riconosciuto il ruolo che il modello sociale europeo deve svolgere, per sostenere e promuovere la transizione verso la nuova economia dell’informazione. Tuttavia, è stata anche evidenziata la necessità di prevedere un ripensamento delle tradizionali strutture di protezione sociale, per assicurare la loro sostenibilità finanziaria di lungo periodo, per promuovere l’inclusione sociale e le pari opportunità tra i generi, per garantire servizi sanitari di standard qualitativamente elevato.

Il metodo di coordinamento aperto, concepito contestualmente alla Strategia europea per l’occupazione, è stato applicato, successivamente al vertice di Lisbona, a vari settori di politica sociale, come la lotta alla povertà e all’esclusione sociale e la riforma dei sistemi pensionistici.

Relativamente al comparto previdenziale, l’introduzione del metodo di coordinamento aperto è stata realizzata dai Consigli di Stoccolma, Göteborg e, soprattutto, Laeken. Più precisamente, il Consiglio di Göteborg (del giugno 2001) ha approvato i tre principi di massima, dettagliati poi in 11 obiettivi comuni, volti a garantire la sostenibilità di lungo termine dei sistemi pensionistici:

- adeguatezza delle prestazioni pensionistiche, in grado di garantire un reddito sufficiente a prevenire efficacemente la povertà e l’emarginazione sociale tra gli anziani;
- sostenibilità finanziaria dei sistemi previdenziali;
- flessibilità e capacità di rispondere alle nuove sfide sociali.

Sulla base delle relazioni strategiche presentate dai singoli Stati membri e volte ad illustrare le politiche nazionali intraprese al fine di conseguire gli obiettivi comuni, il Consiglio europeo di Bruxelles, a marzo 2003, ha adottato la relazione congiunta della Commissione e del Consiglio in materia di pensioni adeguate e sostenibili⁶, in cui si suggeriscono le principali direzioni di riforma, al fine di salvaguardare la capacità dei sistemi di soddisfare gli obiettivi sociali, rispettando al contempo i vincoli di sostenibilità finanziaria di lungo periodo.

L’applicazione del metodo del coordinamento aperto agli interventi contro la povertà e l’esclusione sociale, che costituiscono la principale finalità del ramo assistenziale della protezione sociale, ha comportato che gli Stati membri siano invitati, da un lato, a presentare dei Piani Nazionali d’Azione per l’inclusione sociale (PAN/incl), in cui ciascun paese illustra l’approccio strategico innovativo adottato e i principali provvedimenti di *policy* volti a promuovere l’inclusione

⁴ Il metodo di coordinamento aperto è una strategia di intervento nel settore delle politiche sociali, concepita per aiutare gli Stati membri nel processo di sviluppo delle proprie politiche pubbliche. In sintesi, questo metodo comporta la stesura di linee guida in ambito comunitario, da tradurre in politiche pubbliche nazionali e regionali, la definizione di specifiche scadenze temporali per il raggiungimento degli obiettivi, l’introduzione di indicatori comuni per comparare le *best practices*, la realizzazione di controlli e valutazioni periodiche.

⁵ Il Consiglio europeo di Lisbona ha segnato una tappa fondamentale nell’evoluzione delle politiche sociali dell’Unione, stabilendo come obiettivo strategico, da realizzare entro il 2010, quello di far diventare l’Europa “l’economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di mantenere una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro ed una maggiore coesione sociale”.

⁶ “*Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Proposal for a Joint Report by the Commission and the Council on Adequate and Sustainable Pensions*”, 17/12/02.

sociale, e, dall'altro, ad individuare indicatori e meccanismi di monitoraggio adeguati per misurare i progressi realizzati. I primi piani di azione, presentati a giugno 2001⁷, sebbene con modalità e intensità diverse tra i vari paesi, tengono conto di otto "sfide fondamentali", riguardanti, in particolare, lo sviluppo di un mercato del lavoro inclusivo, la garanzia di redditi e risorse adeguate per tutti, la tutela dei diritti dei bambini, la garanzia di pari opportunità in termini di istruzione, abitazione e accesso a servizi di qualità.

2. Crisi dei sistemi di welfare state

A partire dalla fine degli anni '80, i sistemi di *welfare* europei sono stati oggetto di critiche, tendenti a rilevare la necessità di riforme, al fine di ridefinirne gli ambiti di applicazione e di garantirne la sostenibilità finanziaria di lungo periodo; in molti paesi europei si è diffusa l'opinione secondo cui il *welfare state*, a causa degli effetti disincentivanti dei suoi istituti e del prelievo fiscale necessario al suo finanziamento, sia da ritenere uno dei principali responsabili della insoddisfacente crescita economica, rispetto alla corrispondente *performance* statunitense.

In effetti, negli ultimi anni, gli stati sociali europei sono stati soggetti a pressioni di vario tipo, che hanno determinato, da un lato, un crescente scollamento tra i nuovi bisogni/rischi che richiedono protezione e le tutele garantite dai programmi esistenti e, dall'altro, una lievitazione dei costi di finanziamento dei programmi di spesa.

Una delle principali sfide che i sistemi di *welfare* si sono trovati ad affrontare è rappresentata dai mutamenti demografici: l'invecchiamento della popolazione⁸, conseguente sia al calo della natalità sia all'allungamento della speranza di vita, ha causato un'espansione della domanda di prestazioni in campo previdenziale, sanitario e dei servizi sociali. Questo fenomeno, sommandosi alla contemporanea diminuzione del numero di soggetti attivi sul mercato del lavoro, ha accresciuto la pressione finanziaria sui sistemi pensionistici e sanitari.

Accanto all'evoluzione demografica, anche le trasformazioni dei rapporti familiari e la crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro hanno dato origine a nuove esigenze di protezione, come è testimoniato dalla crescente domanda, in tutti i sistemi di protezione sociale, di servizi di assistenza e di cura per i figli, i disabili e gli anziani. Inoltre, il venir meno della solidità dell'istituto familiare⁹, molto meno stabile e protettivo rispetto al passato, la diffusione di famiglie

⁷ Entro luglio 2003, gli Stati membri avrebbero dovuto presentare il secondo Piano d'azione nazionale per l'inclusione sociale, relativo al biennio 2003-2005. Tuttavia, la presentazione dei piani per alcuni paesi è stata posticipata rispetto alla scadenza prevista.

⁸ In base a dati Eurostat, gli anziani, che nel 2001 rappresentavano il 16% della popolazione totale, pari a circa un quarto della popolazione in età lavorativa, entro il 2010 dovrebbero costituire il 27% della popolazione complessiva. Inoltre, nei prossimi quindici anni, il numero di persone "molto anziane", ossia ottantenni e ultraottantenni, tenderà ad aumentare quasi del 50% (European Commission [2003]).

⁹ La percentuale di famiglie composte da due o più adulti e figli a carico si sta progressivamente riducendo, essendo passata dal 52% nel 1988 al 46% nel 2000. Negli ultimi anni si è verificata una tendenza alla formazione di nuclei familiari più ristretti, ed è cresciuto il numero di individui che vivono soli, a tutte le età. Si è, inoltre, assistito ad un netto incremento del numero di bambini che vivono con un solo adulto: nel 2000, i minori (di età compresa tra 0 e 14 anni) che vivevano in famiglie monoparentali (prevalentemente con la madre) costituivano il 10%, rispetto al 6% del 1990 (European Commission [2003]).

monoparentali o con un solo componente, spesso anziano, costituisce una nuova fonte di rischio sociale, particolarmente avvertito nei paesi dell'Europa meridionale, in cui l'efficacia redistributiva delle politiche sociali è sempre stata profondamente legata alle consuetudini di redistribuzione intrafamiliare.

Un'ulteriore sfida alle istituzioni del *welfare* è stata posta dai processi di ristrutturazione dei modi di produzione e dall'evoluzione dell'organizzazione economica delle società europee, a seguito delle dinamiche di globalizzazione, innovazione tecnologica e terziarizzazione dei mercati del lavoro. Le modifiche nelle strutture occupazionali, indotte dalla crisi del modello fordista (caratterizzato da posti di lavoro stabili e garantiti, con contratti a tempo indeterminato) e dalla creazione di forme di occupazione atipiche e flessibili (lavoro temporaneo, interinale o a tempo parziale), oltre alla preoccupante impennata dei tassi di disoccupazione¹⁰, particolarmente in alcune regioni europee e tra alcune categorie, hanno determinato la necessità di prevedere forme di tutela individuale diverse rispetto a quelle dominanti in passato. Accanto alla domanda di prestazioni di sostegno del reddito, si è diffusa l'esigenza di provvedere a forme di protezione dai rischi connessi ai nuovi modi di occupazione flessibile, sostenendo e migliorando le possibilità di occupazione, soprattutto dei segmenti più deboli e dequalificati della popolazione. Inoltre, l'accresciuta mobilità internazionale dei beni e dei fattori limita l'autonomia fiscale degli stati nazionali: poiché le attività produttive tendono a spostarsi dove sono minori i costi del lavoro, i paesi sono stimolati a ridurre il peso dei contributi, necessari al finanziamento delle prestazioni sociali, e, di conseguenza, anche la copertura offerta (fenomeno noto sotto il nome di *dumping* sociale).

A fronte di un nuovo insieme di bisogni e di domande sociali, dunque, i tradizionali sistemi di *welfare* hanno rivelato l'inadeguatezza delle loro strutture, continuando ad erogare prestazioni molto generose per la protezione di rischi che non generano più condizioni di bisogno per larghe fasce della popolazione (come il ritiro dal lavoro) e trascurando, invece, le nuove situazioni di rischio (che caratterizzano, ad esempio, anziani non autosufficienti o madri sole). Questa debolezza degli istituti della sicurezza sociale è particolarmente accentuata nei sistemi continentali e mediterranei, in cui la maggiore istituzionalizzazione delle assicurazioni sociali ha determinato una netta demarcazione tra inclusi ed esclusi dai benefici delle prestazioni.

Nel corso degli anni '90, i sistemi di protezione sociale e i mercati del lavoro europei sono stati interessati da numerose riforme, che però raramente hanno avuto un carattere radicale. Un'analisi delle misure introdotte in Europa tra il 1987 e il 1999 mostra come, delle quasi 200 riforme introdotte nell'ambito dei sussidi di non-occupazione, delle pensioni e della protezione dell'impiego, circa l'80% possono essere ritenute marginali, non essendo di natura strutturale;

¹⁰ Grazie ad una crescita economica sostenuta, accompagnata da un aumento dell'occupazione, nel 2001, il tasso di disoccupazione europeo, pari al 7,3%, costituiva il tasso più basso registrato dal 1992. Negli ultimi anni, tuttavia, l'indicatore ha ripreso a crescere, seppure moderatamente, raggiungendo l'8,1% a giugno del 2003 (European Commission [2002b]). La situazione occupazionale europea appare, quindi, problematica e la disoccupazione elevata continua a rappresentare un rischio di povertà e di esclusione sociale molto forte per una parte considerevole della popolazione comunitaria. La dinamica economica meno favorevole degli ultimi anni, inoltre, pone ulteriori sfide a tale riguardo.

inoltre, il numero degli interventi che riducono la generosità delle prestazioni e il grado di protezione dell'impiego (107 su 198) è quasi pari a quello dei cambiamenti che agiscono in direzione esattamente opposta¹¹. Le incoerenze e il carattere marginale della maggior parte delle riforme hanno spesso finito per accrescere la complessità e la frammentazione dei sistemi di sicurezza sociale europei, approfondendo il divario tra individui tutelati e non.

Uno dei nodi di fondo delle strategie di riforma del *welfare* è costituito dalla scelta tra un'impostazione universale o selettiva delle politiche assistenziali pubbliche. Secondo l'impostazione selettiva, l'erogazione delle prestazioni sociali deve essere subordinata all'accertamento della situazione economica dei beneficiari, mentre il criterio universalista prevede l'estensione delle prestazioni a tutta la collettività, indipendentemente dalle condizioni reddituali e patrimoniali degli individui.

Il dibattito internazionale di *policy*, a partire dagli anni '80, ha visto prevalere il principio selettivo come criterio ispiratore degli interventi di riforma; seguendo questa linea, ad esempio, sono stati realizzati in Italia alcuni provvedimenti, in campo previdenziale e assistenziale, che prevedono l'erogazione di trasferimenti condizionati al rispetto di limiti reddituali (basti pensare alla disciplina degli assegni familiari). Successivamente, interventi come la riforma pensionistica del 1995 e l'introduzione dell'Indicatore della situazione economica, nel 1998, hanno sancito la definitiva affermazione del criterio selettivo come principio ispiratore delle politiche sociali.

Da un lato, la scelta della selettività può sembrare obbligata, quando si considerano gli stretti vincoli di bilancio che i governi si trovano ad affrontare: la possibilità di concentrare i benefici a favore dei soggetti più bisognosi appare sia più efficace, in termini di equità, sia più efficiente, in termini di allocazione di risorse scarse, rispetto ad interventi universali. Dall'altro lato, tuttavia, privilegiare l'impostazione selettiva comporta dei costi, di natura sia sociale, sia economica: l'accertamento del possesso di alcune caratteristiche categoriali (età, stato di salute, stato professionale, ecc.) o la verifica del reddito dei potenziali destinatari comportano un'attività particolarmente invasiva della sfera privata da parte dell'amministrazione pubblica, che rafforza il potere degli apparati burocratici. Il ricorso alla prova dei mezzi potrebbe, poi, produrre sentimenti sociali stigmatizzanti nei confronti dei percettori dei sussidi pubblici, disincentivando l'effettiva fruizione delle prestazioni da parte di individui che, pur trovandosi in condizioni di bisogno, preferiscono evitare lo stigma associato al godimento dei trasferimenti (ciò può giustificare i bassi tassi di *take-up* che caratterizzano alcuni programmi di spesa). I meccanismi di selezione dei beneficiari, inoltre, presentano delle difficoltà tecniche di gestione, connesse sia a problemi di corretta identificazione degli aventi diritto alle prestazioni, sia all'attivazione di efficaci sistemi di controllo e di monitoraggio; infine, la contrazione dell'ammontare dei sussidi al crescere del reddito percepito dai destinatari di interventi selettivi può disincentivare la produzione di reddito addizionale, dando origine a trappole della povertà e della disoccupazione.

¹¹ Cfr. Bertola *et al.*[2001].

Mentre la selettività sembra affermarsi come l'opzione di *policy* prevalente tra le proposte di riforma dei sistemi di *welfare*, nel dibattito teorico degli ultimi anni si sono moltiplicate le ipotesi di intervento che si muovono nella direzione opposta dell'universalismo, sostenendo l'adozione di un sistema generalizzato di trasferimenti pubblici, che garantisca a tutti i membri della società un reddito minimo sufficiente alla soddisfazione delle necessità fondamentali. Tra le varie ipotesi, la più radicale è rappresentata dalla proposta di assicurare un reddito di base (*basic income*), attraverso il pagamento di un sussidio, versato su base individuale e senza alcun accertamento dei mezzi economici dei beneficiari. Secondo la filosofia dei suoi sostenitori¹², questo reddito minimo dovrebbe costituire una rete di sicurezza di base, pienamente incondizionale, non essendo correlata né alla condizione professionale o alla disponibilità a lavorare, né alla situazione familiare o alle caratteristiche individuali. In particolare, essendo erogato indipendentemente dalla rispettiva posizione sul mercato del lavoro, il *basic income* permetterebbe di realizzare uno sganciamento tra il ruolo lavorativo dell'individuo e il suo diritto ad un reddito, principio che costituisce uno dei capisaldi su cui si reggono le attuali politiche redistributive, garantendo in tal modo a tutti pieni diritti di cittadinanza sociale.

Sebbene attraenti, queste proposte non sono immuni da obiezioni che si appuntano sia sulla lievitazione della spesa necessaria per finanziare un sistema di sussidi incondizionati, sia sui potenziali effetti disincentivanti sulle scelte di lavoro e sull'accumulazione di capitale umano¹³.

3. Tendenze della spesa sociale nei paesi dell'Unione Europea

I sistemi di protezione sociale nell'Unione Europea comportano livelli di spesa molto elevati in tutti i paesi membri: nel 2000¹⁴, la spesa lorda nell'Unione è stata pari al 27,3% del PIL (si veda la tab. 1).

La spesa sociale, cresciuta in modo costante negli ultimi decenni nella maggior parte degli stati, ha registrato un rallentamento a partire dal 1993 (anno in cui la spesa in percentuale del PIL è stata pari al 28,8%) e, in particolare, mentre il ritmo di crescita è risultato più rapido di quello del PIL nella prima metà degli anni '90, nella seconda metà si è rivelato invece meno veloce. Tale andamento può essere giustificato sia dall'accelerazione subita dal tasso di crescita del PIL a partire dal 1996, sia dalla pressione al ribasso esercitata su alcune categorie di spesa sociale, in seguito all'avvio degli interventi di modernizzazione dei sistemi di sicurezza. La riduzione del tasso di crescita della spesa sociale si deve anche all'andamento della spesa per sussidi di disoccupazione,

¹² Il più noto dei quali è il filosofo belga Philippe Van Parijs.

¹³ Per far fronte a questo tipo di critiche, sono state avanzate alcune proposte di *basic income* parziale. Tra queste, l'idea di "reddito di partecipazione", elaborata da A. B. Atkinson [1995], prevede che l'erogazione del sussidio sia condizionata alla partecipazione al mercato del lavoro, intesa in senso lato (il sussidio sarebbe esteso, ad esempio, anche ai disoccupati involontari, a individui impegnati in attività di cura familiare o in attività di formazione e aggiornamento). La filosofia sottostante a queste proposte ha ispirato le cosiddette politiche di "*welfare to work*", o politiche attive del lavoro, introdotte in numerose paesi, al fine di sostituire la tradizionale logica compensatoria della disoccupazione con una nuova logica di promozione dell'occupazione.

¹⁴ Il 2000 rappresenta l'ultimo anno per cui sono disponibili i dati per tutti i paesi. I dati utilizzati in questo lavoro sono stati raccolti da Eurostat nel sistema ESSPROS (European System of integrated Social Protection Statistics).

legata all'evoluzione dei tassi di disoccupazione, in aumento fino alla metà degli anni '90 e in declino successivamente.

Il rallentamento della spesa rispetto al PIL tra il 1996 e il 2000, che ha riguardato la maggioranza dei paesi, è stato particolarmente marcato in Finlandia (-6,4 punti percentuali) e in Irlanda (-3,7 punti percentuali). Si discostano da questo trend Grecia e Portogallo, in cui l'indicatore ha continuato a crescere negli ultimi anni, a seguito dei processi di sviluppo e di miglioramento dei sistemi di protezione sociale (per quanto riguarda, in particolare, l'aumento delle spese per la sanità, per combattere l'esclusione sociale e per i sussidi familiari).

In termini di incidenza della spesa rispetto al PIL, relativamente al periodo 1990-2000, è possibile distinguere i paesi in tre gruppi: i paesi scandinavi, i Paesi Bassi e la Francia presentano le percentuali di spesa più alte (in Svezia, Francia e Danimarca intorno al 30%), mentre alcuni paesi dell'Europa mediterranea, come il Portogallo e la Spagna, oltre all'Irlanda, si collocano sui valori più bassi (generalmente poco sopra al 20%, tranne l'Irlanda, in cui l'indicatore, che negli ultimi anni si aggirava intorno al 15%, nel 2000 è stato pari al 14,1%). Su livelli intermedi si trovano i sistemi dell'Europa continentale e il Regno Unito (intorno al 28%), mentre l'Italia si attesta intorno al 25%.

Anche dalla tab. 2 emerge la differenza tra i livelli di spesa dei sistemi di protezione sociale scandinavi e continentali in confronto a quelli mediterranei, meno generosi: rispetto al dato medio procapite (pari a 6155,2 euro), Austria, Danimarca, Lussemburgo, Paesi Bassi e Svezia presentano i livelli di spesa procapite (aggiustati in termini di standard di potere d'acquisto) più alti (oltre 7000 euro), mentre Grecia, Spagna, Irlanda e Portogallo presentano i livelli più bassi (intorno ai 3600/4000 euro): si veda anche il grafico 1.

La spesa per le pensioni di vecchiaia (incluse le pensioni ai superstiti) rappresenta la componente più rilevante della spesa complessiva per la protezione sociale; come si evince dalle tab. 3 e 4, nel 2000, per l'Unione essa era pari al 44,5% della spesa totale, corrispondente al 12,1% del PIL. Con l'eccezione dell'Irlanda, la spesa pensionistica costituisce la voce più consistente per tutti i paesi membri, raggiungendo il 61,1% degli esborsi totali in Italia (pari ad un'incidenza del 15,4% del PIL), ma rimanendo comunque al di sopra del 40% nella maggior parte degli Stati. In Irlanda le prestazioni di vecchiaia assorbono, invece, solamente il 3,4% del PIL (24,2% della spesa totale), a causa sia della bassa quota di individui al di sopra dell'età di pensionamento, sia del peso relativamente maggiore che hanno i fondi privati nel sistema pensionistico di questo paese.

La seconda componente di spesa, in ordine di importanza, è costituita dalla sanità (sempre con l'eccezione dell'Irlanda, in cui rappresenta la voce principale, pari al 39,3%), che conta per il 26,2% della spesa totale, ovvero il 7,2% del PIL, per l'Unione nel suo complesso. L'incidenza è più bassa nei paesi scandinavi, in cui passa dal 19,6% della Danimarca al 23,1% della Finlandia. La crescita della spesa per servizi sanitari è stata al di sotto della media europea in Grecia, Spagna e Italia, paesi in cui è aumentato il peso della componente privata.

Poiché quasi i due terzi della spesa sociale complessiva dei paesi europei nel 2000 è stata assorbita dalle prestazioni pensionistiche e sanitarie, quasi la metà degli esborsi per la protezione sociale sono andati a beneficio di persone anziane; questa tendenza è in parte rovesciata nei paesi nordici, in cui i trasferimenti per la famiglia, i disabili e i disoccupati, insieme ai sussidi per malattia, prevalentemente rivolti a persone in età lavorativa, hanno un peso rilevante.

In particolare, la spesa per i trasferimenti di invalidità ha un'incidenza sul PIL più alta in Svezia, Finlandia, Paesi Bassi, Danimarca, Lussemburgo e Regno Unito (variabile tra il 3,8 e il 2,4% del PIL). Principalmente in Olanda e Regno Unito, il peso di questa componente è giustificato dall'utilizzo dei sussidi di disabilità come forma di protezione sostitutiva dei sussidi di disoccupazione, soprattutto a favore dei disoccupati di lungo periodo.

La spesa destinata alle politiche familiari nel 2000 ha contato per il 7,9% della spesa complessiva. Rispetto al dato medio, i paesi dell'area scandinava hanno registrato i valori più alti di spesa (12,8% in Danimarca, 12,2% in Finlandia e 10,6% in Svezia), mentre i paesi continentali, con l'eccezione significativa del Lussemburgo (16%), hanno presentato valori più prossimi alla media; valori decisamente più bassi hanno caratterizzato, invece, i paesi del Sud Europa, che oscillano tra il 7,2% della Grecia e il 2,6% della Spagna. In Italia, la spesa per le misure a sostegno delle famiglie ha inciso per il 3,7% sul totale della spesa complessiva.

I programmi a sostegno dei disoccupati evidenziano una notevole disparità nei livelli di spesa tra i paesi: rispetto ad una media europea del 6,1% sulla spesa complessiva, la percentuale è più alta in Spagna e Belgio (intorno al 12%) e più bassa in Italia (1,6%).

Nel periodo compreso tra il 1995 e il 2000, una delle percentuali di crescita della spesa pro capite più elevate non si è registrata in campo sanitario (+ 9,5%) o in quello delle pensioni di vecchiaia (+ 12%), ma nell'ambito degli interventi in favore della famiglia e dei figli (+17,2% in termini reali). L'aumento è stato significativo principalmente in Germania, Spagna e Lussemburgo (pari a circa l'8% annuo, rispetto ad un aumento medio del 3,2% nell'Unione); Finlandia, Svezia e Regno Unito, che nel 1995 registravano l'incidenza più alta, hanno invece sperimentato, nello stesso periodo, una riduzione in termini reali della spesa procapite per gli interventi rivolti alle famiglie.

Significativa è stata anche la dinamica nel settore delle indennità di alloggio, che, in alcuni paesi costituiscono una componente importante nella strategia di sostegno ai disoccupati (principalmente nel Regno Unito, in cui le misure di sostegno per l'edilizia abitativa sono complementari ai trasferimenti di ultima istanza, per combattere i fenomeni di marginalità sociale), con una crescita del 4,5% all'anno in termini di potere d'acquisto. Questa voce in Italia ha un'incidenza sul PIL praticamente irrilevante.

Infine, la spesa per i sussidi di disoccupazione è scesa di 14,5 punti percentuali in termini reali nei paesi dell'Unione, in parte grazie al miglioramento graduale della situazione economica e in parte in conseguenza delle misure adottate in alcuni paesi in direzione di un inasprimento delle condizioni di eleggibilità ai benefici.

Tab.1 - Spesa per la protezione sociale, anni 1990 - 2000 (in percentuale del PIL)

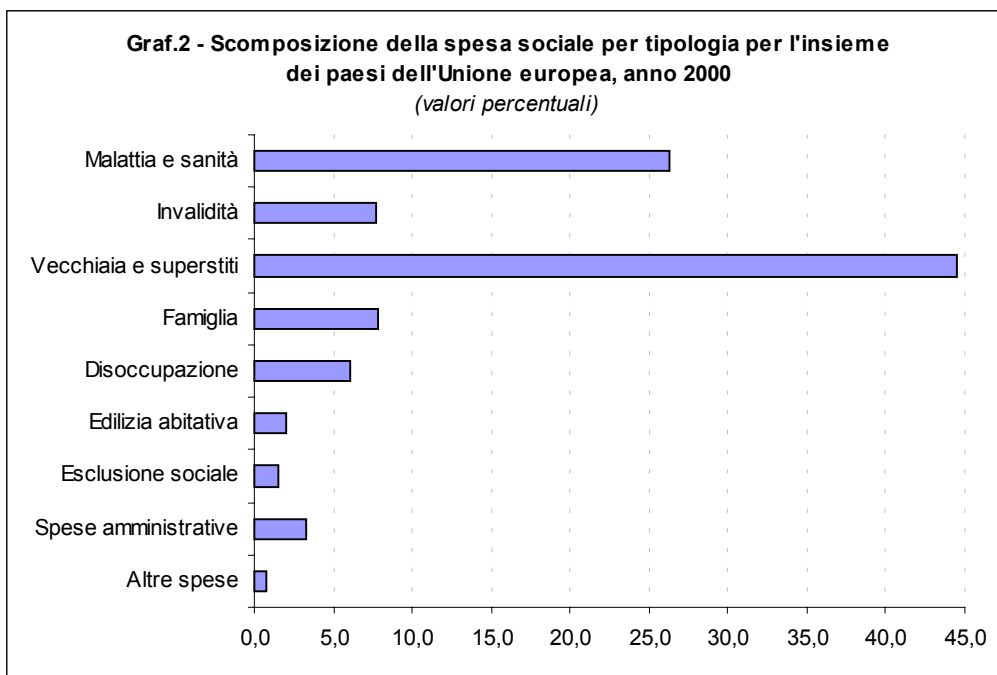
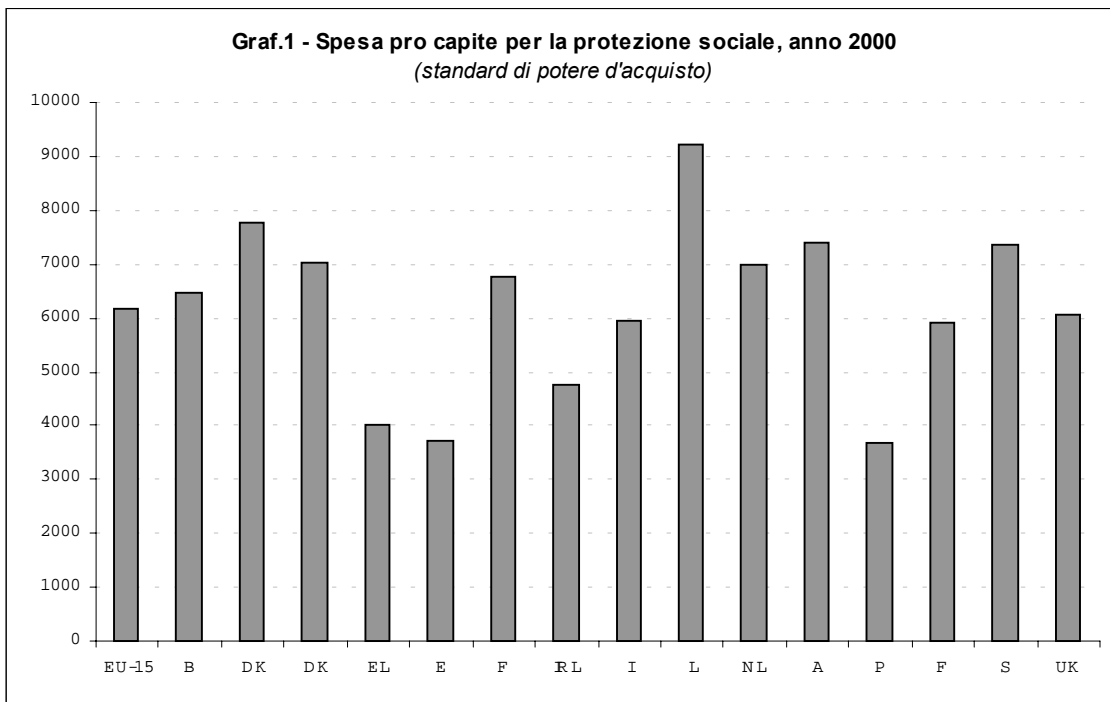
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EU-15	25,5	26,4	27,7	28,8	28,5	28,3	28,4	28,0	27,6	27,5	27,3
Belgio	26,3	27,1	27,4	29,3	28,7	28,1	28,6	27,9	27,6	27,4	26,7
Danimarca	28,7	29,7	30,3	31,9	32,8	32,2	31,4	30,4	30,2	29,8	28,8
Germania	25,4	26,1	27,6	28,4	28,3	28,9	29,9	29,5	29,3	29,6	29,5
Grecia	22,9	21,6	21,2	22,1	22,1	22,3	22,9	23,3	24,2	25,5	26,4
Spagna	19,9	21,2	22,4	24,0	22,8	22,1	21,9	21,2	20,6	20,2	20,1
Francia	27,9	28,4	29,3	30,7	30,5	30,7	31,0	30,8	30,5	30,2	29,7
Irlanda	18,4	19,6	20,3	20,2	19,7	18,9	17,8	16,7	15,5	14,8	14,1
Italia	24,7	25,2	26,2	26,4	26,0	24,8	24,8	25,5	25,0	25,3	25,2
Lussemburgo	21,5	22,5	22,6	23,7	23,0	23,7	24,0	22,6	21,7	21,8	21,0
Paesi Bassi	32,5	32,6	33,2	33,6	31,7	30,9	30,1	29,4	28,4	28,0	27,4
Austria	26,7	27,0	27,6	28,9	29,8	29,6	29,5	28,8	28,4	28,8	28,7
Portogallo	16,3	17,2	18,4	21,0	21,3	22,1	21,2	21,4	22,1	22,6	22,7
Finlandia	25,1	29,8	33,6	34,6	33,8	31,8	31,6	29,3	27,3	26,7	25,2
Svezia	33,1	34,3	37,1	39,0	37,6	35,5	34,7	33,8	33,4	32,9	32,3
Regno Unito	22,9	25,7	27,9	29,0	28,6	28,2	28,1	27,5	26,9	26,5	26,8

Fonte Eurostat

Tab.2 - Spesa per la protezione sociale, anni 1990 - 2000 (standard di potere d'acquisto)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EU-15	3821,2	4140,4	4501,1	4667,9	4836,8	4982,4	5250,9	5435,1	5590,5	5841,3	6155,2
Belgio	4076,1	4485,3	4837,4	5394,5	5567,6	5584,6	5890,6	6035,0	6207,8	6204,7	6458,0
Danimarca	4544,4	5070,1	5254,0	5830,5	6504,4	6707,2	7022,5	7081,0	7235,0	7573,3	7754,0
Germania	4316,5	4316,6	4836,7	4985,3	5304,5	5604,6	5962,3	6174,9	6313,3	6694,6	7025,3
Grecia	1975,4	2020,9	2122,9	2287,8	2436,1	2594,7	2822,1	2980,4	3287,6	3694,9	4032,4
Spagna	2237,9	2619,3	2804,6	3048,9	2980,5	3047,1	3212,0	3291,0	3312,9	3536,3	3712,5
Francia	4446,0	4841,8	5110,5	5307,2	5430,6	5618,2	5793,7	5916,6	6107,8	6400,2	6747,8
Irlanda	2563,5	2951,2	3307,0	3463,2	3724,9	3960,1	3917,9	4255,5	4217,4	4437,4	4748,0
Italia	3749,5	4109,7	4424,7	4367,3	4552,7	4525,8	4794,9	5045,9	5242,0	5551,0	5943,0
Lussemburgo	4840,9	5551,4	5882,5	6532,5	6779,1	7195,8	7550,7	7739,7	7916,2	8637,7	9234,7
Paesi Bassi	4781,5	5047,6	5329,7	5527,8	5715,8	5954,5	6059,0	6412,0	6649,6	6803,1	7003,5
Austria	4132,0	4458,9	4744,0	5143,1	5540,0	5666,0	5996,4	6221,5	6356,1	6867,0	7396,2
Portogallo	1496,2	1743,6	1949,5	2312,2	2523,4	2725,2	2745,6	3047,8	3229,6	3462,0	3675,4
Finlandia	3820,9	4422,9	4719,1	5124,6	5250,2	5441,3	5661,5	5640,3	5592,9	5737,4	5924,6
Svezia	5215,7	5451,6	5811,7	6316,1	6413,8	6421,6	6567,4	6710,3	6876,4	7097,5	7367,0
Regno Unito	3410,8	3868,9	4413,5	4651,0	4814,1	4811,3	5218,5	5476,3	5644,5	5667,9	6048,4

Fonte Eurostat



Tab. 3 - Scomposizione della spesa sociale per tipologia, anno 2000 (in percentuale della spesa totale)

	Malattia e sanità	Disabilità	Vecchiaia e superstiti	Famiglia	Disoccup.	Edilizia abitativa	Esclusione sociale	Spese amminist.	Altre spese	Spesa totale
EU-15	26,2	7,8	44,5	7,9	6,1	2,0	1,5	3,2	0,8	100,0
Belgio	23,7	8,2	41,4	8,6	11,3	:	1,3	3,7	1,7	100,0
Danimarca	19,6	11,6	37,0	12,8	10,2	2,3	3,6	2,8	:	100,0
Germania	27,3	7,6	40,7	10,2	8,1	0,7	1,8	3,4	0,2	100,0
Grecia	25,7	5,0	47,8	7,2	6,0	3,0	2,2	3,1	0,1	100,0
Spagna	28,8	7,4	45,1	2,6	11,8	0,8	0,7	2,2	0,4	100,0
Francia	27,6	5,5	41,9	9,2	6,6	2,9	1,4	4,0	1,0	100,0
Irlanda	39,3	5,1	24,2	12,4	9,2	3,2	2,1	4,5	0,1	100,0
Italia	24,0	5,7	61,1	3,7	1,6	0,0	0,1	2,8	0,8	100,0
Lussemburgo	24,3	13,1	38,5	16,0	3,2	0,3	0,9	2,4	1,4	100,0
Paesi Bassi	27,5	11,1	39,7	4,3	4,8	1,4	5,0	5,0	1,2	100,0
Austria	25,2	8,0	46,9	10,3	4,6	0,4	1,7	1,9	1,2	100,0
Portogallo	27,2	11,5	40,5	4,9	3,4	0,0	1,3	3,7	7,5	100,0
Finlandia	23,1	13,5	34,7	12,2	10,1	1,4	2,0	3,1	:	100,0
Svezia	26,5	11,8	38,3	10,6	6,4	2,1	2,4	1,9	0,0	100,0
Regno Unito	24,9	9,1	45,8	6,8	3,0	5,5	1,0	2,9	0,9	100,0

Fonte Eurostat

Tab. 4 - Scomposizione della spesa sociale per tipologia, anno 2000 (in percentuale del PIL)

	Malattia e sanità	Disabilità	Vecchiaia e superstiti	Famiglia	Disoccup.	Edilizia abitativa	Esclusione sociale	Spese amminist.	Altre spese	Spesa totale
EU-15	7,2	2,1	12,1	2,1	1,7	0,6	0,4	0,9	0,2	27,3
Belgio	6,3	2,2	11,1	2,3	3,0	:	0,4	1,0	0,5	26,7
Danimarca	5,7	3,4	10,7	3,7	3,0	0,7	1,0	0,8	:	28,8
Germania	8,1	2,2	12,0	3,0	2,4	0,2	0,5	1,0	0,1	29,5
Grecia	6,8	1,3	12,6	1,9	1,6	0,8	0,6	0,8	0,0	26,4
Spagna	5,8	1,5	9,1	0,5	2,4	0,2	0,1	0,4	0,1	20,1
Francia	8,2	1,6	12,4	2,7	1,9	0,9	0,4	1,2	0,3	29,7
Irlanda	5,5	0,7	3,4	1,7	1,3	0,4	0,3	0,6	0,0	14,1
Italia	6,1	1,4	15,4	0,9	0,4	0,0	0,0	0,7	0,2	25,2
Lussemburgo	5,1	2,8	8,1	3,4	0,7	0,1	0,2	0,5	0,3	21,0
Paesi Bassi	7,5	3,0	10,9	1,2	1,3	0,4	1,4	1,4	0,3	27,4
Austria	7,2	2,3	13,5	3,0	1,3	0,1	0,5	0,5	0,3	28,7
Portogallo	6,2	2,6	9,2	1,1	0,8	0,0	0,3	0,8	1,7	22,7
Finlandia	5,8	3,4	8,7	3,1	2,5	0,4	0,5	0,8	:	25,2
Svezia	8,6	3,8	12,4	3,4	2,1	0,7	0,8	0,6	0,0	32,3
Regno Unito	6,7	2,4	12,3	1,8	0,8	1,5	0,3	0,8	0,3	26,8

Fonte Eurostat

4. I sistemi di protezione sociale nei paesi dell'Unione

Seguendo la classificazione dei sistemi di *welfare* proposta nel paragrafo introduttivo, si analizzano ora le componenti della spesa per la protezione sociale, descrivendo le caratteristiche e le modalità di applicazione dei principali programmi e delle linee di riforma adottate nell'ultimo decennio, con particolare attenzione agli schemi previdenziali e assistenziali.

4.1 Il modello socialdemocratico (o scandinavo)

Il modello scandinavo di protezione sociale garantisce un'ampia copertura dei rischi a cui la popolazione può essere soggetta e l'accesso alle prestazioni, concepite come un diritto di cittadinanza, spesso è condizionato solo alla residenza nel paese.

Nei sistemi di sicurezza sociale dei paesi inclusi in questo gruppo, un ruolo importante è svolto dai trasferimenti assistenziali, finanziati attraverso la fiscalità generale: i *welfare states* scandinavi si distinguono per l'utilizzo di forme di sostegno al reddito di tipo universale e per la presenza di un sistema altamente sviluppato di servizi all'infanzia, ai disabili e agli anziani bisognosi.

La garanzia di un'ampia rete di sostegno del reddito, nonché la presenza di una vasta gamma di servizi di cura alle famiglie permettono di mobilitare i soggetti più vulnerabili del mercato del lavoro, come le donne, i genitori soli con figli piccoli, i lavoratori anziani e gli individui con qualche forma di invalidità. Conseguentemente, il sistema scandinavo si rivela particolarmente efficace nell'azione di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, riuscendo a minimizzare contemporaneamente la povertà tra gli anziani e i minori (in questo uguali, in ambito europeo, solo dal Belgio).

In Finlandia, in particolare, l'estesa disponibilità di sussidi e di servizi di cura all'infanzia permette di conciliare lo svolgimento di un'attività lavorativa e l'assunzione delle responsabilità familiari; non è un caso, forse, che la Finlandia presenti uno dei tassi di fertilità più alti dell'Unione europea, pari a 1,73 figli per donna nel 2000, rispetto ad una media europea di 1,48, accanto ad un tasso di occupazione femminile del 65,4% nel 2001 (rispetto al 54,9% dell'Unione nel suo complesso).

In tutti i paesi dell'area scandinava l'assistenza di base è un diritto soggettivo di ciascun individuo e svolge la funzione di rete di protezione sociale di ultima istanza, garantita ai soggetti temporaneamente privi dei mezzi economici sufficienti a far fronte alle necessità primarie: tutti i residenti in condizioni di bisogno e con un reddito al di sotto della soglia di sussistenza hanno diritto a ricevere un sostegno. In generale, gli strumenti di sostegno al reddito sono complementari e non influenzano il diritto ad accedere alle altre prestazioni sociali, confermando il carattere ampio e sostantivo del sistema di protezione sociale nordico. Mentre in Danimarca il sussidio di reddito minimo è sottoposto a prelievo fiscale, in Finlandia e in Svezia è esente da tassazione.

A partire dal 1993, la Danimarca ha riorientato il proprio sistema di tutela della disoccupazione, accentuando il peso delle misure attive, prevedendo il diritto/dovere per i beneficiari di partecipare a corsi di formazione o di istruzione e di seguire dei piani di inserimento lavorativo.

In Svezia e in Finlandia, le indennità di disoccupazione sono composte da un ammontare minimo, concesso in base alla residenza dei destinatari, e da una parte integrativa, commisurata alla precedente vita retributiva. In particolare, in Finlandia, il *Labour Market Support* copre i disoccupati che hanno già esaurito il periodo massimo di godimento dell'indennità o che non soddisfano le condizioni richieste per l'accesso alle prestazioni; i trasferimenti di questo programma possono, però, essere versati anche ai datori di lavoro sotto forma di sussidi finalizzati all'inserimento lavorativo dei disoccupati. Nei Paesi Bassi, l'assicurazione contro la disoccupazione comprende tre tipi di indennità: una a breve termine, una legata alla storia retributiva dell'assistito e un'indennità specifica per i lavoratori più anziani, ma ancora non in età pensionabile.

Nei paesi scandinavi, anche i sistemi pensionistici si fondano sul principio della cittadinanza, che garantisce il diritto ad una prestazione minima universale, condizionata al numero di anni di residenza nel paese.

Il principale pilastro del sistema pensionistico danese è costituito da uno schema obbligatorio per i trasferimenti di vecchiaia, universale, basato sulla residenza, di natura non contributiva, ma finanziato tramite la fiscalità generale; alla prestazione hanno accesso tutti i cittadini al di sopra dei 65 anni, che abbiano risieduto almeno 40 anni nel paese. Il sussidio, indicizzato all'andamento dei salari e sottoposto a tassazione, è composto da un ammontare di base, concesso a tutti, e da un'integrazione *income tested*: il valore netto del beneficio complessivo è pari al 47% della retribuzione media netta di un lavoratore. Attualmente, la pensione base è percepita dal 99% dei residenti che hanno raggiunto l'età pensionabile (di cui il 64% percepisce anche l'integrazione sottoposta ad accertamento).

Accanto a questo esistono alcuni schemi di tipo occupazionale, a capitalizzazione e a contribuzione definita, basati su accordi collettivi definiti a livello di settore: questi programmi, che presentano caratteri solidaristici molto forti (fornendo, tra l'altro, assicurazione contro il rischio di invalidità), sono stati sviluppati fin dagli anni '80 e, al momento, si estendono ad oltre l'80% della forza lavoro occupata.

Durante gli anni '90, sono state promosse alcune riforme allo scopo di promuovere l'occupazione, fornendo incentivi al lavoro, in particolare ai lavoratori più anziani. A tal fine, nel 2001, sono stati resi meno attraenti i programmi di pensionamento anticipato, sia imponendo obblighi di contribuzione, sia, al contrario, concedendo esenzioni fiscali a chi sceglie di ritardare il ritiro anticipato. Per quanto riguarda lo schema pensionistico di invalidità, inoltre, sono state rinforzate le misure volte alla riabilitazione, incoraggiando le persone a rimanere sul mercato del lavoro.

Anche in Finlandia, il sistema previdenziale prevede uno schema pensionistico nazionale di base, in cui, però, l'ammontare delle prestazioni, concesse a tutti i residenti da almeno 40 anni, tende a ridursi al crescere degli altri redditi da trasferimenti previdenziali. Accanto a questo, è previsto uno schema assicurativo, in cui le pensioni, collegate alle retribuzioni percepite, sono erogate a tutti i lavoratori, dipendenti e autonomi, senza limiti di reddito: l'ammontare della

prestazione è calcolato sulla base dei redditi medi degli ultimi 10 anni (ma sarà basato sull'intera vita lavorativa a partire dal 2005).

Negli anni '90 sono stati realizzati numerosi interventi rivolti, tra l'altro, ad allineare l'entità delle prestazioni nel settore pubblico a quelle del settore privato e ad accrescere i limiti di età per l'accesso al pensionamento anticipato. Nel 2001 è stato presentato un altro pacchetto di riforme, il cui scopo principale è di scoraggiare i ritiri anticipati dal lavoro: le misure più significative riguardano l'introduzione di un pensionamento flessibile tra i 62 e i 68 anni, con un maggior accumulo di diritti pensionistici negli ultimi anni di attività, un aumento, da 56 a 58 anni, del limite di età per accedere alla pensione *part-time*, l'abolizione graduale dello schema di pensioni di disoccupazione (dal 2009 al 2014) e dello schema di pensionamento anticipato per i disabili, dal 2003.

Il sistema pensionistico svedese, riformato nel 1999, si articola secondo due schemi: il primo, correlato alle retribuzioni percepite durante la vita lavorativa, è a contribuzione definita e finanziato con un tasso di contribuzione (che si prevede di mantenere costante) pari al 18,5% dei redditi pensionabili. Di questa percentuale, il 16% è utilizzato per il finanziamento *pay-as-you-go*, mentre i 2,5 punti percentuali rimanenti sono investiti in fondi scelti dall'assicurato; al momento del pensionamento, il capitale accumulato in tal modo è convertito in trasferimenti commisurati all'aspettativa di vita dei beneficiari.

Il secondo schema fornisce una pensione minima agli ultrasessantacinquenni, con 40 anni di residenza in Svezia, ed è finanziato tramite l'imposizione generale. Per il 2003 è stata prevista l'introduzione di nuove forme di sostegno al reddito, *means tested*, per gli anziani che non possono accedere alla garanzia pensionistica (soprattutto immigrati).

Anche il sistema previdenziale dei Paesi Bassi prevede un'erogazione di base, *flat-rate*, per tutti i residenti al di sopra dei 65 anni; l'ammontare della pensione di base è sufficiente a scongiurare il rischio di povertà tra le persone più anziane. In aggiunta, gli schemi pensionistici occupazionali, a capitalizzazione e a prestazione definita, sono più sviluppati che in qualsiasi altro paese dell'Unione ed assicurano una copertura obbligatoria ad almeno il 91% della popolazione occupata.

4.2 Il modello corporativo (o continentale)

Il modello corporativo è caratterizzato da un'elevata frammentazione dei programmi di spesa, che spesso hanno una natura categoriale e sono distinti per lavoratori dipendenti, autonomi e inattivi.

Nei paesi che rientrano in questo gruppo, il sistema sanitario copre tutti gli individui che possiedono un impiego retribuito, oltre ad altre categorie assimilate (tra cui i pensionati, i disoccupati, i disabili). Generalmente, tutti i lavoratori dipendenti sono assicurati contro il rischio di disoccupazione; in Lussemburgo, questa tutela è estesa anche ai lavoratori autonomi, mentre in Belgio possono ricevere l'indennità di disoccupazione anche i giovani disoccupati, dopo aver partecipato a programmi di formazione.

Lo stretto legame tra la posizione lavorativa degli individui e il diritto ad accedere alle prestazioni sociali fa sì che questo modello di *welfare* sia in grado di offrire una protezione sostanzialmente inadeguata a coloro che hanno una debole connessione con il mercato del lavoro; la carenza di meccanismi che consentano, soprattutto alle donne, di conciliare lavoro e responsabilità di cura familiare ha prodotto la coesistenza di bassi tassi di occupazione femminile e di fertilità.

In tutti i paesi dell'Europa continentale sono previsti degli istituti di ultima istanza, diretti ad assicurare un reddito minimo contro il rischio della povertà estrema. In particolare, la Germania prevede due tipi di programmi assistenziali di reddito minimo: l'*Arbeitslosenhilfe*, un intervento categoriale a favore dei disoccupati, sottoposto alla prova dei mezzi economici, e il *Sozialhilfe*, un trasferimento non categoriale nazionale. Il *Sozialhilfe*, che costituisce il principale strumento di assistenza finanziaria di base, è destinato a persone i cui mezzi economici non consentono di raggiungere uno standard minimo accettabile, con lo scopo di favorirne il reinserimento nella vita sociale e lavorativa e l'affrancamento dagli schemi assistenziali pubblici. I programmi assistenziali, che tradizionalmente hanno svolto un ruolo residuale nel sistema di *welfare state* tedesco, fornendo sussidi e misure di accompagnamento solo in casi di estrema necessità, sono divenuti un importante strumento di sostegno al reddito, in seguito all'aggravarsi dei fenomeni di disoccupazione che hanno interessato il paese nell'ultimo decennio. La spesa per l'esclusione sociale tedesca ha continuato ad aumentare fino alla metà degli anni novanta (2,3% della spesa totale dal 1995 al 1997), per poi iniziare a diminuire, risultando pari all'1,9% nel 2000.

In Francia, accanto agli interventi categoriali di minimo vitale, rivolti a disoccupati (l'*Allocation de Solidarité Spécifique* e l'*Allocation d'Insertion*), vedove e disabili con un'insufficiente carriera contributiva, dal 1988 è stato introdotto un nuovo schema non categoriale, il *Revenu Minimum d'Insertion*, commisurato alle disponibilità economiche dei beneficiari e condizionato alla disponibilità a svolgere attività lavorative o di formazione.

Per quanto riguarda i trasferimenti per quiescenza, le pensioni di vecchiaia sono generalmente correlate alle retribuzioni e al numero di anni assicurati.

Più in dettaglio, in Belgio il sistema previdenziale è suddiviso in uno schema generale obbligatorio, a ripartizione, che copre tutti i lavoratori del settore privato (quasi il 70% dei pensionati riceve le prestazioni da questo istituto), uno schema per i lavoratori autonomi ed uno per i dipendenti pubblici.

Nel primo schema, l'ammontare delle prestazioni è calcolato sulla base dell'intera vita contributiva del lavoratore (fino a 45 anni di contribuzione); il coefficiente di calcolo della pensione (uguale per uomini e donne) viene applicato sui redditi percepiti durante tutta la carriera lavorativa. Nello schema relativo ai dipendenti pubblici, invece, le prestazioni sono calcolate sulla base del reddito medio percepito negli ultimi 5 anni. E' previsto il pensionamento anticipato a partire da 60 anni, a condizione che il beneficiario abbia accumulato 35 anni di contribuzione (condizione richiesta a partire dal 2005).

Accanto al sistema pubblico, esistono fondi pensionistici aziendali, di natura volontaria, organizzati in piena autonomia dai datori di lavoro, accanto ad altre forme di risparmio pensionistico e assicurazioni sulla vita, stimulate attraverso la concessione di sgravi fiscali.

Circa il 90% dei pensionati ha accesso almeno al minimo pensionistico. Le persone più anziane (sopra i 62 anni, o i 65 dal 2009) che presentano un reddito insufficiente sono tutelate da uno schema di natura assistenziale, *means tested*, il GRAPA (*Garantie de Ressources aux Personnes Agées*), riformato nel 2001.

Lo schema pensionistico pubblico tedesco, a ripartizione, copre circa l'82% dei lavoratori tedeschi; il tasso di contribuzione è versato in quote uguali da datori e occupati e l'ammontare contributivo finanzia il 63% della spesa previdenziale, mentre il restante 37% è coperto con fondi pubblici. Le pensioni dei dipendenti pubblici sono, invece, finanziate direttamente dal bilancio pubblico.

Nel 2001 è stata varata un'importante riforma del sistema previdenziale, preceduta da una riforma delle pensioni di invalidità con consistenti tagli alle prestazioni, con la finalità di contenere la dinamica della spesa pensionistica. La riduzione delle prestazioni previdenziali è dovuta principalmente all'introduzione di una nuova formula di calcolo, diretta a ridurre il cosiddetto livello pensionistico standard dello schema pubblico, dal 70 al 67-68% entro il 2030, e alla modifica del criterio di indicizzazione delle pensioni, non più legate all'inflazione, ma all'incremento della media dei salari lordi. Inoltre, il tasso di contribuzione è stato portato al 20% fino al 2020 e al 22% fino al 2030.

La diminuzione del ruolo assegnato al primo pilastro del sistema previdenziale è compensata dal forte impulso dato allo sviluppo del secondo e terzo pilastro, realizzato principalmente attraverso la concessione di cospicue deduzioni fiscali. In aggiunta, è stata facilitata l'istituzione di fondi di previdenza integrativa aziendale e sono stati incentivati i contratti previdenziali privati, offerti dal settore finanziario.

In Francia, il sistema previdenziale si basa su schemi retributivi obbligatori, che rappresentano il 98% della spesa pensionistica complessiva e che sono finanziati sia tramite contributi sociali, sia tramite la fiscalità generale. Tali schemi si differenziano a seconda del settore di attività dei beneficiari: per quanto riguarda le prestazioni a favore dei lavoratori del comparto privato, pari al 63% della spesa totale, accanto ad uno schema generale che presenta forti caratteri solidaristici, sono previste forme pensionistiche integrative, obbligatorie.

Le prestazioni previdenziali dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche e di imprese statali, generalmente più generose di quelle del settore privato, rientrano in schemi speciali e costituiscono il 28% della spesa pensionistica totale.

Dopo l'importante riforma realizzata nel 1993 (riforma Simone Veil)¹⁵, a luglio del 2003 è stata approvata una nuova modifica del sistema pensionistico francese, il cui principale obiettivo è il

¹⁵ La riforma del 1993 aveva previsto l'aumento graduale (da 37,5 a 40 anni), su un periodo di dieci anni, del numero di anni di attività necessari per ottenere l'ammontare completo della pensione, prima dell'età minima pensionabile (65

bilanciamento del debito previdenziale, adattando il livello delle prestazioni a quello dei contributi versati e cercando, contemporaneamente, di garantire il potere d'acquisto dei lavoratori in quiescenza, attraverso l'incentivazione al prolungamento dell'attività lavorativa. Al fine di rendere più stabile il rapporto tra i contributi versati e le prestazioni attese, infatti, la riforma punta ad aumentare progressivamente il numero di anni di contribuzione richiesti per ottenere la pensione piena (40 anni entro il 2008, 41 anni a partire dal 2012, per arrivare a 41 anni e tre trimestri entro il 2020). Oltre all'estensione della vita lavorativa, da realizzare attraverso incentivi e disincentivi di natura economica, le innovazioni più salienti riguardano il perseguimento di una maggiore uniformità nei trattamenti delle varie categorie, attraverso l'eliminazione di alcune delle clausole di favore di cui godono i dipendenti pubblici, e gli incentivi all'utilizzo di schemi integrativi di risparmio previdenziale.

Infine, in Austria, il sistema pensionistico pubblico consiste in uno schema generale per i lavoratori del settore privato e in schemi speciali per gli autonomi e i dipendenti pubblici; nel 2001, quasi il 95% della popolazione attiva rientrava in questi programmi assicurativi obbligatori.

A giugno 2003 è stata approvata la legge di riforma del sistema pensionistico, che rivede la disciplina preesistente, principalmente attraverso l'abolizione di tutte le forme di prepensionamento e la modifica del sistema di calcolo delle prestazioni.

Precedentemente alla riforma, tre diverse forme di prepensionamento (pensione anticipata per lunga assicurazione, pensione anticipata per disoccupazione, pensione parziale anticipata) consentivano di anticipare il ritiro dal lavoro, fissato ufficialmente a 65 anni per gli uomini e 60 per le donne, rispettivamente a 61,5 anni per gli uomini e 56,5 anni per le donne; in seguito all'aumento sproporzionato della spesa previdenziale registrato negli ultimi anni a causa del massiccio ricorso a queste forme di prepensionamento, la riforma prevede che tra la fine del 2003 e il 2014 (2017 per le donne) siano aboliti tutti gli schemi di ritiro anticipato. Le principali innovazioni nel sistema di calcolo delle pensioni riguardano l'allungamento del periodo di riferimento per la determinazione della base di calcolo (che passa dai quindici ai quarant'anni di migliore retribuzione), la riduzione del tasso di rendimento annuo (dal 2 all'1,78%) e l'aumento della percentuale di penalizzazione in caso di prepensionamento.

4.3 Il modello anglosassone

Il sistema di protezione sociale anglosassone è formato da uno schema di previdenza sociale (contributivo), da programmi di assistenza sociale (non contributivi), da *child benefits* universali e *in-work benefits*. In particolare, il consistente ruolo svolto dagli *in-work benefits*, ossia sussidi monetari o deduzioni fiscali che possono essere parzialmente goduti anche in presenza di un lavoro remunerato, costituisce una peculiarità della sicurezza sociale anglosassone rispetto agli altri modelli europei. Lo scopo principale degli *in-work benefits* è di supportare gli individui nel periodo

anni); inoltre, prevedeva un aumento del periodo retributivo su cui veniva calcolata la prestazione, indicizzata all'evoluzione dei prezzi, dai 10 ai 25 anni di miglior retribuzione.

di transizione dalla disoccupazione all'impiego, incentivando anche l'accettazione di lavori a tempo parziale o temporanei, evitando, nello stesso tempo, di dare origine a trappole della povertà o della disoccupazione. In Irlanda, per esempio, il disoccupato che intraprende un'attività lavorativa può continuare a richiedere i benefici (come il *Back to Work Allowance* e il *Back to Education Allowance*) per diversi mesi dopo l'avvio del lavoro.

Nell'ambito delle politiche assistenziali inglesi, un ruolo importante è ricoperto dai trasferimenti alle famiglie, i cui programmi più rilevanti, fino a tutto il 2002, erano il *Working Families Tax Credit*, il *Disabled Person's Tax Credit* e il *Child Benefit*.

Il *Working Families Tax Credit*, che dal 1999 ha sostituito il precedente *Family Credit*, è rivolto a sostenere il reddito delle famiglie di lavoratori poveri con figli, senza, tuttavia, disincentivarne la partecipazione al mercato del lavoro, essendo disegnato in modo da assicurare che il reddito familiare disponibile, al netto del sussidio, sia crescente all'aumentare del reddito lordo percepito. Il *Disabled Person's Tax Credit* è un programma analogo al precedente, indirizzato però ai genitori di bambini disabili. Il *Child Benefit*, infine, è un trasferimento universale, destinato ai responsabili del mantenimento di un bambino: l'ammontare del sussidio, di natura non contributiva e non soggetto a tassazione personale, non è correlato né al reddito familiare, né all'età dei figli.

In seguito al *Tax Credits Act* del 2002, è stato varato un progetto di riforma radicale degli interventi a sostegno delle responsabilità familiari, in base al quale gli interventi previsti dai programmi *Working Families Tax Credit*, *Income Support* e *Children's Tax Credit* saranno unificati in un unico sistema di supporto finanziario, denominato *Integrated Child Credit* (ICC). Il nuovo credito di imposta, che entrerà in vigore nel biennio 2003-2004, è destinato a tutte le famiglie con figli, indipendentemente dal fatto che i genitori svolgano un'attività lavorativa, e consiste di una componente destinata alla famiglia in quanto tale, di una componente aggiuntiva per ciascun figlio a carico e di un'integrazione addizionale per i bambini minori di 1 anno e per quelli con qualche forma di invalidità. Le prestazioni, che si riducono progressivamente al crescere del reddito percepito, sono cumulabili con il *Child Benefit*, che rimane in vigore. Con questa riforma, il governo inglese si propone di razionalizzare il sistema dei trasferimenti alle famiglie, garantendo un supporto finanziario più efficace ai minorenni che vivono in famiglie a basso reddito¹⁶, mantenendo, nello stesso tempo, gli incentivi al lavoro che caratterizzavano gli interventi precedenti.

In entrambi i paesi, il piano pensionistico copre principalmente i lavoratori dipendenti, però, mentre in Irlanda le prestazioni sono di tipo *flat-rate*, in Inghilterra, accanto a queste, esistono anche trasferimenti correlati alle retribuzioni (il *Second State Pension*, che, nell'aprile 2002, ha sostituito il precedente *State Earnings-Related Pension Scheme*, *SERPS*, introdotto nel 1979).

In Inghilterra, l'età pensionabile attualmente è di 65 anni per gli uomini e 60 per le donne, limite che sarà portato a 65 anni per entrambi entro il 2020; il diritto alla pensione, che richiede 44 anni di

¹⁶ Il Regno Unito presenta uno dei tassi di povertà tra i minori più alti nell'Unione Europea (cfr., tra gli altri, Bradbury *et al.* [1999]).

contribuzione (39 per le donne), non può essere goduto prima di aver raggiunto i limiti di età, anche se può essere ritardato, ottenendo in cambio prestazioni più generose. Una caratteristica peculiare della previdenza inglese è rappresentata dalla possibilità di rinunciare alla componente *earnings-related* della prestazione e di optare per schemi pensionistici alternativi, di tipo occupazionale o privato, nel caso in cui questi siano in grado di assicurare benefici pari o superiori; attualmente, circa il 60% dei lavoratori rientra in schemi di questo tipo. I programmi pensionistici occupazionali, in genere del tipo a prestazione definita (sebbene sia in atto una tendenza a favore di sistemi a contribuzione definita), forniscono prestazioni commisurate al numero di anni di servizio e all'entità dell'ultimo stipendio. A partire da aprile 2003, il reddito minimo garantito (*Minimum Income Guarantee*), la prestazione non contributiva rivolta a individui poveri ultrasessantenni, è stato sostituito dal *Pension Credit*, di importo superiore.

In Irlanda, accanto al sistema pensionistico pubblico, il governo sta incoraggiando lo sviluppo di schemi occupazionali e privati attraverso la concessione di un trattamento fiscale agevolato dei contributi e dei rendimenti associati ai relativi investimenti. Inoltre, una quota rilevante di spesa è dedicata alla fornitura di benefici non monetari, sottoposti ad accertamento dei mezzi economici, a coloro che hanno raggiunto limiti di età prestabiliti (in genere 70 anni), come, ad esempio, cure mediche gratuite, deduzioni per canoni telefonici o televisivi, per spese in energia elettrica, carburanti, ecc.

4.4 Il modello mediterraneo

I sistemi di *welfare state* nei paesi mediterranei sono caratterizzati da una generalizzata frammentazione, minore solo in Portogallo, e dalla posizione di relativo privilegio accordato ai lavoratori dipendenti.

Tra i caratteri che accomunano i sistemi all'interno di questo raggruppamento, particolarmente rilevante è l'assenza di un'articolata rete di protezione minima di base, non categoriale, erogata e gestita a livello di governo centrale, che possa fungere da strumento di sostegno di ultima istanza. Solo recentemente, si è cercato di ovviare a questa anomalia con l'introduzione di schemi di reddito minimo garantito, come in Portogallo, dove il *Rendimento Minimo Garantito* è stato introdotto come programma pilota nel 1996 ed esteso al resto del paese nell'anno seguente, e in Italia, con la sperimentazione, a partire dal 1999 e limitatamente ad alcuni comuni, del *Reddito Minimo d'Inserimento*. In Spagna, nonostante il potenziamento delle politiche assistenziali realizzato nell'ultimo ventennio, i programmi appaiono ancora fortemente categoriali; gli stessi schemi di reddito garantito, introdotti nel 1989 su base regionale, assicurano una copertura della popolazione differenziata a livello locale e sostanzialmente poco efficace a far fronte alle condizioni di bisogno. In Grecia è ancora assente una misura universale di contrasto della povertà.

In generale, nei paesi dell'area mediterranea tutto il comparto assistenziale appare poco sviluppato; in particolare, le politiche di sostegno ai carichi familiari, sia in natura, sia in moneta, evidenziano punti di debolezza. Una delle voci più rilevanti è costituita dagli assegni al nucleo

familiare, il cui importo, correlato negativamente al reddito del percettore (in Spagna è prevista una soglia di esenzione, al di sopra della quale l'assegno non viene erogato), dipende positivamente dal numero dei figli a carico; il Portogallo è l'unico paese in cui gli assegni familiari, sebbene di modesta entità, hanno un carattere universale.

Tutti i paesi, tra il 1978 e il 1985, hanno istituito dei sistemi sanitari nazionali universali, in cui spesso la fornitura dei servizi è realizzata attraverso una combinazione di offerta pubblica e privata.

I sussidi per malattia e invalidità, che comportano livelli di spesa molto inferiori alla media europea, sono sottoposti a severi controlli per verificare l'effettivo diritto alle prestazioni; nel primo caso, al fine di evitare richieste fraudolente, molto diffuse soprattutto in Italia e Spagna, è richiesta la presentazione di un certificato medico che attesti la reale impossibilità al lavoro, mentre, per quanto riguarda le indennità di invalidità, la Grecia, nel 1998, ha introdotto una soglia reddituale, riesaminando tutti i casi di disabilità.

Scarsamente tutelato nei paesi dell'Europa meridionale è anche il rischio di disoccupazione: in mancanza di programmi *ad hoc*, spesso vengono impiegate altre forme di intervento non specifiche, come i sussidi di invalidità, e, inoltre, la copertura offerta dalle prestazioni riguarda solo particolari categorie di lavoratori. La conseguenza è che, spesso, non sono previste misure a favore di persone che non hanno mai svolto un'attività lavorativa regolare.

I sistemi previdenziali all'interno di questo raggruppamento presentano alcune caratteristiche comuni: l'ammontare dei trasferimenti è basato sul salario percepito e dipende dal numero di anni di contribuzione, obbligatoria, mentre l'età pensionabile legale è fissata a 65 anni (5 anni in meno per le donne in Italia e Grecia).

Più in dettaglio (tralasciando l'Italia, il cui sistema di protezione sociale sarà esaminato nell'ultimo paragrafo), il sistema pensionistico portoghese prevede uno schema generale obbligatorio per tutti i lavoratori dipendenti e autonomi, in cui le prestazioni sono calcolate sulla base del reddito medio percepito nei migliori 10 anni sugli ultimi 15 di vita lavorativa. Peculiare è il fatto che i contributi pensionistici non sono separati dai contributi versati per gli altri programmi della sicurezza sociale: il tasso di contribuzione è pari al 34,75% dei redditi per i lavoratori dipendenti e varia tra il 25,4 e il 32% per gli autonomi.

In Spagna, il beneficio previdenziale è calcolato come una percentuale di una sorta di "pensione di base", definita sull'ammontare contributivo versato durante i 15 anni lavorativi precedenti al momento del ritiro; la percentuale dipende dal numero di anni di contribuzione e dall'età di pensionamento, con la conseguenza che la pensione completa è ottenuta dopo 35 anni contributivi e all'età di 65 anni. Accanto al sistema pubblico esistono altre forme pensionistiche di tipo occupazionale, ma sono molto meno sviluppate rispetto a quelle che caratterizzano i modelli sociali precedenti.

Infine, in Grecia, il sistema previdenziale è molto frammentato e si articola in una pluralità di schemi pensionistici, dispersi tra i vari settori industriali, in cui il livello delle prestazioni è molto variabile.

5. La spesa per la protezione sociale in Italia

Il sistema di *welfare* italiano rientra nell'ambito del modello mediterraneo, di cui condivide pienamente i caratteri essenziali (frammentazione dei programmi di spesa, ruolo di ammortizzatore sociale assegnato alla famiglia, mancanza di una rete di protezione di ultima istanza). Le peculiarità del modello mediterraneo, evidenti non appena si considerano il livello e la composizione delle risorse pubbliche impegnate, sono confermate anche da un'analisi dei principali indicatori di spesa per l'Italia: come mostra la tab. 4, nel 2000, l'incidenza della spesa sociale complessiva italiana sul PIL è stata inferiore alla media europea di circa due punti percentuali (il 25,2% contro il 27,3%), mentre, considerando la ripartizione per tipologia, si nota uno squilibrio rilevante in favore della componente per prestazioni pensionistiche (15,4% del PIL), che rappresenta il 61,1% della spesa totale, a fronte di una media europea del 44,5% (tab. 3). Lo sbilanciamento nell'allocatione delle risorse a favore delle coorti più anziane della popolazione è testimoniato anche dalla scarsa incidenza sul totale della spesa destinata al sostegno della disoccupazione (1,6% contro il 6,1% europeo), delle famiglie (3,7% contro il 7,9%) e alla lotta contro l'esclusione sociale (0,1% rispetto all'1,5% nell'EU-15).

La seconda voce di spesa in termini di importanza è costituita dalla sanità, 24% nel 2000, leggermente al di sotto del dato medio europeo, pari al 26,2%.

Con riferimento alla sola situazione italiana, la tab. 5 sintetizza i dati sulla spesa sociale nei settori pensionistico, sanitario e assistenziale nell'anno 2000.

In questo paragrafo vengono esaminati in dettaglio gli istituti e i principali interventi di riforma che hanno interessato, nell'ultimo decennio, i tre principali comparti del sistema di protezione sociale italiano: previdenza, sanità e assistenza.

Previdenza

All'inizio degli anni '90, il sistema pensionistico italiano risultava complesso, frammentato e caratterizzato da gravi iniquità inter e intragenerazionali: disparità di trattamento tra settori economici, con situazioni di privilegio soprattutto nel pubblico impiego, abnorme estensione delle pensioni di anzianità, che consentivano il ritiro dal lavoro dopo un periodo di attività e di contribuzione basso, con la conseguenza di imporre sul bilancio pubblico il finanziamento di queste prestazioni per molti anni, essendo erogate a favore di persone con un'elevata speranza di vita. Divenuta evidente l'incapacità del sistema di far fronte ai trattamenti futuri con i soli contributi, in presenza di un debito previdenziale che nel 1992 superava i 4 milioni di miliardi di lire, si era affermata l'esigenza di misure esplicitamente rivolte alla riduzione della spesa.

Gli interventi di riordino attuati nel corso degli anni novanta hanno seguito indirizzi di omogeneizzazione delle regole e di riequilibrio graduale, prevedendo di affiancare ai regimi obbligatori a ripartizione un modello privato, collettivo e individuale, a capitalizzazione, affidato a forme di previdenza complementare.

Più in dettaglio, la riforma del sistema pensionistico italiano si è articolata principalmente su tre interventi (riforme del 1992, 1995, 1997). La riforma del 1992 (nota come riforma Amato) ha segnato una radicale inversione di tendenza rispetto al passato, avendo come obiettivo non solo il contenimento della dinamica della spesa, ma una più generale razionalizzazione del sistema, da realizzare attraverso l'aumento dell'età pensionabile (portata a 65 anni per gli uomini e 60 per le donne, con almeno 20 anni di contribuzione), la modifica dei criteri di determinazione della pensione retributiva, l'eliminazione dei meccanismi di indicizzazione dei trattamenti pensionistici alle variazioni dei salari ed il blocco temporaneo delle pensioni di anzianità. In particolare, in seguito a questo intervento, l'ammontare della pensione viene calcolato moltiplicando un tasso di rendimento (pari a 2 punti percentuali per ogni anno di contribuzione, fino ad un massimo dell'80%) per la retribuzione pensionabile, data dalla media delle retribuzioni imponibili percepite durante l'intera vita lavorativa. Pur rappresentando un passo avanti, la riforma Amato disegna uno schema pensionistico che continua a privilegiare le generazioni anziane (pensionati e lavoratori con più di 15 anni di contribuzione), che non risultano toccate, o sono solo marginalmente interessate, dalle modifiche. Al contrario, risultano sensibilmente ridotte le prestazioni rivolte alle coorti più giovani, su cui graverebbe quasi interamente l'onere di riduzione del debito pensionistico: particolarmente severa è la misura che prevede lo sganciamento della dinamica dei trattamenti previdenziali da quella dei salari reali, che non consente ai pensionati di partecipare agli incrementi di produttività del sistema economico.

Il disegno della seconda riforma del 1995 (nota come riforma Dini) appare più completo e innovativo: la novità principale è l'assunzione, all'interno del modello a ripartizione, del metodo di calcolo contributivo, che sostituisce il precedente criterio retributivo, in base al quale la misura della pensione dipende dall'entità della retribuzione dell'assicurato, misurata alla fine del periodo lavorativo, oppure come una media degli anni di migliore retribuzione. A regime, a seguito della riforma, l'importo della pensione viene determinato sulla base della somma dei contributi, opportunamente capitalizzati¹⁷, versati nella fase lavorativa, moltiplicati per un coefficiente di trasformazione, variabile a seconda dell'età di pensionamento (consentito a chi ha almeno 57 anni e non più di 65, o a chi ha maturato almeno 40 anni contributivi); conseguentemente, i trattamenti pensionistici sono funzione non solo dei contributi versati dall'individuo nel corso della sua vita lavorativa, ma anche, inversamente, dell'aspettativa di vita residua media attesa al momento dell'uscita dal mercato del lavoro. La normativa prevede che i coefficienti di trasformazione siano rivisti con cadenza decennale, per tenere conto della dinamica della speranza di vita al momento del pensionamento e degli andamenti economici di lungo periodo.

Queste caratteristiche della riforma assicurano, a regime, l'eliminazione delle disparità di trattamento derivanti dall'appartenenza a specifici settori, garantiscono che la dinamica delle

¹⁷ I contributi vengono versati secondo un'aliquota del 33% (20% per i lavoratori autonomi) e sono capitalizzati sulla base della variazione media quinquennale del PIL nominale.

pensioni non superi quella dei salari ed eliminano i costi dei pensionamenti anticipati per il bilancio pubblico.

Oltre a questo intervento strutturale, la riforma Dini conferma l'indicizzazione delle pensioni all'inflazione e realizza la separazione, all'interno delle gestioni dell'INPS, tra spesa previdenziale e spesa assistenziale, con lo scopo di accrescere la trasparenza del sistema di spesa sociale.

Quest'ultimo aspetto è oggetto anche della riforma del 1997, che ha riguardato l'unificazione dei regimi pensionistici relativi ai lavoratori pubblici, privati e autonomi, il riordinamento dei requisiti di accesso al pensionamento anticipato di anzianità e l'aumento progressivo delle aliquote di contribuzione dei lavoratori autonomi e parasubordinati.

Tutti e tre gli interventi, tuttavia, sono accomunati dall'attenzione prestata al rispetto dei diritti acquisiti con le normative precedenti, con la conseguenza di salvaguardare i privilegi dei lavoratori con maggiore anzianità di servizio, a scapito dei più giovani, come è testimoniato anche dalla lunghezza della fase transitoria, che terminerà solo nel 2035.

Negli ultimi anni, le novità più rilevanti in ambito previdenziale hanno riguardato principalmente la disciplina fiscale dei fondi pensione, previsti in Italia dal 1993, quando è stata disciplinata l'istituzione di piani pensionistici collettivi, rivolti a lavoratori dipendenti, soci lavoratori di cooperative, autonomi e liberi professionisti; in precedenza, la principale forma di previdenza collettiva era rappresentata unicamente dal trattamento di fine rapporto (TFR). Dal '93, invece, è stata introdotta la possibilità di utilizzare una parte dell'accantonamento per il TFR (la totalità per i neoassunti) per il finanziamento dei fondi integrativi, a cui si aggiunge poi la contribuzione a carico del lavoratore e del datore. Tuttavia, fino ad oggi, sono ancora molto pochi i fondi pensione di categoria che hanno iniziato la loro attività¹⁸.

Il disegno di legge delega di riforma del sistema previdenziale presentata dal Governo, approvata dalla Camera il 27 febbraio 2003 e ora in esame al Senato¹⁹, si concentra principalmente sui due obiettivi di innalzamento dell'età pensionabile, principalmente su base volontaria, e di sviluppo della previdenza complementare²⁰. La proposta prevede due fasi di intervento, a cui farà da spartiacque il 2008: nella prima fase non sono contemplati interventi radicali, ma solo incentivi a permanere sul posto di lavoro e interventi volti ad eliminare le sperequazioni tra le varie gestioni pensionistiche. A partire dal 2008 si darà avvio alla riforma strutturale del sistema, la cui principale innovazione riguarda l'aumento degli anni di contribuzione necessari per andare in pensione dagli attuali trentacinque a quaranta (oppure 65 anni di età per gli uomini e 60 per le donne).

¹⁸ Alla fine del 2000, solo il 36% del bacino potenziale di utenti aderiva a un fondo pensione e la percentuale dei lavoratori giovani presentava tassi di adesione anche inferiori a quelli medi della popolazione (Bernardi, Zanardi [2001]).

¹⁹ Atto del Senato 2058, in corso di esame dal 29 ottobre 2003.

²⁰ Lo sviluppo del sistema pensionistico integrativo è una delle priorità espresse dal Governo nel disegno di legge delega, in cui si ipotizza lo storno a tal fine dei fondi accantonati, anno per anno, nel trattamento di fine rapporto (TFR).

Sanità

L'attuale assetto del sistema sanitario italiano è ancora essenzialmente quello definito dalla prima riforma sanitaria, realizzata nel 1978²¹, la quale, abbandonando il precedente modello mutualistico a rimborso, istituiva un modello pubblico integrato, caratterizzato, cioè, da un finanziamento e da un'offerta pubblica, solo parzialmente integrata dall'offerta di strutture private, regolate sulla base di convenzioni. La riforma era ispirata da criteri universalistici (tipici dei paesi scandinavi), di gratuità nell'accesso alle cure e di globalità nell'offerta e nella risposta ai bisogni. Già alla fine degli anni '80, il sistema aveva iniziato a mostrare alcuni segnali di crisi, dovuti, principalmente, alle eccessive ingerenze politiche nella gestione della sanità, oltre che alla mancata approvazione del piano sanitario nazionale, da cui dovevano originare i piani regionali e locali.

A partire dal 1992, il settore è stato interessato principalmente da tre processi di riforma, finalizzati non solo al contenimento delle spese, ma anche all'adozione di un modello organizzativo misto di tipo contrattuale, ovvero caratterizzato dall'erogazione di servizi da parte di strutture sia pubbliche sia private.

I primi due interventi (Decreto legislativo n.502 del 1992, noto anche come riforma De Lorenzo, e Decreto legislativo n.517 del 1993²²) hanno introdotto un nuovo quadro normativo nazionale di riferimento per le regioni, all'interno del quale è stata riconosciuta l'autonomia gestionale degli ospedali ed è stato previsto un nuovo sistema di rimborso delle prestazioni ospedaliere (il sistema ROD²³); negli stessi anni è stata anche progressivamente ampliata la partecipazione al costo delle prestazioni da parte degli assistiti, attraverso i cosiddetti ticket sanitari. In particolare, le misure dei primi anni '90 prefiguravano la diffusione di meccanismi concorrenziali sia nel mercato della produzione dei servizi sanitari, sia in quello dell'assicurazione contro la malattia, ed erano state ispirate dalle esperienze dei "quasi mercati" tentate dai governi olandese (nel 1989) e inglese (nel 1991). Tuttavia, il disegno italiano, non altrettanto ben definito, ha subito, a partire dal 1995, una nuova deviazione verso la pianificazione di bilancio e il centralismo regionale.

La terza riforma, realizzata nel 1999²⁴, ha ribadito l'opzione per un modello misto e proposto il completamento dei processi di regionalizzazione e di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere. Con questo intervento, che ha dato un impulso definitivo all'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'obiettivo fondamentale della tutela della salute, prioritario nella Legge 833/78,

²¹ Legge n.833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

²² Questi interventi hanno introdotto innovazioni profonde nella struttura del Servizio sanitario nazionale, nella direzione, da un lato, dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, che si è sostanziata fondamentalmente nell'introduzione di norme gestionali di diritto privato, e, dall'altro, dell'attivazione di meccanismi di concorrenza tra gli erogatori dei servizi. Tuttavia, mentre i decreti dei primi anni novanta segnavano un allontanamento dall'integrazione tra le funzioni di finanziamento e quelle di produzione dei servizi, la successiva riforma del 1999 ha recuperato il ruolo dell'integrazione, del coordinamento e della programmazione globale, limitando gli ambiti concorrenziali alla realizzazione degli accordi contrattuali da parte delle regioni e dei contratti tra strutture private e Asl.

²³ In base al sistema ROD (Raggruppamenti omogenei di diagnosi), le ASL rimborsano agli ospedali una tariffa standard, determinata dalla regione, per ogni caso di una data natura. Si tratta di uno strumento per contenere i costi, spostando a carico dell'ospedale il rischio di variazioni dei costi rispetto alla tariffa standard.

²⁴ Decreto legislativo n.229 del 1999.

seppure ribadito, è stato collocato nell'ambito dell'assistenza sanitaria ritenuta essenziale, mentre sempre più esplicito è il riferimento al rispetto delle compatibilità macroeconomiche.

Ulteriori aspetti rilevanti di quest'ultima riforma riguardano la più rigorosa disciplina dell'esercizio di attività, all'interno o all'esterno delle strutture del servizio sanitario, da parte del personale medico, e gli incentivi rivolti a forme di assistenza sanitaria integrativa.

Assistenza

Terzo pilastro dei sistemi di *welfare*, accanto alla previdenza e alla sanità, l'assistenza comprende i programmi di spesa esplicitamente rivolti a garantire un ammontare minimo di risorse a individui privi di mezzi economici adeguati o che si trovano in condizioni di disagio personale (a causa, ad esempio, di handicap fisici o psichici, o non autosufficienti per l'età avanzata) o sociale (dovuto a emarginazione, tossicodipendenza,...); tra le spese di assistenza, inoltre, vengono solitamente inclusi anche gli interventi che hanno come finalità il sostegno delle responsabilità familiari, come assegni per i figli o servizi all'infanzia. Essendo rivolti prevalentemente a soggetti poveri o non occupati, questi programmi sono generalmente finanziati tramite la fiscalità generale e comportano l'accertamento delle condizioni reddituali e patrimoniali del potenziale beneficiario o del nucleo familiare di appartenenza. Rispetto all'obiettivo dichiarato di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, tuttavia, il sistema assistenziale italiano si rivela inadeguato, sia per la scarsità delle risorse impiegate, rispetto ad altri paesi europei, sia per la frammentazione dei programmi, spesso di natura categoriale, che tendono a privilegiare solo alcuni segmenti della popolazione, sia, infine, per la scarsa capacità redistributiva degli istituti.

In generale, le politiche assistenziali possono essere classificate sulla base di tre aree di intervento:

- politiche a sostegno delle responsabilità familiari, volte a supportare finanziariamente le famiglie con figli. In questo ambito si distinguono i trasferimenti alle famiglie e i sussidi di maternità, destinati a compensare la perdita di reddito derivante dall'astensione della madre dal lavoro;
- politiche esplicitamente rivolte al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale. Il riferimento principale, in questo caso, è agli strumenti di sostegno al reddito di ultima istanza;
- trattamenti pensionistici di tipo assistenziale, erogati a soggetti in condizioni di svantaggio e/o anziani (invalidi, anziani privi di carriera contributiva o con carriere insufficienti ad avere una pensione di vecchiaia superiore al minimo, famiglie beneficiarie di contributi per l'affitto dell'abitazione, ...).

Nell'ambito delle politiche a sostegno delle responsabilità familiari, la principale voce di spesa è costituita dagli *Assegni al nucleo familiare*²⁵, erogati a favore delle famiglie di lavoratori dipendenti

²⁵ Sebbene il finanziamento contributivo dell'assegno per il nucleo familiare tenda a classificarlo come una misura previdenziale, altre caratteristiche, principalmente il fatto che la sua erogazione è subordinata alla prova dei mezzi, inducono ad includerlo tra le misure assistenziali.

o di soggetti percettori di prestazioni sociali relative al lavoro dipendente (come disoccupati indennizzati, lavoratori cassaintegrati o in mobilità e impiegati in lavori socialmente utili, pensionati da lavoro dipendente). Il sussidio, sottoposto alla verifica dei mezzi economici, è pagato nei casi in cui il reddito del nucleo familiare derivi, per almeno il 70%, da lavoro dipendente e a condizione che non superi le soglie determinate annualmente in base all'ampiezza e alla tipologia familiare. A partire dal 1999, accanto all'assegno al nucleo familiare, è stato introdotto un nuovo istituto in favore delle famiglie numerose, l'*Assegno ai nuclei con almeno tre figli minori*, la cui erogazione è subordinata alla verifica della condizione economica, valutata in termini di Ise; l'importo dell'assegno è pari alla differenza tra il reddito familiare e la soglia di Ise prevista.

Tra le prestazioni previdenziali che vengono fatte rientrare nell'ambito dell'assistenza sociale, un ruolo rilevante è svolto dagli *Assegni sociali*, riservati agli ultrasessantacinquenni privi di reddito o con redditi bassi, non aventi diritto alla pensione contributiva, e dall'*Integrazione delle pensioni al minimo*²⁶, destinata ai lavoratori in età pensionabile, che abbiano maturato un'anzianità contributiva minima, ma che, sulla base dei contributi versati, percepiscano una pensione di importo inferiore a quello minimo di vecchiaia²⁷. In questo caso, è previsto il diritto ad una integrazione alla prestazione previdenziale (il *trattamento minimo*), fino a raggiungere una soglia stabilita annualmente dalla legge.

Successivamente alla serie di misure adottate nella seconda metà degli anni '80, orientate ad accentuare il grado di selettività della spesa (tra cui l'istituzione, nel 1983, di soglie reddituali per mantenere il diritto alle integrazioni delle pensioni al minimo e al cumulo delle prestazioni, l'introduzione nel 1988 dell'assegno al nucleo familiare, condizionato allo stato di bisogno della famiglia), gli interventi più significativi nel comparto dell'assistenza sono stati realizzati negli ultimi anni, sulla base delle raccomandazioni contenute nel Rapporto della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (Commissione Onofri) del 1997. Le proposte della Commissione, ispirate a un principio di universalismo selettivo (che prevede un'offerta di prestazioni universale nella titolarità dei diritti, ma selettiva nel condizionare l'accesso alla verifica della situazione economica dei beneficiari), hanno evidenziato la necessità di definire un quadro legislativo organico del settore, di introdurre nuovi istituti o di razionalizzare quelli esistenti, eliminando i connotati di forte categorialità, e di dirottare parte della spesa destinata ai trasferimenti monetari verso l'offerta di servizi, soprattutto a livello locale.

In seguito alle sollecitazioni della Commissione Onofri, sono state approvate alcune misure rilevanti, tra cui, nel 1999, l'introduzione in via sperimentale e, inizialmente, solo in 39 comuni, del

²⁶ In seguito alla riforma delle pensioni del 1995, le pensioni integrate al minimo sono state abolite per coloro che hanno iniziato a lavorare dopo il dicembre 1995, ma rimangono in vigore gli assegni in corso di erogazione.

²⁷ Come per l'assegno al nucleo familiare, anche per il trattamento minimo la natura contributiva del finanziamento porterebbe a farlo rientrare tra le prestazioni previdenziali; tuttavia, l'evidente finalità di sostegno dei redditi bassi, nonché il forte peso che i trattamenti minimi hanno sull'importo complessivo delle pensioni da integrare (intorno al 60-70%), ne accentuano il carattere assistenziale. Spesso, quindi, l'integrazione al minimo viene inclusa tra i programmi dell'assistenza sociale.

Reddito minimo di inserimento (Rmi) e la definizione di un nuovo criterio di accertamento dei mezzi economici, l'Indicatore della situazione economica (Ise)²⁸.

Secondo la legge delega istitutiva dell'Ise, la situazione economica è definita in base alla condizione reddituale e patrimoniale dell'individuo che richiede le prestazioni agevolate, dei soggetti con i quali convive e di quelli considerati a suo carico ai fini Irpef. La componente reddituale corrisponde al reddito complessivo rilevante ai fini della dichiarazione Irpef, a cui si aggiungono valutazioni forfetarie dei redditi delle attività finanziarie, mentre la condizione patrimoniale, il cui peso sull'Ise non deve essere superiore al 20%, è determinata dalla somma della ricchezza mobiliare e immobiliare. Il valore dell'Ise per gruppi familiari eterogenei è poi calcolato attraverso l'applicazione di una scala di equivalenza.

L'Ise costituisce, quindi, un autentico strumento di *means testing*, che non subordina il diritto al godimento delle prestazioni all'appartenenza a determinate categorie protette. Attualmente, l'Ise si applica all'assegno alle famiglie con almeno tre minori e all'assegno di maternità, oltre ad alcune prestazioni sociali erogate a livello locale (servizi di asili nido, mense scolastiche, accoglienza di anziani non autosufficienti in strutture protette, ecc.); non si applica, invece, ancora ad alcuni importanti istituti di spesa, come gli assegni al nucleo familiare, le integrazioni al minimo delle pensioni, i trattamenti di invalidità civile, le pensioni e gli assegni sociali.

Il Reddito minimo di inserimento (Rmi) costituisce uno strumento di contrasto alla povertà innovativo nel contesto italiano: per la prima volta, infatti, il sistema assistenziale italiano prevede una rete di sostegno al reddito di ultima istanza a livello nazionale e strettamente integrata con programmi di reinserimento socio-lavorativo. Il Rmi è rivolto a tutti gli individui il cui reddito familiare è inferiore ad una soglia prestabilita, determinata in base al numero dei componenti della famiglia; il possesso di patrimoni, ad eccezione dell'abitazione, qualora il valore dell'immobile non superi il limite massimo stabilito dal comune di residenza, fanno perdere il diritto ad accedere al programma. L'ammontare delle prestazioni, variabile a seconda delle regioni in cui sono erogate, è tale da annullare la differenza tra il reddito del richiedente e la soglia prefissata. E' prevista, però, una franchigia del 25%, nel caso in cui i redditi posseduti siano da lavoro, al fine di evitare di scoraggiare l'accettazione di impieghi a bassa remunerazione da parte dei beneficiari.

L'accesso ai trasferimenti del Rmi è condizionato alla partecipazione a programmi di reinserimento sociale o lavorativo, organizzati dalle autorità che gestiscono l'assistenza a livello locale e che comprendono il recupero dell'obbligo scolastico, la formazione professionale, l'inserimento lavorativo, il sostegno socio-sanitario o psicologico.

La sperimentazione del Rmi, inizialmente prevista per il biennio 1999-2000 in 39 comuni, è stata successivamente prolungata per altri due anni ed estesa ad altri duecento comuni, collegati ai primi da patti territoriali. Nella legge finanziaria per il 2003, tuttavia, la sperimentazione non è stata né estesa, né rifinanziata, con la conseguenza che l'esperimento del Rmi tenderà gradualmente ad

²⁸ Accanto a questi, sono stati approvati altri provvedimenti, come l'istituzione del Fondo per le politiche sociali, l'approvazione della legge per la promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, l'introduzione dell'assegno familiare ai nuclei con almeno tre minori e dell'assegno di maternità.

esaurirsi, man mano che i comuni coinvolti finiranno i fondi assegnati. Il *Libro bianco sul welfare*, presentato a febbraio 2003 si propone, infatti, di individuare un nuovo sistema di sostegno al reddito, il reddito di ultima istanza, i cui contorni, tuttavia, sono ancora da definire.

Infine, a ottobre del 2000, è stata approvata la cosiddetta legge quadro sull'assistenza ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", n. 328/2000), che segna un importante passo avanti, ridisegnando, in modo organico, il sistema complessivo di trasferimenti e servizi sociali ed intervenendo sulle principali anomalie del comparto assistenziale italiano. Più precisamente, le principali direttrici di cambiamento sono individuate nella necessità di destinare una quota maggiore di risorse ai programmi assistenziali, razionalizzando quelle assorbite dal settore pensionistico, di promuovere l'adozione di misure universalistiche, allo scopo di ridurre i connotati categoriali di alcuni istituti, e di potenziare l'offerta di prestazioni in natura, erogate a livello locale, in alternativa ai trasferimenti monetari, gestiti a livello centrale. L'assetto istituzionale disegnato dalla legge quadro, tuttavia, appare significativamente modificato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, per cui occorrerà risolvere le apparenti incongruenze e contraddizioni tra i due testi.

Tab. 5 - La spesa per la protezione sociale italiana nel 2000

	anno 2000
<i>Pensioni in senso stretto</i>	280.176
In % del Pil	12,4
In % della spesa di protezione sociale	57,1
Pensioni di vecchiaia, invalidità e rendite indirette	309.039
- Integrazioni delle pensioni al minimo	-28.863
- Prepensionamenti ^{a)}	--
<i>Interventi assistenziali</i>	70.606
In % del Pil	3,1
In % della spesa di protezione sociale	14,4
+ Integrazioni delle pensioni al minimo	28.863
Pensioni sociali	4.254
Assegni familiari	9.431
Pensioni agli invalidi civili	14.867
Pensioni ai ciechi e ai sordomuti	1.910
Pensioni di guerra	2.169
Assistenza sociale	6.750
Altri assegni e sussidi	2.362
<i>Sanità</i>	116.816
In % del Pil	5,2
In % della spesa per la protezione sociale	23,8

^{a)} Dato non disponibile

Fonte: Bernardi et al. (a cura di) (2001)

Riferimenti bibliografici

- Atkinson A.B. [1995], *"Incomes and the Welfare State. Essays on Britain and Europe"*, Cambridge, Cambridge University Press
- [Atkinson, A.B. \[2002\], "Evaluation of National Action Plans on Social Inclusion: the Role of EUROMOD"](#), EUROMOD Working Paper Series, No. EM1/02
- Boeri, T. e Perotti, R. [2002] *"Meno pensioni, più welfare"*, Bologna, il Mulino
- Bernardi L. (a cura di) [2000], *"La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000"*, Bologna, Il Mulino
- Bernardi L., A. Zanardi (a cura di) [2001], *"La finanza pubblica italiana. Rapporto 2001"*, Bologna, Il Mulino
- Bertola G., T. Boeri e G. Nicoletti [2001], *"Protezione sociale, occupazione e integrazione europea"*, Bologna, Il Mulino
- [Boeri T. \[2002\], "Social Policy: one for all?"](#), Università Bocconi e Fondazione Rodolfo Debenedetti
- Bosi P. [2000], *"Corso di scienza delle finanze"*, Bologna, Il Mulino
- [Bradbury B. e M. Jantti \[1999\], "Child Poverty across Industrialized Nations"](#), Innocenti Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, n. 71
- Cnel, [2002], *"Sesto rapporto sulla distribuzione e redistribuzione del reddito in Europa"*, Roma
- Commission of the European Communities [2002], *"Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Joint Report by the Commission and the Council on Adequate and sustainable pensions"*
- Esping-Andersen, G. [1990], *"The Three Worlds of Welfare Capitalism"*, Cambridge, Polity Press
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijk, A. e Myles, J. [2002], *"Why We Need a New Welfare State"*, Oxford, Oxford University Press
- European Commission [2003], *"La situazione sociale nell'Unione europea - 2002"*
- European Commission [2002a], *"Social Protection in Europe 2001"*
- [European Commission \[2002b\], "Employment in Europe 2002"](#)
- European Commission, [2002c], *"Family Benefits and Family Policies in Europe"*, Directorate-General for Employment and Social Affairs
- Eurostat [2002], *"Yearbook, 2002"*, Eurostat
- Ferrera M. [1998], *"Le trappole del welfare"*, Bologna, Il Mulino

- Ferrera, M. [1996], *“The southern model of welfare in social Europe”*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 6, pp. 17-37.
- Ferrera, M., Hemerijk, A. e Rhodes, M. [2000], *“The Future of the European Welfare State: Managing Diversity for a Prosperous and Cohesive Europe”*, Portuguese Presidency of the European Union, Conference on Europe, Globalisation and the Future of Social Policy
- Ferrera, M., Matsaganis, M. e Sacchi, S. [2000], *“Open co-ordination against poverty: the new EU “social inclusion process””*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 12 (3), pp. 227-239
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali [2002], *“Rapporto sulle strategie nazionali per i futuri sistemi pensionistici (Italia 2002)”*
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali [2003], *“Libro Bianco sul welfare. Proposte per una società dinamica e solidale”*
- Missoc, [2002], *“Comparative Tables on Social Protection in the Member States. Table IV: Maternity”*, European Commission, Employment and Social Affairs
- Missoc, [2002], *“Comparative Tables on Social Protection in the Member States. Table V: Invalidity”*, European Commission, Employment and Social Affairs
- Missoc, [2002], *“Comparative Tables on Social Protection in the Member States. Table IX: Family Benefits”*, European Commission, Employment and Social Affairs
- Missoc, [2002], *“Comparative Tables on Social Protection in the Member States. Table XI: Guaranteeing Minimum Resources”*, European Commission, Employment and Social Affairs
- Missoc, [2002], *“Comparative Tables on Social Protection in the Member States. Table XII: Long term care”*, European Commission, Employment and Social Affairs
- Nososco, [2003], *“Social Protection in the Nordic Countries 2000. Scope, expenditure and financing”*, Nordic Social-Statistical Committee no. 19/03
- Saraceno, C. [2002], *“Presenza di figli e povertà delle famiglie: i dati della Commissione di indagine sulla esclusione sociale”*, in Osservatorio nazionale sulle famiglie e le politiche locali di sostegno alle responsabilità familiari, *Famiglie: mutamenti e politiche sociali*, vol. II, Bologna, il Mulino
- Saraceno, C. [2003], *“Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia”*, Bologna, il Mulino, nuova edizione
- Toso S. (a cura di) [2000], *“Selettività e assistenza sociale. Vecchi e nuovi criteri di means-testing nella spesa di welfare in Italia”*, Milano, FrancoAngeli